

Université Lille 2
Université Paris 13
APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille
CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2015

**La mise en place d'un projet de centre de santé communautaire en
quartier populaire échirollois (Isère)**

Récit d'une recherche-action

Etienne VACHER, interne en psychiatrie, DES Antilles/Guyane

Tutorat : Dr. Michel EYNAUD, psychiatre, CH Montéran, Guadeloupe



« Porteur de parole » pendant la fête du quartier de Village 2 - juin 2014

REMERCIEMENTS

A l'ensemble des personnes participant ou ayant participé à ce projet, réunies au sein de l'association « santé communautaire en chantier » :

- Alexandre BONNABEL, animateur d'éducation populaire, étudiant en sociologie
- Yann CHEVALIER, assistant social
- Benjamin COHADON, coordinateur de santé, animateur d'éducation populaire
- Alexandre GAILLARD, médecin généraliste
- Jessica GUIBERT, médecin généraliste
- François GRUNAUER, éducateur spécialisé
- Maxime HERAULT, kinésithérapeute
- Marie KELLER, médecin généraliste
- Mélanie LAGRANGE, conseillère conjugale et familiale
- Fleur MAOULOUDI, monitrice-éducatrice
- Tanguy VERET, médecin généraliste

A l'ensemble des personnes le soutenant, habitant-e-s comme professionnel-le-s du quartier « Village 2 » et de la commune d'Echirolles. Nous partageons l'espérance et l'impatience de le voir ouvrir ses portes au plus vite.

Au Dr Michel EYNAUD, pour son engagement dans sa mission de tuteur et l'intérêt manifeste qu'il a porté à notre démarche et à mes questionnements théoriques parfois confus.

Aux responsables du D.I.U et aux intervenants pour leurs engagements et leurs contradictions qui ont nourri ma représentation et mon expérience de la santé mentale et de la psychiatrie.

A l'ensemble des équipes qui m'ont accueilli et m'ont appris à prendre soin (CHU de Martinique, CH de Montéran en Guadeloupe, CH de Sainte-Anne à Paris).

A ces patient-e-s qui nous restent en mémoire.

La maladie, l'état pathologique, ne sont pas perte d'une norme mais allure de la vie réglée par des normes vitaleme nt inférieures ou dépréciées du fait qu'elles interdisent au vivant la participation active et aisée, génératrice de confiance et d'assurance, à un genre de vie qui était antérieurement le sien et qui reste permis à d'autres.[...] La santé est précisément et principalement chez l'homme, une certaine latitude, un certain jeu des normes de la vie et du comportement. Ce qui la caractérise c'est la capacité de tolérer des variations des normes auxquelles seule la stabilité, apparemment garantie et en fait toujours nécessairement précaire, des situations et du milieu confère une valeur trompeuse de normal définitif. L'homme n'est vraiment sain que lorsqu'il est capable de plusieurs normes, lorsqu'il est plus que normal. La mesure de la santé c'est une certaine capacité de surmonter des crises organiques pour instaurer un nouvel ordre physiologique, différent de l'ancien. Sans intention de plaisanterie, la santé c'est le luxe de pouvoir tomber malade et de s'en relever.

G.CANGUILHEM

Georges CANGUILHEM (1952). La connaissance de la vie. Paris : Vrin. p214-215

NOTES :

Le « nous » largement utilisé dans ce mémoire, n'est pas le « nous de majesté » mais le « nous du collectif » de l'association. A quelques rares occasions, je me permettrai d'utiliser la première personne du singulier pour préciser un élément plus personnel ou spécifique à la psychiatrie.

J'ai souhaité dans ce mémoire « féminiser » la langue française pour visibiliser la présence des femmes dans le langage. La féminisation est un procédé consistant à marquer des formes féminines de noms ou d'adjectifs là où les règles grammaticales classiques préconisent l'usage de formes non marquées. A titre d'exemple et de justification de ce choix, cinq des six personnes contactées pour la santé mentale sur l'agglomération grenobloise sont des femmes.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
Ecologie d'une expérience collective	
Le paradigme de la santé communautaire	
De la psychiatrie vers la santé mentale	
Le choix de l'implantation en quartier populaire	
OBJECTIFS.....	15
METHODES.....	17
Le diagnostic communautaire de santé du quartier « Village 2 » d'Echirolles	
La mise en lien avec le réseau de santé mentale isérois	
RESULTATS.....	21
Les recommandations des habitant-e-s et des professionnel-le-s du quartier	
Les ressources en santé mentale depuis le territoire du quartier	
DISCUSSION.....	33
Discussions relatives à la méthodologie	
Discussions relatives au projet	
CONCLUSION.....	43
BIBLIOGRAPHIE.....	48
ANNEXES.....	50
L'enquête conscientisante	
Le plan du quartier « Village 2 »	

INTRODUCTION

Ecologie d'une expérience collective

Ma participation au DIU « Santé mentale dans la communauté » est indissociable de **mes liens avec un collectif** qui travaille depuis deux ans à la mise en place d'un centre de santé communautaire au sein du quartier « Village 2 » d'Echirolles, en Isère.

Ces liens sont **d'ordre professionnel**, à la croisée des champs du sanitaire, du social et de l'éducatif. Ce groupe rassemble effectivement des soignant-e-s (médecins généralistes, kinésithérapeute, interne en psychiatrie), des travailleurs/ses sociaux/ales et médico-sociaux/ales (assistant social, monitrice éducatrice, éducateur spécialisé, conseillère conjugale et familiale), ainsi que des intervenants eux-mêmes à la croisée des savoirs (animateurs en éducation populaire, coordonateur de structures de santé, étudiant-chercheur en méthodologies sociologiques). Une douzaine de professionnel-le-s ont ainsi participé à ce projet depuis ses origines, regroupée dans l'association « Santé communautaire en chantier ». Ce groupe dispose lui-même de nombreux liens : réseau de centres de santé (notamment avec les centres de santé communautaire de Toulouse « la Case santé » et de Saint-Denis « la Place santé »), réseau de santé communautaire (Institut Renaudot), réseau de réflexions sur la santé en quartier populaire, réseaux de réflexion sur le système de santé et les pratiques (revue Pratiques, Syndicat de la Médecine Générale). Il a initié son affiliation aux habitant-e-s, aux professionnel-le-s déjà impliqué-e-s dans le quartier, aux élu-e-s et administrateurs/trices d'Echirolles, et se fait progressivement une place dans les paysages socio-sanitaire et militant de l'agglomération grenobloise.

Ces liens sont également **d'ordre politique et militant**. Chacun-e dans nos formations et nos trajectoires professionnelles, avons eu l'occasion de nous confronter à l'organisation imperméable des frontières des champs disciplinaires [26, 27], d'autant plus confusionnante que la technique apparait secondaire. Pour prendre exemple dans le champ médical, si pour certains phénomènes aux étiologies simples telles que les maladies infectieuses ou les affections chirurgicales, on peut accepter la nécessité et les effets d'une circonscription rigide par organes et par appareils propre au modèle bio-médical de la maladie, comment comprendre la fonction et ne pas s'agacer des effets de cette séparation pour les phénomènes complexes dont s'occupe la médecine générale de premier recours, la psychiatrie de secteur, le travail social ? « *Plus les aspects*

relationnels d'un trouble et de son approche gagnent en importance, plus le modèle de la description scientifique faiblit dans son rendement » [17]. N'avons-nous pas tou-te-s été in-formé-e-s de manière parcellaire, amputé-e-s de la globalité de notre sujet de soins, responsables dès lors d'une grande iatrogénie ? Si l'on trouve, après coup, des explications dans l'histoire de la médecine (d'Hippocrate à l'Evidence-Based-Medicine en passant par la médecine expérimentale de Claude Bernard [24]) et de la psychiatrie (par exemple dans la généalogie des secteurs psychiatrique et social [20]), c'est dans la réflexion sur les normes que se situe probablement la plus grande néguentropie contre l'épuisement des soignant-e-s et travailleurs/ses socio-sanitaires [5,7,15] ; qu'elle prenne la forme d'un parcours militant contre les dominations ou encore la forme d'un parcours en sciences humaines et sociales, réintroduisant la composante philosophique et politique du soin. Dans une période de crise intensifiée depuis 2008, les normes politiques, économiques et anthropologiques du capitalisme néolibéral [9] retranchent plus encore chaque intervenant-e dans son domaine étriqué, comme pour que lui échappe l'intelligence globale de la situation [6,8]. Cette tendance à la pensée disjonctive nous apparaît désormais clairement être un obstacle à une appréhension complexe des situations que nous sommes amené-e-s à prendre en soin. Nous nous inscrivons donc pleinement dans ce vaste mouvement qui cherche à regrouper, à penser les interactions et les relations, à penser l'hétérogène et la diversité. Cet appel à la pensée complexe issu de la seconde moitié du XXe siècle est une espérance politique citoyenne.

Ces liens sont, d'abord et enfin, **d'ordre existentiel**, de ce qui fait l'amitié, la solidarité, la curiosité ; bref, d'une certaine éthique des relations. Et j'en profite ici pour remercier l'ensemble des personnes concernées, de plus ou moins près, par la réalisation d'un projet dont le Tout dépasse forcément déjà la somme des parties que chacun-e d'entre nous constituons. Ce que l'on appelle aujourd'hui « le Collectif », et ce que l'on espère être demain « la Communauté » de soins.

Dans une perspective écologique de cette expérience collective, le système thérapeutique se constitue déjà à travers ce travail progressif de réflexion sur les interactions entre individus et collectifs, de fonctionnement pratique en trans-disciplinarité et plus globalement en trans-situationnel, de démarches participatives depuis l'échelon local : les règles relationnelles se mettent en place, en amont de l'ouverture du centre. C'est un préalable important dans la rencontre avec les habitant-e-s du quartier, en vue d'un travail effectivement en réseau communautaire de promotion de la santé et de soins primaires, appuyé sur les ressources et au service de la communauté et de ses membres. Un travail non pas de l'autre côté de la frontière sociale, mais incorporé aux réalités sociales ; un travail qui vise « l'avec » [34].

Le paradigme de la santé communautaire

Un centre de santé est habituellement perçu d'une manière sanitaire, comme un endroit où l'on peut avoir accès à un certain nombre de services médicaux, quelquefois couplés à un accompagnement social notamment pour l'accès au soin, et qui fonctionne sur le système du tiers-payant. Un centre de santé communautaire est un centre de santé qui ne vise pas seulement à être un lieu où l'on soigne des patient-e-s, mais aussi un lieu traversé par la vie des habitant-e-s. La santé communautaire est un paradigme qui considère que l'accès aux soins est important pour la santé, au même titre qu'avoir accès à un logement décent, pouvoir se nourrir convenablement ou avoir le droit concret à la justice sociale.

La déclaration d'Alma-Ata de 1978 [30] et **la charte d'Ottawa de 1986** [31] ont été les premières étapes importantes portées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), pour déplacer la focale de la maladie anatomo-pathologique vers une perspective de santé globale, décloisonnant les savoirs disciplinaires et démocratisant les pouvoirs qui leur sont reliés, allant jusqu'à promouvoir la formation d'agents communautaires non spécialisés. Le programme « MhGAP » de l'OMS en est un parfait exemple [32]. La déclaration d'Alma-Ata a défini **les soins de santé primaires** comme l'ensemble des pratiques visant à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet. La charte d'Ottawa a détaillé le concept de **la promotion de la santé**, comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé. Cette charte est le point de départ d'une réflexion sur **les déterminants de santé**, c'est à dire les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, biologiques et comportementaux qui influencent l'état de la santé d'une population. Cette charte affirme que la santé d'un individu exige un certain nombre de conditions préalables :

- un logement décent
- l'accès à l'éducation
- se nourrir convenablement
- disposer d'un certain revenu
- bénéficier d'un éco-système stable
- compter sur un apport durable de ressources
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable

La santé communautaire est un concept global directement issu de ces premiers développements. Selon l’OMS, c’est un processus par lequel les membres d’une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement, et à l’évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités [31]. La santé communautaire implique :

- une base collective (un ensemble d’habitant-e-s, un groupe, réuni-e-s pour un problème, une situation ou un objectif communs) pour une action ou des actions à construire.
- un repérage collectif des problèmes, des besoins, et des ressources (le diagnostic communautaire)
- la participation ouverte à tous les acteurs/actrices concerné-e-s: usager-e-s, spécialistes, professionnel-le-s (des champs les plus divers), administrations, politiques,... ce qui signifie :
 - l’implication de la population (dans l’identification de ce qui fait problème, pour mobiliser ses capacités, pour sa participation à l’ensemble du processus)
 - le décloisonnement professionnel, la transdisciplinarité, la pluridisciplinarité
 - le décloisonnement institutionnel, l’intersectorialité
 - le partenariat
 - le partage des savoirs et des pouvoirs

Pour l’Association Française de Psychologie Communautaire (AFPC), le communautaire est une équation entre le collectif et le collaboratif d’une part, l’écologique et la territorialité d’autre part [38] Selon l’AFPC, on peut qualifier de « communautaire » une action qui :

- se fixe pour objectif *l’empowerment* d’une communauté, d’individus
- promeut la justice sociale
- repose sur la solidarité et le principe de subsidiarité
- adopte une perspective écologique
- adopte une approche critique

Il existe quelques centres de santé de ce type au Québec et en Belgique mais ils sont très rares en France (à notre connaissance, citons La Case de Santé à Toulouse et La Place de Santé en Seine-Saint-Denis, ainsi qu'un autre collectif de professionnel-le-s à Marseille autour du projet de Bastide de Santé). Nous souhaitons de même créer un endroit où les habitant-e-s se sentent légitimes d'aller et venir quelque soit ce qu'ils/elles viennent y chercher, même s'il ne s'agit que d'un café chaud ou de quelqu'un avec qui discuter. Nous aimerions créer un lieu où les habitant-e-s puissent trouver les soins et les ressources nécessaires à leur situation, et aussi des espaces pour pouvoir réfléchir collectivement aux situations compliquées qu'elles/ils rencontrent. Nous souhaitons que ce lieu soit identifié par les habitant-e-s comme un endroit où l'on peut venir lutter collectivement contre les inégalités sociales que certain-e-s subissent quotidiennement, où l'on est accueilli-e, où l'on peut trouver une écoute attentive dans un cadre préservé, où la rencontre est possible.

