

**Diplôme Inter-Universitaire 2010-2011**  
**Santé Mentale dans la communauté :**  
**Étude et Applications**

Universités de Lille 2, Paris 13, Marseille et le Centre Collaborateur de l' Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France)/EPSM Lille-Métropole.

**Mémoire de fin d'étude**  
**Jean-François Delaporte**

**Attente des partenaires sociaux en matière de santé mentale.**  
**Étude et réflexions à partir des partenaires de l'Équipe Mobile**  
**Psychiatrie et Précarité de Gonesse.**

**Attente des partenaires sociaux en matière de santé mentale.**  
**Étude et réflexions à partir des partenaires de l'Équipe Mobile Psychiatrie et**  
**Précarité de Gonesse.**

**Prologue**

« La souffrance psychique est très importante dans cette population. On voit bien la déchéance, au début, puis une ou deux années après, si la situation n'est pas résolue, on voit bien les gens ne sont plus les mêmes, ils sont détraqués. Une dame venait à la Maison de la Solidarité, on lui a dit : « Mais pourquoi vous continuez à sentir mauvais ? Il y a des douches, vous pouvez vous laver... ». Elle nous a répondu : « Si je me lave je vais attirer les gens vers moi ! Si je suis répugnante je les repousse... ». Ça veut dire quoi ? C'est vraiment un état d'esprit... Un état d'esprit qu'il faut décortiquer, car elle a créé des mécanismes d'autodéfense qui à la longue, je ne sais pas si ils ne vont pas laisser des séquelles... On se pose donc des questions. »

Nono Muzoki, responsable coordinateur de la Circonscription d' Action Sociale de Gonesse  
(entretien mai 2011)

**Attente des partenaires sociaux en matière de santé mentale.**  
**Étude et réflexions à partir des partenaires de l'Équipe Mobile Psychiatrie et**  
**Précarité de Gonesse.**

**Plan**

- Introduction	4
- Méthodologie	5
- Les représentations des partenaires à propos de la précarité	8
- Les représentations des partenaires à propos de l'exclusion	13
- Les différences faites dans les représentations des partenaires entre la souffrance psychique et la maladie mentale.	16
- Les attentes actuelles des partenaires à l'égard de l' EMPP de Gonesse	22
- Discussion générale	38
- Conclusion	43
- Bibliographie	44
- Annexes	46
- Résumé + mots-clé (4ème de couverture)	

## **Remerciements**

A mes collègues de l'Équipe Psychiatrie et Précarité de Gonesse,  
pour leur soutien bienveillant.

Aux partenaires sociaux de cette équipe,  
qui m'ont offert de leur temps pour les entretiens.

A Pauline Rhenter, pour son soutien méthodologique,  
et ses encouragements.

## **Introduction**

Le travail de ce mémoire de Diplôme Inter-Universitaire « Santé mentale dans la communauté » s'est construit sur un questionnement qui concerne l'Équipe Mobile Psychiatrie et Précarité de Gonesse, et sur la discussion autour d'une méthode complémentaire mise en œuvre pour appréhender l'attente des partenaires sociaux à son égard.

De prime abord, que les partenaires sociaux dans la cité puissent avoir des attentes vis à vis de la psychiatrie publique, cela ne devrait être une surprise pour personne.

Pour ma part, c'était une évidence bien avant de commencer ce mémoire. Qui plus est, sur le secteur de psychiatrie où je travaille, l'évidence que ces attentes des partenaires sociaux sont la plupart du temps déçues. Pour m'en rendre compte, il m'aura suffi seulement de quelques années de pratique de psychiatre hospitalier dans cette banlieue dite sensible de l'est du Val d'Oise, un territoire avec ses zones de relégation sociale propices aux émeutes urbaines bien médiatiques.

Le secteur de psychiatrie-adulte dans lequel je travaille ne se démarque en rien de la majorité de cette psychiatrie publique française, peu réceptive et parfois très critique à l'égard des différents rapports ministériels et circulaires qui voudraient l'inciter, depuis des années, à passer de la psychiatrie à cette norme d'action publique qu'est devenue la santé mentale. Cette norme insiste beaucoup en particulier sur la nécessité du décloisonnement entre le sanitaire et le social. Régulièrement, de rapports en rapports, le constat est fait que ce décloisonnement n'arrive pas à s'effectuer, la résistance plus ou moins passive de la psychiatrie y jouant encore bien son rôle.

Au début de l'année 2010, lors de la mise en route de l'équipe mobile Psychiatrie et Précarité sur le pôle de psychiatrie-adulte, je n'ai d'abord pas bien compris qu'il venait d'apparaître ainsi à l'hôpital de Gonesse un opérateur pour ce décloisonnement entre le sanitaire et le social. Ce n'est seulement qu'à la fin de l'année 2010, alors que l'équipe mobile fonctionnait déjà depuis quelques mois avec deux psychologues et une infirmière, que je me suis porté volontaire pour en être le médecin référent. C'est la lecture de la circulaire de 2005 relative à la mise en œuvre des EMPP qui m'a incité à m'inscrire à la session du D.I.U « Santé mentale dans la communauté » dont le premier séminaire a eu lieu en janvier 2011, en phase exactement avec le début de ma collaboration avec cette équipe mobile.

Quand on intègre une équipe mobile de psychiatrie, qui cherche encore ses marques, et qui est destinée théoriquement à « aller vers » les demandes d'une pléthore de partenaires sociaux sur un vaste territoire, on comprend immédiatement que l'adéquation de l'offre à la demande va être une question délicate et cruciale. Et, que cette question ne se réglera pas du jour au lendemain. Même, si les collègues qui m'avaient précédés de quelques mois dans cette équipe, étaient capables de me faire un retour d'expérience déjà significatif.

Comme je l'ai déjà dit, je savais que les partenaires sociaux dans la cité avaient des attentes. Je savais aussi que quasiment par définition, de ma place de praticien de secteur, j'avais dû souvent décevoir ces attentes, sans m'attarder non plus bien longtemps sur leur contenu. Du coup, après avoir rejoint cette Équipe Mobile Psychiatrie et Précarité, ce n'était peut être pas pour rien, que j'avais une certaine difficulté à imaginer par exemple, ce qui faisait que les partenaires sociaux pouvaient demander l'intervention de cette équipe, ou bien quel était le contexte dans lequel les demandes étaient exprimées, et dans quelles situations on me ferait intervenir en qualité de médecin référent. Et, *last but not least*, jusqu'à quel point la place qui serait attribuée à l'EMPP par ses partenaires, allait être façonnée par le discours politique sur la santé mentale.

Il ne me restait plus alors que d'aller interroger moi-même les partenaires sociaux sur leurs attentes, avec un questionnaire qui reprendrait les principaux aspects de la nouvelle norme d'action publique santé mentale. Ce qui revenait, finalement, à aller tester ce vocabulaire sur le terrain, c'est à dire la faculté de ce vocabulaire à pouvoir être ou pas la base à une nouvelle possibilité de dialogue. Un dialogue qui essaierait de ne pas perdre de vue, cette fois-ci, les possibles avantages pour chacune des parties d'un décloisonnement à opérer entre le sanitaire et le social.

## **Méthodologie**

**Un questionnaire et une série d'entretiens semi-directifs** : J'ai effectué au total 9 entretiens dans le courant du mois de mai et du mois de juin 2011. Chaque entretien a duré entre 1 heure et 1 heure trente (Voir annexe 2).

Par ordre chronologique :

- Nono Muzoki : responsable coordinateur de la Circonscription d' Action Sociale de Gonesse

- Catherine Lebouteiller : chef de service dans le Centre Communal d'action Social de Gonesse
- Marie Lebail et Nadia Shabander : responsables coordinatrices des maraudes au niveau du Samu Social Val d'Oise de la Croix Rouge
- Thomas Bedon : chef de service dans le Service Intégré d' Accueil et d' Orientation du Val d'Oise
- Marc Anicet : délégation de fonction à la Solidarité, la Santé et aux Personnes Handicapées ( Mairie de Gonesse)
- Pascale Touderte : directrice de la Maison de la Solidarité (accueil de jour) à Gonesse
- Sandrine Labarrère : médiatrice sociale au foyer ADEF (hébergement social) de Gonesse
- Laure Resongles : coordinatrice de l' Atelier Santé Ville de Gonesse
- Table ronde avec quelques usagers de la Maison De la Solidarité sur le thème « *La rue, et les problèmes psy* »

Tous ces entretiens ont été enregistrés. Chaque enregistrement a donné lieu à une transcription écrite complète.

**Une recherche d'un retour d'expérience concernant d'autres EMMP** : En janvier 2011, quand j'ai rejoint l' Équipe Mobile Psychiatrie et Précarité de Gonesse, c'était la première équipe de ce genre que je rencontrais de toute ma carrière... Autant le dire, je n'avais alors qu'une idée vague de ce qui pouvait constituer la base de l'expérience pratique d'une telle équipe. Six mois après, au moment de la rédaction de ce mémoire universitaire, je serais certainement très démuni si j'avais dû m'en tenir à mon tout début d'expérience de fonctionnement d'un tel dispositif. C'est pour cela que je me suis également attaché pendant cette période à rechercher des retours d'expérience d'autres EMPP, certes à travers une revue de la littérature, mais aussi et surtout par le biais des intervenants décrivant leur EMPP, en séminaire ou lors des visites guidées, pendant les trois sessions du D.I.U « Santé mentale dans la communauté » à Paris, Lille et Marseille en janvier, mars et juin 2011. J'ai ainsi pu rencontrer pendant cette période l' Équipe Mobile Psychiatrie Précarité du SMES (Docteur A.Mercuel, Hôpital Saint Anne Paris), l'équipe « Diogène » (docteur M.Labrousse, EPSM Lille Métropole), et l'équipe du MARSS (docteur V.Girard, AP-Hôpitaux de Marseille). Je n'avais pas rêvé un meilleur panel ! Dans le cadre de cette recherche de récits d'expérience, j'ai assisté également à la 4ème journée nationale des EMMP à l'hôpital Sainte Anne à Paris le 14 mars 2011.

**Une revue de la littérature** : Cette année 2011, j'aurai beaucoup lu à l'occasion de ce D.I.U

« Santé mentale dans la communauté ». Les séminaires m'ont beaucoup interpellé sur la question de savoir pourquoi la psychiatrie publique restait si divisée autour des nouvelles incitations publiques concernant la santé mentale. Les Équipes Mobile Psychiatrie et Précarité, avec les attentes de leurs partenaires sociaux, constituent un des éléments importants de ce débat. Je suis donc allé chercher dans la littérature le plus d'éléments possibles concernant ces discussions souvent houleuses. Je tiens à souligner le grand intérêt que j'ai eu à découvrir des articles, voire des thèses en sciences sociales appliquées à la psychiatrie, avec leurs descriptions empiriques et très documentées de l'interface médico-social. A mon sens, ce genre de travaux devraient avoir plus de place dans ces multiples rapports *psychiatrie et santé mentale* qui s'empilent depuis des années au ministère de la Santé, sans aucun résultat vraiment tangible, si ce n'est d'alimenter sans fin les querelles de chapelle.

**Une discussion d'équipe** : Le projet de ce mémoire et l'élaboration du questionnaire ont fait régulièrement l'objet ces derniers mois de discussions d'équipe au sein de l'EMPP de Gonesse, un retour d'expérience là aussi indispensable et salutaire de la part de mes collègues arrivés avant moi dans cette équipe, et avec qui j'ai pu mettre à l'épreuve au fur et à mesure quelques bribes d'analyse. J'ai également tenu à cette concertation d'équipe autour de ce travail personnel, dans l'espoir que ce mémoire, dans le meilleur des cas, puisse constituer une fois terminé une base complémentaire de nos réflexions pour l'évolution des pratiques de cette équipe mobile.

**Remarques à propos du choix de la méthodologie** : J'ai choisi de centrer mon étude sur la ville de Gonesse. Sur les trois secteurs de psychiatrie adulte concernés par l'EMPP de Gonesse, les communes de Garges-lès-Gonesse, Sarcelles, Villiers le Bel et Gonesse justifient à elles seules, pour ce territoire, des Politiques de la Ville extrêmement vigoureuses. Ce qui constitue un grand nombre potentiel de partenaires sociaux pour l'Équipe Mobile Psychiatrie et Précarité. Une véritable Babel sociale, dont les interconnexions territoriales sont loin d'être évidentes.

Pour des raisons historiques et locales, il a été particulièrement aisé et naturel pour cette EMPP, à ses débuts en 2010, de développer son partenariat en direction des principaux acteurs sociaux de la ville de Gonesse (le SSD et le CCAS de cette ville, le foyer ADEF, la Maison de la Solidarité, l'Atelier Santé Ville...). A ce jour, pour les autres grandes communes de son territoire, ce travail de rapprochement de l'EMPP avec les principaux intervenants dans la politique sociale de chaque municipalité, n'a pas encore atteint ce même niveau d'intégration.

Mon arrivée dans cette équipe mobile, au début de l'année 2011, a coïncidé avec le début de ma réflexion sur ce mémoire universitaire. Je le rappelle, ce n'était pas un hasard. J'avais souhaité clairement nourrir de manière réciproque ces deux expériences débutantes, ces deux *work in progress*. J'ai donc choisi pour mes entretiens un panel homogène de partenaires sociaux, qui d'un côté avaient l'habitude de travailler ensemble dans la même ville, et qui d'un autre côté avaient depuis quelques mois un début d'expérience solide avec l'EMPP. Il est apparu rapidement intéressant, de nouer mes premiers contacts institutionnels avec ces partenaires, à travers le prétexte de ce mémoire, et de son questionnaire dont les thématiques étaient particulièrement adaptées pour engager un début de dialogue et de concertation sur le terrain.

J'ai fait aussi le choix d'aller à la rencontre du Samu Social du Val d'Oise, géré par la Croix Rouge basée à Ézanville. Ce sont eux qui assurent les maraudes sur la ville de Gonesse, ainsi que sur le reste du territoire de L'EMPP.

Si je suis aller rendre visite à Cergy Pontoise à l'association ESPERER95, qui gère le SIAO du Val d'Oise et la plateforme d'appel du 115, c'est parce que j' avais été particulièrement intéressé, lors de ma visite à Lille en mars 2011, par la proximité et la collaboration étroite de l'équipe mobile de psychiatrie Diogène, avec le SIAO et le 115 au niveau de toute la métropole Lilloise. J'ai pensé de fait, que la mise en place récente et départementale du SIAO 95 aurait forcément des répercussions locales sur le travail avec les partenaires dans la ville de Gonesse.

Pour terminer, je souhaite donc souligner que j'ai choisi et cherché à profiter de tous les aspects de la méthodologie de ce mémoire - les entretiens, les retours d'expérience, et la littérature – non seulement pour être en mesure de présenter ce travail de fin d'étude, mais aussi et peut être surtout pour enrichir parallèlement mes premiers mois d' intégration au sein de cette Équipe Mobile et Psychiatrie de Gonesse. Chercher à jouer sur ces deux tableaux a constitué une grande partie de ma motivation pour ce travail et sa méthodologie.

### **Les représentations des partenaires à propos de la précarité**

Dans les termes d' équipe mobile psychiatrie et précarité, le terme de précarité est certainement celui dans lequel je me suis trouvé le moins à l'aise au moment d'aborder les entretiens avec les

partenaires sociaux. A un des partenaires qui me demandait de « préciser » la question que je lui posais, de savoir ce que pouvait représenter pour lui la précarité dans le cadre de ses missions, je lui ai répondu que dans la mesure où ce terme de précarité se trouvait dans la dénomination même de l'équipe de psychiatrie qui se proposait de venir à sa rencontre, il me semblait intéressant de s'interroger sur ce mot. D'après cette réponse un peu vague, il s'est dit alors que ce terme de précarité devait faire référence au « public » auquel cette équipe était dédiée, aux « précaires » en quelque sorte. Je me suis alors trouvé gêné, je ne sus pas trop que répondre, cela me rappelait les hésitations que j'avais eues au moment du choix du questionnaire pour ces entretiens. Dans mon expérience de psychiatre, j'avais déjà bien du mal à caractériser la catégorie des « psychotiques » ou bien même celle des « schizophrènes » comme des catégories allant toujours de soi. C'est pourquoi j'étais plutôt enclin à prendre le mot de « précaire » avec précaution, et j'avais pensé pouvoir être plus à l'aise avec celui de « précarité ».

