

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 :
Études et applications »

Année 2012

Place et rôle de l'Atelier Santé Ville dans la mise en place d'un dispositif de santé mentale

Hélène Raffier, coordinatrice Atelier Santé Ville à Vénissieux,

Sous le tutorat de Julia Roger



ville de
venissieux

REMERCIEMENTS

Ce travail a été réalisé grâce au soutien de plusieurs personnes que je tiens à remercier.

Je tiens tout d'abord à remercier la mairie de Vénissieux, qui m'a permis de suivre cette formation enrichissante dans laquelle j'ai eu l'occasion d'approfondir ma connaissance du champ de la santé mentale et de rencontrer des professionnels passionnés qui m'ont donné envie d'aller plus loin dans le développement de projets en santé mentale sur le territoire de Vénissieux.

Un grand merci à toute l'équipe du Service Communal d'Hygiène et de Santé à laquelle j'appartiens, qui a pallié à mes absences durant la formation et qui m'a soutenue dans l'écriture ardue de ce mémoire.

Un merci aussi à Julia Roger, ma tutrice, qui m'a accompagné dans l'écriture de ce travail et qui m'a fait part de précieux conseils.

Enfin je tiens à remercier les partenaires de terrain qui participent à ce projet de construction d'un Point Accueil Ecoute Familles et qui s'impliquent au quotidien auprès des habitants.

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de la Santé

ASV : Atelier Santé Ville

CATTP : Centre Thérapeutique à Temps Partiel

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CMP : Centre Médico Psychologique

CSA : Centre de Soins Ambulatoires

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CTB : Centre de Thérapie Brève

CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale

DIV : Délégation Interministérielle à la Ville

EN : Education Nationale

GPV : Grand Projet de Ville

HO : Hospitalisation d'Office

IME : Institut Médico Educatif

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MDR : Maison du Rhône

ONSMP : Observatoire National Santé Mentale et Précarité

ORS : Observatoire Régional de la Santé

ORSPERE : Observatoire Régional de la Souffrance Psychique en rapport avec l'exclusion

PAEF : Point Accueil Ecoute Familles

PAEJ : Point Accueil Ecoute Jeunes

PAI : Procédure d'Accueil Individualisé

PMI : Protection Maternelle Infantile

PRE : Programme de Réussite Educative

RASED : Réseau d'Aide Spécialisée des Elèves en Difficulté

SCHS : Service Communal d'Hygiène et de Santé

SPL : Santé Psychique et Logement

ZUS : Zone Urbaine Sensible

SOMMAIRE

Introduction	6
Argumentaire.....	7
<i>A. Concepts clés en lien avec la santé mentale</i>	<i>7</i>
I. Définition de la précarité.....	7
II. Lien entre exclusion sociale et souffrance psychosociale	8
<i>B. Place et rôle des communes en santé mentale</i>	<i>9</i>
I. Travail de l'ORSPERE : élus et santé mentale	9
II. Vers une « nouvelle santé publique ».....	10
<i>C. La Santé Mentale à travers la démarche Atelier Santé Ville</i>	<i>11</i>
I. Le volet santé de la politique de la ville.....	11
II. Promotion de la santé et développement social urbain	12
III. Le Conseil Local de Santé Mentale.....	14
La santé mentale sur la commune de Vénissieux	15
<i>A. La commune de Vénissieux : éléments de contexte</i>	<i>15</i>
<i>B. Place de la santé mentale sur Vénissieux.....</i>	<i>16</i>
I. Diagnostic sur la santé mentale à Vénissieux	17
II. Les actions développées à Vénissieux en terme de santé mentale	18
Construction du Point Accueil Ecoute Familles	20
<i>A. Conception du dispositif.....</i>	<i>20</i>
I. Contexte	20
II. Problématique identifiée	21
III. Objectifs du projet.....	22
IV. Partenaires impliqués sur le projet	23
<i>B. Construction du dispositif.....</i>	<i>24</i>
I. Pilotage du projet	24
II. Construction d'outils de suivi	25
III. Recrutement d'une psychologue	25
IV. Modalités de fonctionnement	26

<i>C. Evaluation du dispositif</i>	27
I. Evaluation du processus	27
II. Evaluation de l'impact	28
Discussion	30
Bibliographie	34

Introduction

Pour la ville de Vénissieux, la santé mentale est depuis plusieurs années une préoccupation importante puisqu'elle traverse plusieurs compétences (logement, sécurité, santé...) et place les élus comme acteurs de premier ligne dans le maintien de l'ordre public.

Grâce à la mise en place d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM), qui permet de construire une culture commune en santé mentale, une dynamique a été lancée sur le territoire pour prendre en charge les problématiques liées à cette thématique. Le rapprochement entre les élus et les professionnels de terrain permet une approche transversale des situations rencontrées sur la commune.

En parallèle, la création en 2009 d'un Atelier Santé Ville (ASV) a permis de promouvoir une réelle politique de santé publique à l'échelle de la ville. Les trois axes de travail majeurs, que sont l'alimentation, l'accès aux droits et aux soins et la santé mentale, sont développés en parallèle, en essayant de coller au plus près des réalités de terrain et des besoins identifiés.

Ainsi la volonté de créer un Point Accueil Ecoute Familles (PAEF), lieu d'écoute et d'accompagnement de la souffrance psychosociale des familles, est née depuis quelques mois suite à l'identification de besoins non couverts par les ressources de la commune. Mais se pose la question de la place et du rôle de l'ASV dans la mise en place d'un tel dispositif. Est-ce que la ville, à travers l'outil ASV qui a été développé dans le cadre de la politique de la ville, a vocation à développer et à porter ce type de projet et quels enjeux partenariaux cela engendre ?

Pour éclairer cette réflexion, il est important de revenir dans un premier temps sur une définition des notions clés telles que la précarité ou encore la souffrance psychosociale et de situer la place des élus et de la ville de Vénissieux par rapport à cette problématique de santé mentale. Dans un second temps, des éléments de contexte seront apportés en présentant la commune de Vénissieux et son action en terme de santé mentale. Enfin, la construction du PAEF sera présentée pour mettre en lumière les enjeux qu'elle implique.

Argumentaire

A. Concepts clés en lien avec la santé mentale

Depuis quelques années, la santé mentale est une notion devenue presque commune en terme d'action publique mais il est important de voir à quels concepts elle renvoie.

I. Définition de la précarité

C'est en 1987, dans le rapport "Grande pauvreté et précarité économique et sociale" présenté par Joseph Wresinski que l'on trouve une première définition de la précarité : *"La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible"*¹.

Et en 1998, le Haut Comité de Santé Publique a repris cette définition en affirmant que « *La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale* »².

Enfin les travaux de Jean Furtos, psychiatre et directeur de l'Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion (ORSPERE), montrent « *qu'au-delà du manque objectif des sécurités basiques de la vie quotidienne, la précarité est liée au sentiment d'avoir ou pas la maîtrise de son existence actuelle ou à venir. Elle est aussi de l'ordre du ressenti et entre ainsi dans le champ de la santé mentale. Elle peut générer une angoisse quant au futur et peut provoquer une perte de confiance en l'avenir et en la société. Il faut donc noter un double impact de la précarité, d'un côté objectif et lisible (manque*

¹ Wresinski, J., (1987), *Grande Pauvreté et Précarité Economique et Sociale*, Conseil Economique et Social, 6.

² Haut Comité de Santé Publique, (1998), *La progression de la précarité en France et ses effets sur la Santé*, 9.

d'argent, de travail, de toit...), et de l'autre portant sur l'imaginaire individuel et collectif et pouvant être source de souffrances psychiques³ »

II. Lien entre exclusion sociale et souffrance psychosociale⁴

Quant à la notion d'exclusion sociale, les différentes recherches montrent qu'elle est imbriquée à la notion de souffrance psychosociale.