Nous considérons que la force de ce changement de paradigme vers la santé communautaire n'est pas simplement une nouvelle façon d'organiser les soins en santé publique, dans un souci de démocratie sanitaire qui ne s'intéressait qu'aux populations. Il est surtout **un saut épistémologique** de ce qui fait le mal et le symptôme, de ce qui fait la maladie et le problème, de ce qui fait le soin et la solution, modifiant les lieux du savoir et ainsi du pouvoir. Pour le dire autrement, sortir de l'hospitalo-centrisme de l'organisation des soins impliquera de sortir du bio-centrisme de nos théories sur la santé et la maladie, ce qui ne doit pas se transformer en une négation du sanitaire et du biologique. D'où l'importance de penser conjointement clinique et santé publique, de penser la dialectique plutôt que la dichotomie. A noter que ma position d'interne en psychiatrie me fait poser la problématique de ce changement de paradigme depuis le versant d'un acteur du sanitaire ; « clinique » et « santé publique » sont effectivement des termes encore très médicaux, reflétant certainement très mal la réalité du travail social, qui nous apparait pourtant être de ce même ordre que nous appelons « le soin », « la réhabilitation » ou encore « la réinsertion ». Il s'agit d'une porte d'entrée parmi d'autres, afin d'illustrer l'intérêt de se saisir de cette évolution.

De la psychiatrie vers la santé mentale

C'est par le virage vers la santé mentale décrit par Jean-Luc ROELANDT et Eric PIEL [36] que la psychiatrie s'est engagée dans la santé communautaire, au travers des soins dits « intégrés dans la cité » par opposition à « l'hospitalo-centrisme » encore majoritaire malgré le projet désaliéniste du secteur psychiatrique. Mais si les débats ayant conduit à la circulaire du 15 mars 1960 ont très certainement contribué à fertiliser le concept de santé communautaire, le rapport de 2013 de Denys ROBILIARD [35] revient toujours sur le même constat d'une « *préoccupation récurrente des pouvoirs publics* » concernant l'avenir d'une psychiatrie de secteur qui ne serait pas parvenue à réaliser son ouverture démocratique vers les réseaux de soins primaires et leur objectif de prévention. Au contraire, les différents secteurs psychiatriques ont évolué vers une grande hétérogénéité d'organisations et de pratiques, marquée par de profondes inégalités entre les territoires, que ce soit en termes d'offre de soins que de pratiques de la contrainte [23]. Les interrogations et les propositions concernant les évolutions nécessaires sont nombreuses. Le projet de Loi Santé qui avance au Parlement devrait renforcer l'organisation territoriale de la santé mentale, par les services territoriaux de santé, les communautés professionnelles territoriales de santé et les équipes de soins primaires pouvant prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. Par ailleurs, il définit l'équipe de soins primaires comme constituée autour de médecins généralistes de premier recours, exerçant sur la base d'un projet de santé élaboré par leurs soins, en lien avec l'ARS. Ce projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs/actrices, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Ce mémoire constitue donc **une ébauche de proposition locale d'articulation de la psychiatrie à la santé communautaire.**

Insistons encore une fois sur notre point de vue. Il est important de comprendre que ce virage épistémologique de la psychiatrie vers la santé mentale et vers la santé communautaire est à la fois de l'ordre de la santé publique et de la clinique. Du côté de l'organisation du système de soins et des politiques de santé, la reconnaissance du handicap psychique par la loi de 2005 ou encore la rémunération des médiateurs de santé pairs sont des avancées importantes pour réaliser ce virage. Du côté de nos modèles cliniques, le rétablissement a permis d'apporter une théorie portée vers la réhabilitation psychosociale plutôt que sur le trouble psychiatrique individuel, déplaçant la

focale de ce qui fait problème, ouvrant l'éventail des acteurs légitimes à intervenir sur ce qui pourrait faire solution, nourrissant les staffs d'équipe cliniques. Mathieu BELHASSEN nous rappelle l'importance des discussions théoriques et cliniques de l'après-guerre, entre les partisans d'une psychiatrie sociale, les psychiatres psychanalystes de l'ASM13 et les tenants d'une psychothérapie institutionnelle [3]. L'exemple du « moment GTPSI » illustre bien la nécessité de penser l'articulation entre la clinique et la santé publique, l'individu et le groupe : encore une fois, il s'agit de penser les relations. En 1971, Jacques HOCHMANN écrit déjà :

« Les vingt dernières années ont vu éclore en psychiatrie une série de mouvements qui introduisent la dimension sociale, le groupe, dans le projet thérapeutique » [21]. Il poursuit : « imaginer une psychiatrie des ensembles, c'est en effet indirectement s'interroger sur la place et la fonction dans notre société du malade mental et de ceux qui font profession de le soigner. C'est aussi envisager le problème général, à la fois ancien et actuel, des rapports de l'individu et du groupe. C'est peut être remettre en question les notions, connexes et habituellement opposées, d'individu et de groupe (...). Jusqu'à ces dernières années, la philosophie dualiste du XIXe siècle imprégnait toute l'activité psychiatrique. Elle tenait l'individu et la société pour deux entités irréductibles l'une à l'autre forcément contradictoires et à l'origine d'un éternel et sinistre combat entre la nature et la culture. Elle séparait deux démarches :

- l'une « sociale », par laquelle l'hygiéniste préventif propose des correctifs (...).*
- l'autre « individuelle », « thérapeutique », armée de pédagogie, de médicaments, de diverses formes de psychothérapie (...).*

L'idée d'apparence naturelle qu'il y aurait des approches populationnelles et des approches individuelles est une construction culturelle, et *c'est de ce changement culturel* là qu'il devra être question. Ces quelques lignes aux accents très systémiques me semblent bien décrire la perspective clinique dans laquelle je me situe actuellement depuis ma position d'interne, avec **une forme de psychiatrie sociale par la systémique.**

Le choix de l'implantation en quartier populaire

Le choix d'implantation s'est porté sur le quartier de « Village 2 » à Echirolles pour plusieurs raisons. Nous souhaitons travailler en zone urbaine dans un quartier dit « sensible », où les **problèmes de démographie médicale et d'accès aux soins** sont régulièrement dénoncés comme prioritaires. Différents quartiers ont été ciblés, en concertation notamment avec l'Agence Régionale de Santé en Rhône-Alpes. Par ailleurs, il était nécessaire que notre projet soit soutenu par une collectivité locale. La rencontre de Mme Sylvette ROCHAS (à l'époque première adjointe de l'équipe municipale d'Echirolles) et de M. Henry SANCHEZ (à l'époque directeur du CCAS d'Echirolles) nous a permis d'envisager un partenariat à long terme avec une municipalité désireuse de nous accompagner. Nous partagions enfin l'envie de travailler dans un quartier à taille humaine : le quartier de « Village 2 », qui compte 2369 habitant-e-s (Insee, 2010), correspond à ces critères. Il jouxte un autre quartier, « Grand Galet » (commune de Pont-de-Claix), de taille équivalente et également dans une grande précarité en terme d'offre de soins.

Le diagnostic de territoire du centre social Village Sud (2013) nous apprend que « *le Village 2 comptait en 2005 environ 850 logements pour une superficie de 13 hectares. Il a été construit entre 1964 et 1969 pour répondre à la crise du logement. Ce secteur est extrêmement homogène dans la composition de l'habitat : il est composé uniquement de logements sociaux, gérés par un seul bailleur, la Société Dauphinoise de l'Habitat. Le Village 2 est l'un des trois grands quartiers d'habitat social de la ville d'Echirolles, inscrit dans le Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS) de l'agglomération grenobloise sur la période 2006-2015. Initialement composé uniquement de logements sociaux, enclavé par rapport à la ville d'Echirolles, avec un espace public et des logements dégradés, le quartier connaît des transformations majeures depuis qu'il est engagé dans un projet de renouvellement urbain, concrétisé par une convention signée par l'ANRU (Agence nationale pour la rénovation urbaine) le 3 septembre 2008* ». Depuis le 1er janvier 2015 et les évolutions des politiques de la ville, le quartier « Village 2 » est devenu Quartier Prioritaire dans le Contrat de ville Grenoble-Alpes-Métropole. A noter l'existence d'un Atelier Santé Ville sur Echirolles, animé par Mme Carole BEGOU, mais pas de Contrat Local de Santé. Il n'y a pas non plus de Conseil Local de Santé Mentale en place pour Echirolles.

Le diagnostic du centre social Village Sud a présenté les données chiffrées du quartier permettant une liste informative des caractéristiques principales des habitant-e-s de « Village 2 » :

- une population plus jeune que celle de la commune,
- une composition des ménages majoritairement familiale, les couples sans enfant sont ainsi peu nombreux,
- les familles monoparentales sont fortement représentées,
- un niveau de chômage plus fort au « Village 2 » qu'à Échirolles dans son ensemble,
- une forte dépendance des habitant-e-s aux allocations de la CAF,
- des allocataires en situation de pauvreté,
- une population faiblement qualifiée.

Malgré ces difficultés, le diagnostic constate :

- une vie associative dynamique (« association des habitants du quartier Village 2 » pour la défense des intérêts des locataires dans leurs rapports aux bailleur social et à la ville, ainsi que pour l'animation festive du quartier ; « association Vie et Partage » cherchant à défendre les intérêts des jeunes du quartier ; « association Coeur de femmes » pour le développement d'activités pour les familles du quartier ; « association des jeunes musulmans du Village 2 » qui développe des cours d'arabe et de soutien scolaire et a mis en place une salle de prière dans le quartier),
- des habitant-e-s impliqué-e-s dans la vie locale avec une forte solidarité de voisinage.

Les enjeux repérés sur le quartier sont ainsi les suivants :

- un cumul des difficultés pour les familles : pauvreté monétaire, difficultés de retour à l'emploi, un isolement éducatif des familles,
- un secteur en grandes transformations avec le projet de renouvellement urbain, qui tend à modifier les repères des habitant-e-s et le vivre-ensemble,
- un décrochage d'une fraction de la jeunesse.

Avec Françoise SIRONI, nous pouvons alors nous demander si le quartier populaire n'est pas **une interface culturelle d'intervention clinique** : « *Les interfaces culturelles désignent des lieux de pratiques aux frontières des mondes en présence. Il peut s'agir soit de populations migrantes, de populations culturellement, socialement ou politiquement marginalisées en France, ou de situations de terrain, recouvrant les interventions humanitaires à caractère psychologique*

dans différents pays du monde » [40] ; ce que Marcel JAEGER décrit comme des « mouvements browniens aux frontières des dispositifs » [22]. Nous sommes dans des conditions à risque d'émergence de ce qu'elle nomme **la maltraitance théorique** : « *Lorsqu'elle fonctionne comme une norme, l'universalité devient un vecteur "d'angles morts", de "points aveugles" qui vont empêcher de regarder là où la règle commune n'a plus cours. Nous produisons alors ce que je définis comme étant de la maltraitance théorique. Celle-ci est agissante bien souvent à l'insu des cliniciens. Elle témoigne nonobstant d'une probable inadéquation de certains outils avec lesquels nous pensons et agissons sur les problématiques émergentes* ». Edgar MORIN parle de « savoirs mutilés et mutilants » [26, 27].

Cette maltraitance théorique produit ainsi des effets bien concrets, à un niveau qui englobe aussi bien la clinique que la santé publique. Analysant **les programmes hygiénistes de santé publique de la période coloniale et post-coloniale**, qui s'appliquèrent du côté de la métropole et du côté des territoires colonisés, Didier FASSIN fait émerger une structuration alternant entre d'une part des solutions à vocations universalistes, d'autre part des solutions à vocations culturalistes, relativistes [13].

« Le programme hygiéniste, qui est intellectuel, en ce qu'il propose un nouveau savoir, tout autant que moral, en ce qu'il veut réformer la société, est évidemment conçu comme universel, autrement dit est censé s'appliquer à tous et partout, au même titre que les droits de l'Homme et du citoyen (...). Or, avec la colonisation, ce programme se trouve brutalement confronté aux conditions concrètes de son universalisation, par sa possible réalisation dans des mondes lointains de celui où il a été conçu (...). Le programme universaliste cède ainsi progressivement le pas à des solutions particulières, prenant mieux en compte les projets politiques et les présupposés culturalistes du colonisateur ». Dans cet article, l'auteur cherche à défendre une thèse : « je voudrais montrer que les deux perspectives se rejoignent, à la fois sur le plan de l'interprétation, dans leur dénégation des enjeux politiques qui sous-tendent les choix de santé publique, et sur le plan de l'action, dans leur incapacité à reconnaître l'existence, et à fortiori, la pertinence des solutions localement élaborées (...). Or, peut être est-ce du double renoncement à l'universalisme et au culturalisme, qui sont toujours des idéologies pour penser l'Autre par rapport à Soi, et de la reconnaissance d'un pluralisme de fait, qui ne soit pourtant pas exclusif de convergences autour de valeurs telles que la

*solidarité et l'équité, peut-être, donc, est-ce de ces nouvelles exigences que l'on peut aujourd'hui attendre les signes d'un début de réforme de l'ordre sanitaire mondial ». Et de conclure : « Le dépassement de l'opposition entre culturalisme et universalisme ne réside donc pas dans la recherche d'une troisième voie, médiane ou intermédiaire, mais dans **un déplacement du lieu ou peuvent légitimement s'énoncer des vérités sur le monde - lieu qui n'est plus un, mais multiple** ».*

Françoise SIRONI et Didier FASSIN mettent en lumière tout l'intérêt d'un tel choix d'implantation en quartier populaire traversé par les migrations et les difficultés socio-économiques, ainsi que la détermination de l'association à demeurer indépendante des pouvoirs publics ; où les effets des dominations sont multiples et évidents (y compris la domination par le savoir théorique), il est urgent de contribuer à **co-construire de nouveaux savoirs démocratiques sur la santé, sur la maladie, sur ce qui pose problème**, ce qui ne peut se faire depuis n'importe quelle position. Qu'elle se pose à un niveau individuel ou collectif, la question quasiment paradoxale du **comment créer un espace thérapeutique qui permette l'émergence de l'autonormativité individuelle [1] et de l'empowerment communautaire** est un défi lancé à nos façons de penser habituellement ce qui est d'ordre thérapeutique, trop souvent restreint au sanitaire, en particulier au médical, en particulier au biologique.