D'ailleurs, je remarque finalement en relisant ces entretiens, que les réponses de la grande majorité des partenaires ont tendu spontanément à essayer de donner une définition à ce terme de précarité, sans se préoccuper de donner des critères qui seraient censés objectiver les « précaires ». Certains partenaires ont même tenu à souligner par exemple à quel point les critères administratifs de revenu qui définiraient « objectivement » la pauvreté pouvaient être inopérants pour parler de la précarité :

- *« La précarité, pour moi il y a deux significations. La précarité, celle qui est légale, celle dont on entend tout le temps parler, et qui est mesurée sous le seuil de pauvreté, ce qui me fait doucement rigoler... Vous connaissez ce système, non ? En fait, si vous regardez avec l'INSEE, vous vous apercevez que l'on considère la pauvreté en fonction du numéraire. Donc, ce que vous gagnez, ce que vous touchez, avec quoi vous vivez [...] Il y a deux taux calculés sur la base du revenu médian en France qui est je crois de tête de 757 euros, ou alors sur le revenu médian européen qui est de 900 et quelques euros. Donc, c'est assez confus ! On annonce haut et fort qu'il y aurait 9 millions de pauvres en France sur le taux européen de 60%, alors qu'en réalité si on calcule 50% sur le taux français, on est en dessous des 4 millions. Donc, c'est très compliqué, confus, et en plus on nous annonce des chiffres de 2008 qui en réalité sont étudiés sur des barèmes qui datent de 2004, on est loin de la réalité du terrain aujourd'hui ! »<sup>1</sup>*

Dans l'effort que je leur demandais pour contribuer à une définition « minimum » de la précarité, une définition qui pourrait faciliter notre travail en commun, les partenaires ont donc plutôt choisi de privilégier l'expérience vécue à la première personne par leurs usagers. C'est ce que j'appellerais une définition subjective de la précarité.

---

<sup>1</sup> Pascale Touderte, Maison De la Solidarité.

Les grandes caractéristiques de cette définition subjective se retrouvent esquissées dans les propos de l'ensemble des partenaires sociaux que j'ai interviewés. Leur première impression est que ce sentiment de précarité s'est individualisé ces dernières années à côté des missions plus traditionnelles du travailleur social concernant les grandes sécurités (accès à l'emploi ou à des ressources financières, accès au logement, accès à la santé). Ce que les partenaires soulignent, c'est que l'attention apportée à l'accès au droit est certes indispensable, mais qu'elle n'est pas suffisante en soi pour aider un individu à sortir de la précarité. Parce que ce sentiment de précarité semble avant tout caractérisé par « une peur de perdre ». Et aussi, parce que les causes économiques sont interdépendantes avec les causes qui révéleraient la mise à mal des anciennes solidarités sociales ou familiales. C'est le vécu implacable et inquiétant de ce phénomène qui est livré ici, avec beaucoup de méthode, par cette assistante sociale de formation qui a travaillé longtemps dans un Service Social Départemental:

- *« La précarité locative, à savoir que même aujourd'hui des personnes qui disposent d'un logement peuvent être en précarité locative, avoir un risque et vivre au quotidien ce risque de perdre ce logement. Ce qui est une nouveauté de ces dernières années. Moi, j'ai commencé à travailler à 23 ans, et il existait déjà à cette époque une précarité, mais pas du tout la même. Il y avait bien des gens exclus, il y avait des SDF, il y avait des gens en difficulté pour accéder à un logement. Actuellement, même des gens qui ont des choses plus ou moins stables vivent dans l'insécurité, donc dans une espèce de précarité dans leur tête qui est : « Demain je peux perdre tout ça ! ». Cela peut aller même très vite ! Des gens qui avaient un travail, une vie relativement classique, peuvent en quelques mois, arriver à des situations totalement inimaginables (expulsion, la rue). Aujourd'hui, cette précarité s'est cumulée à celle ancienne qu'on avait à gérer en tant que travailleurs sociaux. Donc, précarité des conditions de vie, et une précarité socio-économique (incertitude sur le plan de l'emploi) qui amène les gens à se dire aujourd'hui que leur emploi ils ne le conserveront sans doute pas toute leur vie, qu'ils seront amenés dans leur carrière (ce qui n'était pas le cas avant) à changer peut être de travail, à changer de profession, se reconvertir, se remettre à autre chose, car la conjoncture économique fait que cette adaptation est de plus en plus nécessaire. Précarité affective et familiale car affaiblissement de la solidarité familiale qui ne joue plus son rôle, en tout cas beaucoup moins qu'avant, d'où rupture familiale (mono parentalité, divorce) fragilisant l'équilibre des familles et l'équilibre personnel des gens. Précarité affective et psychologique avec beaucoup d'isolement. Cassure familiale, rupture familiale, moins de support familial, beaucoup de gens sont dans un isolement social avec le fait aussi de la rupture d'avec le monde du travail qui entraîne la précarité à la fois des conditions de vie, relationnelles, affectives, sociales, qui font que ces gens peuvent à un moment donné sombrer et avoir beaucoup de mal à sortir la tête de l'eau. »<sup>2</sup>*

Nous l'avons déjà vu, ce sentiment partagé par tous dans ces entretiens, qu'avec « Mille euros par mois, vous pouvez être aussi dans la précarité ! ».<sup>o</sup> Et la nouvelle appellation largement médiatisée de *travailleur pauvre* semble alors pouvoir en fournir une parfaite illustration. D'abord, pour des raisons purement comptables :

---

2 Catherine Leboutteiller, Centre Communal d' Action Sociale.

- *« Et aujourd'hui, ce sont les travailleurs pauvres qui ont un travail, mais ce n'est plus suffisant pour vivre. Étant à la limite des gens qui reçoivent les minima sociaux, ils sont parfois encore plus en difficulté que ceux qui ne travaillent pas. Et quelquefois même pas de logement. Ils ne peuvent bénéficier de rien en fonction du plafond, ils sont seuls. Alors les gens qui perçoivent des minimas peuvent bénéficier de certaines choses, de formation, de la couverture sociale sans avoir à payer. Ils sont tous dans la précarité, mais quelquefois le fait d'avoir 5 euros de plus parce que on travaille on est encore plus pénalisé que les autres »<sup>3</sup>*

Mais, cette notion de *travailleur pauvre* permet aussi de revenir sur le fait que les partenaires sociaux ont tendance à définir d'abord la précarité à partir de l'expérience vécue par leurs usagers. Une notion subjective, mais aussi relative. Relative par rapport au reste de la société. Il semble que dans cette expérience de la précarité, il puisse entrer pour une part non négligeable le sentiment d'une anomalie conférant à une injustice sociale néfaste et intolérable, du point de vue de l'usager, point de vue complètement pris à son compte par l'intervenant social qui s'occupe de lui :

- *« Pour moi, la précarité, c'est quelqu'un qui ne peut même avoir un domicile, et que même si il vit avec 1000 euros, de toute façon il est dans une situation de précarité. Parce qu'avec 1000 euros dans un appartement... Bon après, effectivement, tout est relatif, on considère que parce qu'il y a un toit sur votre tête, que vous avez une télé à la maison, et que vous arrivez à manger, à avoir un repas par jour, vous n'êtes pas pauvre. Effectivement alors il y a moins de pauvre qu'on ne le pense. Mais pour moi, la précarité ce n'est pas ça, il y a des tas de besoins fondamentaux, dont on a tous normalement le droit d'accès, qui sont la culture, qui sont le droit de se chauffer correctement, ou celui d'avoir accès à l'eau autant qu'on a envie... »<sup>4</sup>*

C'est là où nous rejoignons un point qui a été pour moi une des grandes découvertes de ces entretiens semi-directifs dans le monde du social. Cette notion de *bien-être* comme pouvant être le moteur légitime d'une action sociale, parce que l'amélioration des conditions socio-économiques des plus démunis ne pourrait pas simplement se contenter de l'accès aux droits, d'un repas chaud, ou à un hébergement. La surprise était que cette dimension du *bien-être* dans la prise en charge sociale pouvait aussi faire l'objet d'une attention tout à fait réfléchie et institutionnelle.

Comme par exemple, cette définition d'une mission, définition qui semblait d'abord commencer par une boutade :

- *« En effet, on est régi par un article 28 du Code de l'action sociale qui dit « le Service Social Départemental est un service public ouvert à TOUT ». C'est-à-dire ouvert à toute sorte de questions... Parfois les gens nous appellent en disant « j'ai mon évier bouché ! », même si ce n'est pas notre métier... Bon, en même temps, on essaye d'orienter [...] Une des missions importante est l'accueil du public, on est ouvert, on doit être là pour accueillir, et écouter les gens. »<sup>5</sup>*

---

3 Nono Musoki, Circonscription d' Action Sociale.

4 Pascale Touderte, Maison De la Solidarité.

5 Nono Musoki, Circonscription d' Action Sociale.

A l'instar de ce professionnel aguerri de la polyvalence de secteur, j'ai discerné très nettement chez beaucoup de partenaires un engagement professionnel tout à fait affirmé et décomplexé en direction des mille petites misères de l'existence précaire, comme une évidence incontournable et indispensable participant au bien fondé de leurs actions. Même si j'ai bien sûr tout à fait conscience du caractère limité et sélectif de mon panel de travailleurs sociaux. Aurais-je trouvé le même souci du bien être de l'utilisateur, auprès d'assistantes sociales du Pôle-Emploi, ou même de la Sécurité Sociale, pour ne citer que ces deux exemples ?

Je tiens pourtant à insister sur ce point. Il ne s'agirait pas de confondre, pour ceux qui en font une priorité, ce souci du *bien-être* de l'utilisateur en situation de précarité avec une simple attitude de compassion. Ce souci particulier de l'utilisateur est réfléchi et peut être intégré en tant que tel dans un mode opératoire tout à fait technique.

On retrouve un exemple révélateur de ce mode opératoire, avec le « *Faire de l'accompagnement de A à Z* » de l'Atelier Santé ville de Gonesse, dans le cadre de ses actions collectives sur la commune pour « promouvoir la santé ».

En parlant des objectifs initiés à partir du champs de la prévention en santé publique, comme par exemple l'hygiène bucco-dentaire, l'alimentation ou le dépistage du cancer du sein, Laura Résongles coordinatrice de l'ASV de Gonesse insiste sur la nécessité d'optimiser chaque plan d'action à partir d'un diagnostic fait de manière conjointe, quartier par quartier, avec les professionnels sur place, mais aussi et surtout avec les habitants ou les usagers pressentis pour cette action. Il y a dans chaque quartier, ou dans chaque cas de figure, des attentes différentes en matière de santé, de même pour les ressources propres et les capacités de compréhension. Après les préconisations de santé publique, mais aussi en fonction de ce diagnostic « local », un accompagnement des familles ou de chaque individu est alors proposé, comportant par exemple des relances téléphoniques, et pour les situations de plus grande précarité, des accompagnements aux rendez-vous, des relances de droit, et pourquoi pas... un sandwich ! De comment prendre en considération le souci du bien être de l'utilisateur pour donner toutes ces chances à une action de santé publique :

- « *On a également une action sur le bilan de santé [...] C'est le bilan de la sécurité sociale que l'on propose, mais c'est à Argenteuil ou à Paris ! Il faut dire aux gens que l'on se retrouve ici à Gonesse au niveau des locaux de l'ASV et du CCAS. On se charge des tickets de transport... pour partir ensemble... avec un pique-nique, parce qu'il faut être à jeun en arrivant...* »<sup>6</sup>

---

6 Laura Résongles, Atelier Santé Ville.

Je souhaite terminer le chapitre de ce travail sur les représentations de la précarité par les partenaires sociaux, avec notamment la définition que m'a donnée Laura Resongles de l'ASV de Gonesse. Il me semble que cette définition résume bien les deux principaux aspects de cette précarité qui ont fini par se dégager des descriptions qui m'ont été faites par les partenaires sociaux : la précarité est d'abord de l'ordre de la subjectivité, « une sensation d'empêchement », et qui justifie une action publique, en l'occurrence ici un « accompagnement social ».

- *« La précarité c'est [...] un état perçu par la personne, une personne qui va se définir comme étant en situation de précarité bien que financièrement elle n'entre pas forcément dans les critères sociaux, qu'elle peut n'avoir droit à aucune aide en fonction des critères de ressources. La personne se sent vulnérable devant la difficulté de payer ses soins, de ne pas manger correctement comme elle pense qu'elle devrait le faire, de se loger etc. La personne se sent empêchée dans sa vie de se sentir bien parce qu'elle évoque des raisons soit économiques, soit de circuit ou de lien social, soit sa capacité de déplacement qui parfois joue beaucoup. A Gonesse, il y a un magasin Leclerc, ça peut être difficile de rejoindre le Leclerc pour faire ses courses, où bien aussi le quartier de la gare où c'est moins cher. Quelque soit le critère d'empêchement, pour nous quand une personne se définit comme vulnérable car empêchée de se réaliser dans son bien-être et dans son mieux-être, pour nous c'est une conséquence de la précarité économique certes, mais qui justifie une intervention d'accompagnement social. »<sup>7</sup>*

## **Les représentations des partenaires à propos de l'exclusion**

Avant d'aborder les différences de représentations entre *précarité* et *exclusion* chez les partenaires sociaux que j'ai rencontrés, je dois signaler qu'à chacun de ces entretiens, j'ai souhaité discuter avec les partenaires de la justesse et la pertinence de l'appellation : « *personnes vivant dans le circuit de la rue* ». J'ai empruntée cette dénomination à A.MARQUES (2010), dans sa thèse de doctorat en sociologie sur l'analyse du travail micropolitique autour d'une Équipe Mobile Psychiatrie et Précarité.

A.MARQUES fait remarquer qu'il n'est guère satisfaisant pour l'esprit, de mêler indistinctement dans les études sur la grande pauvreté, les termes de clochard, de vagabond, de mendiant, de sans abri, voire d'exclu ou de sans domicile fixe. Des termes qui ont pu être utilisés à tel ou tel moment de l'histoire, mais qui sont tous aussi flous les uns que les autres dans la définition des personnes concernées. C'est pour cette raison que A.MARQUES préfère travailler avec l'expression

---

<sup>7</sup> Laura Resongles, Atelier Santé Ville.

« *personnes vivant dans le circuit de la rue* », car sa définition ne se base pas sur ce que ces personnes ont ou n'ont pas, sur ce que ses personnes sont ou ne sont pas, mais sur les services qu'elles utilisent ou qu'elles n'utilisent pas. Cette définition met ainsi l'accent, et c'est ce que j'ai trouvé le plus intéressant, sur la diversité et la dynamique des situations en jeu pour cette population.

C'est en effet sur ce point que tous les partenaires sociaux que j'ai interrogés, m'ont confirmé que cette appellation des « *personnes vivant dans le circuit de la rue* » était particulièrement adaptée pour décrire leurs usagers en très grande précarité. Cette définition peut d'abord concerner des personnes qui vivent dans la rue, parfois sur un territoire ou un site précis, et qui ne sortent que très rarement, de leurs cartons sous un pont par exemple. Ces personnes n'utilisent pas les centres d'hébergement, les distributions de repas, les accueils de jour, les lieux de soins, et il n'y a que les équipes de rue qui puissent les rencontrer. Cette appellation peut aussi englober des personnes qui n'ont que rarement dormi à la rue, qui sont le plus souvent hébergées dans des structures prévues pour les accueillir, parfois en alternance avec des dépannages chez des amis, la famille ou les chambres d'hôtel. D'autres encore passent l'été plutôt dans la rue, sans site précis, d'un quartier à l'autre d'une ville à l'autre, et l'hiver plutôt en hébergement, souvent en alternance dans différentes structures. Cette appellation de « *personnes vivant dans le circuit de la rue* » permet ainsi de mettre en valeur la grande variété d'une personne à l'autre, et souvent aussi la dynamique pour la même personne au fil du temps.