L'article d'Isabelle Vandecasteele et Alex Lefebvre, qui s'attache à interroger de manière théorique les liens entre réalité sociale précaire et réalité psychique, nous montre bien que : *« Si bien entendu, les gens composent différemment avec la précarité en fonction de leur histoire et de leurs bagages psychologiques, si celle-ci peut avoir, aux détours des conditions singulières et des trajectoires individuelles, des conséquences plus ou moins graves, tant sur le plan socioéconomique que psychique, la pérennisation d'une situation précaire et son expansion à différentes sphères de la vie sociale augmentent le risque d'exclusion du sujet et semblent favoriser grandement l'éclosion de troubles du comportement et de symptômes multiples qui, sans caractériser immédiatement une nouvelle forme de pathologie, sont autant de témoins d'une souffrance rentrée et d'un psychisme en difficulté ».*

A ceci s'ajoute le fait que l'exclusion sociale n'est plus à considérer en terme d'état, mais se doit d'être analysée en terme de processus. Les nombreuses recherches menées sur les individus précaires montrent que *« par la notion d'exclusion, il ne s'agit donc plus aujourd'hui de désigner des groupes sociaux caractérisés par une exclusion de fait mais bien de souligner l'existence de processus pouvant conduire à ces situations extrêmes. On n'est pas une fois pour toute exclu ou inclus mais il existe des populations en état de fragilité et de précarité qui ont une forte probabilité de connaître ou qui connaissent effectivement un parcours susceptible de les exclure de la vie collective, professionnelle et relationnelle, de les marginaliser ».*

³ Vandecasteele, I., Lefebvre, A., (2006), De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale, *Cahiers de psychologie clinique*, 26, 141.

⁴ Vandecasteele, I., Lefebvre, A., (2006), De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale, *Cahiers de psychologie clinique*, 26, 141-142.

B. Place et rôle des communes en santé mentale

I. Travail de l'ORSPERE : élus et santé mentale

Depuis quelques années, force est de constater que la question de la santé mentale est devenue omniprésente pour les élus en charge de la santé mais aussi pour l'ensemble des élus locaux puisque les interpellations sont nombreuses, allant de la plainte de voisinage, du logement insalubre, de l'incurie au trouble à l'ordre public.

Cette prise de conscience et la mobilisation des élus autour de la santé mentale ont donc été initiées dans les années 90 avec le rapport Strohl-Lazarus⁵ qui mettait en lumière le malaise des acteurs de première ligne face à la souffrance psychosociale et qui a ensuite impulsé les travaux de l'ORSPERE axés sur l'exploration des déterminants et des modalités de déploiement de la souffrance psychique en rapport avec la précarité.

A partir de 2001, l'ORSPERE-Observatoire National Santé Mentale et Précarité (ONSMP) a lancé une réflexion sur les élus locaux et la santé mentale qui a donné lieu à plusieurs séminaires et à des recherches-actions. Un des moments les plus marquants a été le séminaire organisé en 2003 et 2004, soutenu par la Délégation Interministérielle à la Ville (DIV), qui a permis « *d'affirmer la santé mentale comme objet légitime des politiques locales et l' élu local comme acteur stratégique en la matière* »⁶.

En 2005-2006, une recherche-action a été menée sur « les hospitalisations d'office (HO)⁷ comme mode de gestion des troubles du voisinage » puisque les élus locaux ont le pouvoir d'hospitaliser d'office ce qui constitue « *une responsabilité à la frontière entre la santé, la sécurité et la liberté individuelle* »⁸. Les résultats ont entre autres permis de considérer les demandes d'HO comme des indices de l'état de santé mentale de la population et de mettre en avant que près de la moitié des cas évoqués pour les HO concernaient en réalité des situations non urgentes ne constituant pas un danger pour l'ordre public mais relevaient de souffrances psychosociales qui n'avaient pas trouvées de réponse en terme d'accès aux soins ou de prise en charge sociale.

⁵ Strohl, H., (1995), *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* (Rapport sur les travaux du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », présidé par Antoine Lazarus), La documentation française.

⁶ Rhenter, P., (2009), *La santé mentale comme champ politique : la mobilisation récente d'un groupe d'élus locaux*, Dans Michel, A., *Ville et santé mentale : projections, politiques, ressources* (183-203), Ed. Le Manuscrit.

⁷ Suite à la nouvelle loi du 5 juillet 2011 réformant les soins psychiatriques sans consentement, l'HO s'est transformée en Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat (SPDRE). Pour un souci de simplicité, nous continuerons dans ce travail à parler d'HO.

⁸ Girod de l'Ain, M., (2006), *La santé mentale, une implication quotidienne des élus locaux*, *Revue Rhizome*, 24, 11.

Ainsi les travaux de l'ORSPERE-ONSMP ont été construits comme équivalent du rapport Strohl-Lazarus en matière de santé publique locale, puisqu'ils soulignent la souffrance et l'impuissance des élus locaux en tant qu'acteurs de première ligne face à la souffrance psychosociale et légitiment une préoccupation collective de santé mentale qui va au-delà du médical dans la délimitation du normal et du pathologique.

II. Vers une « nouvelle santé publique »

Dans les travaux autour de la santé mentale et de la place des élus locaux, il est aussi question d'une « nouvelle santé publique »⁹ où la santé mentale peut être le lieu privilégié d'une légitimation du rôle des élus locaux en matière de santé à travers les changements dans quatre domaines :

- *Les nouveaux discours de la santé publique*, qui mettent en avant le fait que la santé mentale va plus loin que l'absence de troubles psychiatriques et sa prise en compte ne relève pas seulement du corps médical,
- *Les acteurs de la santé publique*, avec le statut d'élu local porté au rang de nouvel acteur de la prévention en santé mentale. En effet, « *si une approche de santé mentale inclut la reconnaissance et la lutte contre une souffrance psychosociale conçue comme une perturbation de la capacité du vivre ensemble des citoyens, les élus peuvent s'autoriser à se déclarer investis d'une responsabilité spécifique en la matière, dont le cadre dépasse largement la gestion de l'urgence et des troubles à l'ordre public* »¹⁰.
- *Les enjeux en terme de santé publique*, qui renvoient à la prise en compte des inégalités sociales de santé en lien avec l'exclusion et la précarité dans le champ sanitaire. Depuis le milieu des années 80 et jusqu'en 1995, de nombreux rapports abordent cette question des inégalités et la création du Haut Commissariat de la Santé Publique en 1991 définit des priorités qui intègrent les inégalités sociales et territoriales de santé. Mais il faudra attendre la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique pour que la question du droit à la santé ne soit plus posée essentiellement sous l'angle de l'accès aux droits. En effet, dans cette loi, la question des inégalités de santé apparaît avec comme objectif de « *prendre en compte les groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants*

9 Hassenteufel, P., (1998), *L'émergence problématique de la santé publique*, dans Fassin, D., *Les figures urbaines de la santé publique* (86), La Découverte, Paris.

10 Rhenter, P., (2009), La santé mentale comme champ politique : la mobilisation récente d'un groupe d'élus locaux, In Michel, A., *Ville et santé mentale : projections, politiques, ressources* (183-203), Ed . Le Manuscrit.

spécifiques de la fréquence et/ou de la gravité du problème visé, y compris les déterminants liés à des spécificités géographiques ».

- *L'apparition d'instruments inédits de contractualisation, avec la création en 2000 des Ateliers Santé Ville (ASV), volet santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) qui doivent permettre aux collectivités locales de s'approprier les questions de santé en cherchant à réduire les inégalités sociales de santé.*

C. La Santé Mentale à travers la démarche Atelier Santé Ville

I. Le volet santé de la politique de la ville

La politique de la ville, mise en place il y a une trentaine d'années par les pouvoirs publics afin de valoriser les Zones Urbaines Sensibles (ZUS), a pour objectif de réduire les inégalités territoriales et d'agir pour les quartiers en difficulté. Elle comporte plusieurs grands volets: l'éducation, l'emploi et le développement économique, l'habitat et le cadre de vie, la citoyenneté et la prévention de la délinquance et la santé. A certains de ces volets sont associés des instruments opérationnels tels que le Programme de Réussite Educative (PRE) pour le volet éducation ou l'ASV pour le volet Santé.