« *Faire de la santé publique* » [14], c'est un pouvoir avant d'être un savoir. Le pouvoir d'édicter des vérités et d'agir sur des corps, le biopouvoir de Michel FOUCAULT [16]. Ce que Didier FASSIN appelle « *la sanitarisation des problèmes sociaux* » [14] est l'oeuvre de ce pouvoir, qui coupe (aléatoirement?) la circularité systémique du vivant en un point, toujours le même, qui donne une linéarité causale de coloration sanitaire voire biologique à des phénomènes étiquetés pathologiques, dont on reconnaît secondairement les répercussions socioéconomiques et le « facteur de risque » que constitue la précarité. En plus d'une iatrogénie pour les patient-e-s, Françoise SIRONI souligne que cette maltraitance théorique est à l'origine de la souffrance des soignant-e-s, tandis que Luigi ONNIS parle de crise de l'intervenant-e. « *Elle naît du sentiment d'inadéquation ou d'impuissance face à la complexité des situations à affronter, qu'on préfère alors étouffer avec des solutions apparemment plus maniables et auto-rassurantes : les solutions médico-pharmacologiques* » [29]. Là où l'on voudrait nous fait croire que le soin psychiatrique est *prioritairement* sanitaire, technique, scientifique, et *uniquement* de l'ordre de la formation didactique et non expérientielle.

Nous pouvons espérer que le virage de la santé communautaire permette de complexifier nos compréhensions et nos interventions sur ces phénomènes, en préservant les circularités, en conscience des dominations. Si l'on peut se réjouir d'un programme communautaire tel que le MhGAP de l'OMS, en ce qu'il soulagera de très nombreux individus et les économies de pays dominés économiquement et politiquement, que « fait-on » lorsque l'on forme un agent communautaire à la prévention du suicide, depuis un lieu de savoir et de pouvoir estampillé OMS ? Donne-t-on du sens et de la fonction à ces phénomènes dans le système mondial actuel, au-delà de l'individualisation qu'impliquent les définitions actuelles des troubles psychiatriques ? Ou signifie-t-on que le problème est seulement sanitaire et de l'ordre du manque de formation ? **Comment et où place-t-on la focale de ce qui fait problème ?**

OBJECTIFS

Ce mémoire est un récit de cette expérience collective, à travers mon mandat en santé mentale au sein de cette association, dont l'objectif était d'une part une aide à la mise en lien avec le réseau de santé mentale, d'autre part une participation à la construction du système thérapeutique collectif en apportant un point de vue situé depuis la santé mentale et la psychiatrie.

Les objectifs de ce mémoire sont :

Objectifs principaux :

- Décrire l'état de la santé dans le quartier Village 2 d'Echirolles à travers le diagnostic communautaire de santé.
- Décrire la mise en lien avec le réseau de santé mentale isérois pour initier les partenariats et anticiper les parcours de soin.

Objectifs secondaires : en toile de fond de ce mémoire, je saisis cette occasion pour discuter brièvement d'éléments plus théoriques qui m'animent particulièrement à travers mon internat en psychiatrie, et qui sont au coeur de cette expérience collective. Les liens pourront paraître distendus par rapport aux objectifs principaux, étant donné l'état d'avancement du projet de centre de santé. Il s'agit effectivement de perspectives stratégiques à atteindre, qui guident les réflexions au sein de l'association, accompagnant le quotidien très concret de la mise en place d'un tel projet (réunions institutionnelles, dossiers de subvention, fête du quartier, etc.).

- Discuter la perspective communautaire dans laquelle se situe ce collectif de professionnel-le-s : quel peut être le social et le communautaire de la santé ?
- Discuter la façon dont la psychiatrie peut s'y insérer : quel peut être le social et le communautaire de la psychiatrie ? Comment la psychiatrie peut-elle s'adapter aux contextes, dans sa clinique et son organisation de santé mentale publique ? Quels modèles de la santé et de la maladie pour une psychiatrie engagée en santé mentale ?
- Discuter les enjeux éthiques soulevés par cette expérience : quelles valeurs éthiques et politiques la psychiatrie peut-elle promouvoir ?

METHODES

1. Le diagnostic communautaire de santé du quartier « Village 2 » d'Echirolles

La démarche de santé communautaire implique la réalisation d'un diagnostic communautaire, qui a commencé en septembre 2013, qui continuera jusqu'à l'ouverture du centre de santé et tout au long de son existence. Ce diagnostic communautaire est une *démarche continue* plutôt qu'un *protocole* préétabli. Nous faisons un pas après l'autre et nous avons construit nos actions mois après mois, en évitant de trop les planifier. En retravaillant à intervalles réguliers nos méthodes d'enquête, nous souhaitons nous adapter en temps réel à ce que nous comprenions du quartier. Il s'agit là de passer d'une tendance à la pensée programmatique, vers une pensée stratégique [26].

Le diagnostic communautaire a plusieurs objectifs :

- récolter des données afin d'avoir une vision de l'état de la santé dans le quartier de « Village 2 », qui nous permette d'adapter continuellement la structure à la réalité de ce quartier,
- permettre à notre équipe de se socialiser au quartier et de rencontrer les habitant-e-s et les professionnel-le-s du quartier,
- permettre les conditions d'une participation effective des habitant-e-s du quartier dans le centre de santé, notamment par une co-construction du projet de centre de santé,
- connaître les réseaux formels et informels avec lesquels nous pourrions travailler et construire des partenariats avec ces réseaux,
- c'est enfin une manière d'affirmer notre reconnaissance de la valeur de la parole des habitant-e-s du quartier, qui donne de la légitimité aux savoirs expérientiels.

Nous avons ainsi élaboré collectivement une méthode de diagnostic communautaire autour de l'idée que les personnes les plus légitimes à exprimer leurs attentes, leurs besoins et leurs envies sont les premières concernées. Nous souhaitons donc que les habitant-e-s soient partie prenante, à chaque étape du projet. C'est dans cet esprit que nous avons construit notre démarche : à partir de la parole des premier-e-s concerné-e-s. Ce positionnement a une dimension clef dans la construction d'un centre de santé communautaire dont pourront s'emparer réellement les habitant-e-s du quartier.

En effet, nous ne voulions pas arriver, fort-e-s de nos représentations et de nos expertises de jeunes diplômé-e-s pour dire la réalité et prescrire les comportements. Nous souhaitions éviter une posture symbolique de « colonisateurs/colonisatrices », profitant de privilèges dont majoritairement nous bénéficions en raison de nos statuts sociaux (métiers reconnus du sanitaire et social, origines faisant peu l'objet de discriminations « raciales »). Pour autant, nous sommes conscient-e-s que malgré cette volonté, il est impossible d'y échapper totalement.

En premier lieu, nous avons passé deux mois à préparer notre entrée dans le quartier de « Village 2 ». Nous avons travaillé en équipe nos postures, nos premières intentions, nos manières de nous présenter et nous avons envisagé les portes d'entrées sur le quartier. Dans cette période, nous avons été accompagné-e-s par les SCOP d'éducation populaire l'Orage et le Pavé.

Nous avons alors choisi un outil d'enquête spécifique pour notre entrée dans le quartier : *l'enquête conscientisante*. C'est une forme d'entretien semi-directif qui permet à l'enquêteur/enquêtrice comme à l'enquêté-e de prendre conscience des réalités et des problématiques liées à une situation. L'entretien passe par un temps de description de la réalité puis par une phase de problématisation et finit par une exploration des perspectives. Nous avons construit un guide d'entretien autour de la vie dans le quartier, notamment sur les problématiques de santé. Chaque entretien était mené par deux personnes de notre équipe. Les propos recueillis sous forme de notes étaient retranscrits selon un document-type afin de faciliter le traitement ultérieur des données.

Nous avons commencé par réaliser les entretiens auprès des professionnel-le-s du sanitaire et du social du quartier. Après chaque entretien, nous leur demandions s'ils/elles pouvaient nous orienter vers des habitant-e-s qui seraient intéressé-e-s par notre démarche. Nous avons ainsi obtenu plusieurs listes de personnes que nous contactions au fur et à mesure. Nous avons procédé de même avec les habitant-e-s, avançant ainsi de proche en proche dans les réseaux affinitaires du quartier. Nous avons même reçu l'aide d'un commerçant du quartier qui a récupéré les noms de certain-e-s de ses client-e-s avec leur accord. Nous avons aussi rencontré des personnes dont nous avons pris les coordonnées sur la place centrale du quartier, devant le tabac, durant des ateliers du centre social et en faisant du porte à porte dans certaines immeubles du quartier. Nous contactions par téléphone les personnes dont nous avons obtenu les coordonnées, leur expliquions notre projet de construire un centre de santé communautaire à « Village 2 » et leur propositions de les rencontrer chez elles ou au centre social.

A chaque entretien avec un-e habitant-e ou un-e professionnel-le, nous avons pris le temps d'expliquer notre démarche, mais aussi notre attachement à ces notions de santé globale, de promotion de la santé, de déterminants de santé. Cela a permis à nos interlocuteurs/interlocutrices de se faire une idée du projet dans sa globalité, et aussi de réfléchir au sens de ces notions pour eux/elles-mêmes. Ainsi nous passons directement de l'aspect « questionnaire » de l'enquête à la co-construction d'une pensée autour de la santé.

Nous avons traversé l'ensemble des données que nous avons récoltées afin de construire une représentation de l'état de la santé dans le quartier selon les habitant-e-s et les professionnel-le-s de « Village 2 ». Il nous a alors semblé cohérent d'organiser ce travail au travers de déterminants de santé. Nous en avons choisi neuf :

- L'accès au soin
- L'alimentation
- Les relations sociales
- La paix
- L'équité et la justice sociale
- Le revenu
- Le travail
- L'éducation
- L'environnement physique et le logement

Les enquêtes nous ont permis de récolter la parole de trente-quatre habitant-e-s et de vingt professionnel-le-s. Nous avons réalisé une représentation visuelle des propos des personnes afin de pouvoir les traiter et de les rendre visibles dans leur ensemble. Nous avons essayé d'être vigilant-e-s à ne pas interpréter les discours et à rester au plus près de la parole des habitant-e-s. A l'issue de ce travail, nous disposons d'une carte mentale d'une surface approximative de 2.40 m² (38 feuilles de format A4) organisée en vingt-sept catégories. Cette représentation visuelle constitue le brut de nos données. Nous nous y reporterons à chaque fois qu'une question concrète se posera à nous et nous continuerons à la faire grandir au fur et à mesure de nos rencontres.

2. La mise en lien avec le réseau de santé mentale isérois

Dans la continuité du diagnostic communautaire, nous avons mené un travail de recherche et de contact des acteurs/actrices de la santé mentale impliqué-e-s sur la commune d'Echirolles, et de proche en proche, sur l'agglomération grenobloise. Les objectifs de ce travail sont :

- d'informer nos interlocuteurs/trices les plus proximaux/ales de l'existence du projet de centre de santé dans le quartier « Village 2 », nourrissant ainsi la démarche partenariale.
- de leur faire un retour sur les éléments du diagnostic communautaire, pour lequel certain-e-s d'entre eux/elles avaient été interviewé-e-s par le biais de l'enquête consciencieuse.
- de comprendre la structure et le fonctionnement de chaque sous-système du réseau de santé mentale, des plus proximaux vers les plus distaux, pour comprendre comment les solliciter et pour quoi, afin d'anticiper les parcours de soin.
- de récolter des avis, des conseils et des recommandations pour enrichir notre diagnostic.

Les professionnel-le-s suivant-e-s ont été rencontré-e-s :

- Dr SPITZ (psychiatre, cheffe de pôle) et Mme DEVILLIERES (Cadre de santé du CMP Oréades) du secteur 38G06 (pôle DRAC-TRIEVES), Centre Hospitalier Alpes Isère.
- Dr PAGNIER (pédo-psychiatre, responsable du CMP Calmette) de l'inter-secteur 38IO3, Centre Hospitalier Alpes Isère.
- Dr FRANCONY (pédo-psychiatre) et Mme MOREAU (Cadre de santé) de la maison des adolescents de l'Isère, Centre Hospitalier Alpes Isère.
- Dr JENNY (médecin généraliste, équipe de liaison en addictologie), Centre Hospitalier Alpes Isère.

Ce travail a été l'occasion de réunions spécifiques à la santé mentale au sein de l'association, permettant à la fois de préparer les rencontres sus-citées, et d'aborder des thématiques importantes : échanges d'expériences en santé mentale, histoire du concept de secteur psychiatrique et ses critiques actuelles, lectures de textes de grands courants théoriques. Au final, des fiches ressources ont été établies à partir de ces entretiens et de recherches collectives internes à l'association. Il est important de noter que les estimations actuelles concernant l'ouverture du centre de santé courent entre septembre 2016 et septembre 2017. Dans ces conditions, ce travail spécifique à la santé mentale est d'un niveau de précision qui reste d'ordre général et descriptif.

RESULTATS

1. Les recommandations des habitant-e-s et des professionnel-le-s du quartier

Voici les recommandations par thématiques, issues de la démarche de diagnostic communautaire. L'ensemble du rapport est disponible sur internet, et comprend également les discours des habitant-e-s et des professionnel-le-s sur la santé dans le quartier (<http://fr.calameo.com/read/0027504610969adcf22b>).