C'est ainsi que l'on peut mieux comprendre les partenaires sociaux quand ils ont tendance à envisager spontanément la différence entre la *précarité* et l'*exclusion*, comme une simple « différence de seuil ». Sur cette échelle d'intensité, le risque est de passer de la *précarité* à l'*exclusion*, pour finir par tendre vers une asymptote très redoutée : « *la grande exclusion* » ou « *la grande précarité* ». Cette grande exclusion correspond alors, en se référant au concept des « personnes vivant dans les circuits de la rue », aux personnes qui sont recluses sous leurs cartons, ou aux personnes qui errent sans fin, en alternance entre la rue et des structures d'hébergement provisoires.

Nous pouvons d'abord penser que cette façon de voir la différence entre *précarité* et *exclusion* rejoint la crainte de la vulnérabilité sociale de leurs usagers décrite en son temps par les partenaires sociaux (cf infra les représentations sur la précarité). C'est à dire, la crainte pour un grand nombre de personnes, d'avoir un jour « *à finir par tomber dans la grande exclusion* », par une aggravation

progressive des conditions précaires de leur vie.

A y regarder de plus près, ce n'est pas tout à fait que cela. Pour beaucoup des partenaires, il y a une véritable différence qualitative entre la *précarité* et l'*exclusion*. Cette différence se situerait directement au niveau d'une forme de responsabilité des usagers, bien plus qu'au niveau de la situation socio-économique qu'ils ont à subir. L'*exclusion* rejoint ainsi le même problème que les partenaires sociaux se posent à propos de leurs représentations sur la différence entre la *souffrance psychique* et la *maladie mentale* (cf infra, le chapitre suivant). A savoir, que le principal signe différentiel de l'*exclusion* est sans nul doute l'extrême difficulté pour les partenaires de pouvoir accomplir leurs missions sociales de base. On le voit bien dans l'exemple suivant, avec cette coordinatrice des maraudes du SAMU social, ces maraudes qui sont de fait gérées par le « pôle exclusion » de la Croix Rouge d'Ézanville :

- *« Nous, on est du côté de la grande précarité... La précarité est un grand mot qu'il faut scinder en catégories. En effet, on peut avoir un logement et être précaire. Nous, dans notre activité, on touche à la grande précarité et même à l'exclusion. Moi, je mettrais la limite avec l'exclusion à partir du moment où on est amené à rencontrer des personnes qui en arrivent même à n'avoir plus d'identité. on arrive vraiment là dans l'exclusion. Je mettrais le passage à ce niveau, à partir du moment où on ne souhaite même plus avoir des ressources, ou faire valoir ses droits, ou même demander un hébergement. »*<sup>8</sup>

Ce qui me frappe dans cette description, c'est l'existence de ce « quelque chose » de mal défini, qui s'additionne à la précarité, pour entraîner les missions du travailleur social vers l'échec. L'idée est que si ce « quelque chose » n'existait pas, la politique sociale en France serait alors suffisamment bien paramétrée pour éviter au moins la *grande exclusion*, la vie complète à la rue. Ce « quelque chose » serait du côté des usagers. Même si les partenaires ne sont pas allés jusqu'à utiliser le terme d'auto-exclusion :

- *« Ma représentation primaire (et non pas première) de l'exclusion, c'est une personne qui est en dehors d'un cadre social, ou d'un accompagnement, une personne isolée complètement en dehors du système que nous on s'est fixé. Si on avait une explication, ce serait bien car on pourrait avoir des solutions... Après, c'est le parcours de chacun, il y a sûrement des explications. Il peut y avoir une exclusion par tel ou tel élément qui a fait que... que la personne s'est elle-même exclue... il peut y avoir une part de « personnalité ». La personne va se poser un choix : « Est ce que je vais vers l'exclusion, ou est ce que j'essaye de m'en sortir » « Est ce que j'ai les capacités, ou les moyens autour de moi pour m'en sortir, et du coup est ce que j'évite l'exclusion, ou bien la solution que l'on me propose n'est pas satisfaisante » C'est un moment carrefour, un choix conscient ou inconscient, la personne s'est donnée ou pas pour ce choix les moyens en acceptant de s'entourer des personnes qui pourront l'aider... »*<sup>9</sup>
- *Il y a deux SDF sur la ville. Je me demande encore aujourd'hui pourquoi ils sont SDF ! Ils ont*

<sup>8</sup> Marie Lebail, SAMU social.

<sup>9</sup> Sandrine Labarrère, foyer d'hébergement ADEF.

*les moyens ! L'un touche 980 euros par mois, et l'autre le RSA, et on lui a fait tous ses papiers !*<sup>10</sup>

- *« Les exclus ne sont même plus empêchés [à la différence de la précarité], ils n'ont même plus accès à la possibilité d'envisager de se réaliser.[...]. Ça dépend des moments de la vie... Pour certains, des moments très fragilisants qu'ils ne vont pas pouvoir dépasser. Ils devaient être fragiles eux-mêmes dans leur état de santé mentale tout au long de leur vie, un élément va faire qu'ils basculent dans la rupture complète. Car il existait quelque chose de sous-jacent avant la rupture, qui fait qu'ils n'arrivent plus à s'inscrire dans rien. »*<sup>11</sup>

On le reverra dans le chapitre suivant, cette situation d'*exclusion* interroge donc les partenaires sociaux sur la frontière entre la *souffrance psychique* et la *maladie mentale*.

Bien sûr, les partenaires sociaux savent aussi militer, et affirmer que la société peut susciter voire aggraver sérieusement cette auto-exclusion. Ils peuvent également faire remarquer que le système de l'assistance sociale aux plus démunis conduit parfois à des effets paradoxaux, comme déclencher, ou renforcer, le processus de l'errance :

- *« Par exemple, la violence institutionnelle pour les gens qui passent ici, et qui sont déjà passés par d'autres institutions, et qui se sont faits envoyer promener, alors qu'ils ont des droits qu'on ne leur ouvre pas. Je pense à l' Aide Médicale État par exemple. C'est vraiment très très difficile aujourd'hui d'ouvrir des droits à l'AME, même quand tu réunis tous les critères pour l'avoir, ou que tu as tous les documents sur toi ! On trouve toujours un motif pour ne pas te l'ouvrir. L'histoire des trente euros, je n'en parle même pas... Là, on est aussi dans l'exclusion ! »*<sup>12</sup>
- *« La grande précarité et la grande exclusion, on est en difficulté faute d'outils et de moyens, pour apporter des solutions qui n'engendrent pas le processus de l'errance. C'est un peu pervers. On propose le 115, et si par chance il y a une place d'hébergement, la personne aura une nuit tous les 15 jours, et puis on lui retrouvera deux nuits à l'autre bout du département. Ce sont des solutions qui risquent de maintenir la personne dans une situation d'errance. Et donc, ainsi, les gens ne vont même pas venir nous revoir... »*<sup>13</sup>

### **Les différences faites dans les représentations des partenaires entre la souffrance psychique et la maladie mentale.**

Ce moment du questionnaire a conduit aussi parfois les partenaires sociaux à me demander des précisions avec une pointe de perplexité anxieuse. A tel point, qu'il était bon que je leur précise,

---

10 Marc Anicet, adjoint Santé Solidarité.

11 Laura Resongles, Atelier Santé Ville.

12 Pascale Touderte, Maison De la Solidarité.

13 Catherine Leboutteiller, Centre Communal d' Action Sociale.

que je venais avant tout en « étudiant qui se posait aussi des questions », et non pas en professionnel de la psychiatrie qui évaluerait leurs définitions en position d'expert.

De prime abord, c'est la différence introduite entre *souffrance psychique* et *maladie mentale* qui sembla provoquer le mouvement initial de surprise de mes interlocuteurs. Néanmoins, j'ai tenu bon, je n'ai en rien justifié l'utilisation de ces termes dans mon questionnaire, je n'ai pas dit d'où je les tenais, et quelle valeur conceptuelle je pouvais bien leur donner. Parce que mon objectif était surtout de « tester » la façon dont le concept de *souffrance psychique* avait diffusé sur le terrain, concept qui a fini par tenir une place prépondérante dans une certaine littérature médicale et sociologique, et surtout dans les textes administratifs et réglementaires depuis les années 90.

Passé le premier moment de surprise, et après avoir pris acte de ma position de neutralité, tous les partenaires sociaux ont réussi à brosser, chacun à partir de leurs expériences professionnelles, un tableau précis de ce qui leur posait questions et problèmes sur le terrain, et pour lequel effectivement, et finalement, une différenciation entre *souffrance psychique* et *maladie mentale* ne leur semblait pas inutile.

Je discuterai dans un chapitre ultérieur cette conception de la *souffrance psychique* qui a fini par se dégager des entretiens avec les partenaires, en la comparant avec celle qui est généralement admise dans la littérature. Je peux déjà signaler que ces deux conceptions sont bien congruentes. C'est tout à fait la même chose pour le terme de *maladie mentale*. Ce qui n'est pas le cas en revanche, nous aurons l'occasion de le revoir, avec le terme de *santé mentale*. En effet, dans ce chapitre, il commence à apparaître que dans l'esprit des partenaires sociaux que j'ai interrogés, le concept de *santé mentale* reste principalement référé au monde professionnel de la psychiatrie. Et les nouvelles incitations qui voudraient que la *santé mentale* ne soit pas justement que l'affaire de la psychiatrie ont été peu abordées spontanément par mes interlocuteurs.

Voici une illustration dans laquelle la problématique *souffrance psychique* est pourtant clairement posée, comme à un « carrefour de quelque chose ». L'utilisation du terme de *santé mentale* est également tout à fait compréhensible, mais je me dis qu'il aurait certainement gagné à être précisé un peu autrement. Nous aurons l'occasion d'y revenir :

- « C'est une notion intéressante [la souffrance psychique] car ça fait un moment qu'on en parle aussi chez nous. On a demandé des formations... Comment c'est venu à nous ? Ce terme est apparu chez nous quand nous suivions des enfants dont les parents n'allaient pas bien pour des raisons que nous identifions comme des raisons d'ordre psychique. Et nous avons été

*confrontés, même si c'est de moins en moins maintenant, à certaines personnes pour lesquelles on interpellait la psychiatrie, qui nous les renvoyait quelque temps après en nous disant « C'est une souffrance sociale ! ». On est donc au carrefour de quelque chose, nous on penserait que ça relève de santé mentale, et de l'autre côté le spécialiste de santé mentale, il pense que c'est plutôt la précarité qui fait qu'il sont comme ça, et que si on résout le problème de précarité, les gens ils iront mieux. Du coup, nous restons désarmés face à cette souffrance psychique. »<sup>14</sup>*

Mais pour autant, les partenaires sociaux garde une idée précise de la *maladie mentale*, ils ne cherchent pas obligatoirement à la confondre avec la *souffrance psychique*. Pour eux, c'est évident, la *maladie mentale* est d'abord un diagnostic fait à un moment ou à un autre par un spécialiste. Ils disent ainsi éviter de qualifier par eux-même un trouble d'allure psychique avant que ne soit donné cet avis médical. Ou bien, ils infèrent ce diagnostic pour un de leurs usagers, à partir de la simple connaissance d'un suivi passé ou actuel par les services de psychiatrie. En général, ils ont une idée assez précise des grandes catégories nosographiques.

- *« Je pense que pour les gens dits « malades mentaux » ce sont des gens qui ont déjà été diagnostiqués par un médecin, par un spécialiste, d'où une proposition de soins, une proposition de suivi déjà plus ou moins mise en place. Aujourd'hui on parle de gens qui souffrent de souffrance psychique, certes c'est une souffrance, mais elle n'a pas atteint le degré de maladie. C'est une différence de seuil. »<sup>15</sup>*
- *« Oui, je fais une différence [avec la souffrance psychique]. Les maladies mentales sont répertoriées, classifiées, ça évolue aussi au fil du temps, au fil des années, puisqu'au début où j'exerçais on parlait beaucoup de maniacodépression, et actuellement on parle de troubles bipolaires. Pour moi je mettrais derrière le terme de santé mentale [sic] une espèce de classification avec des grandes catégories : névrose, psychose, tout ce qui tourne autour de la schizophrénie.<sup>16</sup>*
- *« Des personnes me disent : « Moi, je suis malade mental ! ». Je leur demande : « Ah bon! Comment vous savez que vous êtes un malade mental ? ». Et ils me répondent : « Si je n'ai pas mon traitement, je pars en vrille, je ne peux plus répondre de mes actes ». Pour moi, ces personnes ont besoin d'une aide permanente extérieure, alors que dans la souffrance psychique, vous pouvez voir un psychologue. Pour le malade mental, voir un psychologue, je ne crois pas que cela va lui apporter grand chose, parce qu'il peut être incohérent, il dira n'importe quoi, alors qu'il a besoin de soins spécifiques, de médicaments, et en plus d'un accompagnement . »<sup>17</sup>*

Mais alors, qu'en est-il de cette *souffrance psychique* qui préoccupe tant les partenaires sociaux que j'ai interrogés, et devant laquelle « ils sont désarmés » ? Et toujours d'après ces partenaires, quels sont les rapports de cette *souffrance psychique* avec la *maladie mentale* ? C'est ce que je vais maintenant essayer de développer.

---

14 Nono Musoki, Circonscription d' Action Sociale.

15 Id.

16 Catherine Lebouteiller, Centre Communal d' action Sociale.

17 Marc Anicet, Adjoint Santé Solidarité.

Un peu plus haut dans ce chapitre, nous avons vu que certains professionnels de la psychiatrie pouvaient parfois justifier une fin-de non-recevoir, sous prétexte que les partenaires sociaux ne sauraient pas faire la part entre des troubles psychiques et « *une souffrance psychique due à la précarité* ». Il suffit de relire le chapitre de ce mémoire sur les représentations des partenaires sur la notion de *précarité*, pour s'apercevoir que les partenaires sociaux que j'ai interrogés n'ont en règle générale de leçon à recevoir de personne, pour savoir délimiter à partir de leur expérience une « simple » *souffrance sociale*. D'un côté, ils savent parfaitement appréhender la *précarité* comme une certaine forme de souffrance psychique, un sentiment douloureux de vulnérabilité sociale, et d'un autre côté leur premier réflexe n'est certainement pas de la « médicaliser » ou de la « psychiatriser ». C'est redit ici, d'une autre façon :

- « *Il y a une situation sociale telle que ça endommage forcément TOUT chez eux. Il y a des gens qui disent : « On voudrait des médicaments pour dormir parce qu'on ne dort pas ». Mais, pourquoi on ne dort pas ? On vient consulter un médecin parce qu'on ne dort pas... Le problème, il n'est pas là ! Le problème, il est qu'il faut trouver un logement ! Ce n'est pas de trouver un somnifère, même pour dormir ! Et les gens, ils n'ont pas conscience de ça ! il faut discuter et re-discuter de ça avec eux. [...] Ils sont dans leurs besoins vitaux, et à aucun moment ils ne se posent vraiment des questions sur pourquoi ils ont tout le temps mal au ventre, pourquoi ils ont tout le temps mal à la tête, et pourquoi ils n'arrivent pas à dormir ! »<sup>18</sup>*

Il est évident ainsi que les partenaires sociaux rencontrés ne résument pas leurs fonctions et leurs missions à une simple prise de mesures techniques pour faire évoluer les conditions matérielles d'une famille ou d'une personne. Ils trouvent tout à fait normal d'avoir à actionner en premier lieu, dans une situation de *souffrance sociale*, ce que j'appellerais ici leur propre « psychologie » du sens commun ou de leur sens pratique professionnel. Quitte à faire une orientation sur un CMP, tranquillement, mais dans un second temps :

- « *Sur l'autre plan, on va essayer d'écouter, parce que la souffrance psychique à un moment donné, ce n'est pas parce qu'on n'est pas formé, ni psy, ni psychologue, ni spécialiste, on est là aussi pour écouter. La souffrance à un moment donné a besoin pour s'exprimer, d'une oreille, d'une écoute. Déjà, la première étape quand on permet à ces personnes-là de pouvoir s'exprimer, même si on ne traite pas, on amène un lieu de parole, c'est important.* »<sup>19</sup>
- « *C'est [un exemple] une personne qui vient me voir pendant ma permanence, et qui me dit : « Voilà, je suis alcoolique, j'ai envie de m'en sortir, mais comment je fais, je n'ai pas le courage d'y arriver seul, je veux que l'on m'oriente, je veux que l'on m'accompagne, et je veux m'en sortir ». Avec l'entretien, j'essaie d'étayer les éléments qui ont fait que cette personne s'est penchée à un moment donné vers l'alcool, et du coup est devenu alcoolique, j'essaie d'étayer plusieurs éléments de cause, et j'essaie d'apprécier si cette personne, à mon sens, peut s'en sortir ou pas sans un suivi psychiatrique.* »<sup>20</sup>

18 Pascale Touderte, Maison De la Solidarité.

19 Catherine Lebouteiller, Centre Communal d' Action Sociale.

20 Sandrine Labarrère, foyer d'hébergement ADEF

Ce professionnalisme peut d'ailleurs les amener aux confins d'un questionnement des plus subtils, dans ce domaine de la sémiologie différentielle entre les effets psychiques de la *souffrance sociale* et la *maladie mentale*:

- « *La souffrance psychique est très importante dans cette population. On voit bien la déchéance, au début, puis une ou deux années après, si la situation n'est pas résolue, on voit bien les gens ne sont plus les mêmes, ils sont détraqués. Une dame venait à la Maison de la Solidarité, on lui a dit : « Mais pourquoi vous continuez à sentir mauvais ? Il y a des douches, vous pouvez vous laver... ». Elle nous a répondu : « Si je me lave je vais attirer les gens vers moi ! Si je suis répugnante je les repousse... ». Ça veut dire quoi ? C'est vraiment un état d'esprit... Un état d'esprit qu'il faut décortiquer, car elle a créé des mécanismes d'autodéfense qui à la longue, je ne sais pas si ils ne vont pas laisser des séquelles... On se pose donc des questions. »<sup>21</sup>*

Quand les partenaires sociaux que j'ai rencontrés évoquent alors d'autres formes de souffrance psychique, « *de celles qui dépassent les bornes* », ce n'est donc pas à la légère !