La DIV, en charge de la politique de la ville, a pour objectif de corriger les inégalités sociales et territoriales en définissant des zones et des publics prioritaires particuliers bénéficiant de prestations spécifiques définies de manière contractuelle entre l'Etat et la ville. Cette contractualisation passe par la signature, pour une durée de trois ans renouvelable, d'un CUCS qui présente les actions engagées sur ces quartiers prioritaires.

Les ASV, développés à partir de l'année 2000 dans le cadre des volets santé de la politique de la ville et de la loi de lutte contre les exclusions, ont *« pour objet de fournir le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets locaux de santé publique. Leur méthode d'élaboration les place en interface avec les élus des villes et la politique de santé de l'Etat ; elle permet en particulier d'associer des groupes d'habitants au diagnostic local et d'adapter ainsi les projets de santé publique au plus près des besoins locaux »¹¹.*

¹¹ (2007), *Ateliers Santé Ville, une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, les éditions de la DIV, 8.

Outil conçu pour impulser une démarche locale de santé publique devant concourir à la **réduction des inégalités sociales et territoriales de santé**, les ASV entendent répondre aux objectifs suivants¹² :

- identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en situation de vulnérabilité et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie : habitat, logement, emploi, éducation, ressources,
- coordonner les différents acteurs : création et renforcement des réseaux médico-sociaux de proximité, établissements de santé, centres de santé, santé scolaire, etc.
- intervenir suivant l'analyse des besoins par site (élaboration de projets),
- rendre effectif l'accès aux services sanitaires et sociaux de droit commun,
- favoriser la participation active de la population à toutes les phases des programmes, ainsi que la concertation avec les professionnels et les institutions intervenant dans ce domaine.

II. Promotion de la santé et développement social urbain

Les ASV, qui s'inscrivent dans une démarche innovante puisqu'ils sont à la croisée entre la santé publique et le développement social urbain, se fondent donc sur plusieurs concepts essentiels :

- **La promotion de la santé**, dont la première conférence a eu lieu en novembre 1986 à Ottawa et a permis d'en donner la définition suivante : « *La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu* »¹³.

¹² Circulaire DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.

¹³ Organisation Mondiale de la Santé, (1986), *Charte d'Ottawa* (Conférence internationale pour la promotion de la santé), 6 p.

En plus de cette définition, la charte d'Ottawa a permis de définir cinq grands axes de travail qui permettent de promouvoir la santé :

- ⇒ l'élaboration de politiques pour la santé, c'est à dire une inscription de la santé de manière transversale dans toutes les politiques publiques,
 - ⇒ la création d'environnements favorables, avec l'évaluation systématique des effets de l'environnement sur la santé,
 - ⇒ le renforcement de l'action communautaire, qui passe par la participation effective et concrète de la communauté dans la définition des objectifs et dans la prise de décisions,
 - ⇒ l'acquisition d'aptitudes individuelles, en permettant le développement individuel et social et donc un meilleur contrôle sur sa propre santé,
 - ⇒ la réorientation des services de santé, en oeuvrant à la création d'un système de soins prenant en compte la dimension sanitaire, mais aussi sociale, culturelle, politique et économique.
- **Le développement social urbain**¹⁴ qui porte les objectifs posés dans le cadre de la politique de la ville, soient :
- ⇒ réduire les écarts de développement entre les territoires prioritaires et leur environnement
 - ⇒ de mieux intégrer ces territoires à la ville et à l'agglomération
 - ⇒ d'améliorer la vie quotidienne des habitants de ces quartiers et de favoriser l'égalité des chances.

Afin d'atteindre cet objectif d'équité sociale sur l'ensemble du territoire, l'un des enjeux est de ne pas se limiter aux quartiers prioritaires mais de travailler à l'échelle de la commune afin de ne pas mener une simple politique de réparation mais d'aller vers une politique de cohésion sociale territorialisée qui s'inscrit dans la durée.

Un autre enjeu de cette stratégie réside dans la mobilisation des partenaires afin qu'ils partagent une analyse commune de la situation, qu'ils définissent collectivement une stratégie d'action cohérente vis-à-vis des habitants.

¹⁴ Centre de Ressources et d'échanges pour le Développement Social et Urbain (CRDSU), (2010), Conduire un projet de développement social urbain- Eléments de méthode en débat, *Les échos des ateliers permanents du CRDSU*, 6, 20p.

III. Le Conseil Local de Santé Mentale

Depuis plusieurs années, la santé mentale est devenue l'affaire de tous mais avant tout une préoccupation des communes. Afin de créer un partenariat plus fort entre le secteur de la psychiatrie et les collectivités locales, de nombreuses villes développent des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) qui constituent « *des plateformes de concertation, dont l'objectif est de définir sur un territoire les priorités en terme de santé mentale, d'élaborer des projets en réponse aux problématiques locales* »¹⁵.

Depuis 2000 et la création des ASV, une impulsion nouvelle a été donnée pour la mise en place de CLSM grâce à la réalisation de diagnostics santé locaux qui ont permis de faire émerger les besoins en terme de santé mentale et ont surtout identifié la souffrance psychique comme « *une priorité locale relevant du cadre d'action de la politique de la ville* ».

¹⁵ Rhenter, P., (2011), Les conseils locaux de santé mentale : histoire et concept, *Pluriels*, 87/88, 2-4.

La santé mentale sur la commune de Vénissieux

A. La commune de Vénissieux : éléments de contexte

La commune de Vénissieux est située au sud est de l'agglomération lyonnaise et constitue la troisième ville du département du Rhône avec près de 58000 habitants. Berceau dans les années 80 des émeutes qui ont secouées les banlieues, la ville reste fortement marquée par une image de « banlieue sensible » avec une grosse problématique d'insécurité et de précarité sociale. Néanmoins elle présente une réelle mixité sociale et aussi une réelle mixité en terme d'urbanisme, de paysages et de territoires.

Deux quartiers de la ville sont classés en territoire prioritaire, le plateau des Minguettes qui concentre près de 40 % de la population vénissienne et Max Barel/Charréard qui se situe au sud est de la ville. Une autre particularité de Vénissieux est qu'un des quartiers se trouve de l'autre côté du périphérique sud de Lyon, Moulin à Vent, ce qui conduit à une mobilité parfois plus importante vers l'arrondissement limitrophe de Lyon 8^{ème}. Enfin, au sud de la ville se trouve un plateau agricole, Les Grandes Terres, qui s'étend sur près de 600 Ha.

Concernant les données socio-démographiques sur Vénissieux, plusieurs particularités permettent de distinguer le territoire de Vénissieux¹⁶ :

- une personne sur quatre a moins de 20 ans,
- les ménages sont de taille plus importante que sur le reste de l'agglomération lyonnaise,
- la part des personnes nées à l'étranger est une fois et demie plus importante,
- la répartition par **catégorie socio-professionnelle** (CSP) fait aussi apparaître une sur-représentation des ouvriers et une sous-représentation des cadres,
- en 1999, le **taux de chômage** était de 19.5 % sur la commune contre 11 % sur le Grand Lyon,
- au 31 décembre 2003, plus de la moitié des ménages de Vénissieux (56%) et trois quarts des ménages des Minguettes (75%) étaient couverts par la CAF contre moins de la moitié (47%) sur le territoire de la CAF de Lyon. Parmi les **allocataires CAF** de Vénissieux, 39% sont des allocataires à bas revenus. Sur les Minguettes, cette proportion s'élève à 50% alors qu'elle n'est que de 24% sur le territoire de la CAF de Lyon,

¹⁶ ORS Rhône-Alpes, (2007), *Diagnostic de santé de la ville de Vénissieux*, 19-23.