1.1. L'accès aux soins

Les habitant-e-s nous ont adressé beaucoup de recommandations concernant l'accès aux soins. Ils/elles souhaitent que nous assurions l'ensemble des soins primaires pour le quartier, notamment les soins d'urgence, afin d'éviter le recours à SOS Médecins et aux services des urgences hospitaliers. Ils/elles souhaitent également que nous facilitions l'accès à des soins spécialisés (psychiatrie, ophtalmologie, gynécologie, pédiatrie, soins bucco-dentaires...), soit en intégrant des médecins spécialistes à l'équipe, soit en travaillant en réseau. Il nous a été fortement recommandé de mettre un place le tiers-payant systématique, et de l'accompagnement à l'accès aux droits. Plusieurs habitant-e-s nous demandent de travailler au delà du soin sur de la prévention, en lien par exemple avec l'école ou le travail.

1.2. L'alimentation

Les recommandations des habitant-e-s concernant l'alimentation ont été fréquentes. Sous différentes formes, les habitant-e-s nous ont conseillé de travailler autour de la question de l'équilibre alimentaire et des problèmes causés par la malnutrition. Certain-e-s nous ont suggéré d'intégrer à notre équipe un-e diététicien-ne. Les habitant-e-s ont par ailleurs comme attente de travailler avec nous la santé dans sa dimension plus globale : ils/elles ont envie de se questionner sur comment rester en bonne santé au quotidien, quotidien dont l'alimentation fait évidemment partie. Des professionnel-le-s qui travaillent déjà sur ces sujets (Centre communal de prévention en santé « Trait d'Union Paroles Santé », centre social,...) nous ont fait part de leur désir de collaborer avec nous pour une meilleur efficacité de ces actions.

1.3. Les relations sociales

Les habitant-e-s sont unanimes sur leur volonté que le centre de santé puisse être accueillant pour tout un chacun-e, sans discrimination. Ils/elles, souhaitent également que cet accueil soit chaleureux et convivial : un endroit « où l'on se sent bien », « où l'on veut rester ». Pour cela, ils/elles nous ont conseillé de travailler sur l'ambiance et les espaces. Ils/elles considèrent que l'accueil peut déjà être une première forme de soin, pour « oublier qu'on est malade ». Les habitant-e-s espèrent que le centre de santé soit aussi un lieu de socialisation : « un lieu où l'on peut venir discuter entre voisin-e-s ». Plusieurs personnes nous ont suggéré de mettre une cafetière à disposition. Cette demande de convivialité ne les empêche pas de souhaiter également que soient respectées la discrétion et la confidentialité dans le centre de santé.

1.4. La paix

Au delà de quelques remarques se voulant un peu alarmistes (« ça va être sportif, vous risquez de vous faire braquer » ; « les gens veulent tout tout de suite, vous allez vous faire engueuler et insulter »), un conseil qui revient souvent est celui de réussir à offrir des espaces de détente pour celles/ceux qui n'en peuvent plus du rythme qui leur est imposé. Certain-e-s nous ont ainsi soumis l'idée d'aider les personnes à s'autonomiser pour qu'elles puissent trouver des moyens de se détendre « avec les moyens du bord ».

De plus on nous a fait remarquer que l'attention que l'on portera à l'écoute, à la possibilité pour celles/ceux qui le désirent d'avoir des endroits pour pouvoir s'exprimer pleinement sur leurs problèmes et leur ressentis, sera déterminante dans l'adhésion des habitant-e-s au projet. Cela passerait, notamment pour les jeunes, par un travail de terrain, avec des personnes qualifiées (travailleuses/travailleurs sociales/sociaux), et en partenariat avec les structures existantes (centre social, espace jeunesse, associations...), afin de créer un climat de confiance pour que ces jeunes puissent enfin avoir un espace pour parler.

Enfin on nous parle de l'importance de prendre en compte certaines populations en marge (les personnes usagères de drogues, les personnes en souffrance psychique,...), tout en nous enjoignant que cela ne soit pas visibilisé afin de ne pas créer d' « appel d'air » sur le quartier.

1.5. L'équité et la justice sociale

Un certain nombre de recommandations nous sont formulées pour les personnes isolées. Ainsi on a pu nous conseiller « d'aller chercher les gens chez eux, comme avec moi » et d'aller vers les gens de manière active. En ce qui concerne le futur centre de santé et les professionnel-le-s qui y exerceront, on nous parle beaucoup de l'attention qui doit être mise pour que les habitant-e-s se sentent en confiance, qu'il n'y ait pas de comportement raciste ou d'exclusion. Cela semble notamment passer par l'accueil qui sera fait et par notre disponibilité à l'écoute des envies et des soucis des habitant-e-s. Les habitant-e-s souhaitent aussi la création d'un lieu de vie et pas seulement de soin qui pourrait permettre de « nouer du relationnel » les aidant ainsi à « mieux se confier ». La prise en compte des problèmes sociaux devrait consister en un travail transversal, tant en interne par la présence de travailleurs/travailleuses sociaux/sociales. Cela passe sûrement aussi par le fait de « continuer la démarche communautaire qui correspond au besoin de participer » des habitant-e-s mais aussi qui permet aux professionnel-le-s de ne pas se tromper dans ce que le lieu proposera. On nous parle aussi de l'attention que l'on doit mettre à prendre en compte certaines populations dans le projet : les jeunes, les femmes (« faire des temps collectifs avec les femmes du quartier », « ne pas oublier de prévoir une garderie! »), les personnes ayant des difficultés à se déplacer (visite à domicile). Il nous est aussi notifié l'importance d'informer et d'aider les habitant-e-s pour leurs droits et les démarches dont elles/ils ont besoin.

Enfin on nous enjoint de prendre en compte tant le stress et la souffrance psychique que les problèmes sociaux des habitant-e-s. Cela passerait autant par « des activités sur le bien-être au quotidien » que par l'attention que l'on pourra porter à l'accompagnement des personnes en souffrance (« ce sont les problèmes sociaux qui influent sur ma santé »), qu'en externe en travaillant avec divers partenaires (centre social, le Planning Familial, l'école, ...)

1.6. Le revenu

Un certain nombre de ces conseils sont liés au coût des soins. Ainsi de nombreuses/nombreux habitant-e-s et professionnel-le-s nous enjoignent fortement de pratiquer le tiers-payant intégral (sécurité sociale et mutuelle), de ne pas pratiquer de dépassement d'honoraires, de mettre en place des visites médicales gratuites à l'école, bref, de permettre à tout le monde de pouvoir se soigner. En lien avec cela, il nous est demandé de faciliter l'ouverture des droits sociaux. Les habitant-e-s souhaitent être informé-e-s sur les différents droits auxquels elles/ils pourraient avoir accès. Ils/elles aimeraient aussi que l'on puisse les accompagner dans l'ouverture de ces droits (notamment la CMU-C). Un travail plus global nous est aussi demandé. Ainsi plusieurs personnes nous conseillent d'avoir des travailleurs/travailleuses sociaux/socials à l'intérieur de la structure. Elles nous parlent aussi de l'aide que l'on pourrait apporter quant au stress généré par le manque de ressource et le travail. Cela passerait au minimum pour elles/eux par la qualité d'écoute qu'auront les professionnel-le-s du centre. Certain-e-s nous suggèrent de donner des conseils pour que les habitant-e-s puissent prendre soin d'elles/eux « avec les moyens du bord ». Enfin il est important de noter l'importance de la demande qui nous est adressée pour avoir une activité dentaire et ophtalmologique à des tarifs accessibles.

1.7. Le travail

À propos du travail et de la santé, les habitant-e-s nous ont adressé plusieurs recommandations. Ils/elles souhaitent que les problèmes de santé liés au travail puissent être détectés rapidement par les professionnel-le-s de santé. Ils/elles voudraient également être écouté-e-s quant à la souffrance qu'ils/elles peuvent rencontrer au travail. Ils/elles aimeraient que la question des problèmes articulaires liés aux problèmes de posture puissent être abordés dans le centre. Ils/elles insistent sur leur volonté que les professionnel-le-s les aident à trouver des solutions adaptées et réalisables pour leur maintien dans l'emploi. Mais surtout, les habitant-e-s demandent que les personnes auxquelles ils/elles seront confronté-e-s ne portent pas de jugement sur leur situation, particulièrement en ce qui concerne la difficulté peu reconnue de trouver un emploi.

1.8. L'éducation

Certaines personnes rencontrées espèrent que nous puissions détecter lorsque quelque chose ne va pas pour un enfant à l'école. Cela nécessite de travailler étroitement avec l'école et de construire des partenariats pour des actions pédagogiques et de prévention.

Certain-e-s habitant-e-s et professionnel-le-s souhaitent que nous puissions faciliter l'accès à des soins spécialisés pour les enfants (orthophonie, pédopsychiatrie, etc.), soit en intégrant des professionnel-le-s à notre équipe, soit en travaillant en réseau. Les habitant-e-s préconisent enfin un espace spécifique pour l'accueil des enfants dans le futur centre de santé.

1.9. L'environnement physique et le logement

Certain-e-s habitant-e-s souhaitent une mobilisation des professionnel-le-s de soin sur des questions de prévention en lien avec le quartier, comme par exemple contre la pollution ou la présence de la plate-forme chimique de Pont-de-Claix, qu'ils/elles identifient comme des causes de problèmes respiratoires chez des enfants.

De nombreux/nombreuses habitant-e-s et professionnel-le-s nous ont recommandé d'être présent-e-s et investi-e-s dans la vie du quartier. Il semble très important pour eux/elles que les locaux du futur centre de santé occupent une place centrale dans le quartier.

2. Les ressources en santé mentale depuis le territoire du quartier

Le projet d'implantation d'un centre de santé au sein du quartier « Village 2 » a conduit à recenser les acteurs proximaux de la santé mentale. Des fiches-annuaires ont été réalisées à cette occasion, qui seront complétées au fil de l'évolution du projet.

2.1. Concernant les soins psychiatriques et addictologiques auprès des adultes

Centre Médico-Psychologique du secteur 38G06, Pôle DRAC-TRIEVES (CHAI)

CMP « Les Oréades »

☎ 04 56 58 83 00/01

☎ 04 76 29 17 91

14 avenue Auguste Ferrier, Echirolles

Informations générales :

Délais des rendez-vous : 4 à 6 semaines.

Langues étrangères parlées : anglais, italien, arabe, partenariat avec « l'ADAT » pour l'interprétariat et avec l'association « Mots pour mots » pour la langue des signes.

Ouverture : du lundi au vendredi, de 9h à 17h.

Accès transports en commun : Ligne 16, arrêt Auguste Ferrier ; Ligne C2, arrêt Bayard ; Tram A, arrêt Auguste Delaune.

Visites à Domicile : oui ; organisées depuis le CMP, plutôt pour les patients connus.

Consultations d'urgence : non ; pas de plages horaires dédiées, orientation vers les urgences.

Hôpital de jour « aigu » : pour les situations de crise de leur file active de patients, comme alternative à l'hospitalisation temps-plein.

Autres dispositifs gérés sur site : CATTP, Réunion des familles, Accueil familial thérapeutique, Appartements thérapeutiques collectifs

Informations importantes :

Lieu de consultation destiné aux patients dont les troubles psychiatriques sont classiquement considérés comme étant les plus invalidants, nécessitant un étayage pluri-disciplinaire durable et stable (troubles dépressifs sévères, troubles bipolaires, troubles psychotiques, troubles sévères de personnalité, ...).

L'offre de psychothérapie au sein du CMP vient forcément en complément d'une prise en charge psychiatrique notamment médicamenteuse.

Les patients aux troubles plus contextuels et réactionnels, moins invalidants, avec de bonnes capacités d'élaboration, auront tendance à être réorientés (libéral, PARI, ...).

En faveur du développement de « consultations portes » pour délocaliser l'évaluation et l'orientation dans la communauté, afin de simplifier les trajectoires des patient-e-s. Actuellement, en partenariat avec « l'ADATE » et « La relève » (primo-arrivants et demandeurs d'asile).

Formalisation de réseau avec médecins généralistes et infirmiers libéraux sur Echirolles : en cours

Pas de formalisation de réseau avec les psychiatres et psychothérapeutes libéraux.

Plateforme référence pour les auteurs de violences sexuelles (adressage judiciaire).

Centre de psychothérapie inter-sectoriel (CHAI)

Psychothérapie Applications et Recherches Intersectoriel - PARI

☎ 04 56 58 83 80

12 rue André Rivoire, Grenoble

Informations générales :

Adressage nécessairement médical.

Délais des rendez-vous : 2 à 3 semaines.

Langues étrangères parlées : partenariat avec l'ADAT pour l'interprétariat.

Ouverture : du lundi au vendredi, de 9h à 17h.

Accès transports en commun : Tram C, arrêt Docteur Calmette ou Jaurès.

Consultations d'urgence : non ; pas de plages horaires dédiées, orientation vers les urgences.

Informations importantes :

Lieu de consultation principalement destiné aux patients dont les troubles sont moins invalidants (troubles dépressifs légers à modérés, troubles anxieux, troubles de l'adaptation, ...).

L'offre de psychothérapie est diverse, l'orientation interne est discutée lors de staffs cliniques hebdomadaires.

Les patients aux troubles plus sévères auront tendance à être ré-orientés vers les CMP.

Pas de prescriptions ni d'hospitalisations depuis cette structure.

Urgences psychiatriques (CHU)

Unité de Consultation et d'Avis Psychiatrique - UCAP

☎ 04 76 76 58 58

Hôpitaux Nord, Avenue maquis du Grésivaudan, La Tronche.

Informations importantes :

Unité dépendante du Centre Hospitalier Alpes-Isère, au sein du CHU. Si indication d'hospitalisation, orientation secondairement vers le CHAI (Unité d'admission APEX, pavillons des secteurs, ...) ou vers les unités du CHU (Service de psychiatrie et de médecine légale).