C'est parfaitement résumé par les difficultés rencontrées par les maraudeurs de la Croix-Rouge d'Ézanville

- « *Il est même rare que les personnes que l'on rencontre n'aient pas une souffrance psychique, ne serait-ce qu'au regard de leur situation, sans dire pour autant qu'elles aient toutes une maladie. 95% sont en souffrance, et ont besoin de parler. Ce que l'on nous demande le plus souvent, c'est de voir la maraude pour discuter. La plus grosse partie de notre travail c'est de les écouter, ils ont besoin de déverser leurs souffrances, de débloquer ce qui est dur pour eux, de pleurer... ils ont besoin de parler. Pour d'autres situations, c'est bien plus difficile ! C'est le fait d'arriver à chaque fois au moment d'une crise, d'essayer de trouver des solutions parce que ces crises font capoter et les hébergements, et les démarches administratives. En l'occurrence, on a une jeune femme de 30 ans qui est dans l'incapacité de rester plus de 2 ou 3 jours sur un hôtel ou autre. Elle arrive systématiquement à mettre en échec tous les hébergements qu'on a pu trouver successivement, soit en ayant un comportement agressif vis-à-vis des autres personnes qui sont hébergées, soit en ayant des actes d'agressivité sur du matériel ou sur du personnel. Ou tout simplement, après être restée 2 ou 3 jours sur place, en quittant et en disparaissant pendant quelque temps. Pour finir par revenir au bout d'un certain temps en demandant un bon d'hôtel... Là, on se trouve démuné ! Parce qu'on ne sait plus que proposer, que dire ou que faire. »<sup>22</sup>*

L'exemple de cette « jeune femme de 30 ans » rassemble un grand nombre des caractéristiques des histoires, souvent assez impressionnantes, qui m'ont été racontées par les partenaires sociaux. Malgré qu'ils essayaient de me décrire le sentiment d'impuissance parfois durable dans lequel ils se trouvaient plongés, ils ont au final peu parlé pour eux-même de *souffrance psychique*.

A l'instar de cette travailleuse sociale de la Croix-Rouge, les autres partenaire sociaux ne se

---

21 Nono Musoki, Circonscription d' Action Sociale.

22 Marie Lebail, SAMU social.

précipitent pas pour formuler un diagnostic médical, tant qu'un avis spécialisé n'a pas été obtenu. Ils insistent néanmoins pour l'origine de ces troubles du comportement, sur un groupe de quatre grandes hypothèses. Des hypothèses dont ils disent qu'elles sont parfois intriquées, et qui sont : soit un problème de prise de toxiques (l'alcool le plus souvent), soit une maladie mentale, soit une simple manière d'être (assimilée souvent à une déficience intellectuelle), ou bien même un simple « moment » d'une souffrance psychique passagère. Mais, il faut bien le dire aussi, des troubles délirants sérieux étaient souvent aisément repérables et largement représentés dans les histoires que ces partenaires m'ont relatées. Ce qui n'est peut être pas non plus un hasard, vu mon activité professionnelle que ces partenaires interrogés connaissaient, et qu'ils avaient peut être un peu de mal à oublier...

Dans cet exemple de « la jeune femme de 30 ans », on retrouve aussi les raisons qui font que les partenaires sociaux ont tendance à penser que ces formes de *souffrances psychiques* sévères, qui ne sont plus des *souffrances sociales* simples, doivent pourtant s'approcher de certaines formes de *maladies mentales*, quand bien même elles ne concerneraient pas des problématiques schizophréniques dûment estampillées par la Faculté.

Cet amalgame est problématique parce qu'il peut correspondre à une certaine forme de stigmatisation de la maladie mentale, mais d'un autre côté il correspond tellement à une réalité du terrain exprimée par les partenaires sociaux. Cette réalité du terrain fait ressortir, qu'à partir d'un certain point, *souffrance psychique* ou *maladie mentale*, peu importe, ça finit par revenir à la même chose. C'est à dire, à l'impossibilité pour les partenaires d'accomplir leurs missions qui sont parfois du domaine du vital pour les usagers dont ils ont la charge, que cela soit un accès à des droits ou le maintien dans un hébergement. A cause d'un comportement, les partenaires peuvent ainsi être empêchés d'accomplir leur missions, pour l'usager, mais aussi pour tous les autres usagers tout autour (Cf le comportement décrit de « la jeune femme de 30 ans » dans les centres d'hébergement).

C'est l'ensemble de ces aspects qui est repris dans ce nouvel exemple :

- « *Nombre de gens qui viennent nous voir ne supportent plus rien. Au moindre truc, ils pètent les plombs, ils balancent tout, ils ne vont pas bien [...] Certaines personnes sont déjà suivis par vos collègues, d'autres non parce qu'elles ne se reconnaissent pas dans cette démarche-là, ils disent « Moi, mais je ne suis pas fou ! » On essaye d'expliquer que ce n'est pas forcément parce que on est fou... On a des menaces de mort et d'agressions chez nous, il y a des gens, on sent bien qu'ils ne vont pas bien. Un patient d'un de vos collègues psy a agressé une assistante sociale ici, physiquement, violemment... Celle-ci a été arrêtée plus de 6 mois. D'autres nous menacent. D'autres ne nous font pas forcément des menaces, mais on sent bien qu'au moindre fait et geste,*

*qu'au moindre dérapage, on sent qu'ils peuvent s'enflammer du fait de leur mal être. Dans la salle d'attente les personnes parlent seules, sont dans un monde qui n'est pas forcément le nôtre, et elles n'acceptent pas les reproches. En plus, elles n'acceptent même pas des conseils. Donc du coup, on est prudent nous aussi... »<sup>23</sup>*

L'autre façon moins spectaculaire, mais potentiellement aussi dramatique, d'être dans l'impossibilité pour les partenaires sociaux d'effectuer leur mission, c'est quand ils n'ont pas accès au discours de l'usager. Soit à cause d'un délire manifeste, soit à cause du laconisme d'auto-exclusion de certains grands clochards. Avec là aussi, les mêmes résultats, comme par exemple le refus obstiné et incompréhensible d'un hébergement par grand froid. *Maladie mentale ou souffrance psychique ?* ont semblé alors me demander les partenaires sociaux en me donnant ces exemples :

- *« Durant un moment, on a eu une dame qui était sous un porche, et qui attendait le Duc de Montmorency parce qu'il allait l'épouser etc... Il faisait froid et il neigeait, cette femme était recouverte de neige ! Pendant 3 semaines le CCAS nous a appelé, et on passait tous les soirs. Tout le monde nous appelait ! Mais que faire pour cette personne qui refusait tout ? »<sup>24</sup>*
- *« Je connais une personne sans domicile. Elle n'est pas de Gonesse. Je le vois dormir dehors dans un carton, près du service social... c'est l'errance qui l'a amené là... Cette situation nous interpelle, et pourtant il n'y a pas de contacts avec cette personne, ni dans un sens, ni dans un autre... Même le simple bonjour n'est pas ritualisé. »<sup>25</sup>*

En conclusion de ce chapitre sur les différences faites dans les représentations des partenaires sociaux entre la *souffrance psychique* et la *maladie mentale*, je dirais finalement que ces entretiens montrent que les partenaires sociaux ont une connaissance précise sur ces questions « mentales » et leurs délimitations au sein de leurs pratiques professionnelles. Encore, fallait-il bien prendre le temps de les interroger, et pouvoir restituer longuement leur parole... Ce qui aura été pour moi une des vertus cardinales de ce travail de mémoire. J'ai souhaité bien montrer cela particulièrement dans ce chapitre.

## **Les attentes actuelles des partenaires à l'égard de l' EMPP de Gonesse**

J'ai souhaité présenter ce chapitre sous forme d'une fiche synthétique traitant de chaque partenaire social interrogé dans le cadre de ce mémoire. Chacune des fiches montrera ainsi je l'espère, que

---

23 Nono Musoki, Circonscription d' Action Sociale

24 Marie Lebail, SAMU social.

25 Laura Resongles, Atelier Santé Ville.

pour chaque partenaire, les attentes à l'égard de l'EMPP de Gonesse diffèrent, et se comprennent mieux, si l'on prête attention à quelques critères.

J'ai choisi de retenir comme principaux critères explicatifs des attentes des partenaires de l'EMPP de Gonesse, les missions du partenaire et de sa structure, son expérience antérieure avec l'institution psychiatrique et/ou une EMPP, et enfin la conception que le partenaire peut se faire du travail en partenariat ou en réseau.

### **Nono Musoki (NM), responsable coordonnateur de la Circonscription d' Action Sociale de Gonesse.**

#### Les missions du partenaire et de sa structure :

NM est responsable direct du Service Social Départemental (SSD). Il est chargé de la coordination des trois services (SSD + ASE + PMI) au sein de la Circonscription d' Action Sociale. Pour le SSD, une activité classique de « polyvalence de secteur » : logement et expulsions locatives, hébergement et ressources financières. Pas de population cible, pas de condition préalable à la prise en charge. La mission officielle de NM et de sa structure : accueillir le « tout venant » en matière de désinsertion sociale. Une préoccupation constante : proposer le meilleur accueil possible, dans l'intérêt des usagers, mais sans oublier également le travailleur social qui reçoit.

#### L'expérience antérieure avec l'institution psychiatrique et/ou avec une EMPP :

Le SSD ou l' ASE, sont des services publics particulièrement exposés à la frustration et au mécontentement de leurs usagers. Répercussion de la montée de la précarité et des nouvelles formes de souffrances psychiques (cf supra, le chapitre sur les représentations). NM fait aussi état d'une catégorie d'usagers, généralement connus des services de psychiatrie, et plus ou moins en rupture de prise en charge médicale. Ces usagers arrivent parfois de manière virulente à la circonscription, ils ne sont pas toujours faciles à comprendre, et ils sont en général peu accessibles à la relation d'aide. Leurs problèmes sont souvent délicats à résoudre, comme par exemple une dette locative à la limite de l'expulsion. Le soutien est difficile à obtenir de la part des secteurs de psychiatrie. Néanmoins, NM a trouvé des raisons tangibles d'espérer, dans le début de collaboration avec l'EMPP de Gonesse depuis quelques mois.

#### Conception et expérience du travail en partenariat ou en réseau

NM m'explique précisément pourquoi et comment le travail en partenariat est fortement ancré dans sa culture professionnelle. Il me dit ensuite quelques mots sur son concept du réseau :

- *On nous enseigne qu'on ne peut pas travailler seul, et régler tout tout seul. Il faut se coordonner, il faut répartir les rôles et les tâches, même si on est polyvalent, on ne peut pas tout traiter.[...]. Dans les situations que nous avons, on peut faire un certain nombre de choses, mais en même temps il y a des choses qui ne relèvent pas forcément de notre service. Donc, on se doit de travailler avec les autres, on le répète à nos équipes.*
- *Je n'ai pas structuré intellectuellement la définition du réseau. Ce sont les uns et les autres qui gravitent ensemble et autour. Mais, il faut une coordination.*

#### Les attentes actuelles du partenaire à l'égard de l'EMPP de Gonesse

NM sait déjà parfaitement ce qu'il ne doit pas attendre de l'Équipe Psychiatrie et Précarité de Gonesse :

- *C'est difficile pour tout le monde de régler quelque chose en urgence. Quelqu'un de violent, c'est effectivement la police que l'on appelle. Et même la police qui est juste en face de chez nous, elle peut arriver une demi heure plus tard, et les personnes sont déjà parties ! La police a aussi dans ses fonctions d'autres prérogatives.*

Il apprécie le mode opératoire de l'EMPP de Gonesse depuis le début de sa mise en place. On retrouve successivement la fonction expertise et la fonction passerelle attendues par le partenaire social :

- *Nos attentes sont des choses qui peuvent être préparées . Quelque fois des rendez-vous planifiés en commun avec l'usager ou une famille. Nous, vous disant que l'on a des difficultés avec tel type de population, tel type de personnalité, et pour des raisons que l'on n'arrive pas à expliquer. Par contre, dans votre métier, vous pouvez peut être expliquer et amener la personne vers d'autres choses, vers d'autres soins... Nous, on est parfois limité, on ne sait plus trop comment argumenter pour amener la personnes pour consulter, soit en ville, soit à l'hôpital... L'arrivée de l'équipe mobile Psychiatrie Précarité a permis de planifier un certain nombre de choses, on y travaille déjà.*

#### **Catherine Lebouteiller (CL), chef de service dans le Centre d' Action Communal de Gonesse.**

##### Les missions du partenaire et de sa structure :

CL est assistante sociale de formation. Elle a travaillé de nombreuses années en polyvalence de secteur. Depuis un an, elle assure une fonction de chef de service dans le Centre d' Action Communale et d'action Sociale de Gonesse. Ses missions sont d'encadrement technique et d'impulsion de projets, ainsi que de mise en place du travail avec les partenaires extérieurs. De manière générale, le CCAS de Gonesse assure ses missions classiques d'aide sociale aux personnes

âgées et aux personnes handicapées de la commune. Par la volonté politique du conseil municipal de Gonesse, le CCAS assure également des missions sociales de polyvalence, proches et en coordination, avec le Service Social Départemental de Gonesse. La différence est qu'il faut être domicilié à Gonesse pour pouvoir bénéficier des services du CCAS.