- concernant les minima sociaux, fin 2003, 1 868 personnes bénéficiaient du **RMI** sur la commune de Vénissieux dont 1079 personnes des Minguettes. La part des bénéficiaires du RMI s'élevait à 47 pour 1 000 habitants de plus de 20 ans sur la ville de Vénissieux. C'est le taux le plus élevé du département après celui de Vaulx-en-Velin (63 pour 1 000). Sur la ville de Lyon, le taux s'élève à 28 pour 1 000. Sur le quartier des Minguettes, le taux de bénéficiaires du RMI était une fois et demie plus élevé que sur Vénissieux avec 78 pour 1 000 habitants de plus de 20 ans.
- Enfin, au 1er janvier 2004, la ville de Vénissieux comptait 11 700 **logements sociaux**, soit 55% de l'ensemble des logements de la ville contre 22% au niveau départemental. Sur les Minguettes, la part des logements sociaux s'élevait à 86%.

Toutes ces données dénotent une grande fragilité des habitants de Vénissieux et sont caractéristiques d'une commune répondant aux critères de la politique de la Ville.

B. Place de la santé mentale sur Vénissieux

Sur Vénissieux, le CUCS du Grand Projet de Ville (GPV), signé sur la période 2007-2010, a fait l'objet d'une prolongation en 2010 puis à nouveau pour la période 2011-2014.

Ce CUCS, qui met un focus sur la ZUS¹⁷ avec le plateau des Minguettes et le quartier Max Barel, s'adresse à plus de 22000 habitants soit 39 % de la population (représentés en orange sur la carte).

¹⁷ La ZUS Minguettes/Max Barel représente la 2^{ème} ZUS la plus peuplée du Grand Lyon.

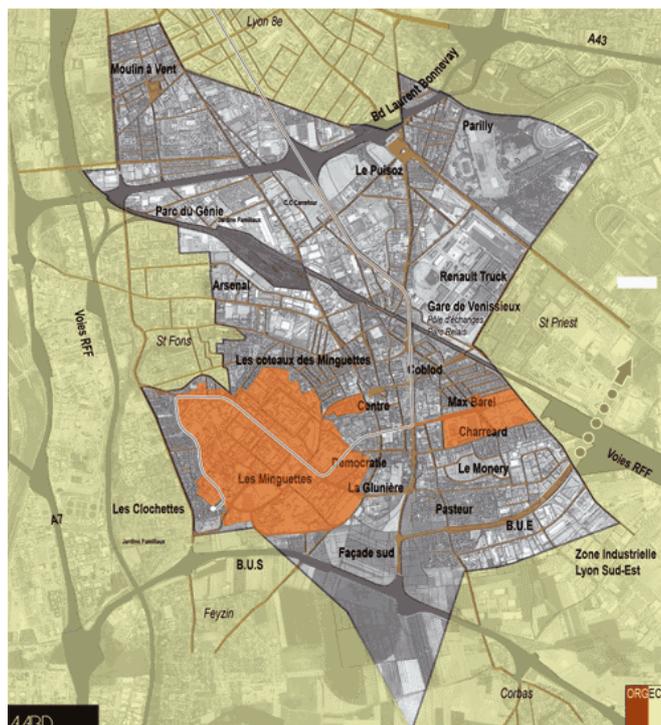


Figure 1 : La ZUS de Vénissieux

I. Diagnostic sur la santé mentale à Vénissieux

Afin de construire le volet santé du CUCS, la ville a mandaté en 2007 l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) pour réaliser un diagnostic santé¹⁸. L'objectif de ce diagnostic était d'identifier les difficultés, les besoins mais aussi les ressources et les acteurs présents sur le territoire afin de planifier sur le long terme la politique municipale en matière de santé, avec un focus sur les quartiers prioritaires.

Ce travail, qui s'est axé sur un recueil de données quantitatives, sur deux enquêtes auprès des personnes ressources et des habitants et enfin sur une observation participante, a permis de mettre en lumière les besoins sur le territoire. En santé mentale, les constats suivants ont émergé :

- **Importance du nombre et de la variété des ressources présentes sur le territoire**

En effet, la ville compte six structures de psychiatrie publique¹⁹ qui dépendent de l'hôpital psychiatrique Saint-Jean de Dieu avec un Centre Médico-Psychologique pour Adultes (CMPA), un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel pour Adultes (CATTP), un Centre de Thérapies Brèves (CTB) pour accompagner des personnes en situation de crise, de traumatisme entraînant une forte souffrance psychique, un Centre

¹⁸ ORS Rhône-Alpes, (2007), *Diagnostic de santé de la ville de Vénissieux*, 19-23.

¹⁹ Depuis 2007, ces ressources ont évolué (voir partie construction du dispositif PAEF).

Médico-Psychologique (CMP) dédié à la petite enfance (0-4 ans), un CMP pour Enfants (5-11 ans), un CMP pour Adolescents (12-16 ans).

La ville compte un Institut Médico-Educatif (IME) pour Enfants qui accueille et offre une scolarité adaptée aux enfants handicapés mentaux à partir de 11 ans.

Enfin Vénissieux est aussi doté d'un CLSM intercommunal Vénissieux / St Fons, qui est un lieu de rencontres et d'échanges sur des thèmes qui relèvent à la fois du champ de la santé mentale, et notamment de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques, et des champs de l'insertion dans le logement et la cité, de l'éducation, de la parentalité, du "vivre ensemble", etc.

- **La souffrance psychique se retrouve de la petite enfance aux personnes âgées**

Cette souffrance semble fortement liée à la précarité économique et aussi à des situations de rupture (divorces ou séparations, perte d'emploi, migration et déracinement...), dont les individus n'ont pas toujours conscience ou du moins pour laquelle ils ne se font pas toujours aider. L'isolement des personnes semble aussi être associé à ce mal-être et il émerge des besoins très importants en matière d'écoute, d'accompagnement, d'étayage. Enfin, si Vénissieux est dotée de plusieurs ressources en ce qui concerne la psychiatrie publique, on ne repère pas de dispositif spécifiquement dédié à l'écoute et à la prise en charge du mal-être qui ne relève pas de la pathologie mentale. *« Ce type de dispositif rencontre un réel succès sur certaines communes voisines, ce type d'écoute et d'accompagnement étant bien adapté à des personnes en situations de fragilité, de souffrance, pour qui le médecin généraliste ne suffit pas, mais qui n'ont pas besoin de consulter un psychiatre, ou que l'idée même de voir un psychiatre effraie. Ce type de structure fonctionne d'autant mieux qu'elle s'insère dans un travail en réseaux où les orientations et réorientations mutuelles se font dans la confiance »*²⁰.

II. Les actions développées à Vénissieux en terme de santé mentale

Depuis avril 2009, la ville de Vénissieux a affiché la volonté de s'impliquer encore davantage sur la thématique santé en mettant en place un ASV, qui est rattaché au Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS). Ce service, né de la loi de décentralisation de l'Etat, assure des missions déléguées par l'Etat que sont le contrôle des normes en eaux potables et de piscines, le contrôle en matière d'hygiène dans les commerces alimentaires (magasins,

²⁰ Constat tiré du diagnostic santé et corroborant la pertinence de la mise en place d'un Point Accueil Ecoute Familles sur la ville.

restaurants, boulangeries...) et les restaurants sociaux (écoles, restaurants d'entreprises, résidences personnes âgées...), la lutte contre les vecteurs des maladies transmissibles : les 3 D (Désinfection, Dératisation, Désinsectisation), l'habitat (insalubrité, lutte contre le saturnisme...) et enfin les bruits de voisinage. D'autre part, le SCHS met en place sur la ville des séances de vaccinations municipales gratuites et développait jusqu'en 2009 des ateliers d'Education à la Santé. Depuis la création de l'ASV, les actions de prévention et d'éducation pour la santé ont été regroupées au sein de ce dernier.