Autres dispositifs

EPMSA : Equipe mobile de psychiatrie du sujet âgé (Pôle DRAC-TRIEVES)

☎ 04 76 56 43 58

EMPP : Equipe mobile psychiatrie précarité - PASS (Pôle GRENOBLE)

☎ 04 56 58 83 70

Consultation du psycho-traumatisme et victimologie (CHU) sur adressage de la médecine légale.

CSAPA de la maison d'arrêt de Varcès

☎ 04 76 99 27 90

(uniquement injonctions de soins et détenus)

Addictologie

CSAPA « Point Virgule » (CODASE)

☎ 04 76 17 21 21 ☎ 04 76 86 18 57

19 rue des bergers, Grenoble

Informations générales :

Délais : 1 semaine.

Ouverture : du lundi au vendredi, 9h-18h ; 19h le jeudi, 17h le vendredi.

Accès transports en commun : Tram A, B et E, arrêt Alsace-Lorraine.

Informations importantes :

Première consultation avec infirmier ou travailleur social, orientations médicale et psychologique secondaires.

Public accueilli : tout type mais beaucoup de jeunes consommateurs et injonctions de soin.

Types d'addiction : tout type mais cannabis principalement

Prises en charges à visée éducative

L'association CODASE (Comité Dauphinois d'Actions Socio-Educatives) dispose d'appartements thérapeutiques

Service d'Addictologie Mutualiste des Alpes (CSAPA de la Mutualité)

76 avenue Léon Blum, Grenoble

☎ 04 76 12 90 80 ☎ 04 76 12 90 81

Informations générales :

Délais : 1 à 2 semaine jusqu'à 1 mois.

Langues étrangères : espagnol, anglais.

Ouverture : 9h-18h fermé mardi matin.

Accès transports en commun : gare Tram A / Bus Grand Place.

Informations importantes :

Première consultation avec psychologue ou travailleur social, orientation médicale secondaire.

Public accueilli : tout type

Types d'addiction : tout type (produits, jeux, boulimie,...), mais alcool et tabac principalement

4 antennes (Grenoble, Saint-Martin-d'hères, Vienne, Bourgoin-Jailieu)

Centre Hauquelin méthadone (CSAPA de la clinique d'addictologie du CHU)

1 rue Hauquelin, Grenoble

☎ 04 76 54 24 29 ☎ 04 76 44 18 19

Informations générales :

Adressage : mail aux médecins de la structure, discussions en staff hebdomadaire.

Délais : minimum 3 semaines.

Accès transports en commun : Tram B, arrêt Notre Dame - Musée.

Informations importantes :

Public accueilli et type d'addictions : principalement suivi de prescriptions de méthadone

Actuellement en cours de restructuration importante, tendance à ré-adresser les patients vers leurs médecins traitants. A re-contacter dans plusieurs mois.

Relié à l'Unité de Soins Ambulatoires, sur adressage en interne, pour des activités de relaxation.

Consultation externe au CHU de Grenoble - Pr DEMATTEIS - Pas de tiers-payant.

Hospitalisations en addictologie pour sevrage et post-cure

Centre Hospitalier - Alpes-Isère (CHAI)

☎ : 04 76 56 42 56

3 rue de la gare, Saint-Egrève.

Unité Groddeck (intersectoriel)

☎ : 04 76 56 45 30

Clinique neuro-psychiatrique - Le Côteau

☎ : (délocalisation)

10 rue du côteau, Claix (délocalisation à Grenoble en 2015)

SSR Addictologie - Rocheplane

☎ : 04 57 42 42 42

6 rue Massenet, Saint-Martin-d'Hères

Informations importantes :

Admission en post-cure au SSR uniquement sur adressage post-sevrage hospitalier.

Projets de remises en formes physiques principalement.

Le pôle d'addictologie du CHAI dispose également d'un hôpital de jour de 10 places

Hospitalisations temps-plein en psychiatrie

Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI)

☎ : 04 76 56 42 56

3 rue de la gare, Saint-Egrève.

Bureau des admissions

☎ : 04 76 56 42 57

Unité « Fodéré » (38G06)

☎ : 04 76 56 43 69

CHU de Grenoble

☎ : 04 76 76 75 75

Avenue maquis du Grésivaudan, La Tronche.

Service de psychiatrie générale - Pr Thierry BOUGEROL

☎ : 04 76 76 57 69/5383

2 unités de psychiatrie (Troubles de l'humeur et Psychiatrie générale)

Service de médecine légale - Pr Virginie SCOLAN

☎ : 04 76 76 84 53

Unité de 10 lits pour indications psychiatriques nécessitant des soins somatiques
(principalement tentatives de suicide graves, anorexie mentale)

Clinique neuro-psychiatrique - Le Côteau.

10 rue du côteau, Claix (délocalisation à Grenoble en 2015)

2.1. Concernant les soins psychiatriques auprès des enfants et des adolescents

Centre Médico-Psychologique de l'intersecteur 38IO3, Pôle sectoriel SUD-ISERE (CHAD)

CMP « Calmette »

☎ : 04 76 40 12 79

3 allée du docteur Calmette, Echirolles

Informations générales :

Délais : 3 à 4 mois. Le premier rendez-vous est médical (Psychiatre/AS/Secrétaire : trios référents).

Langues étrangères parlées : partenariat avec l'ADAT pour l'interprétariat.

Ouvertures : lundi au vendredi, de 9h à 17h.

Accès transports en commun : Tram A, arrêt Auguste Delaune.

Consultations d'urgence : possible si besoin, ou orientation vers les urgences pédiatriques du CHU.

Hôpital de jour « Jenny Aubry » : adressage en interne, via le CMP. Pour petite enfance 0-6ans.

CATTP « Jenny Aubry » : idem. Pour enfants de 3-12ans.

Dispositif « Graffiti » : CATTP intégré à l'éducation nationale = soins-école (classes Ulysse à l'école Marcel Cachin d'Echirolles et au collège de Vizille).

Informations importantes :

Prises en charge essentiellement des pathologies psychiatriques de l'enfance (troubles du spectre autistique/troubles envahissant du développement, troubles du comportement débutants dans la moyenne enfance). Les situations d'ordre psychosocial/difficultés d'adaptation contextuelles sont plutôt orientées vers la Maison des parents d'Echirolles ou les médecins traitants.

Les pathologies psychiatriques de l'adolescence sont plutôt prises en charge par le pôle intersectoriel « adolescents » du CHAI, correspondant à l'antenne santé de la Maison des adolescents de l'Isère. Les situations plutôt d'ordre psychosocial/difficultés d'adaptation contextuelles de la période de l'adolescence sont orientées vers la Maison des adolescents de l'Isère (antenne accueil).

L'équipe du pôle sectoriel utilise également les ressources des pôles intersectoriel « autisme » et dans une moindre mesure « moyenne enfance » (3 hôpitaux de jours intersectorielles dédiés à la moyenne enfance 6-12ans) du CHAI.

Consultation parents-bébé (CHAD)

« A.S.S. Triades » (Accueil Soins Séquentiels)

☎ : 04 76 40 12 79

3 allée du docteur Calmette, Echirolles

Informations importantes :

CATTP parents-bébé pour des accompagnements centrés sur la période de péri-natalité, destinés aux femmes enceintes et couples attendant un enfant, et aux couples avec bébé de moins de 18 mois au moment de la demande.

Consultation diagnostique pour les troubles du spectre autistique (CHAI)

Centre Alpin de Diagnostic Précoce de l'Autisme - CADiPA

☎ : 04 76 56 44 04

3 rue de la gare, Saint-Egrève.

Informations importantes :

Pour les situations de diagnostic difficile.

Les autres ressources du pôle sont disponibles sans passer par cette consultation, en passant éventuellement par le pôle sectoriel Sud-Isère si besoin.

A noter l'existence d'une Equipe Mobile Interdisciplinaire Sanitaire et Sociale EMISS

Consultation pour adolescents

Maison des adolescents

☎ : 04 56 58 82 00/01

☎ 04 76 12 94 63

74 rue des alliés, Grenoble

Informations générales :

Délais des rendez-vous : accueil dans la semaine

Langues étrangères parlées : partenariat avec l'ADAT pour l'interprétariat.

Ouvertures : lundi au vendredi, de 9h à 18h.

Accès transports en commun : Bus C5 arrêt Stalingard-Alliés, Bus C3 arrêt Eugène Sue, Tram A arrêt Malherbe.

Informations importantes :

Porte vers l'ensemble de la structure interne intersectorielle adolescent du CHAI.

Dispositif d'accueil et dispositif de soins.

Equipe mobile LINTERFAS pour les situations d'accès aux soins complexes.

Hospitalisations temps-plein en pédopsychiatrie

Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI)

☎ : 04 76 56 42 56

3 rue de la gare, Saint-Egrève.

Bureau des admissions

☎ : 04 76 56 42 57

Unité « Tony Lainé » (38G03)

☎ : 04 76 56 49 90

Informations importantes :

Restructuration en cours. A re-contacter dans quelques mois.

CHU de Grenoble

☎ : 04 76 76 75 75

Avenue maquis du Grésivaudan, La Tronche.

Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Dr Annie LAURENT

Unité de psychologie médicale infantile

Informations importantes :

Hospitalisations générales pour enfants et adolescents de moins de 16 ans présentant des troubles psychiatriques (troubles du comportement alimentaire, dépression, anxiété,...).

Animations de groupes de formation pour parents d'enfants souffrant de TDAH

Hôpital de jour:

Consultations externes, pour troubles envahissants du développement.

Clinique du Grésivaudan

☎ : 04 38 38 08 20

10 Avenue Maquis du Grésivaudan, La Tronche

Informations importantes :

Etablissement privé à but non lucratif qui appartient à la Fondation Santé Etudiants de France et participe au service publique. 120 lits pour enfants et adolescent de plus de 15 ans.

DISCUSSION

1. Discussions relatives à la méthode

1.1 Concernant le diagnostic communautaire

1.1.1 Biais de sélection et d'interprétation

Nous avons interrogé seulement trente-quatre habitant--e-s et vingt professionnel-le-s des secteurs sanitaire et social pour un quartier qui comprend plus de deux mille trois cent habitant-e-s. Cela peut paraître peu. Nous avons eu l'impression d'arriver à saturation concernant les questions incluses dans notre guide d'entretien: les paroles des dernières personnes rencontrées étaient soit redondantes soit complémentaires des éléments d'information dont nous disposions déjà. Mais il est vrai que les personnes que nous avons interrogées appartenaient majoritairement à un groupe restreint de réseaux affinitaires qui gravitent autour du centre social Village Sud, ce qui peut apparaître comme un biais de sélection. Nous avons essayé de contourner ce biais en allant rencontrer des personnes en faisant du porte à porte.

Nous avons pu perdre des informations et interpréter les propos qui nous ont été confiés à chaque transcription des données c'est-à-dire de la parole aux notes d'entretien, des notes aux trames de transcription et des trames à la carte mentale.

1.1.2 Biais d'information

Notre positionnement dans l'entretien a forcément induit la production d'un certain discours chez les personnes rencontrées : nous étions, pour chaque entretien, deux personnes, jeunes, blanches, d'un niveau d'instruction scolaire élevé, certain-e-s médecins, en contact avec le centre social, autant d'éléments pouvant nous placer dans une position dominante. Ainsi, les personnes interrogées ont pu parfois construire leur discours à partir de nos attentes supposées. Pour essayer de minimiser ce biais, nous avons pris le parti de nous présenter comme participant-e-s au projet plus qu'au travers de nos professions. Notons néanmoins que les entretiens se déroulaient globalement dans une ambiance décontractée, tutoiement et échanges dynamiques.

Les données collectées sont de nature qualitative. Elles traduisent un propos compréhensif et explicatif de la situation du quartier et des mécanismes qui y sont à l'œuvre. Nous avons prêté attention tant à ce qui fait consensus ou est évoqué systématiquement qu'à ce qui semble contradictoire voire polémique entre les habitant-e-s. Cela dresse une représentation de ce qui fait sens pour les personnes concernées et c'est ce que nous attendons d'un diagnostic communautaire : non pas qu'il fixe et détermine l'état *de* santé d'une population mais plutôt qu'il nous oriente et nous renseigne sur l'état *de la* santé dans le quartier à travers le regard de ses habitant-e-s. C'est ce que le Pr LAZARUS a nommé « une épidémiologie du ressenti » lors de son intervention dans le DIU. D'autres études et regards existent et peuvent être utilisés de façon complémentaire. C'est le cas des travaux qui ont été réalisés par l'atelier santé-ville ou des réflexions statistiques qui ont pu être menés à l'échelle du quartier.

1.2 Concernant la mise en lien avec le réseau de santé mentale isérois

Le fait que cette expérience soit encore à l'état de projet est une limite importante à cette mise en lien, qui doit pour autant être nécessairement initiée en amont. Les données récoltées sont généralistes et centrées sur les partenaires les plus proximaux. La filière autisme ou encore les lieux d'hospitalisation n'ont pas été rencontrés, considérés comme trop distaux. En l'état actuel de l'avancement du projet (été 2015), plusieurs scénarios se présentent en ce qui concerne l'ouverture de la structure. La première hypothèse renvoie à septembre 2017, et consisterait en la construction de locaux sur la place centrale du quartier « Village 2 », après destructions des anciens locaux du centre social et d'une pharmacie, non rénovables aux normes actuelles. La seconde hypothèse renvoie à septembre 2016 et consisterait à ouvrir dans des locaux temporaires en dehors du quartier, à moins d'un kilomètre, dans la zone Village Sud dont dépend le quartier « Village 2 ».

1.2.1 Formalisation des liens

A une telle distance de l'ouverture hypothétique du centre de santé, il est apparu impossible de trop formaliser les liens avec le réseau de santé mentale. D'autant que ce n'est pas dans les habitudes du secteur psychiatrique 38G06 de faire partenariat par ce biais : ils ne signent pas de convention mais sont partenaires dans la pratique. Ce travail a surtout permis d'évaluer l'intérêt de nos partenaires les plus proximaux pour les perspectives de santé communautaire, et constituer un réseau informel de convergences d'intérêts et de reconnaissance de compétences.