#### L'expérience antérieure avec l'institution psychiatrique et/ou avec une EMPP :

CL est revenu longuement pendant l'entretien sur deux souvenirs professionnels positifs avec la psychiatrie. C'était quelque temps avant de rejoindre le CCAS de Gonesse. D'abord, une expérience avec une Équipe Mobile Psychiatrie et Précarité à Tremblay-en-France. CL estime le bien-fondé de cette collaboration, à un moment donné, sur le fait que le recours à la fonction passerelle de cette équipe mobile n'a plus été indispensable pour poursuivre le travail de partenariat avec le Centre Médico Psychologique :

- *Le fait d'instaurer un contact assez récurrent et régulier a permis que ça s'ouvre un peu et que l'on puisse, à des moments précis, sur des situations concrètes, sans faire une grande réunion, faire une synthèse entre l'assistante sociale polyvalente de secteur et celle du CMP, le psychologue ou le psychiatre qui connaissait la situation et qui la suivait, et éventuellement le psychiatre de l'équipe mobile. Partager des choses, discuter ensemble d'un type de travail plus spécifique à monter, et enfin trouver une espèce de coordination qui soit plus cohérente, et plus efficace pour la personne. A la fin, avant que je parte de Tremblay, on était parvenu à ça avec le CMP, c'était une grande victoire !*

A la même époque, la deuxième expérience positive de CL avec la psychiatrie est une session de formation « Santé mentale et action sociale », suivie à l'EPS de Ville Évrard. Il est vrai que pendant l'entretien, j'ai trouvé CL particulièrement à l'aise avec la problématique santé mentale de mon questionnaire :

- *La formation que j'avais faite à Ville Evrard était intéressante parce qu'on avait là plusieurs psychiatres avec une ouverture sur le travail social, et un esprit un peu différent. Ils nous avaient expliqué par exemple qu'en tant que travailleurs sociaux, la personne nous avait choisi pour parler de sa souffrance psychique, et qu'elle pouvait avoir choisi le psychiatre pour parler de sa problématique sociale. Il fallait admettre cela, et se dire que ça faisait partie du travail en partenariat que d'en parler, et de pouvoir ensuite retravailler ça ensemble.*
- *Je me suis dit après cette formation : action sociale et santé mentale, il y a du boulot, mais on peut le faire !*

#### Conception et expérience du travail en partenariat et en réseau :

CL m'a présenté une vue exhaustive du travail en partenariat, sur les nécessités logistiques en particulier de sa coordination. Ce qui faisait écho directement avec sa mission au CCAS, en direction du travail transversal avec les partenaires.

- *S'il n'y a pas un coordonnateur qui va à un moment donné faire ce travail d'impulser, pas*

*forcément toujours le même coordonnateur, ce genre de travail peut s'éparpiller, ne plus être opérationnel, car il va manquer cet espace où ce travail va pouvoir se maintenir grâce à la cohésion.*

#### Les attentes actuelles du partenaire à l'égard de l'EMPP de Gonesse :

De la lecture de ses fonctions actuelles, fonctions d'impulsion et de conseils techniques au sein du CCAS, nous devinons sans peine que CL souhaite reproduire une expérience positive de terrain avec une nouvelle EMPP, et la rapprocher d'une concertation élargie à tous les partenaires du CCAS, sur ce thème de « la santé mentale et l'action sociale ». Elle a déjà pensé à une collaboration sur ce point avec l'Atelier Santé Ville de Gonesse :

- *Dans l'ASV on a un lien avec la santé en général, la santé mentale aussi, et au niveau des interventions et des actions il faudra certainement travailler ensemble.*

#### **Marie Lebail (ML) et Nadia Shabander (NS) : responsables coordinatrices des maraudes au niveau du Samu Social Val d'Oise de la Croix Rouge**

##### Les missions du partenaire et de sa structure :

Le SAMU social du Val d'Oise est basé à Ézanville et il fait partie du pôle exclusion 95 qui est une des filières professionnelles de la Croix Rouge. ML et NS coordonnent l'activité de deux équipes de nuit. Chaque soir, deux véhicules tournent de 18H à 2H sur tout le Val d'Oise. Du mois d'avril jusqu'au mois d'octobre, il existe également une équipe de jour. L'activité de ces équipes de maraudeurs est d'aller vers les personnes dans la rue, avec quelques éléments de première nécessité (soupe, café, couvertures de survie, vêtements de rechange) afin d'engager une relation de confiance pour établir une première évaluation sociale, avec comme priorité la protection de la personne et une mise à l'abri s'il y a danger. Sa formation d'assistance sociale permet à ML de se faire aider de l'équipe de jour, pour enclencher en journée quelques suivis et accompagnements sociaux. Les équipes de maraudeurs de la Croix Rouge du Val d'Oise répondent en général soit au signalement du 115, soit au signalement de différents acteurs de la vie civile (CCAS, la police municipale, les hôpitaux...).

##### L'expérience antérieure avec l'institution psychiatrique et/ou avec une EMPP :

Dans le cadre de leur travail actuel au SAMU social du Val d'Oise, ML et MS ne cachent pas que la collaboration est quasi inexistante avec les secteurs de psychiatrie. Le travail de partenariat avec l'EMPP de Gonesse est encore trop balbutiant pour être significatif. Je ne retiendrais qu'une seule illustration donnée par ML :

- *Là, pour les gens de la rue qu'on doit aller chercher sous un carton, on est perdu et même sur*

*des hospitalisations, car on sent la nécessité de l'hospitalisation, ou même la personne la demande... Ça n'aboutit pas, ça ne marche pas, quand on se présente aux urgences ! On a pris en charge une jeune fille qui avait fait un passage en pédopsychiatrie, très fragile, avec un passé social lourd. Suite à un signalement du 115, la jeune fille dans notre véhicule a commencé à passer à l'acte, à hurler, à s'étrangler avec sa ceinture, mais quand on s'est présenté aux urgences de Pontoise, on a dû repartir avec la jeune fille pour la laisser seule à l'hôtel. Elle a passé la nuit à l'hôtel, le lendemain elle a décompensé à l'hôpital, l'assistante sociale des urgences a réussi à faire une HDT, et la jeune fille a été transférée sur le secteur psychiatrique dont elle dépendait, et le lendemain dans ce service hospitalier, on l'a laissée sortir. Et là, l'assistance sociale s'est bagarrée, et la MDPH l'a prise en charge dans une structure pour faire une évaluation, et voir de quoi elle relevait. Depuis un mois, elle est dans cette structure et on ne s'en occupe pas, car à partir du moment où les personnes sont dans une structure, on passe le relais. J'ai eu hier cette assistante sociale au téléphone, et qui m'a dit: « On doit en arriver à ce que la personne décompense, pour qu'il se passe quelque chose pour elle ! ».*

Franchement, sur cet exemple-là, je n'ai d'abord pas bien compris le rôle que ML attendait voir jouer à la psychiatrie dans ce genre de situation. Qu'il y ait une forte frustration, c'était certain. Quelque chose s'éclaircira véritablement pour moi, quand ML racontera en toute fin d'entretien, son expérience positive, sur un autre poste dans un autre département, avec une Équipe mobile Psychiatrie et Précarité. Je me suis servi plus loin du récit de cette heureuse expérience pour résumer les attentes actuelles des coordinatrices du SAMU social du Val d'Oise à l'égard de l'EMPP de Gonesse.

#### Conception et expérience du travail en partenariat et en réseau :

Pour ces professionnelles de la Croix-Rouge, le travail en partenariat, c'est d'abord un travail tout à fait informel pour commencer :

- *Les meilleurs liens de partenariat que nous avons pu créer, c'est à la suite d'une rencontre avec un temps fort d'échanges, notamment autour de la prise en charge d'une situation. Ce qui fait que du coup, ça continue...*

La formalisation dans le travail en partenariat, elles en voient un intérêt certain, mais limité :

- *Le protocole n'améliore pas le travail. On ne fait un protocole ou une convention qu'avec certains partenaires. Avec les resto du cœur et le 115, au départ, nous n'étions pas du tout d'accord. Il a fallu mettre sur papier, ce que chacun faisait et comment travailler ensemble. Ce protocole, on ne l'utilise plus du tout, et il n'a pas été repris l'année dernière. Nous ne l'utilisons plus, on l'a tous oublié. Mais désormais, nous arrivons à travailler ensemble, parce que nous nous connaissons mieux, après de multiples rencontres. Nous avons réussi.*

#### Les attentes actuelles du partenaire à l'égard de l'EMPP de Gonesse :

C'est clair et limpide, fonction expert et fonction passerelle, il suffit d'écouter ML à propos de son expérience avec une autre Équipe mobile Psychiatrie et Précarité. Même si cette expérience ne concernait pas le soutien apporté à des équipes de maraudes, elle semble pouvoir être facilement

transposée aux attentes actuelles de l'équipe du SAMU social.

- *Moi, j'étais sur Fontenay-sous-Bois, cette équipe intervenait à l'accueil de jour de Emmaüs, et ils se sont présentés à nous. Le médecin était motivé et disponible, pareil pour les infirmiers. On les sollicitait très fréquemment sur des conseils techniques, et par téléphone. Savoir où orienter, si la situation semblait relever ou pas de la psychiatrie... Ensuite, sur des situations plus compliquées, ils pouvaient participer avec nous à des réunions de synthèse, discuter d'une situation, savoir ce qui était envisageable ou pas. Ils nous aidaient aussi dans les liens avec le CMP [...] Sur certaines situations, ils pouvaient faire des entretiens avec nous.[...] Je me souviens d'un monsieur très déprimé, et le médecin est venu avec nous à domicile. Il a déclenché les pompiers, hospitalisation etc... Donc, un grand soutien [...] Pour nous, assistantes sociales, ça nous évitait de nous énerver dans notre coin contre la psy. Et la psy, ça lui permettait d'avoir de l'aide sur la prise en charge sociale, d'avoir une connaissance de notre action. Cela leur permettait de faire aussi une petite pré-évaluation, qui évitait que l'on engorge le système. C'était vraiment très riche.*

### **Thomas Bedon (TB) : chef de service dans le Service Intégré d' Accueil et d' Orientation du Val d'Oise**

#### Les missions du partenaires et de sa structure :

Les SIAO sont issues de la volonté de l'État fin 2009 de mettre en place « un véritable service public de l'hébergement et de l'accès au logement » pour la prise en charge des personnes sans abris ou mal logés. Une plateforme unique est alors organisée sur chaque département, pour centraliser l'offre d'hébergement d'urgence et d'insertion. Dans le Val d'Oise, c'est l'association ESPERER 95 qui se voit attribuer le volet « hébergement d'urgence » du SIAO 95. TB a coordonné pendant plusieurs années le 115 au sein de l'association ESPERER. Ce 115 est alors devenu un des outils essentiels du nouveau dispositif SIAO.

#### L'expérience antérieure avec l'institution psychiatrique et/ou avec une EMPP :

L'expérience professionnelle de TB est l'expérience la plus intense, et la critique la plus argumentée à l'encontre de la psychiatrie qu'ils m'ont été donnés de recueillir au cours de ces entretiens. C'est facile d'imaginer pourquoi. Qui est le « mieux » placé que la plateforme 115, et maintenant le SIAO, pour devoir être totalement impliqué, pratiquement cas par cas, structure par structure, et sur un vaste département comme le Val d'Oise, pour les situations souvent très préoccupantes de l'hébergement d'urgence ou stabilisé de tous les « incasables perturbateurs » ? J'ai choisi de ne retenir que la description *soft* des comportements en question :

- *C'est la population pour laquelle on ne pourra rien, pour laquelle on ne peut rien faire, pour laquelle on est totalement impuissant. Certains handicaps sévères, on peut faire - et ça suffit généralement - obtenir une Allocation Adulte Handicapée, pour favoriser et trouver une place pour la personne. Là, on n'a aucun outil. Normalement, toute personne trouvera une solution*

*d'hébergement. Les marginaux, on ne sait pas pourquoi ils souhaitent rester en marge, mais c'est plus ou moins leur choix. Mais, il y a ceux à l'évidence pour qui c'est un non-choix de rester à la rue, parce qu'ils agressent automatiquement les personnes autour d'elles, parce qu'ils hurlent toute la nuit etc... On ne peut pas leur trouver de place, on ne peut pas... Ce n'est pas la majorité de la population, mais c'est une part importante de la population.*

Parce que ce serait trop long dans les limites de ce mémoire, je ne retiendrais également que la (non) réponse *light* de la psychiatrie aux professionnels du 115 :

- *Et notamment, pour la psy... Les maladies mentales. Bon, il y a le problème récurrent de l'alcool, les personnes alcooliques ou toxicomanes etc... Mais, vraiment, pour la maladie mentale, la personne qui a des hallucinations et qui hurle. On a donc essayé de se rapprocher, à maintes reprises de tous les secteurs de psychiatrie.[...]. Les secteurs de psychiatrie disent, et on peut le comprendre « On n'a pas assez de moyens, on ne peut déjà pas suivre nos propres personnes, les personnes qui sont passés à l'acte, on ne peut pas faire de la prévention, on ne peut pas s'occuper de personnes qui etc... » Mais même, si nous avons à faire à un acte grave, ce n'était jamais « suffisant » ou « avéré ». La porte s'est toujours refermée.*

#### Conception et expérience du travail en partenariat et en réseau :

j'ai commencé à comprendre avec TB, ce qu'il pouvait y avoir de vague, mais d'essentiel, dans la formulation de ma question sur le travail en partenariat et en réseau. Ce qui sera me confirmé au moment de l'entretien avec l'Atelier Santé Ville. Je reprendrai cette question dans le chapitre « discussion générale » de ce mémoire.

- *Votre question, je la comprends bien, mais je n'avais jamais pensé, que peut être je reproduis des schémas classiques de réseaux : « Qui on a besoin d'inviter pour ça ? Celui-là, celui-là, et celui-là... On va parler de ci et de ça... ». Sans vraiment trop spécifier. Le risque, ça serait réunir pour réunir : « Il faut un réseau ! » « Il faut organiser des coordinations, il faut etc ! » On se doute de la pertinence de la démarche, mais ce n'est peut être pas si clairement défini que cela, au niveau des objectifs, ou le sens en fonction de chaque partenaire etc... Donc, ces réseaux ne sont pas travaillés en amont, c'est plus du feeling, effectivement. Ce qui me fait aussi écho, c'est de me dire « Est ce que ça ne se bosse pas ? »*

#### Les attentes actuelles du partenaire à l'égard de l'EMPP de Gonesse :

TB raisonne au niveau, et pour chacun, des six territoires (Voir annexe 3) qui constituent le Val d'Oise. Ce qu'il propose à la psychiatrie de secteur, éventuellement à ses Équipes mobiles Psychiatrie et Précarité, c'est que le SIAO puisse au moins se mettre au service de la continuité des soins. Il fait remarquer que jusqu'à maintenant, cette proposition de coopération est également restée lettre morte.

- *D'accord, on peut pas vous orienter des personnes qui peut être auraient besoin de votre aide. Vous ne pouvez pas, mais on le comprend très bien. Mais, est-ce que vous ne pouvez pas au moins... On peut au moins s'alerter des dossiers que l'on suit en commun. Vous, vous suivez des patients, et vous savez qu'ils sont SDF, donc forcément ils seront suivis par nous, est-ce qu'on ne peut pas faire en sorte, quand vous suivez ces personnes, que vous vous rapprochiez de la structure d'hébergement, ça ne vous rajoute pas du travail. Vous connaissez déjà la personne, vous vous rapprochez de la structure de façon à faire en sorte que la personne ait cet*

*accompagnement, et que les travailleurs sociaux sur place se sentent accompagnés, et puissent maintenir le plus longtemps possible la personne sur la structure.*

- *Tout ce que je demande, nous on bosse pour essayer de trouver la place, vous vous bossez pour faire en sorte que ça tienne, c'est déjà un début d'expérience de travail ensemble...*

### **Marc Anicet (MA) : délégation de fonction à la Solidarité, la Santé et aux Personnes Handicapées ( Mairie de Gonesse)**

#### Les missions du partenaire et de sa structure :

Marc Anicet est un élu de la majorité municipale de Gonesse depuis 2002. Il a en charge la délégation de fonction à la Solidarité, la Santé et aux personnes âgées. Élu de terrain, C'est également un ancien professionnel de santé, ayant exercé le métier d'infirmier en anesthésie. Il a une connaissance approfondie des rouages de l'hôpital public, prenant à cœur sa fonction d'administrateur au centre hospitalier de Gonesse. C'est un élu qui a une optique marquée de santé publique. Il sait apprécier, et soutenir, le rôle essentiel de la coordination tenu par l'Atelier Santé Ville, dans la mise en place des actions de prévention santé sur sa commune. D'ailleurs, Gonesse est une des premières communes à avoir mis en place un ASV dès 2004. Ce n'est donc pas un hasard, si Marc Anicet participe de près aux travaux de l'association « Élus, Santé Publique & Territoires » de Laurent Elghozhi. Du côté Solidarité, toujours au plus proche sur le terrain, il représente aussi le Maire auprès du CCAS et de l'accueil jour de la Maison De la Solidarité de Gonesse.