Sur la commune de Vénissieux, un gros travail partenarial réalisé à partir des résultats du diagnostic santé a permis de dégager trois axes majeurs de travail : la santé mentale, l'alimentation et l'accès aux droits et aux soins.

Concernant la santé mentale, les actions à engager ont été le suivi et le développement d'un Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ), porté par une association locale de lutte contre la toxicomanie, et le développement du CLSM, notamment à travers la création d'une instance Santé Psychique et Logement (SPL). Cette prise en compte de la santé mentale montre deux approches bien différentes dans le cadre de la démarche ASV :

- en effet, le PAEJ, qui a pour objectif la prévention des conduites à risques chez les jeunes (12-25 ans) en développant un lieu d'accueil et d'écoute, s'adresse directement aux habitants en offrant un lieu dédié plus spécifiquement au mal être qui permet aux jeunes et à leurs familles de venir y déposer leurs problématiques familiales.
- En parallèle, et cette fois à destination des professionnels et dans un cadre d'un partenariat rapproché autour de la thématique « Santé psychique et logement », a été mise en place depuis un peu plus de deux ans une instance SPL. Elle réunit une douzaine de partenaires du secteur sanitaire, médico-social et social (secteur psychiatrie, bailleurs sociaux, Conseil Général, Service Logement de la ville, SCHS, coordination sociale de la police...) et a pour objectif de mutualiser les compétences de professionnels de champs différents pour une évaluation interdisciplinaire de situations complexes relevant de problématiques de santé psychique et logement.

Ainsi le travail autour de la santé mentale sur Vénissieux revêt bien deux approches complémentaires que sont la sensibilisation des professionnels avec la formation à cette problématique et le développement de partenariats forts, et la mise en place de dispositifs directement destinés à la population afin de prendre en charge la souffrance psychosociale. Et c'est dans ce cadre que s'inscrit la construction d'un nouveau dispositif sur Vénissieux : le Point Accueil Ecoute Familles (PAEF).

Construction du Point Accueil Ecoute Familles

En parallèle de la poursuite du DIU « Santé mentale dans la communauté : études et applications », un projet de mise en place de Point Accueil Ecoute Familles a vu le jour sur Vénissieux.

La réflexion autour de la création de ce dispositif, née d'un constat unanime des partenaires de terrain sur la nécessité de prendre en charge la souffrance psychosociale, entend répondre à la question suivante : « Comment développer un dispositif à destination des familles qui permette la prise en charge des problématiques familiales dans leur ensemble et facilite ensuite une orientation vers une prise en charge plus spécifique ? ».

A. Conception du dispositif

I. Contexte

Suite au travail engagé début 2011 entre l'ASV et le PRE afin de créer des passerelles entre ces deux dispositifs et de rentrer encore davantage en cohérence avec les enjeux de la politique de la ville, un certain nombre de besoins et de manques sur le territoire ont été identifiés et relayés par d'autres partenaires travaillant dans le champ de la santé, du social et de l'éducation.

Concernant l'accompagnement des familles en terme d'accès aux droits et aux soins sur Vénissieux, on note plusieurs constats :

- **Les infirmières scolaires municipales** soulignent l'absence de réponse pour des familles en grande difficulté, qui nécessitent un soutien face aux problèmes qu'elles rencontrent mais qui ne relèvent pas directement du droit commun. De plus, se pose la question de la difficulté à orienter les familles en raison de la lenteur des réponses qui peuvent être apportées (délais d'attente très longs au CMP pouvant aller jusqu'à 9 mois, manque d'assistantes sociales sur le territoire...).
- **La pédopsychiatrie**, avec plus de 120 enfants en attente pour six consultants. Ces délais importants s'expliquent en partie par des complications de fonctionnement liées à la réorganisation du secteur et à de nombreux arrêts maladie. Il est souligné la nécessité d'un travail des structures en amont de la pédopsychiatrie afin de consolider la prise en charge et l'importance pour les familles de pouvoir exposer leurs difficultés et notamment leur peur d'aller consulter.

- **La Protection Maternelle Infantile (PMI)** note un besoin d'écoute de la part des parents, notamment ceux dont les enfants sont suivis par les services Enfance suite à une information préoccupante au Conseil Général.
- **Le PRE** qui soutient les enfants est amené à rencontrer et accompagner les familles, à entendre les difficultés des parents. Ceux-ci viennent souvent déposer des problématiques familiales lourdes (conflits intra familiaux, histoires douloureuses) qui peuvent compromettre le parcours de réussite d'un enfant. Face à ces problématiques, le PRE a pu clairement identifier des besoins d'écoute et d'accompagnement de ces familles qui ne sont pas couverts sur le territoire et pour lesquels il n'est pas lui même en mesure d'apporter un niveau d'écoute spécialisé.
- **L'ASV**, notamment dans le cadre de la mise en place d'un parcours de santé à destination des enfants en surpoids ou obèses, constate la complexité des problématiques familiales et l'importance d'un accompagnement psychosocial individuel de certaines familles afin qu'elles puissent comprendre l'enjeu d'une prise en charge et la dimension familiale qu'elle implique.

II. Problématique identifiée

Les partenaires de la ville mobilisés sur ce projet constatent donc qu'un certain nombre de familles cumulant des fragilités multiples nécessite un soutien individuel favorisant la prise de conscience de leurs problématiques familiales et de l'importance d'accéder aux droits et aux soins.

Plusieurs raisons semblent expliquer la complexité que représente l'accès aux droits et aux soins pour ces familles :

- Complexité des démarches à entreprendre associée à une difficulté à comprendre les enjeux d'une prise en charge.
- Méconnaissance des dispositifs de soins pour des raisons de crainte, de préoccupation secondaire.
- Absence de formulation d'une demande de la part des familles, mais besoin d'une écoute, d'un lieu neutre où parler de ces problèmes en trouvant un soutien.
- Actuellement, délais importants pour une bonne partie des démarches (CMP, MDPH...) conduisant à un découragement ou une non-adhésion des familles (nombreux rendez vous non honorés).
- Manque de mobilité important chez ces familles.

- Coût financier d'un psychologue n'étant pas envisageable pour ces familles d'où impossibilité de se tourner vers le privé.
- Combinaison de difficultés multiples avec une accumulation de facteurs fragilisants : parcours de vie difficile lié parfois à un parcours de migration renforçant l'isolement, femmes seules pour élever les enfants, inquiétude sur l'environnement, angoisse de la reproduction de l'échec pour leurs enfants, isolement social, état dépressif, précarité...
- Culturellement, distance importante par rapport à la santé mentale.

De fait, ces parents ont besoin d'être accompagnés, confortés dans leur rôle de parents, afin de mieux comprendre comment les problématiques familiales peuvent avoir des conséquences sur leurs enfants : en effet, les partenaires sont amenés à constater que les difficultés familiales des parents ont un fort retentissement et fragilisent les enfants (anxiété, troubles du sommeil, somatisation, difficultés de concentration, jusqu'à des pathologies plus graves entravant durablement le développement de l'enfant et sa scolarité).

Le travail partenarial engagé depuis plusieurs mois a donc conduit à l'identification d'un besoin d'articulation entre le dépistage, l'orientation et le soin, articulation pouvant se faire par un dispositif léger d'accompagnement, d'écoute et d'étayage qui n'existe pas pour les familles d'enfants de moins de 12 ans. Ce dispositif viendrait compléter les actions déjà mises en place dans le cadre de l'ASV et du PRE en créant une passerelle pour pérenniser la prise en charge déjà engagée.