1.2.2 Evolution des données recueillies

Le type de données récoltées, de l'ordre de l'annuaire de ressources, sont des données évolutives dans le temps pour lesquelles il est important de mettre en place une veille du réseau afin de repérer les délocalisations, les ouvertures et les fermetures de structures et de dispositifs. A une telle distance de l'ouverture hypothétique, les données recueillies devront être renouvelées.

Les évolutions importantes de nos partenaires en ce qui concerne la santé mentale nous parviendront par l'implantation désormais actée du projet de l'association Santé communautaire en chantier au niveau des différents réseaux professionnels en lien avec la mairie d'Echirolles et la métropole Grenoble-Alpes-Métropole (Atelier Santé Ville, Contrat de Ville).

2. Discussions relatives au projet

2.1 Concernant la place de la santé mentale dans le centre de santé

Avec ce mémoire, nous avons tout juste commencé à esquisser les éléments qui structurent le système de santé mentale, leurs délais de réponses, et ce que pourraient être les flux de patient-es dans le fonctionnement en articulation avec ce même système de santé mentale, dans l'objectif d'anticiper les trajectoires des patient-e-s dans leurs prises en soins au centre de santé.

Une question est en discussion dans l'association : faut-il prévoir le recrutement d'un ou plusieurs professionnel-le-s plus spécifiquement formé-e-s sur les questions de santé mentale ? Psychiatres, psychologues, psychothérapeutes doivent-ils/elles faire partie intégrante de l'équipe du centre de santé ? Ou doit-on privilégier des partenariats avec les ressources existantes ? Avec le Dr SPITZ et Mme DEVILLIERES du secteur 38G06 (Pôle DRAC TRIEVES), nous avons par exemple discuté de la possibilité de réaliser des « consultations portes » délocalisées dans la communauté au sein du centre de santé, ce qu'ils pratiquent déjà avec les structures accompagnant les demandeurs d'asile sur Echirolles. Ce dispositif a l'avantage de proposer un lieu de consultation intégré et non stigmatisé.

Voici une liste des principales réflexions issues de la discussion au sein de l'association. A noter que le degré de précision est ici encore dépendant de la temporalité de l'équipe par rapport à l'ouverture hypothétique et lointaine.

- Le diagnostic communautaire de santé nous permet d'affirmer que la prise en charge de la **souffrance psychique** et psychiatrique sera une réalité quotidienne dans la pratique d'un tel centre de santé, qui sera a minima un lieu d'accueil, d'information et d'orientation.
- Attente de **soutien et de formation** sur certaines thématiques : le risque suicidaire, le psycho-traumatisme, la souffrance psychique au travail et les risques psycho-sociaux, la clinique transculturelle, ... (liste non exhaustive).
- Sentiment que des consultations **d'évaluations psychiatriques** spécialisées, en plus des consultations de médecine générale, seraient un bénéfice important : pratiques de prescription, suivi somatique des patients porteurs de troubles psychiatriques, aide au diagnostic différentiel, etc. Pour autant, sentiment qu'il n'y a pas de nécessité absolue dès le commencement.
- Grandes difficultés à anticiper en amont les qualifications d'un-e potentiel-e professionnel-le au sein de l'équipe du centre. Psychiatre ou psychologue ? Quelles compétences théoriques ? Sentiment que la personnalité du/de la ou des professionnel-le-s est primordiale pour s'intégrer dans la dynamique collective de l'association. Sentiment que le psychologue favoriserait la dé-médicalisation, en présence des médecins généralistes.
- Risque de se décharger collectivement des questions de santé mentale et de psychiatrie sur des professionnels spécialisés, rétablissant alors la classique sur-spécialisation.
- Rappel de la nécessité de la **co-intervention sociale** (avec les travailleurs sociaux du centre de santé et du centre social notamment).
- Rappel de la nécessité d'être en **réseau** quoiqu'il en soit avec le reste du système de santé mentale, même si cela complique forcément les procédures, compte tenu des logiques institutionnelles de chaque acteur/actrice. La pratique du courrier systématique est un exemple classique à mettre en place.
- Ce qui se fait ailleurs : présence d'une psychologue à la Case de santé de Toulouse, pas de personnel spécialisé à la Place santé de Saint-Denis. Dans les centres de santé de l'AGECSA (Grenoble), un psychiatre mobile lié au secteur psychiatrique (financement fléché de l'ARS) se déplace dans les structures pour faire des consultations en co-intervention avec les médecins

généralistes, ainsi que de la co-vision/super-vision de l'équipe globale de chaque centre de santé. Il n'assure que très peu de suivis psychiatriques au sein des centres de santé.

- Une question d'ordre **éthique** concerne la responsabilité des professionnel-le-s du centre de santé à faire ressortir des besoins de santé mentale sans être en mesure de les prendre en charge localement. Risque de « mettre en crise » des usager-e-s du centre ainsi que des sous-groupes de la communauté. Si les acteurs/actrices du service public et les libéraux sont des professionnel-le-s d'aval disponibles, leurs délais sont relativement longs ou leurs moyens limités ne correspondant pas nécessairement aux méthodes de la santé communautaire, ce qui pourrait être perçu de manière paradoxale.
- Une question d'ordre **financier** concerne la rémunération de ce/ces professionnel-le-s. Si les actes d'un-e psychiatre sont liés à la sécurité sociale, il est plus compliqué de mettre en place un-e psychologue sur un plan strictement financier (subventions, paiement par les usager-e-s,...). La possibilité pour des psychiatres de mener des travaux d'intérêts généraux au sein de cette structure est une autre éventualité à poursuivre.
- A un an de l'ouverture hypothétique du centre de santé, les discussions sur les modalités de recrutement n'ont pas encore été validées collectivement au sein de l'association, nous préférons donc ne rien restituer ici.

Au final, nous pensons qu'un tel centre de santé serait un relais communautaire précieux pour la réhabilitation des patient-e-s suivi-e-s par le secteur psychiatrique ; développement de l'accueil familial thérapeutique, aide au maintien dans le logement, ou encore accueil de collectifs d'usager-e-s sont des actions concrètes que l'on se représente assez instinctivement. Les liens de réseau avec les pharmacies et les infirmier-e-s libéraux/ales seraient également renforcés par ce dispositif, complémentaire à celui du secteur psychiatrique. De même, cette structure permettrait un diagnostic précoce des affections psychiatriques, telles qu'actuellement définies. En amont de leurs apparitions, nous pensons qu'un tel projet pourrait favoriser la prévention des troubles psychiatriques par l'instauration d'une dynamique communautaire de santé. S'il est impossible d'agir sur les déterminants bio-génétiques de ces troubles, en l'état actuel de la recherche et des connaissances neuro-scientifiques [18], il est possible d'agir sur les contextes [12]. Par le paradigme de la santé communautaire, nous trouvons une perspective théorique organisant nos réflexions et nos actions. S'il faut s'attendre à de longs délais de *feed-back* communautaire, l'idée d'un « mandat communautaire » serait à terme à étayer, dans l'objectif de favoriser *l'empowerment* collectif.

2.2 Concernant la perspective théorique de l'association

Comme ébauché dans l'introduction, nous considérons que le changement de paradigme vers la santé communautaire, et son corollaire de la psychiatrie vers la santé mentale communautaire, est l'occasion d'un saut épistémologique qualitatif de nos modèles théoriques de la santé et de la maladie, ce que l'on peut appréhender à un niveau qui englobe la clinique et la santé publique, c'est à dire en pensant leurs relations plutôt que leurs distinctions. Nous allons finalement tenter de discuter ce point théorique qui nous paraît central pour nous aider à sortir du bio-centrisme et du sanitaro-centrisme dans lesquels on tend à cantonner la pratique médicale. A noter que ce cloisonnement est validé par la santé publique si l'on ne fait pas l'effort du détour clinique, questionnant au plus près la validité de nos modèles d'appréhension des phénomènes pris en soins. Discuter de la vérité de ce dont on parle (aliénations, maladies, troubles,...) doit se faire à un niveau clinique, pas simplement en ouvrant les portes des réunions aux usager-e-s pour discuter de l'organisation et de la qualité des soins, où tout est déjà joué. En ce sens, l'expérience du CCOMS autour de la révision de la CIM nous paraît très importante, en incluant les personnes prioritairement concernées par les catégories diagnostiques. C'est là que se joue véritablement la démocratie sur les questions de santé, de notre point de vue.

Nous trouvons avec CANGUILHEM [4,5] et sa réflexion philosophique sur les normes, rejoignant la théorie des systèmes, un des exemples les plus aboutis d'une théorie de la santé et de la maladie, pour nous aider à penser cette évolution, lui qui considérait la médecine d'une manière globale, comme « l'art de la vie et du vivant », et non pas comme le seul rétablissement d'une lésion ou d'un dysfonctionnement biologique isolé du contexte et de l'environnement. Commentons la citation placée en prélude de ce mémoire afin de déployer la réflexion.

Dans un premier temps, il définit la maladie, non pas comme la perte d'une norme mais plutôt comme une allure marquée par le ralentissement, une perte de vitesse d'une vitalité qui non pas se dérègle mais plutôt simplement se règle à une échelle de mesure inférieure, tel un thermostat dont on aurait baissé la valeur de référence. Littéralement une rétro-gradation, c'est à dire une rétro-action négative à visée homéostatique, stabilisatrice, convergente vers une finalité : le vivant, la vitalité, le vivre. Il n'y a pas de coupure, pas de rupture, pas de discontinuité entre le lieu de la maladie et celui de la santé, entre l'état pathologique et normal, respectant également la trame

temporelle. Seulement un changement d'échelle de mesure, rétrogradatif et adaptatif, dont la finalité reste le maintien du vivant, « l'élan vital » cher à l'auteur.

Sur ce continuum spatiotemporel, la maladie et l'état pathologique se situent à l'extrémité polarisée négativement. Le caractère est nommé « inférieur » du fait que ce nouveau réglage des normes restreint voire interdit à l'individu un niveau de participation qu'il pourrait juger au moins similaire à celui de son état antérieur, et dont il peut estimer qu'autrui en bénéficie encore. Sur cet axe polarisé, c'est donc le vivre agi et désinhibé qui est ici la mesure positive à atteindre, la valeur de référence autour de laquelle régit le thermostat. L'infériorité tient donc à la restriction de participation, nous donnant ici une information essentielle sur la normativité positive du maintien du vivant : l'action, l'agir. Ou l'on voit déjà le paradoxe : maintenir vers l'agir, stabiliser vers le mouvement. C'est donc une vision anthropologique qui a trois conséquences notables. D'une part, l'individu est d'emblée tout entier inscrit dans son historicité (« *genre de vie qui était antérieurement le sien* ») et dans sa socialité (« *qui reste permis à d'autres* »), tissant ainsi le maillage subjectif dans lequel chacun existe comme un tout historique et socioculturel. En d'autres termes, les contextes historiques et environnementaux ont toute leur place, délimitant le genre de la vie, le style relationnel, l'ampleur de l'échelle de mesure. C'est dans l'interaction permanente avec ces milieux que se joue cette rétrogradation, et que se construit un temps éprouvé qui n'est pas une succession d'instantanés. D'autre part, puisqu'il est dit que la confiance en soi et l'assurance viennent de la capacité participative, c'est à dire la capacité de mettre son corps en jeu et en action, il est suggéré d'emblée également un lien irréductible et indissociable entre le corps et l'esprit, permettant une vision de la personne comme un tout somatopsychique, un corps-esprit à travers la figure de l'être agissant. Ainsi, pas de distinction entre pathologies du somatique et pathologies du psychique, les deux étant là aussi en interaction permanente. Finalement, le lien est également fait avec le sujet moral et ontologique, par ce que l'on perçoit déjà comme un sentiment d'injustice lié à la maladie, donnant par la suite une moralisation de l'état pathologique, telle la conséquence d'une faute, ou quoiqu'il en soit l'effet d'une punition. Les normes sont plus ou moins appréciées ou dépréciées, la participation est plus ou moins permise aux uns ou aux autres. Par nostalgie de l'état antérieur, ou par jalousie des autres, la personne construit un rapport au monde dans la maladie ; on ne peut s'empêcher de penser sinon à la dépression, du moins à la dépréciation narcissique. Et quel meilleur exemple que la dépression pour illustrer la maladie comme inhibition somatopsychique.

Dans un second temps, Georges CANGUILHEM décrit la santé et l'état de santé comme une échelle de mesure plus largement étalonnée, permettant une certaine souplesse, s'autorisant même à jouer de la vie, quasiment jouir de la vie. La polarité positive est donc bien celle de la capacité de choisir vers l'agir, pour le maintien du vivre. Tel un boîtier de vitesses d'une voiture, qui une fois réglé sur des vitesses supérieures, dispose d'une amplitude d'accélération plus large, conférant du pouvoir et de la liberté au conducteur.

Il précise à quel moment nous commettons une erreur, lorsque nous imaginons un individu statique là où il est stationnaire. Effectivement, dans cette interaction constante aux milieux, l'individu est en perpétuel changement, jamais définitif, ce qui signifierait à l'arrêt, tout du moins ralenti, c'est à dire malade. Vouloir garantir une stabilité définitive, c'est se rendre malade voire se suicider, puisqu'il n'est de définitif que du non-vivant, de l'inerte, du mort. C'est ainsi que notre vitalité est nécessairement fragile, toujours renégociée avec les milieux. Mais précisément c'est dans cette fragilité que se joue la force de notre santé, dans cette tolérance aux variations pourtant perpétuelles, malgré l'apparence de stabilité. Une stabilité donc stationnaire. Une persistance dans le changement.