#### L'expérience antérieure avec l'institution psychiatrique et/ou avec une EMPP :

Comme tout adjoint au Maire, MA a une expérience de la psychiatrie-adulte hospitalière au travers de la mesure des hospitalisations d'office provisoire. Mais pas seulement. Du fait de son observatoire privilégié à la Solidarité, il a déjà remarqué comment l'arrivée de l'Équipe Mobile Psychiatrie et Précarité à Gonesse avait modifié sensiblement l'accès au CMP pour les partenaires sociaux, en particulier pour la Maison De la Solidarité. Il se souvient d'avoir été agréablement surpris d'assister à la mise en place d'une permanence de l'EMPP au sein même de l'accueil jour de la MDS.

MA a également une autre expérience, mais là plus aboutie. c'est la mise en route depuis peu d'une Maison des Adolescents à Gonesse. C'est le résultat, à l'origine, d'une volonté exprimée par le Maire, couplée à un engagement déterminé de l'intersecteur de pédo-psychiatrie. MA et la coordinatrice de l'ASV le diront ensemble au cours de ces entretiens, ce type de projet comme la Maison des Adolescent, qui installe un accueil et un réseau de partenaires ouvert sur la ville, n'est pas réalisable par une municipalité et son Atelier Santé Ville, « sans une volonté clairement

*partagée avec les responsables de la psychiatrie».*

#### Conception et expérience du travail en partenariat et en réseau :

A chaque fois que MA parle pendant cet entretien de l'élaboration et de la mise en place de prévention en santé, on perçoit qu'il prête bien à l'Atelier Santé Ville son rôle incontournable, facilitateur des discussions et de la coordination.

#### Les attentes actuelles du partenaire à l'égard de l'EMPP de Gonesse :

En fait, les attentes actuelles de MA à l'égard de l'EMPP de Gonesse ne concernent pas uniquement cette équipe. Il place cette équipe mobile de la psychiatrie dans un ensemble plus vaste de coordination qu'il appelle, pour l'instant, en vain de ses vœux. Cette coordination désirée par MA, on doit certainement l'appeler « Réunion d'Évaluations de Situations d'Adultes en Difficulté », ou mieux encore « Conseil Local de Santé Mentale », dans les colloques de l'association « Élus, Santé Publique & Territoires » de Laurent Elghozhi, auxquelles MA se rend régulièrement.

- *Que tout le monde se mette autour d'une table ! A l'heure d'aujourd'hui, je ne peux pas trouver un hébergement d'une personne que je connais dans la rue, parce qu'on n'arrive pas à trouver l'interlocuteur voulu... Lui, l'individu me dit qu'il n'est plus en mesure de travailler. Bon, d'accord. Mais, il parle tout seul... L' hébergeur possible sur la commune nous dit alors : « Il faut peut-être que les psy le voit, et qu'ils nous disent « il est en bonne condition » ou qu'ils nous disent : « il est complètement déconnecté »... Mais, si on se retrouvait autour d'une table, que l'on réunisse le foyer ADEF, que l'on prenne le CCAS, et que l'on fasse venir l'unité mobile de psy, et qu'on prenne le service PASS de l'hôpital, et aussi le SSD... Autour de la table on dirait: « Monsieur T., vous le connaissez ? Au CCAS nous lui avons fait obtenir une carte d'identité, nous lui avons ouvert un compte nominal. Mais, maintenant on est un peu bloqué. » Après, si le service psychiatrique nous dit « D'accord, nous on peut le suivre», si le foyer Adef disait «C'est bon, on a une chambre ». En fait, ce monsieur T., il pourrait vraiment avoir avoir une chambre ! En plus, il est prioritaire pour cette chambre ! Mais, quand il y a une chambre qui se libère, on me dit: « Ah, si il n'y a pas untel qui va le suivre... » Donc, ce qui veut dire, qu'il est toujours dans la rue, sans boire jamais d'alcool et toujours propre... Il a même la possibilité de payer la chambre avec son RSA. Le Maire me dit : « Je ne vais quand même pas le prendre de force...» Donc, il vit toujours dans la rue depuis 8 ans et personne n'est fichu de s'en occuper. Et finalement, où est le problème qu'il soit dans la rue puisqu'il ne dérange personne !!! D'où l'intérêt de se mettre autour d'une table : qui va le suivre (le service social), qui sera son référent (là et là) et le jour où il y a un problème on s'appelle, et c'est tout, le problème est résolu ![...] Donc, on se retrouve avoir beaucoup de solutions, mais chacun dans son coin.[...].On a une richesse, une valeur sur la ville... et on n'arrive même pas à rendre performant le quart de ce qu'on a. Ce n'est pas de l'argent qu'il faut, mais des valeurs humaines, que tout se concorde ensemble !*

## **Pascale Touderte (PT) : directrice de la Maison de la Solidarité (accueil de jour) à Gonesse**

### Les missions du partenaire et de sa structure :

La MDS a été créé en 1997 par des élus de la commune. La Maison de La Solidarité de Gonesse est un accueil de jour pour personnes en difficulté et/ou en situation de précarité. Au delà d'une aide matérielle (repas, douche, vestiaire...), la MDS s'efforce de pouvoir proposer un suivi social, des consultations médicales et psychologiques, ainsi que des ateliers d'insertion. La première mission, c'est l'accueil de la personne en précarité, quel qu'elle soit. Sans critère d'appartenance, sans aucune exigence, c'est ce que l'on appelle « le bas seuil d'exigence ». En général, les premières demandes ce sont, soit une demande de domiciliation après orientation d'une institution sociale partenaire, ou soit les repas et la douche.

- *D'ailleurs souvent, même quand il y a un autre problème dont on ne veut pas parler tout de suite, on demande d'abord à manger. Après nous, quand après avoir accueilli la personne nous faisons une évaluation sociale, on se rend compte qu'il y avait vraiment bien autre chose derrière.[...]Et il arrive que des gens arrivent chez nous, et restent plusieurs jours sans nous parler, sans nous adresser la parole. Ils vont manger, ils vont rester dans un coin, sans nous parler, ça peut prendre des semaines. Ce lien, c'est aussi pourquoi il y a ce petit chien ici. On arrive parfois, à travers un lien avec le chien, à entrer en contact avec eux. Ce n'est pas toujours facile, et ça ne marche pas forcément toujours. Nous, on travaille surtout sur ce lien-là, c'est indispensable.*

### L'expérience antérieure avec l'institution psychiatrique et/ou avec une EMPP :

A l'évidence, à ce stade de mes entretiens, il commençait à se dégager nettement sur le terrain, pour certains partenaires, qu'il y avait *un avant*, et *un après*, depuis l'arrivée de l'Équipe mobile Psychiatrie et Précarité sur la ville de Gonesse il y a quelques mois. Cela est évident pour P.T., directrice de la Maison De la Solidarité :

- *Nous tentons d'apporter aux personnes reçues des réponses à leurs problématiques sociales et psychiatriques (qui sont : la schizophrénie, les addictions, les troubles de la personnalité, la dépression....) en travaillant directement avec l'hôpital de Gonesse, et maintenant de façon plus spécifique avec l'EMPP. En y regardant de plus près, pour une bonne partie de la population très en marge ou très désocialisée que nous recevons, on peut s'apercevoir que ce sont les troubles psychiatriques qui sont à l'origine de leur désinsertion. Une autre part présente des souffrances psychiques. Parfois les deux, associés. Certaines personnes ont été hospitalisées, mais sur des séjours courts, et sans suivi après leur sortie.*
- *On a travaillé des années sans psy, à part notre psychanalyste bénévole, mais qui n'était là qu'une fois par semaine. Donc, on s'en est toujours sorti, mais parfois très difficilement. On a tenté, avant que l'on travaille avec l'équipe mobile, on a tenté un partenariat avec le CMP, ça n'a jamais vraiment bien fonctionné. Ça fonctionne bien maintenant, sûrement parce que Marion et Claire, et Céline, les psychologues et l'infirmière de l'EMPP sont là, c'est sûrement pour cela que ça fonctionne. Mais à l'époque, on a tenté à plusieurs reprises d'inviter le CMP, car pour nous ça nous semblait essentiel d'avoir ce soutien là, pour les personnes, pour les orientations. Ça ne fonctionnait pas.*

- *C'est vrai, avant on n'y arrivait pas, c'est pour cela que ça ne fonctionnait pas. Mais, maintenant les personnes que l'on arrive à (ré)orienter vers le CMP, avec l'aide de l'EMPP, c'est génial, elles sont généralement contentes d'y retourner, elles retrouvent une certaine dynamique vers le soin . Donc, ça marche ! La difficulté, c'était d'y accéder.*

#### Conception et expérience du travail en partenariat et en réseau :

La Maison de la solidarité est un acteur central au sein du tissu social de Gonesse, je l'entendrai souvent répété pendant ces entretiens. Si ce n'est déjà par le biais des domiciliations, qu'elle accepte de prendre en charge. Son rôle de salubrité public est assez largement reconnu, mais PT rappelle la nécessité que l'échange de services soit réciproque, un rappel qui ne semble pas seulement valoir pour la psychiatrie, mais par exemple pour tout ce qui concerne la délicate récupération de droits à la Couverture Médicale Universelle, ou bien à l' Aide Médicale État :

- *Moi, je pense que je ne peux rien faire sans les autres. Nous on ne peut rien faire sans avoir un réseau associatif très proche de la structure, mais c'est essentiel que cela soit dans les deux sens. Ce réseau est essentiel pour nous, parce qu'on ne peut pas ouvrir les droits des personnes, et donc les soigner, s'il n'y a pas tout ce dispositif administratif autour des personnes. Mais nous, on est également essentiel, on est également indispensable pour les autres.*

#### Les attentes actuelles du partenaire à l'égard de l'EMPP de Gonesse :

Sans aucun doute, l'attente numéro un est de préserver et de renforcer ce rôle passerelle de l'EMPP entre d'une part la MDS, et d'autre part le CMP.

Mais, PT rajoutera quelques jours après cet entretien, par e-mail, un item supplémentaire à cette demande de coopération. Un item qui rejoint peut être le travail de partenariat que l'EMPP pensait réfléchir en direction des maraudes du SAMU social de la Croix Rouge. Y a-t' il là un début prometteur de réflexions croisées à plusieurs partenaires ?

- *Pour répondre à votre question sur ce que je conseillerais à l'équipe de l'EMPP, c'est ce que je souhaitais faire depuis longtemps avec le CMP. Tenter un suivi psy des personnes à la rue. Quand celles-ci ont été hospitalisées, en général, il n'y a plus de suivi, car comment l'organiser quand les gens sont dans la rue ?*

#### **Sandrine Labarrère (SL) : médiatrice sociale au foyer ADEF (hébergement social) de Gonesse**

##### Les missions du partenaire et de sa structure :

L'ADEF est une association gestionnaire de structures d'hébergement social. Conformément à sa vocation d'origine, l'association concentre toujours aujourd'hui son action sur l'hébergement de personnes isolées, principalement mais pas toujours d'origine étrangère, dans des logements meublés (foyers de travailleurs migrants, résidences sociales). Le foyer de Gonesse correspond à

cette ancienne appellation de foyer de travailleur migrant. L'objectif premier de sa mission est de permettre l'insertion professionnelle et l'insertion sociale, par l'intermédiaire de cette offre de logement. Le foyer ADEF de Gonesse n'ayant pas un statut de résidence sociale, le suivi social en vue de l'insertion n'est pas une obligation pour les résidents. Néanmoins, il existe dans ce foyer cette fonction de médiatrice sociale, occupée par SL. Ses missions principales sont d'une part de favoriser l'accès des résidents aux dispositifs de droit commun, et d'autre part inscrire le foyer dans un partenariat dense avec les acteurs médico-sociaux de la ville de Gonesse.

#### L'expérience antérieure avec l'institution psychiatrique et/ou avec une EMPP :

Je suis praticien hospitalier sur l'hôpital de Gonesse depuis une quinzaine d'année, et la discussion qui n'arrive pas à aboutir entre le foyer ADEF de Gonesse et l'institution psychiatrique, est largement connue de tous en ville et à l'hôpital. Cette discussion interminable concerne les personnes hébergées dans le foyer, suivies à des degrés divers par la psychiatrie, et qui à un moment où un autre, par le fait de leur comportement, sont sur le point de tomber dans cette terrible catégorie des « incasables perturbateurs » (Voir supra, entretien avec Thomas Bedon du SIAO ). L'exaspération entre l' ADEF et la psychiatrie est souvent alors telle, qu'il est difficile d'entrevoir une chance de coopération pour donner toute sa chance au maintien en résidence dans des conditions plus satisfaisante pour le foyer, dans des conditions de moindre souffrance pour la personne. SL dit clairement que l'arrivée de l'EMPP depuis quelques mois n'a pas encore pu entamer cette problématique, pour l'instant.

#### Conception et expérience du travail en partenariat et en réseau :

J'ai demandé à SL si elle pensait que l' Atelier Santé Ville pouvait l'aider pour mieux faciliter la coordination concernant les problèmes de santé mentale dans sa structure. Voici sa réponse, elle fait écho dans le chapitre suivant, avec l'entretien avec Laura Resongles coordinatrice de l'ASV de Gonesse :

*En dehors de la santé mentale, on travaille très bien et beaucoup avec l'ASV. Il nous a permis de connaître d'autres partenaires, d'étoffer le partenariat, et de travailler en commun, à fois avec l'ASV et d'autres partenaires. De travailler la dynamique partenariale en l'occurrence, de faire intervenir au sein même du foyer des partenaires in situ. L'ASV est aussi porteur de différents projets, c'est à dire faire le lien avec la politique de la ville au niveau financier, mais aussi avec d'autres partenaires pas forcément du territoire premier, mais du territoire à un sens plus large. Ce sont toutes les thématiques de santé. Pour la santé mentale, je n'en ai jamais encore parlé avec l'ASV, et l'ASV ne m'en a jamais parlé... Au niveau de la santé mentale, l'ASV ne m'apporte rien aujourd'hui.*

### Les attentes actuelles du partenaire à l'égard de l'EMPP de Gonesse :

Qu'il y ait une attente brûlante au niveau du foyer ADEF, vis à vis de la psychiatrie de secteur et/ou de l'EMPP, on l'aura bien compris. Les pourparlers continuent.

En attendant l'aboutissement de cette négociation, SL médiatrice dans ce foyer ADEPH tient à souligner, qu'il s'est passé quelque chose de précieux à ses yeux, depuis la prise de contact il y a quelques mois de l'EMPP avec l'établissement. Si ce n'est pas (encore) adapté à « la souffrance psychique lourde », *le petit déjeuner* qu'elle a pu mettre en place avec Céline infirmière de l'EMPP, tous les quinze jours, le mercredi à 9H30 à 11H, a permis de créer un espace de convivialité, un espace de paroles où les résidents peuvent venir parler de « tout et de rien ». Tout aussi bien juste venir passer le temps, que de parler de leur solitude, de leur déprime et parfois de leurs addictions. Le succès et l'utilité de ces *petits déjeuners* sont certains de l'avis de tous les protagonistes, et les effets se prolongent bien au delà de ce moment privilégié du mercredi matin. SL souhaite que cette collaboration se poursuive, car comme elle le dit « *A petite ambition, grand effet.* » :

- *C'est apaisant, car il y a une approche avec les résidents qui est différente, on a plus d'écoute... Le résident a alors un autre type d'approche, très différente, avec nous. Par exemple, il arrive mieux à venir me parler spontanément quand je suis de permanence sur l'établissement. Grâce au lien instauré avec Céline, l'infirmière de l'EMPP, pendant le petit déjeuner. Le lien instauré par Céline permet que s'instaure une autre discussion entre moi et le résident. Car maintenant le résident et moi, nous connaissons ensemble Céline, nous avons partagé ce moment de petit déjeuner avec elle, et du coup c'est une première approche. Le résident va m'aborder un autre jour en me disant « Oui, mais Céline... » et après c'est parti, ça permet d'engager d'autres sujets de discussion que l'on aurait peut être jamais engagés auparavant...*

### **Laure Resongles (LR) : coordinatrice de l' Atelier Santé Ville de Gonesse**

#### Les missions du partenaire et de sa structure :

L'atelier Santé Ville de Gonesse existe depuis 2004 . LR insiste dans cet entretien sur le fait qu'un ASV, c'est d'abord une démarche de la part d'une municipalité, et non pas un dispositif réglementaire. On le reverra un plus loin, elle insiste beaucoup sur un autre point, à savoir qu'un ASV n'a pas vocation à se substituer à l'existant ou à mener des actions, mais plutôt à s'adapter au contexte local en maillant et en consolidant des dynamiques déjà à l'œuvre dans la commune. C'est un rôle de facilitation des discussions et des coordinations, dans l'objectif d' une mise en réseau qui doit permettre aux acteurs et aux politiques locaux, ainsi qu'aux professionnels de la santé, d'élaborer ensemble des programmes de santé publique à l'échelle locale (A Gonesse par exemple:

l'hygiène bucco-dentaire, la nutrition, la prévention du cancer du sein, la mise en place de la Maison des Adolescents...) et, le plus possible, avec la participation active de la population ou des usagers à toutes les phases des programmes. Laura Resongles et Marc Anicet (adjoint Santé Solidarité) me diront tous les deux combien le fait d'avoir un tel ASV, positionne particulièrement bien la ville de Gonesse en vue des prochains Contrats Locaux de Santé.