III. Objectifs du projet

Objectifs généraux :

- ⇒ Développer l'accompagnement psychosocial des familles en situation de souffrance, du fait de problématiques familiales importantes (conflits familiaux, difficultés éducatives, problème de santé, isolement...) par la mise en place de consultations individuelles assurées par un psychologue.
- ⇒ Permettre d'identifier les situations relevant d'une prise en charge plus approfondie.

Objectifs spécifiques :

- ⇒ Renforcer le soutien à la parentalité.
- ⇒ Renforcer l'adhésion de la famille et préparer la prise en charge (soins) pour la rendre opérante.

- ⇒ Permettre la prise de conscience des problèmes familiaux et leurs impacts sur l'enfant (réussite éducative, prise de poids, ...).
- ⇒ Proposer une solution pour faciliter l'attente face à des délais de prise en charge souvent très longs.
- ⇒ Permettre un soutien et un étayage psychologique.

IV. Partenaires impliqués sur le projet

Afin d'asseoir la légitimité d'un dispositif de ce type, il est important de commencer par construire un important partenariat qui permettra la co-construction de cet outil, sa promotion, l'orientation des familles, mais aussi la prise en compte des problématiques dans leur globalité.

Plusieurs partenaires sont donc impliqués de manière opérationnelle sur ce projet :

- Le **PRE**, qui s'adresse à des enfants et adolescents âgés de 2 à 16 ans ainsi qu'à leur famille et qui a pour objectif de contribuer à la réussite de jeunes repérés fragiles en leur proposant une aide appropriée et personnalisée. Les actions proposées en soutien peuvent relever du domaine de la santé, de l'aide à la scolarité, de l'accompagnement éducatif, des loisirs...en fonction des besoins et des difficultés identifiés.
- Le **PAEJ**, porté par un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), qui est sur les mêmes modalités que le PAEF mais sur une tranche d'âge différente, devra être associé à la démarche de construction car il sera pertinent à terme de regrouper ces deux entités.
- Le **Service de pédopsychiatrie** s'est regroupé depuis peu au sein du « Centre Winnicott », centre de soins médico-psychologiques pour enfants et adolescents. Ce lieu unique situé sur le plateau des Minguettes regroupe les anciennes structures qu'étaient le CMP du Centre, le CMP de Vénissieux Minguettes, le Centre Petite Enfance et le CATTP.
- Le **Service de psychiatrie adulte** compte trois structures différentes, que sont l'Hôpital de jour Dupic, le CTB et le Centre de Soins Ambulatoires (CSA) qui regroupe le CMP et le CATTP.
- Le **Conseil Général** est constitué sur Vénissieux de deux antennes, les Maisons du Rhône (MDR) principales Nord et Sud qui ont chacune des consultations de PMI.
- Le **Service de santé scolaire municipale** qui est semi autonome puisque les infirmières sont municipales et les médecins travaillent pour l'Education Nationale (EN). Il compte dix infirmières, réparties sur les différentes écoles de la ville, qui

développent des missions définies par l'EN (dépistage des enfants, mise en œuvre des Procédures d'Accueil Individualisé (PAI)) et mettent en place des actions d'éducation pour la santé, notamment en lien avec l'ASV.

- Le **Réseau d'Aide Spécialisée des Elèves en Difficulté (RASED)**, qui renforce les équipes pédagogiques des écoles en les aidant à analyser les situations des élèves en grande difficulté et à construire des réponses adaptées. Il contribue à l'aide personnalisée et à la mise en œuvre des programmes personnalisés de réussite éducative.
- L'**ASV** qui impulse le travail partenarial en santé publique sur la ville.

En dehors des principaux partenaires cités ci-dessus qui participeront pleinement à la mise en place du dispositif PAEF, d'autres structures sont à interpeller :

- le Planning Familial
- les centres sociaux
- les centres de loisirs

B. Construction du dispositif

Le PAEF est encore en pleine phase de construction et il a été fait le choix d'une co-construction du dispositif avec les partenaires de terrain et la psychologue recrutée, donc même si un certain nombre d'éléments ont déjà été pensés, dans les faits, il y aura sans doute un certain nombre de changements qui permettront une adaptation bien meilleure aux réalités de terrain.

I. Pilotage du projet

La ville de Vénissieux ayant un CLSM, il est apparu normal que ce nouveau dispositif PAEF soit construit comme une émanation de ce dernier. De la même manière que l'Instance Santé Psychique et Logement de Vénissieux, le PAEF constituera un des groupes de travail du CLSM, ce qui permettra une grande lisibilité du dispositif par les partenaires et des échanges constants sur son fonctionnement.

De même, l'ASV de Vénissieux assure à l'échelle du territoire une interface entre les différents partenaires puisque les trois axes de travail que sont la santé mentale, l'alimentation et l'accès aux droits et aux soins permettent une connaissance transversale des professionnels des champs du social, du médico-social et du sanitaire.

Dans le cadre de la mise en place de ce PAEF, et s'agissant d'un travail de gestion de projet et de coordination autour d'une action précise, le pilotage du projet est revenu naturellement à l'ASV.

A terme, il sera sans doute pertinent que ce dispositif soit porté par l'association qui pilote le PAEJ sur la ville, mais le contexte actuel ne le permet pas. En effet, différents bouleversements internes à la structure ainsi que des baisses de financement ne permettent pas pour le moment d'avoir une lisibilité quant à l'activité du PAEJ.

II. Construction d'outils de suivi

Pour faciliter la coordination de ce dispositif, assurer une cohérence à l'ensemble et ajuster le projet à la réalité de terrain, plusieurs instances et outils seront mis en place :

- **un comité de pilotage**, qui se réunira une fois par an et dont le rôle sera de valider le bilan et d'entériner les actions à venir. Ce comité de pilotage sera constitué par les principaux partenaires, que sont le PRE, le secteur de pédopsychiatrie, le Conseil Général, le secteur de psychiatrie adulte et la ville de Vénissieux.
- **un comité technique**, qui se réunira environ tous les deux ou trois mois afin de définir des objectifs de travail, de faire le point sur le développement du dispositif et de procéder à des ajustements si nécessaire. Ce groupe de travail sera aussi l'occasion de faire un point avec les différents partenaires sur les situations suivies afin d'assurer une prise en charge cohérente et répondant aux réalités de territoire. Enfin, l'idée est d'identifier les freins et leviers du dispositif et de voir comment agir dessus. Chaque partenaire de terrain aura un membre de son équipe présent dans le comité technique afin de pouvoir discuter des modalités de fonctionnement du dispositif mais aussi des liens partenariaux et des besoins identifiés.
- **Des outils de suivi**, tel qu'un tableau de suivi permettant d'évaluer le dispositif (nombre de consultations, type de public reçu, adressage, fréquence...) ou encore un dossier famille pour assurer le suivi d'une situation traitée en consultation.