L'erreur est alors de vouloir normaliser plutôt que de laisser normer. L'assignation à la normalité provient de cette ignorance du stationnaire au profit du statique. Elle est attribuée de l'extérieur, par l'observation statique de l'individu isolé à côté de son milieu, non pas é-changeant avec. Ou l'on voit le pouvoir du discours moraliste qui confondrait le normatif avec le sain et le normal, créant alors le malsain et l'a-normal par attribution externe. Alors que la norme se joue dans l'intériorité d'une relation entre un individu et ses milieux (dont la relation psychothérapeutique est un exemple), la normalité est attribuée de l'extérieur à l'individu isolé de ses milieux.

Pour terminer sur ce texte, si la santé se définit donc comme l'amplitude de l'échelle de mesure, comme la largeur de l'étalonnage du réglage des normes, elle dépasse la normalité. Elle ne détient pas en elle-même de vérité morale. Mesurer la santé, ce n'est pas mesurer des comportements sains ou malsains, mais mesurer une capacité normative, autrement appelée auto-normativité, de faire face à des situations de crise. Le maintien du vivant évoqué plus haut, passe par une nouvelle mise en ordre, une nouvelle mise en forme suite aux in-formations tirées des milieux intérieur et extérieur. Une création néguentropique, luttant contre l'entropie déstructurante que symbolise la maladie, et signant un déplacement spatiotemporel.

Cette mise en normes de l'humain, cette attribution normative organisante depuis l'extérieur, est le propre de la médecine contemporaine et de sa conception dominante anatomo-pathologique de la maladie. Le paradigme de l'Evidence Based Medicine (EBM) correspond à l'actuelle application des mathématiques à la clinique, lointain descendant du raisonnement analogique issu de l'émergence des salles communes, dérivant vers une méthodologie strictement statistique, impliquant chez les soignant-e-s et les décideurs un raisonnement statistico-inductif, risquant confondre la corrélation avec la causalité, et confondre la normativité avec la norme statistique prise pour la normale. C'est donc d'une influence majeure sur les états pathologiques et de santé, qui se retrouvent d'une part expliqués par la causalité linéaire, d'autre part liés aux discours moralistes sur le sain et le malsain. Se dessine ici un appauvrissement hasardeux du processus pathologique, dans ce qu'il est, ce qu'il permet c'est à dire ce à quoi il peut servir, c'est à dire ce qu'il peut signifier. Face au hasard, l'imprévu, l'improbabilité, la médecine contemporaine les fige dans des normes appliquées de l'extérieur, ne laissant plus la place au sujet malade d'exercer sur lui ce pouvoir auto-normatif, dont pourtant on a dit plus haut qu'il était d'une grande importance pour se soigner, guérir, se remettre en marche de sa santé.

Sont donc ici confondues la pratique soignante nécessairement tremblante, et la science objective froide ; confondant un sujet complexe avec un objet simple, un travail artisanal original avec une reproduction industrielle. Les enjeux se matérialisent en bout de chaîne dans les recommandations de bonnes pratiques contrôlées par les démarches qualités certifiantes, qui contribuent à la fixation hasardeuse et moraliste des normes du collectif statistiquement uniformisé, pesant sur l'individu isolé de ses milieux de vie, au nom d'une légitimité scientifique et morale. Cette lecture épidémiologique standardisante traduit l'influence de la majorité sur l'individu, de la santé publique sur la clinique (santé publique non pas entendue comme champ disciplinaire de savoir mais comme lieu de pouvoir). La fixation n'est ainsi pas tant hasardeuse que politiquement et économiquement bien sentie, ce que l'on perçoit aisément en s'intéressant aux financements de la recherche biomédicale, aux profits de l'industrie pharmaceutique, aux conflits d'intérêts entre les mondes de la clinique, de la recherche, de la formation universitaire et de la bio-économie.

D'un point de vue éthique, cette standardisation des soins propre à la médecine contemporaine, a deux conséquences paradoxales sur l'autonomie, de notre point de vue :

D'une part, elle structure de l'extérieur ; elle tend à faire disparaître celles et ceux qui ne rentrent pas dans la norme, c'est à dire dans les courbes. L'individu est étouffé par la cohorte, le collectif est imposé d'en haut et non pas créé d'en bas. S'il en est ainsi, comment continuer à voir et à entendre la personne qu'on a effacée des courbes de la normale, et dont les dispositifs d'accueil de la souffrance bornent l'expression, réalisant une véritable maltraitance théorique ? Comment lui redonner de la légitimité sans attendre qu'elle montre à voir nos catégories pensées en amont de la rencontre, *a priori*, en pré-jugé ? Et quelle place donner aux collectifs de patient-e-s revendiqués « usager-e-s expert-e-s », s'ils sont imposés d'en haut ?

D'autre part, elle empêche de se structurer de l'intérieur ; elle met à mal l'improbabilité du saut subjectif auto-normatif (à la base des théories du rétablissement), c'est à dire la capacité à se déplacer, à se soigner, à être en bonne santé, vivant et participant en conscience de soi, des autres et de ses environnements. C'est la rencontre éthique qui est de moins en moins probable à mesure que la rencontre soignant-e/soigné-e est bornée par les protocoles visant l'annihilation de l'improbable, du risque. Cette rencontre dans laquelle se joue le soin est pourtant faite d'improbabilité. Il s'agirait de pouvoir accepter l'incertitude, d'être à l'aise dans l'imprévu et savoir prendre des risques dans la relation de soins. Autrement dit, savoir garder des zones d'ombres, d'invisibles, ne pas attendre que l'IRM fonctionnelle allume la zone cérébrale pour se mettre à penser. Etre en ce sens infiniment médecin, dans une dimension hippocratique, dans cette capacité d'exploration hypothético-déductive avec l'autre, malade, avançant comme à l'aveugle dans une normativité pas-à-pas.

CONCLUSION

Dans un contexte de crise économique et politique, alors que chacun-e s'interroge sur les évolutions du secteur psychiatrique, la question de **la place qu'accorde le psychiatrique au social** (et vice-versa) se fait plus pressente, pour accueillir, comprendre et soigner les personnes en situation de souffrance, envisagée dans ses multiples dimensions (physique, psychique, sociale, ontologique, historique,...). Cette frontière historiquement et culturellement construite entre le psychiatrique et le social a été mobilisée par la crise de 2008, dont l'impact sur la santé mentale a désormais été analysé par plusieurs articles scientifiques [28, 33].

Co-construire des dispositifs d'accueil de la folie et de la détresse psychique qui soient socialement intégrés aux autres disciplines, aux réalités socio-politiques éprouvées, et aux territoires dans leur historicité, tels que traversés et habités, devient une exigence éthique et une urgence pour celles et ceux déjà les plus vulnérables, déjà les plus dominé-es ; que ce soit les personnes fragilisées par l'expérience de phénomènes psychiques diagnostiqués comme troubles, ou les personnes dont les conditions sociales d'existence déterminent des facteurs de risque de tels phénomènes.

Ces dispositifs intégrés doivent être intégratifs, faits de liaisons du quotidien de savoirs et de pratiques entre médecine générale et soins divers, psychiatrie et psychologie, travail social et éducatif, mais aussi recherches et regards socio-anthropologique, philosophique, populaire, militant. Ces liaisons doivent nous permettre de relier la personne en un Tout somatopsychique et socioculturel, nous rendant alors accessibles à elle en nous hissant à la hauteur de l'ordinaire de sa vie, dans lequel s'organise et est organisée nécessairement sa souffrance.

La question des changements et des évolutions du secteur psychiatrique n'est donc pas seulement une question de santé mentale publique, puisque les dispositifs délimitent déjà *ce qui peut être dit et entendu*, et que c'est précisément de cela dont il est question en santé mentale et en santé communautaire. Nous pensons que le détour clinique, par là où s'élabore ce qui fait symptôme, est nécessaire pour situer et faire une place au moment social et politique dans la description même de ce qui fait symptôme, et pour imaginer des dispositifs ouverts permettant *l'expression hétérogène* et évitant la maltraitance théorique dont les premières victimes sont encore les plus marginalisé-es.

En ce sens, la clinique systémique représente un outil hologrammatique [26], qui nous permet d'accéder à une appréhension complexe des réalités prises en charge : « le tout est dans chaque partie » ; le contexte socio-politique est dans chaque symptôme, autrement dit le fonctionnement du système auquel nous appartenons est dans chaque symptôme, dans une perspective cybernétique de second ordre. La frontière entre le psychiatrique et le social n'est plus une ligne ni un cheminement en deux temps, elle est incorporée et réunifiée par l'intermédiaire de la clinique. Si les soins doivent être intégrés dans la cité, il en va de même pour la clinique de la santé mentale. Les parcours de soins pourront alors être sans rupture, tels qu'espérés par le Plan Psychiatrie Santé Mentale 2011-2015 [25].

Cette question des contours de la psychiatrie et de la santé mentale est historique, comme l'exprime Nicolas HEINCKES. Dans une séance du séminaire « Nouvel esprit de la psychiatrie » (Cermes3) intitulée « *Une maladie du social ?* », ce sociologue s'interroge sur le social de la psychiatrie, estimant que la focale sociale s'est déplacée vers la psychométrie et les qualités de vie, plutôt que vers les neurosciences sociales et la psychologie sociale. Il prend pour exemple la manière dont fonctionne la clinique psychiatrique des classifications internationales (CIM10, DSMIV), ce que nous souhaiterions prolonger ici.

Dans un premier temps, « clinique », on s'intéresse à la question de la significativité des éléments cliniques, entendus dans une acception qui fabrique du symptôme à partir de matériel principalement descriptif et statique centré sur l'individu. Dans un second temps, « fonctionnel », on s'intéresse au rôle du fonctionnement social, centré sur les répercussions sociales, introduisant ainsi une composante dynamique au tableau clinique statique parfois peu « bruyant ». Cela produit des discours avec une logique de type « nous ne sommes pas bien certains que ce patient soit délirant en soi, allons voir du côté de son entourage dans quelle mesure ça pose problème ». Cette dichotomie se retrouve à une autre échelle, dans l'organisation des secteurs où bien souvent, les intervenant-e-s de l'urgence sont des psychiatres dits compétent-e-s pour « la clinique », tandis que les intervenant-e-s de la réhabilitation sont des travailleurs/ses sociaux/ales dit-e-s compétent-e-s pour « le fonctionnement » et le handicap. Encore une fois, nous pensons qu'une telle disjonction est préjudiciable à la compréhension des phénomènes et des personnes prises en soins. Les théoricien-ne-s du « travail de crise psychiatrique » nous semblent avoir cherché à réunifier cette disjonction, mais la crise est bien souvent aussitôt disjointe du travail de rétablissement.

Nicolas HEINCKES [19] nous explique même qu'à l'occasion de la révision du DSM V, « des débats ont conclu à la nécessité de mieux distinguer dans cette définition d'une part ce qui ressort des processus pathologiques, qui seuls devraient avoir une place dans une classification des maladies psychiatriques à vocation clinique, et d'autre part ce qui relève du fonctionnement social ou du handicap. Pour autant, des participants à ces discussions ont pointé les difficultés à mener jusqu'au bout cette clarification (...) ». Il cite l'exemple des troubles anxieux et dépressifs mixtes ainsi que l'exemple des états mentaux à risque, pour illustrer « les difficultés de délimiter de façon univoque ce qui relève ou non de la psychopathologie ». Car effectivement, « les personnes concernées cumulent aujourd'hui des formes de vulnérabilités sociales et psychologiques qui rendent difficiles la compréhension des dynamiques en jeu : qu'est ce qui, du processus pathologique lui-même, des conditions qui ont pu favoriser son émergence, ou de ses conséquences sur le plan social, est déterminant pour le statut de ces personnes ? ». La circularité résiste à cette tentation de la couper en linéarité causale, entre ce qui serait psychopathologique et ce qui serait de l'ordre de la répercussion sociale. Nicolas HEINCKES conclue son intervention au séminaire en formulant l'espoir de « constituer une clinique qui travaille le social ».

« En psychiatrie, la classification n'est jamais seulement « objective » ou « objectivante ».

La différence entre le XIX^e et le XXI^e siècle pourrait sur cette question au moins rendre sensible le fait que la classification en psychiatrie n'est pas objective pas seulement pour des raisons "scientifiques", pas seulement pour des problèmes de variables difficiles à objectiver, mais aussi pour des raisons structurelles. Pour le dire rapidement, la taxinomie en psychiatrie n'est pas seulement constative, elle est aussi performative, et le "mot" contribue à façonner la "chose" qu'il ne fait pas que nommer » [37]. Il y aurait donc des rétro-actions extrêmement complexes à faire émerger dans la clinique pour préserver ces circularités. Gregory BATESON et l'école de Palo Alto nous incitent ainsi à considérer la boucle systémique informative que constituent le bûcheron, la hache et l'arbre, dans l'action de couper du bois [2], révolutionnant notre façon individualisante de penser l'humain. L'école de Milan a plus tard fait émerger des symptômes cliniques de fonctionnements familiaux par l'observation de familles dont un membre est patient désigné [39].

Ce détour par la mécanique de la clinique nous semble important pour illustrer l'importance de ce saut épistémologique qualitatif dans nos modes de pensées. Nous voyons que la clinique psychiatrique actuellement dominante fonctionne en deux temps, séparant ce qui serait clinique de ce qui serait fonctionnel, réalisant ainsi une opération caractéristique de la pensée analytique. Au sein même de ce qui serait fonctionnel, ce mode de pensée analytique reproduit des « catégories du fonctionnel » : échelles de fonctionnement, échelles de qualité de vie, échelles de handicap, échelles de cognitions sociales. Il n'est pas tant question ici de discuter de la validité de ces modèles, mais plutôt de préciser que nous nous inscrivons dans une autre perspective théorique, qui passe par une théorie clinique du fonctionnement et de la communication humaine, ce que représente le mode de pensée systémique, cette vision « au microscope » [10].

Il s'agit pour nous d'une rigueur épistémologique en faveur d'une clinique de la complexité, d'abord préoccupée par la souffrance de l'autre, lui laissant donc libre et ouverte la façon dont il ou elle pourra l'exprimer pour se faire entendre, sans crainte de malentendus, sans crainte de l'insensé. Une clinique active qui vise *déjà* le rétablissement par l'auto-normativité [1], capable de partir des déterminismes et des vécus dominés car sensible au pouvoir dynamique des normes, allant vers les singularités émergentes et créatrices ainsi permises par le vivant.