#### L'expérience antérieure avec l'institution psychiatrique et/ou avec une EMPP :

C'est seulement d'une place d'observateur certes privilégié, que la coordinatrice de l'ASV de Gonesse peut exprimer une impression générale concernant la collaboration de la psychiatrie avec les partenaires sociaux. D'une part, LR me rappelle qu'elle n'a jamais aucun dossier d'utilisateur à traiter. Et d'autre part, l'ASV de Gonesse n'a encore jamais été saisi pour faire l'identification au niveau communal des besoins spécifiques en santé mentale de la population, ou des publics en difficultés.

L'impression générale de LR, c'est que l'arrivée il y a quelques mois de l'Équipe mobile Psychiatrie et Précarité sur Gonesse a « atténué » les difficultés des travailleurs sociaux sur la commune, mais son sentiment, c'est qu'il reste du chemin à parcourir, peut être du côté de « la formalisation » :

- *Depuis qu'il y a l'EMPP, [la souffrance psychique] c'est beaucoup moins la préoccupation majeure et centrale. Bon, je ne dis pas que ça n'existe pas, et que ça ne reste pas une difficulté, comme au temps des consultations avancées. Mais l'EMPP donne l'idée que ces difficultés trouve un mode et un espace où ça peut se discuter, et ainsi ça paraît moins... Même si de mon point de vue, ça ne me paraît pas être la seule réponse possible. Mais encore une fois, en terme de présence, l'EMPP a beaucoup atténué aux yeux des professionnels la perception de ces difficultés-là [la souffrance psychique]. Parce qu'on sait, si il y a un souci, on peut appeler... Ce n'est pas un leurre, car l'EMPP intervient, elle est un véritable soutien. Il reste que pour les situations vraiment très difficiles - tout à l'heure on parlait de la grande errance - les modes d'intervention restent toujours aussi difficiles à mettre en œuvre, et pour savoir quand ça relève ou non de la psychiatrie. On va me dire : « j'ai sollicité la psychiatrie, et finalement ils ne m'ont pas répondu ! ». Comment savoir discerner, que cela soit d'un côté ou de l'autre ? Il n'est pas formalisé ce qui serait par exemple de l'ordre de l'analyse des pratiques, et les modes et des cadres d'intervention. Le « aller vers » des travailleurs sociaux vers la psychiatrie et inversement n'est pas formalisé. On a beaucoup de personnes qui vous disent : « Elle était en rupture de traitement, et on l'a su que quand la personne était en crise ! ». Ou alors : « On sait quel a été le mode de prise en charge ou d'intervention que très longtemps après ! ». Le retour venant de la psychiatrie reste faible, malgré la présence de l'EMPP qui a énormément atténué ces effets dans les deux sens. Aussi bien à la Maison de la Solidarité, qu'au foyer ADEF...*

#### Conception et expérience du travail en partenariat et en réseau :

C'est en terminant la série de mes entretiens avec Laura Resongles, que j'ai compris avec quelle

« mollesse » j'avais posé la question de la différence du travail en partenariat et du travail en réseau, et pourquoi j'avais obtenu des réponses somme toute assez vagues de la majorité de mes interlocuteurs. Alors que cette question était peut être une étape-clé de ma démarche, et de mon questionnaire... La réponse fouillée de LR, je ne pourrais la retranscrire ici dans son intégralité. Mais, cette réponse m'a incité à aller chercher un complément de littérature, j'y reviendrais plus longuement dans le chapitre de « discussion générale » de ce mémoire :

- *Le partenariat est une base incontournable dans le réseau, car si vous n'avez pas de partenariat dans votre pratique, vous n'aurez jamais un réseau. Mais le réseau, ça va au-delà du fait que l'on se pose à plusieurs partenaires autour d'une table - on était déjà partenaire – pour parler de problèmes communs, un individu ou même une question plus générale de territoire. Ça reste du partenariat. Le réseau encore une fois, ce n'est pas ponctuel, ce n'est pas selon la problématique que l'on va prendre untel ou untel, mais c'est formalisé, on sait qui est dedans, on connaît les modalités de mise en action de ce réseau, ce n'est pas au libre choix. Le partenariat, c'est au libre choix. Voilà, si demain j'ai une question, je peux appeler la MDS ou le CCAS, car je suis dans le partenariat avec eux, et il peut me venir à l'idée que celui là me répondra mieux que celui-là. D'ailleurs ce qui n'est pas nécessairement vrai. Dans le réseau, on a formalisé quelles étaient les problématiques, et quels étaient les modes d'intervention, ce qui ne veut pas dire que rien ne se fait à la marge mais ça se fait dans des cadres qui sont formalisés.*

Les attentes actuelles du partenaire à l'égard de l'EMPP de Gonesse :

L'attente de LR à l'égard de l'EMPP est simple, je dirais presque facile. Il faut bien comprendre les points sur lesquels elle a insisté, quand elle m'a présenté sa structure et ses missions (voir plus haut). Tout d'abord, pas de grand réseau de santé mentale autour de la précarité, prévu pour l'instant à Gonesse :

- *L'Atelier Santé Ville n'intervient pas s'il n'y a pas de demandes ou de besoins.[...]. Il n'y a pas d'envie particulière de la psychiatrie, et il n'existe pas de besoins majeurs des travailleurs sociaux, puisque l'EMPP a quand même beaucoup modéré la perception des difficultés, donc je n'ai pas lieu d'intervenir quand on ne me pose pas de difficultés.*

Par contre, LR pense associer l'EMPP à un projet dans le cadre des besoins en formation des partenaires sociaux, pour mieux « appréhender », mieux « orienter », et mieux « prendre en compte » les problématiques de *souffrance psychique* ou de *maladie mentale* dans les pratiques sociales auprès des publics en difficulté. Mais, Laura Resongles tient surtout à préciser :

- *Il y a un besoin d'avoir des notions sur le mode informer/communiquer, savoir de quoi on parle, et parler tous de la même chose, et être d'accord sur les termes, mais attention pas des termes du type « C'est ça et ça, c'est la dépression etc... » Parce que sinon, on aura des « bonnes » définitions, avec lesquelles on ne saura absolument pas travailler. Parce que de toutes les façons, nous ne sommes pas des diagnosticiens »*

## Discussion générale

La problématique de ce mémoire partait de cette question : de quelles manières, un praticien hospitalier, au moment où il intègre une Équipe Mobile Psychiatrie et Précarité, pouvait-il se faire une idée de l'attente des partenaires sociaux ? En sachant que ce praticien et le secteur de psychiatrie dans lequel il travaille depuis des années, ne sont adeptes, ni de la psychiatrie communautaire, ni de la psychiatrie psycho-sociale, dont pourtant la circulaire de 2005 relative à la mise en place des EMPP s'inspire largement (voir annexe 4).

Aller sur le terrain avec un questionnaire d'entretien semi-directif, est apparu très vite la chose à faire. Néanmoins, ce n'était pas une démarche facile. D'abord, parce que je connaissais certains des partenaires, et si je ne les connaissais pas, nos institutions respectives interagissaient souvent sur les mêmes territoires.

La deuxième difficulté, c'était le type même du questionnaire que j'allais utiliser. Il fallait que ce questionnaire soit de nature « enquête sociologique ». Le clinicien que j'étais, allait-il pouvoir endosser cet habit-là ?

La dernière difficulté, et non pas des moindres, est inhérente à la problématique de ce travail, au contenu de ce questionnaire. Je suis un praticien hospitalier de base, et les mots comme « santé mentale » et « souffrance psychique » ne sont pas des mots de ma pratique quotidienne. J'ai eu l'impression par moment d'aller à la pêche avec un appât mal défini, et bien mal accroché au bout de ma ligne. Tester ce matériau de la santé mentale auprès des partenaires sociaux était justement l'objectif. Il a fallu que je ne perde pas cet objectif de vue, pour ne pas douter trop souvent du bien-fondé de ma méthodologie.

Je me suis alors trouvé dans une situation étrange. Je devais constamment (re)cadrer soigneusement le déroulement de chaque entretien qui devait durer une heure, avec des concepts de la santé mentale que je n'étais pas certain de pouvoir justifier, et devant des interlocuteurs qui ne me semblaient pas plus à l'aise avec ces mots que je leur tendais.

Ma première surprise fut que cette méthodologie inédite pour moi, ait permis aux partenaires sociaux de me parler si longuement et avec cette précision, des attentes qu'ils pouvaient nourrir à l'égard de la psychiatrie en général, et de l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité en particulier. On

trouvera une trace de cette surprise dans ce mémoire, j'ai fait le choix de citer largement les propos de mes interlocuteurs, pour montrer combien chacun de ces témoignages pouvait être argumentés et construits.

Les attentes de chacun des partenaires sociaux que j'ai interrogés sont synthétisées dans le chapitre « Les attentes des partenaires à l'égard de l'EMPP de Gonesse ». Mais, ces attentes appellent aussi un décryptage plus général.

D'abord, à propos de cette norme d'action publique qu'est devenue la santé mentale. Le moindre que je puisse dire, c'est que sur le terrain du social, les partenaires que j'ai rencontrés, n'ont pas particulièrement ce mot-là à la bouche. Pour beaucoup, la santé mentale, c'est « *le soin psychiatrique* », rien de plus. Certains ont pu me dire, sans pouvoir le développer, que « *la santé mentale, ce n'était pas seulement l'affaire de la psychiatrie* ». En tous les cas, la santé mentale n'est pas devenue sur le terrain d'action communale, une nouvelle religion laïque et administrative dont la psychiatrie aurait bien dû mal à se préserver. Ouf, c'était déjà ça !

J'ai trouvé que ce manque de définition sur le terrain de la part des partenaires sociaux, rejoignait les travaux d'un Alain Ehrenberg (EHRENBERG 2010), ou d'une Sandra Philippe (PHILIPPE 2004), pour qui la catégorie d'action publique « santé mentale » restait de toute les manières largement indéterminée, ce qui n'en faisait pas pour autant une norme d'action vouée à être inopérante.

Depuis plus de vingt ans en France, des rapports, des lois, et des circulaires insistent à différents degrés sur le nécessaire déplacement *de la psychiatrie à la santé mentale*. Le problème est que cet accord officiel pour promouvoir la santé mentale, recouvre de fortes divergences sur ce que désigne vraiment ce mot – la promotion du bien être psychique – qui est générateur d'appropriations subjectives très variées. Ce concept fourre-tout a ouvert pour la psychiatrie un champs d'actions bien plus vaste que « le soin psychiatrique » médicalisé, en particulier en ce qui concerne les articulations avec le social. Ce nouveau champs d'action est encore bien incertain quand à son tracé définitif. Ce n'est rien de dire que les débats professionnels et contradictoires à ce propos, nourrissent, avec la restriction des moyens et les coups de menton sécuritaire au plus haut niveau de l'État, un malaise identitaire sans précédent pour la psychiatrie de secteur publique.

Sandra Philippe montre aussi que cette indétermination de la norme d'action publique « santé mentale » est largement due à l'évolution du rôle de l'État, vers une organisation intriquée du

sanitaire et du social, dont la nouvelle gouvernance décentralisée et territorialisée serait maintenant la principale caractéristique. C'est une véritable conception opérationnelle de la mise en œuvre de l'action publique en général, du *policy cycle*. Ainsi, la substance initiale du concept de santé mentale peut se résumer à ces vagues déclarations d'intentions émises récemment par les nouvelles Agence Régionale de Santé. La mise en œuvre opérationnelle sur le terrain reste alors âprement conditionnée dans son contenu exact par les acteurs locaux (politiques, partenaires sociaux, professionnels de la santé), qui sont les parties prenantes de la mise en forme de cette norme d'action publique, à l'échelle locale. C'est le sens des réponses que m'ont faites l'Atelier Santé Ville de Gonesse, et l'adjoint à la Santé et la Solidarité, à propos de leurs attentes à l'égard des professionnels de la psychiatrie. Pour eux, c'est évident, aucune collaboration concrète ne peut démarrer sur le terrain, sans une volonté, un engagement et une demande claire de la part de la psychiatrie publique. Que la loi HPST existe, ou pas. Que les Contrats Locaux de Santé se mettent en place, ou pas.

Il faudrait pour cela que la psychiatrie arrive à penser la politique de santé mentale comme une recherche légitime et pragmatique de solutions, et non pas seulement comme un simple diktat d'on ne sait quelle idéologie néo-libérale ou anti-psychiatrique. Une recherche de solutions à des problèmes bien concrets sur le terrain. En particulier, et par exemple, cette politique tente depuis quelques années de mettre en place avec les EMPP des réponses partiellement démedicalisées, en direction de population-cible, comme « la souffrance psychique » des publics en situation de « précarité ». Il est vrai, que cette notion de souffrance psychique excède largement mes catégories nosographiques habituelles sur la maladie mentale. Mais, ce qui m'a frappé avec ces entretiens sur le terrain, c'était à quel point il était facile avec cette seule notion de « souffrance psychique » pourtant bien floue aussi, de colliger avec facilité un grand nombre de problèmes sacrément épineux pour lesquels les partenaires sociaux demandaient de l'aide, en arrivant à se tourner plus ou moins facilement vers la psychiatrie.

Ces quelques mots « santé mentale » et « souffrance psychique » sont clairement de la pacotille pour un certain nombre d'entre nous. « Nous », les psy... Mais quel mot, après tout, n'est-il pas de la camelote ? Pendant ces entretiens, ces pauvres mots ont semblé avoir la vertu non négligeable de ne pas paralyser un échange de propos entre deux cultures professionnelles très différentes. Je me dis que sans ces mots, je n'aurai pas pu délimiter aussi bien quelque chose qui reste en général *illisible* dans les relations inter-professionnelles de tous les jours.

Au moment de l'écriture de ce mémoire, j'ai pu ainsi avoir l'impression parfois de réécrire, à près de quinze années de distance, le rapport d' Antoine Lazarus et d' Hélène Strohl (LAZARUS 1995) sur « cette souffrance psychique que l'on ne peut plus cacher ». C'est comme si une partie de ce travail avait servi à tester pour moi, les attendus de ce rapport sur le terrain...

Mais à la différence du rapport Strohl/Lazarus il me semble, les partenaires m'ont beaucoup parler de situations concernant des patients de la psychiatrie, qui étaient à la dérive, en rupture évidente avec cette *continuité des soins* qui est pourtant notre orgueil de psychiatre de secteur. Mon métier de psychiatre avait-il introduit un biais dans cette petite enquête ? La situation de la psychiatrie publique s'était-elle dégradée à ce point-là depuis le rapport de 1995 ? Je ne me risquerai pas à répondre. Tout de même, j'ai été frappé par un certain coté du propos des partenaires sociaux, que je vais tenter de décrire ici.