III. Recrutement d'une psychologue

Le poste de psychologue imaginé pour ce dispositif PAEF implique un certain nombre de compétences et de qualités professionnelles au regard de l'autonomie et de la prise d'initiative demandées dans le travail. De plus, c'est une belle opportunité pour un professionnel de

s'inscrire sur un poste en amont de la construction du dispositif qui s'y rattache et de pouvoir ainsi participer au développement et à la mise en cohérence des modalités de fonctionnement. Le profil de poste pour le PAEF a donc été pensé et proposé au recrutement de la manière suivante :

- **Activités/missions** : Co-construire avec les partenaires de terrain un dispositif de « Point Accueil Ecoute Familles» pour les familles d'enfants de 0 à 12 ans, accueillir le public, offrir un premier temps d'écoute et de soutien psychologique et permettre si besoin une orientation vers les structures de soin du droit commun, travailler en lien avec les professionnels de la commune sur les situations individuelles et sur l'identification des problématiques de territoire et enfin ponctuellement, animer des groupes de paroles et des temps de rencontre collectifs avec les familles.
- **Formation souhaitée** : Titulaire d'un diplôme d'Etat de psychologue clinicien DESS, maîtrise des techniques de l'entretien et d'écoute, expérience souhaitée dans le même type de pratique (secteur social ou libéral), connaissance des problématiques de l'enfant et de la famille, formation complémentaire en psychologie interculturelle étant un plus.
- **Compétences requises** : Maîtrise des outils informatiques (Word, Excel, PowerPoint, Internet), disponibilité et adaptabilité, discrétion, respect du secret professionnel, rigueur, méthode, ténacité, sens de l'organisation, aptitude à la communication et aux relations partenariales, sens des responsabilités, esprit d'initiative, dynamisme professionnel et curiosité intellectuelle, aisance rédactionnelle et aptitude au travail en autonomie

IV. Modalités de fonctionnement

De septembre à novembre, dans les deux premiers mois de fonctionnement du dispositif, il est prévu une phase dite de démarrage, lors de laquelle la psychologue recrutée prendra contact avec le territoire et se mettra en lien avec les partenaires afin de co-construire le dispositif.

Pour le moment, le PAEF a été imaginé comme un lieu d'accueil, d'écoute, d'appui et d'accompagnement pour des familles ayant des enfants de moins de 12 ans et nécessitant un étayage psychologique en pré-soin et/ou un soutien familial pour faire face aux problématiques intra familiales.

L'accompagnement devra comprendre un premier temps d'écoute et d'évaluation des besoins pour ensuite orienter si nécessaire vers une prise en charge plus spécifique, que ce soit en terme de soins ou de suivi social.

L'orientation des enfants se fera au départ par les partenaires de terrain afin de « tester » les modalités de fonctionnement choisies et surtout afin de laisser au dispositif le temps de se déployer.

Les premiers mois seront donc consacrés à une co-construction du dispositif avec la psychologue choisie et avec les partenaires avant la mise en place de consultations le mercredi dans les locaux du PAEJ.

C. Evaluation du dispositif

Le projet PAEF en étant à ses débuts, il est difficile d'être exhaustif quant à l'évaluation qui sera mise en place. Mais d'ores et déjà, quelques jalons ont été posés qui seront par la suite développés et étayés au fur et à mesure de la construction du dispositif.

Dans le cadre de ce projet, deux types d'évaluation seront nécessaires :

- une **évaluation du processus**, qui doit traduire l'écart entre ce qui était prévu dans le projet (calendrier, budget, partenaires, nombre de bénéficiaires, territoire) et sa réalisation concrète.
- une **évaluation de l'impact** qui doit traduire l'écart entre les résultats attendus et les résultats obtenus à l'issue du projet.

I. Evaluation du processus

Cette évaluation répond à la question suivante : est-ce que la mise en place de ce projet se réalise comme prévu ?

Critère :

- la mobilisation des ressources nécessaires au projet

Indicateurs :

- les financements disponibles
- la mise à disposition de personnel et de locaux
- le nombre de familles suivi par le PAEF
- l'assiduité des partenaires aux réunions de coordination
- le nombre de réunions de coordination réalisées (comité technique et comité de pilotage)

Modalités de recueil :

- bilan financier
- nombre de familles suivies
- nombre de séances suivies par les familles et les enfants
- compte-rendu des réunions de coordination
- bilan avec les différents intervenants

II. Evaluation de l'impact

Elle se fait en mesurant l'atteinte des objectifs

1. Développer l'accompagnement psychosocial des familles en situation de souffrance

Critère :

Création d'un dispositif en accord avec les besoins du territoire

Indicateur :

- Mesures prises en comité de pilotage pour faire évoluer le PAEF
- Forte mobilisation des partenaires de terrain

Modalités de recueil :

- Compte-rendu des réunions
- Outils mis en place
- Nombre de partenaires mobilisés

Critère :

Prise de conscience de l'impact des problématiques familiales sur le bien-être de l'enfant

Indicateurs :

- Nombre de prises en charge
- Assiduité des familles aux rendez-vous proposés
- Types d'orientation proposés

Modalités de recueil :

- Tableau de suivi

2. Permettre d'identifier les situations relevant d'une prise en charge plus approfondie

Critère :

Nombre de familles relevant d'une prise en charge psychiatrique

Indicateurs :

- Nombre d'enfants orientés au CMP Enfants
- Nombre de parents orientés vers le CMP Adultes

Modalités de recueil :

- Dossier famille
- Fiche de liaison avec la psychiatrie

Discussion

Avec l'évolution des politiques publiques, la montée des inégalités sociales, la forte précarisation des publics et la baisse des budgets au sein des collectivités territoriales se pose de manière plus prégnante la redéfinition du rôle de chacun, notamment en terme de santé publique.

La commune de Vénissieux, qui compte un ASV tout jeune puisqu'il a été mis en place en avril 2009, cherche encore sa place et surtout sa légitimité à intervenir dans le champ de la santé publique et de fait en santé mentale. Alors se pose la question du rôle et de la place de l'ASV dans la mise en place d'un dispositif de santé mentale tel qu'un PAEF et des enjeux partenariaux qu'implique le portage d'un tel projet.

Comme la ville de Marseille le souligne, « *la notion de « santé mentale » est difficile à cerner, complexe et correspond à un vaste champ d'expériences dont la globalité ne peut être réduite à la maladie mentale. Elle vient qualifier aussi les manifestations de détresse des individus en difficulté dans leurs relations avec les autres et avec leur environnement²¹* ».

Cette définition montre bien combien la notion de santé mentale est large et surtout imbriquée à différents niveaux de la vie d'une cité. Il est donc impossible, et surtout dommageable, que les actions engagées en terme de prévention se cantonnent seulement à la sphère sanitaire car la santé mentale touche, de près ou de loin, à toutes les politiques publiques. Elle s'exprime en effet sous différentes formes qui peuvent être la pathologie, mais aussi et surtout la souffrance psychosociale, révélant ainsi une certaine précarité, voire une problématique d'exclusion sociale.

Au sein d'une commune comme Vénissieux qui relève de la politique de la ville, cette souffrance psychosociale est soulignée par l'ensemble des professionnels. Si elle s'exprime de manière violente c'est à dire sous forme de troubles à l'ordre public, interpellant ainsi les élus, elle est aussi présente au sein même des quartiers, et tout particulièrement dans les écoles. Les infirmières scolaires municipales, mais aussi les différents personnels éducatifs, constatent chaque jour un peu plus les difficultés rencontrées par les familles vénissiennes en terme d'éducation, mais aussi dans la gestion du quotidien, dans leur rôle de parents, dans la prise en

²¹ Gaunet-Escaras, F., Frappas, M., (2006), Faire ville à Marseille , *Revue Rhizome*, 24, 13.

charge des problématiques les concernant ou concernant directement leur enfant (santé, culture...). Et ces constats sont relayés de la même manière par tous les acteurs du territoire, que ce soit le PRE, le Conseil Général ou encore les secteurs de psychiatrie.

Concernant la santé mentale, la présence d'un CLSM inter-communal entre Vénissieux et St Fons est une vraie chance car il a permis depuis quelques années, non seulement de rapprocher des acteurs de champs très différents (bailleurs sociaux, Conseil Général, secteurs psychiatrie, EN...) autour de l'échange sur leurs pratiques professionnelles et leurs réalités et contraintes de travail, mais aussi de confronter les élus aux réalités vécues par les professionnels de terrain.