Ce positionnement clinique influencera alors effectivement les conditions d'accueil, de compréhension et d'intervention sur les phénomènes de souffrance des personnes prises dans leurs milieux, milieux auto-éco-organisés [26] dans et par notre contexte sociétal commun. Il nécessite *a minima* de situer dans les mêmes lieux des professionnel-le-s de divers champs, et d'apprendre à travailler sous forme de collectif à la rencontre des habitant-e-s de la communauté, pour faire émerger un système thérapeutique. A ces conditions, les dispositifs pourront se métamorphoser en même temps que les souffrances accueillies, en diversités d'exercices et d'existences.

L'objectif à court terme de ce mandat était d'initier la mise en lien de l'équipe pluri-professionnelle avec le réseau de santé mentale isérois. Au second plan et à plus long terme, l'objectif de ce travail est de contribuer pas-à-pas à une auto-normativité collective du groupe professionnel au service d'une future auto-normativité communautaire des habitant-es, sur les questions de santé. Ce travail s'inscrit donc dans la démarche communautaire globale de l'association, qui est une démarche non-uniquement de santé publique ; ce qui pourrait être perçu

comme une ingénierie humanitaire - mais une démarche pensée comme clinique et thérapeutique à une échelle collective, animée par une éthique de sollicitude envers les habitant-e-s et les professionnel-le-s, visant la justice sociale ; ce qui est politique. L'association ne vise pas la mise en place d'un dispensaire mais d'un centre de santé qui adopte une certaine perspective théorique non-uniquement médicale sur les phénomènes pris en soins, ce qui passe par la dé-sanitarisation de l'approche de santé publique, et par la dé-biologisation de l'approche clinique, ce qui constitue le même mouvement et doit certainement être entrepris conjointement, d'où notre insistance.

En fil rouge de ce projet de centre de santé communautaire, les choix qui seront faits délimiteront ainsi progressivement les contours épistémologiques de l'émergence d'un travail systémique en réseau communautaire en santé, se sentant responsable de situer le social et le politique [11]; autrement dit, ressentant **la responsabilité éthique et citoyenne (et non pas tant déontologique) du processus thérapeutique**, ainsi re-qualifié : comment se co-construire avec la communauté comme système thérapeutique ? Ces choix questionneront également les changements auxquels se confronte la psychiatrie dans ses valeurs éthiques ; pris dans le changement paradigmatique de la santé mentale, le psychiatrique peut-il persister comme savoir, et sous quelles formes, dans un contexte de redistribution du pouvoir ? Nous pensons qu'une telle psychiatrie sociale et communautaire peut s'insérer dans un tel centre de santé communautaire par l'apport d'une clinique et de pratiques systémiques, réalisant ainsi pleinement les quatre objectifs fondateurs de la sectorisation en 1960 [23] :

- traiter à un stade aussi précoce que possible
- assurer une post-cure évitant les récurrences
- séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu
- accueillir tous les malades d'une zone géographique limitée

L'objectif n'est finalement pas tant psychiatrique que citoyen, ces valeurs hétéronomiques du soin pouvant traverser l'ensemble de la société démocratique et laïque. Et Luigi ONNIS de conclure : *« C'est pourquoi en Italie, la lutte contre l'asile psychiatrique n'a jamais été uniquement une bataille pour la tutelle de la dignité personnelle du patient hospitalisé, mais aussi une critique culturelle contre une « idéologie » psychiatrique à matrice médicale et positiviste, qui nie tout sens et toute valeur à la souffrance du patient »* [29].

BIBLIOGRAPHIE

1. Philippe BARRIER (2012). Éclairage sur les processus d'auto-normativité dans la démarche d'accompagnement et d'éducation des équipes soignantes. In Recherche en soins infirmiers, Vol.110, 7-12.
2. Gregory BATESON (1977). Vers une écologie de l'esprit. Tome 1. Paris : Seuil.
3. Mathieu BELLAHSEN (2014). La santé mentale : vers un bonheur sous contrôle. Paris : La Fabrique.
4. Georges CANGUILHEM (1952). La connaissance de la vie. Paris : Vrin.
5. Georges CANGUILHEM (1966). Le normal et le pathologique. Paris : PUF.
6. Barbara CASSIN & Roland GORI & Christian LAVAL (2009). L'appel des appels, pour une insurrection des consciences. Paris : Mille et une Nuits.
7. Benjamin COHADON (2011). De l'idéologie médicale aux normes sociales, comment la santé m'a rendu malade. Conférence gesticulée. SCOP Le Pavé. https://www.youtube.com/watch?v=s9aInd_BO8Y
8. COLLECTIF DES 39 (2014). Appel du meeting du 1er novembre 2014 ; <http://www.hospitalite-collectif39.org/?CA-SUFFIT>
9. Pierre DARDOT & Christian LAVAL (2010). La nouvelle raison du monde, essai sur la société néolibérale. Paris : La Découverte.
10. Joel De ROSNAY (1975). Le microscope. Paris : Seuil.
11. Mony ELKAIM (1980). « Défamiliarsier » la thérapie familiale. De l'approche familiale à l'approche socio politique. In Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, Vol.2, 6-16.
12. Mony ELKAIM & collectif (1987). Les pratiques de réseau : santé mentale et contexte social. Paris : ESF.
13. Didier FASSIN (1997). L'internationalisation de la santé : entre culturalisme et universalisme. In Esprit, Vol.229, 83-105.
14. Didier FASSIN (2005). Faire de la santé publique. Rennes : Presses de l'EHESP.
15. Michel FOUCAULT (1999). Les anormaux : cours au collège de France 1974-1975. Paris : Seuil.

16. Michel FOUCAULT (2004). Naissance de la biopolitique : cours au collège de France 1978-1979. Paris : Seuil.
17. Jacques GASSER & Michael STIGLER (2001). Diagnostic et clinique psychiatrique au temps du DSM. In Anne M. LOVELL & Alain EHRENBERG (2001). La maladie mentale en mutation. Paris : Odile Jacob.
18. François GONON (2011). La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? In Esprit, Vol.379, 54-73.
19. Nicolas HEINCKES (2013). Les nouvelles frontières de la santé mentale. In Actualité et Dossier en Santé Publique, Vol.84, 16-19.
20. Nicolas HEINCKES (2015). La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir. In Esprit, Vol.413, 28-40.
21. Jacques HOCHMANN (1971). Pour une psychiatrie communautaire. Paris : Seuil.
22. Marcel JAEGER (2012). L'articulation du sanitaire et du social. Paris : Dunod.
23. Denis LEGUAY & Magali COLDEFY (2013). L'organisation des soins de santé mentale en France en 2013. In Actualité et Dossier en Santé Publique, Vol.84, 19-23.
24. Donatien MALLET (2007). La médecine entre science et existence. Paris : Vuibert.
25. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Plan Psychiatrie Santé Mentale 2011-2015.
26. Edgar MORIN (1990). Introduction à la pensée complexe. Paris : Seuil.
27. Edgar MORIN (2008). La méthode. Paris : Seuil.
28. Observatoire National du Suicide (2014). Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche. Premier rapport.
29. Luigi ONNIS (2002). Franco Basaglia : 25 ans après, toujours précurseur ? In Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, Vol.29, 257-263.
30. Organisation Mondiale de la Santé (1978). Déclaration d'Alma Ata.
31. Organisation Mondiale de la Santé (1986). Charte d'Ottawa.
32. Organisation Mondiale de la Santé (2008). Programme d'action : combler les lacunes en santé mentale MhGAP.d
33. Organisation Mondiale de la Santé (2011). Impact of economic crises on mental health.
34. Jean OURY (2005). Le collectif, le séminaire de Sainte Anne. Paris : Champ social.
35. Denys ROBILIARD (2013). Rapport d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie.

36. Jean-Luc ROELANDT & Eric PIEL (2001). De la psychiatrie vers la santé mentale communautaire. Rapport de mission.
37. Jean-Luc ROELANDT & collectif (2011). Les enjeux de la révision. In *L'information psychiatrique*, Vol.87, 159-163.
38. Thomas SAIAS & collectif (2011). Introduction à la psychologie communautaire. Paris : Dunod.
39. Mara SELVINI PALAZZOLI & collectif (1990). Les jeux psychotiques dans la famille. Paris : ESF.
40. Françoise SIRONI (2003). Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique. In *Pratiques psychologiques*, Vol.4, 3-13.

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE CONSCIENTISANTE

Depuis combien de temps travaillez/habitez-vous sur le quartier ?

Quel est votre métier ?

Quand est-ce que vous êtes entré-e sur le quartier la première fois ?

Est-ce que vous avez choisi ce quartier ?

Quelles impressions avez-vous eu quand vous êtes arrivé-e dans le quartier? Et maintenant ?

Combien de temps passez-vous sur le quartier ?

Quels endroits du quartier fréquentez-vous? Pourquoi ? À quelle fréquence ?

Connaissez-vous beaucoup d'habitant-e-s de Village 2 ? (de manière pro/amicale/asso)

Qu'est-ce qui globalement se dégrade/s'améliore à Village 2 ?

Si vous étiez un enfant aimeriez-vous grandir ici ?

Si vous étiez une personne âgée aimeriez-vous vieillir ici ?

Qu'est-ce qui se passe dans ce quartier que vous ne connaissez pas ailleurs ?

Diriez-vous que les habitant-e-s de Village 2 ont la santé ?

Pensez-vous que les habitant-e-s de Village 2 ont des problèmes de santé en commun ?

Est-ce que dans votre travail/militance/bénévolat, vous vous occupez des questions de santé ?

Est-ce que la santé pourrait faire partie de votre travail d'AS/éduc/... Est ce que le travail social devrait s'occuper des questions de santé ?

Est-ce que tout le monde mange à sa faim ici ?

Est-ce vous connaissez des habitant-e-s du quartier qui n'ont pas accès aux médicaments à causes des déremboursements ?

Est-ce que vous connaissez des habitant-e-s qui ne se soignent pas pour raisons financières ?

Est-ce que vous connaissez des habitant-e-s qui ne se soignent pas parce qu'ils/elles ne savent pas où aller ?

Est-ce que vous connaissez des habitant-e-s qui ont la CMU ? Est ce plus simple/difficile pour elles/eux ?

Est-ce que vous avez entendu parler de gens ayant des problèmes de santé au travail ? Est-ce que vous avez su quoi faire ?

Connaissez-vous des systèmes de solidarité dans le quartier ?

Quelles actions mettriez-vous en place pour améliorer la santé des habitant-e-s du quartier ?

S'il y avait plus de structure de soin, est-ce que ça irait mieux ?

Si demain on construisait une structure de santé dans le quartier, ce serait quoi dans l'idéal ?

Pour vous ? Pour les habitant-e-s ? Pour les professionnel-le-s ?

Est-ce qu'on pourrait faire des choses ensemble ?

Est-ce qu'il y a des personnes qu'il faudrait qu'on rencontre ? Lesquelles ?

Qu'est-ce que vous aimeriez que l'on fasse de vos réponses ?

Est-ce qu'il y a des questions que vous aimeriez nous poser ?

ANNEXE 2 : PLAN DU QUARTIER VILLAGE 2, ECHIROLLES, ISERE



PROBLEMATIQUE. *Comment et où place t'on la focale de ce qui fait problème ?* Alors que les préoccupations concernant l'organisation interne et l'ouverture du secteur psychiatrique sont récurrentes, ce mémoire est une ébauche de proposition locale d'articulation de la psychiatrie à la santé communautaire, réalisant ainsi le changement paradigmatique de la santé mentale.

METHODE. A travers le récit d'une expérience militante en santé communautaire, réunissant des professionnel-le-s de différents champs (sanitaire, social, sciences humaines et éducation populaire), et qui consiste en la mise en place d'un centre de santé au sein du quartier populaire « Village 2 » d'Echirolles (agglomération grenobloise, Isère), nous tentons d'expliquer l'importance de se saisir de ce saut épistémologique pour sortir du bio-centrisme de nos théories sur la santé et la maladie, afin de nous permettre de sortir de l'hospitalo-centrisme de notre organisation des soins en France. Nous insistons sur l'importance de penser conjointement le niveau clinique et le niveau de santé publique, pour faire émerger une clinique intégrée et intégrante dans la cité, rompant avec cette tendance à la pensée disjonctive qui mutile la complexité et qui réalise en bout de course une maltraitance théorique des personnes déjà les plus dominées, aux frontières des dispositifs.

RESULTATS. Ce mémoire décrit d'une part la démarche de diagnostic communautaire de santé : par le biais d'enquêtes conscientisantes, 54 habitant-e-s et professionnel-le-s ont été rencontré-e-s pour décrire l'état de la santé dans le quartier autour de 9 thématiques (accès au soin, alimentation, relations sociales, paix, équité et justice sociale, revenu, travail, éducation, environnement physique et logement). Ce mémoire décrit d'autre part la mise en lien avec le réseau de santé mental isérois, à partir des acteurs les plus proximaux du quartier, afin d'initier les partenariats et d'anticiper les trajectoires de soins.

CONCLUSION. Dans une perspective écologique, le système thérapeutique se constitue déjà par le travail en collectif, qui s'organise progressivement autour des théories des normes et des systèmes ou encore des savoirs militants et sociologiques, en vue de penser à la fois le pôle social et le pôle sanitaire, *l'empowerment* collectif et l'auto-normativité individuelle, ce qui pourrait se traduire sur le plan éthique comme le souci de penser ensemble le pôle hétéronomie et le pôle autonomie, sans ambition totalisante. Tout ceci constitue un immense défi à nos façons habituelles de penser le problème de la maladie dans la santé.

MOTS CLES

Psychiatrie sociale et systémique - Centre de santé communautaire - Diagnostic communautaire et territorial de santé - Réseau de soin - Projet collectif militant