Ce fonctionnement du CLSM est donc particulièrement intéressant car il permet aux villes, en partant des problématiques soulevées, de construire une culture commune autour de la santé mentale, en ayant une connaissance plus approfondie des structures qui peuvent œuvrer dans ce champ là et aussi en permettant la prise en compte des contraintes imposées par le fonctionnement des institutions et aussi par les spécificités des différents métiers représentés. Chacun s'enrichit donc de l'expérience des autres acteurs et un travail en complémentarité s'instaure peu à peu, permettant ainsi une appréhension plus globale des situations traitées.

L'ASV de Vénissieux a depuis sa création intégré le CLSM de manière active puisqu'il pilote un des groupes de travail, l'instance SPL. Il faut souligner que la mise en place des ASV en 2000 a été pensée pour faire du lien sur les territoires en politique de la ville, en permettant un maillage territorial des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social autour de la construction de projets de santé et en ayant comme objectif la réduction des inégalités sociales de santé. Les missions de l'ASV rejoignent donc complètement les objectifs du CLSM et viennent même le compléter puisque le rôle de coordination assurée par l'ASV est une plus-value qui facilite d'autant plus le travail en réseau. En effet, avec la baisse des budgets de financement, ce travail non quantifiable est de plus en plus difficile à assurer de la part des autres partenaires, alors qu'il s'intègre complètement au développement de la démarche ASV. Ainsi, pour mettre en place un projet tel que le PAEF, de nombreuses étapes doivent être respectées pour que le dispositif soit viable dans le temps, et l'ASV est apparu comme le plus pertinent pour les mener à terme :

- **recherche de financement** : la ville soutenant depuis plusieurs années la prise en charge de la souffrance psychosociale à travers le financement d'un PAEJ, il a été décidé de flécher une partie de ce budget sur la construction d'un PAEF qui vient

compléter ce premier dispositif. L'utilisation de ces financements nécessitait donc un portage du dispositif par la ville et donc par l'ASV. De plus, il a été décidé d'inscrire ce projet dans un avenant expérimental du CUCS ; signé sur seulement cinq sites du Rhône, cette expérimentation a pour but la mobilisation et le renforcement du droit commun de l'Etat et des collectivités sur les thèmes de l'éducation, l'emploi, la santé...En inscrivant le PAEF à cette programmation, l'objectif était de légitimer ce dispositif et d'obtenir par la suite des financements spécifiques.

- **analyse des besoins** au travers des nombreux échanges avec les partenaires sur tous les projets engagés dans l'ASV, et notamment le parcours de santé et le lien entre PRE et ASV. En effet, l'ASV se doit d'être vigilant à l'émergence des besoins sur le territoire et doit y répondre dans la mesure de ses moyens. Concernant le besoin d'accompagnement des familles en souffrance psychosociale, il s'inscrit complètement dans l'axe santé mentale de l'ASV. De plus, tous les partenaires se sont accordés sur la nécessité d'une passerelle et se sont dits prêts à se mobiliser sur cette question donc il était important que l'ASV puisse réfléchir à la proposition d'un projet multipartenarial cohérent.
- **mobilisation des partenaires** : après avoir identifié avec le PRE le type de réponse qui pouvait être apportée, en fonction des moyens financiers et humains, il a été décidé de réunir les principaux partenaires afin de leur présenter le projet et d'en évaluer sa pertinence. Toute cette gestion de méthodologie de projet s'inscrit une fois de plus dans les missions de l'ASV et est rendue plus facile par le travail permanent réalisé tout au long de l'année avec les différents acteurs de terrain.
- **co-construction du dispositif et encadrement de la psychologue** : après recrutement de la psychologue, il est prévu un temps de construction du dispositif avec tous les partenaires afin que le PAEF s'adapte au mieux aux besoins du territoire et aussi aux réalités des différentes structures. La psychologue, encadrée par la coordinatrice ASV afin d'assurer le relais avec le réseau, sera au centre de cette démarche.

Ainsi dans une commune comme Vénissieux, où la santé mentale se retrouve de manière transversale au cœur de chaque secteur de l'action publique et où la précarité de la population conduit à une montée de la souffrance psychosociale, les enjeux en terme de santé publique et de bien vivre ensemble sont très importants.

Grâce à certaines politiques publiques, et notamment la politique de la ville, des outils tels que l'ASV ont été mis en place et permettent de penser des dispositifs qui associent un fort travail de partenariat à une prise en compte spécifique des besoins.

La santé mentale n'est alors plus seulement l'affaire des seuls secteurs de psychiatrie mais devient aussi une préoccupation des élus, à travers leur interpellation pour des HO ou encore leur participation au CLSM, et des professionnels des secteurs social et médico-social qui peuvent développer une prise en charge globale de l'individu avec comme objectif principal un « *état de complet bien-être physique, mental et social* »²².

²² Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé (Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé), (1946), 2, 100.

Bibliographie

- ❑ Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé (Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé), (1946), 2, 100.
- ❑ (2007), *Ateliers Santé Ville, une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, les éditions de la DIV, 8.
- ❑ Centre de Ressources et d'échanges pour le Développement Social et Urbain (CRDSU), (2010), Conduire un projet de développement social urbain- Eléments de méthode en débat, *Les échos des ateliers permanents du CR DSU*, 6, 20p.
- ❑ Circulaire DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.
- ❑ Haut Comité de Santé Publique, (1998), *La progression de la précarité en France et ses effets sur la Santé*, 9.
- ❑ Gaunet-Escarras, F., Frappas, M., (2006), Faire ville à Marseille , *Revue Rhizome*, 24, 13.
- ❑ Girod de l'Ain, M., (2006), La santé mentale, une implication quotidienne des élus locaux , *Revue Rhizome*, 24, 11.
- ❑ Hassenteufel, P., (1998), *L'émergence problématique de la santé publique* , dans Fassin, D., *Les figures urbaines de la santé publique* (86), La Découverte, Paris.
- ❑ Organisation Mondiale de la Santé, (1986), *Charte d'Ottawa* (Conférence internationale pour la promotion de la santé), 6 p.
- ❑ ORS Rhône-Alpes, (2007), *Diagnostic de santé de la ville de Vénissieux*, 19-23.
- ❑ Rhenter, P., (2011), Les conseils locaux de santé mentale : histoire et concept, *Pluriels*, 87/88, 2-4.
- ❑ Rhenter, P., (2009), La santé mentale comme champ politique : la mobilisation récente d'un groupe d'élus locaux, In Michel, A., *Ville et santé mentale : projections, politiques, ressources* (183-203), Ed . Le Manuscrit.
- ❑ Strohl, H., (1995), *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* (Rapport sur les travaux du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », présidé par Antoine Lazarus), La documentation française.

- Vandecasteele, I., Lefebvre, A., (2006), De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale, *Cahiers de psychologie clinique*, 26, 141-142.
- Wresinski, J., (1987), *Grande Pauvreté et Précarité Economique et Sociale*, Conseil Economique et Social, 6.

Résumé

La Ville de Vénissieux, 3^{ème} ville du Rhône par sa taille et inscrite à la programmation de la politique de la ville, est sensible depuis plusieurs années à la problématique de la santé mentale.

Grâce à un Conseil Local de Santé Mentale et à la création d'un Atelier Santé Ville, un important travail de construction d'une culture commune est développé. Le travail en réseau et l'identification au quotidien des besoins du territoire permettent de penser des projets aux prises avec les réalités de vie des habitants mais aussi en lien avec les problématiques rencontrées par les professionnels de terrain.

Actuellement un groupe de travail piloté par l'ASV travaille à la construction d'un Point Accueil Ecoute Familles qui devrait permettre une passerelle entre l'identification de la souffrance psychosociale des familles et une prise en charge adaptée.

L'objet de ce mémoire est de montrer quelle est la place et le rôle de l'ASV dans la mise en place d'un tel dispositif et quels enjeux cela implique.

Mots clés

Atelier Santé Ville, Conseil Local de Santé Mentale, précarité, souffrance psychosociale, partenariat.