Les psychiatres français du secteur publique ont l'habitude de dire qu'ils sont les premiers à avoir inventé « le travail en partenariat » et « le travail en réseau », à travers la politique de secteur mis en place concrètement dans les années 70, pour faire évoluer la continuité des soins, et la qualité de vie à l'extérieur de l'hôpital, des patients psychotiques les plus difficiles dont ils avaient la charge.

Par contre, depuis que la *technostructure* (TREMINE 2005) les incitent fortement par lois ou circulaires à « aller vers » le partenariat dans la cité, à formaliser leurs pratiques de secteur dans de véritables « réseaux de soins » qui bénéficieraient à toute la population, et non plus seulement à leurs patients, les psychiatres publiques ont eu tendance à se méfier, voire à renâcler sérieusement. C'est qu'ils suspectent, à raison ou à tort, la *technostructure* de chercher à œuvrer uniquement à l'effacement et à une négation sournoise de la politique de secteur. La psychiatrie, dans sa grande part, estime que cette « nouvelle conception du réseau » est par essence radicalement différente du « travail de partenariat » institué par le secteur depuis sa création (RHENTER 2004). Actuellement, pour une grande majorité de la psychiatrie publique, l'incitation pressante au « travail en réseau » signe un désengagement de l'état vis à vis de la psychiatrie hospitalière, signe la fin du service publique, ainsi que la fin de la continuité des soins pour les patients les plus difficiles. Patients qui se verront alors proposer la rue quand la psychiatrie publique sera complètement démantelée, ou bien un cachot sans air et sans lumière, quand ces patients les plus en difficulté et stigmatisés comme jamais, ne pourront plus jouer le jeu de la réadaptation psycho-sociale et de l'autonomie.

Comme on peut le voir, les psychiatres hospitalier ne sont pas forcément les mieux placés pour

manipuler avec sérénité les termes de « partenariat » ou de « réseau ». Ils ont facilement tendance à mélanger plusieurs niveaux de discours à ce sujet. Je me suis aperçu de cela avec mon questionnaire, quand je me suis trouvé déstabilisé par certaines réponses un peu plus précises, sur ces termes de réseau et de partenariat (voir supra, la réponse de l'Atelier Santé Ville de Gonesse).

Du coup, ce qui m'a principalement frappé en relisant les transcriptions écrites des entretiens, il faut d'abord le reconnaître, c'est que les partenaires sociaux de l'Équipe Psychiatrie et Précarité de Gonesse n'avaient pas un instant à l'idée d'entraîner l'EMPP dans un grand « *réseau de santé mentale positive* », qui aurait le projet mirifique de conduire tous leurs publics en difficulté ou en précarité, vers « *un état de bien-être, un sentiment de bonheur et/ou de réalisation de soi* » (KOVESS 2010). Loin de là...

Une des préoccupations majeures des partenaires interrogés est le problème... des patients de la psychiatrie en rupture de soins ! Et les efforts souvent vains de ces partenaires, d'essayer d'aider à rétablir *cette continuité des soins*, dont ils pressentent spontanément que ces patients ont absolument besoin. Pourtant, dans la grande majorité des cas, les partenaires sociaux ont peu de chance d'obtenir une coopération auprès des CMP, même sous la forme d'une petite coordination informelle. Si on y regarde bien de plus près, c'est LEUR coopération à eux qu'ils proposent pour ce modeste « travail en partenariat » pourtant défendu en théorie par la psychiatrie. À aucun moment, dans cette situation des patients psy à la dérive, les partenaires n'exigent une quelconque coopération de la psychiatrie pour ce « travail en réseau » des textes réglementaires d'incitation de la *technostructure*. Mais alors, y aurait-il des *trous* dans l'application de la politique de secteur par la psychiatrie elle-même ? Des *trous*, qui prendraient tour à tour la figure du *hors-secteur*, du *violent*, du *cas social*, et du *chronique* (DEMAILLY 2005) ? C'est probable.

## Conclusion

Je souhaite conclure ce travail de mémoire universitaire sur une note positive, prouvant selon moi que la psychiatrie de secteur est encore loin heureusement d'avoir été rayée de la carte. Tous les partenaires sociaux qui avaient fait l'expérience de cette collaboration, m'ont raconté combien il suffisait parfois d'une simple intervention-relais d'une EMPP, pour (re)placer les anciens patients de la psychiatrie les plus réticents, dans une (nouvelle) dynamique des soins et prise en charge ambulatoire. Et ainsi, ce qui permettait en général au partenaire social de reprendre ses missions habituelles avec cet usager « retrouvé », mission qui pouvait être un maintien dans le logement par exemple, avec une meilleure chance de stabilisation de la situation, cette fois-ci.

L'Équipe Mobile Psychiatrie et Précarité est donc bien un des opérateurs de décroisement entre le sanitaire et le social. Une de ses valences possibles, et qui n'est pas la moindre, c'est qu'elle peut aider le secteur de psychiatrie à faire face « *aux exigences énormes et incontournables dues aux maladies mentales les plus graves. Ces maladies qui ne peuvent être appréhendées que dans des solutions communautaires, mobilisant dans la proximité les associations, les administrations locales et les équipes disponibles, selon des protocoles communs mettant chacun devant ses responsabilités et ses compétences.* » (TREMINE 2009).

Les Équipes Mobiles Psychiatrie et Précarité ont été créées, et elles peuvent participer à cela... Et dans la ville, les partenaires sociaux que j'ai rencontrés, n'attendent que ça...

## **Bibliographie**

AUBENAS (F.) : *Le quai de Ouistreham* – Éd. de l' Olivier, 2010.

BRESSON (M.) : *Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence*, Cahiers internationaux de sociologie, 2003/2, 115 : 311-326.

BRESSON (M.) (sous la direction de) : *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités* - Éd. de l' Harmattan, 2006.

BÉGOUT (B.) : *De la décence ordinaire* – Éd. Allia, 2008.

CORTES (J.), LIBERT (C.) : *Des réseaux de soins... aux réseaux de santé mentale. Quelle place dans le paysage actuel ?* L' Information Psychiatrique 2009; 85 : 99-103.

COUPECHOUX (P.) : *Un monde de fous (Comment notre société maltraite ses malades mentaux)*, -Préface de J. OURY- Éd. du Seuil, 2006.

DANYAUD (T.) : *Équipe mobile spécialisée en soins psychiatriques, une situation précaire*, in « Psychiatrie et précarité » Soins psychiatrie n° 258 – septembre/octobre 2008.

DELION (P.) : « *la santémentaliâtrie* » : *nouvelle demande ou chimère démagogique*, Rhizome n° 8, 2002 : 4-5.

DUPREZ (M.) : *Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle*, L'information psychiatrique 2008; 84 : 10.

EHRENBERG (A.) : *La précarisation de l'existence : les nouvelles donnes de l'inégalité entre santé mentale et politique*, in « La société du malaise » Éd. Odile Jacob, 2010.

DEMAILLY (L.) : *Cloisonnements et coopérations dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques*, L'information psychiatrique 2005; 81 : 337-43.

FURTOS (J.) : *Épistémologie de la clinique psychosociale, la scène sociale et la place des psy*, Pratiques en Santé Mentale, n°1, 2000 : 23-32.

GUESDON (I.) et coll. : *Diogène : 5 années d'expérience d'une équipe mobile santé mentale et précarité*, L'information psychiatrique 2003; 79 : 439-43.

KOSVESS-MASFETY (V.) (Groupe de travail présidé par) : *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*. Rapport remis en novembre 2009 à Mme Kosciusco-Morizet secrétaire d'état, par le groupe de travail « Santé mentale et déterminant du bien-être ». La Documentation Française, 2010.

LABERGÈRE (O.) : « *Usagers en santé mentale* », *encore un un effort pour être satisfait ...*, L'information psychiatrique 2001; 77 : 1041-1045.

LAVAL (C.) : *Précarités, des faits aux usages.*

Soins psychiatrie 2008; 258 : 18-20

LAZARUS (A.), STROHL (H.) : *Une souffrance que l'on ne peut plus cacher.*

Rapport remis à la délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain et à la délégation interministérielle au RMI, DIV-DSU, La documentation française, 1995.

LAZARUS (A.) : conférence *Les conséquences de la précarité du point de vue sociologique*, Pratiques en santé mentale n°1, 2000.

LE BLANC (G.) : *Vies ordinaires Vies précaires*, Éd du Seuil, 2007.

LEGUAY (D.) et coll : *Pour une redéfinition des missions de psychiatrie en partant des besoins globaux des patients*, L'information psychiatrique 2009; 85 : 519-524.

MAISONDIEU (J.) : *De l'exclusion pathogène au syndrome d'exclusion*, Rhizome 4, 2001 : 14.

MARQUES (A.) : *Construire sa légitimité au quotidien : le travail micropolitique autour d'une équipe mobile de psychiatrie-précarité*. Thèse de doctorat en Sociologie. EHESS, 2010.

MARTIN J.P. : *Précarités : extension du domaine de la clinique*, Rhizome 9, 2002 : 10

NYS (M.) : *Pass mobile santé et précarité de Haute-Vienne*, Rhizome n°28, 2007.

PHILIPPE (S.) : *La mise en œuvre de l'action publique : un moment problématique. L'exemple de la politique de santé mentale*, Revue française de science politique 2004/2; 54 : 315-334.

PIEL (E.), ROELANDT (J.L.) : *Rapport de mission De la Psychiatrie vers la Santé Mentale*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé, juillet 2001.

RECA (M.) : *Psychose chronique et psychiatrie publique : que reste-t-il de nos amours ? (Une lecture anhistorique de l'Information Psychiatrique 1945-1980)*

L'Information Psychiatrique 2010; 86 : 163-9.

RHENTER (P.) : *De l'institutionnel au contractuel : psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)*. Thèse de doctorat en Sciences Politiques. Université Lumière Lyon 2, 2004.

RHENTER (P.) : *Les conseils locaux de santé mentale*, Pluriels n°87/88 Janvier-Février 2011.

ROELANDT (J.L.) : *De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution*, L'information psychiatrique 2010; 86 : 777-83

ROELANDT (J.L.), DESMONS (P.) : *Manuel de psychiatrie citoyenne (L'avenir d'une désillusion)*, Éd. In Press, 2002.

TRÉMINE (T.) : *La souffrance communautaire*, L'information psychiatrique 2005; 81 : 563-5.

TRÉMINE (T.) : *Revoir l'organisation des soins*, L'information psychiatrique 2009; 89 : 3-8.

# **ANNEXES**

# ANNEXE 1

## Liste des sigles utilisés

- ADEF – Adef est une association gestionnaire de logement social
- AME – Aide Médicale État
- ASE – Aide Sociale à l' Enfance
- ASV – Atelier Santé Ville
- CAS – Circonscription d' Action Sociale
- CCAS – Centre Communal d' Action Sociale
- CMP – Centre Médico Psychologique
- DIU – Diplôme Inter Universitaire
- EMPP – Équipe Mobile Psychiatrie et Précarité
- EPS – Établissement Public de Santé mentale
- HDT – Hospitalisation à la demande d'un tiers
- HPST – la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »
- MARSS : Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social ( EMPP AP-Hôpitaux de Marseille)
- MDS – La Maison de la Solidarité (Gonesse)
- MDPH – Maison Départementale des Personnes Handicapées
- PMI – Protection Maternelle et Infantile
- SIAO – Service Intégré d' Accueil et d' Orientation
- SMES – Service d'appui Santé Mentale et Exclusion Sociale (Hôpital Sainte Anne - Paris)
- SSD – Service Social Départemental

## ANNEXE 2

### **Grille de l'entretien semi-structuré**

(Durée prévu de l'entretien : 1 heure)

Structure :

Nom du représentant :

Fonction :

Quelles sont vos missions en tant que structure ?

Quelles sont vos missions en tant que personne ?

#### **Représentations**

Dans le cadre de vos missions, comment définiriez-vous:

La précarité? L'exclusion? La souffrance psychique?

La maladie mentale ?

#### **Perception de la santé mentale**

Qu'est ce que représente pour vous la santé mentale ?

Comment percevez vous les problèmes de santé mentale dans votre structure ?

Comment les abordez-vous dans le cadre de vos missions ?

Quelles sont les évolutions que vous constatez ?

Pouvez donner un exemple typique d'une situation problématique de santé mentale dans le cadre de vos missions, et qui nécessite de travailler avec d'autres acteurs ?

Concernant les difficultés des personnes liées aux problèmes de santé mentale, avez-vous mis en place des actions pour favoriser/promouvoir la santé mentale des personnes que vous accompagnez ?

Si oui, quelles sont-elles

(actions au sein de votre structure, actions avec un partenaire externe)

Connaissez vous l'existence de EMPP de Gonesse ?

Si oui, pouvez vous donner un exemple typique selon vous de partenariat avec cette équipe ?

Quelles attentes vous restent-ils si vous la connaissez déjà, ou quelles sont les attentes que vous pourriez avoir à l'égard de cette équipe si vous découvrez son existence avec ce questionnaire ?

Savez vous s'il existe un atelier santé ville à Gonesse ?

Si oui, quelle utilité pour vous ?

Conception du concept de réseau, et de celles de territoires.

Connaissez vous la possibilité dans une commune de faire exister un conseil local de santé mentale ?

Si oui, qu'en pensez-vous ?

#### **Partenaires de travail de la structure**

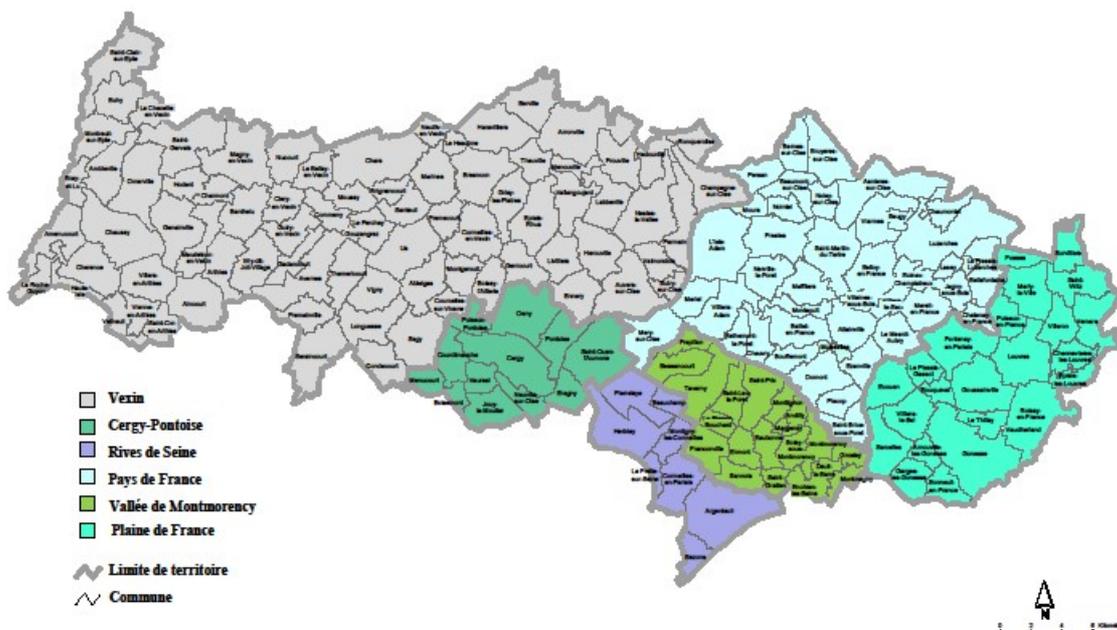
(fréquence du partenariat régulier/ponctuel/inexistant ou sans objet)

(objet/nature du partenariat) (préciser si ce partenariat concerne aussi ou pas les problématiques de santé mentale)

Psychiatrie publique adultes, enfants et adolescents, autres professionnels de santé, élus et service de la ville, services de l'état, conseil général, éducation nationale, assurance maladie, bailleurs, acteurs de l'emploi et de la réinsertion sociale, associations d'usagers des services de santé mentale, associations santé et réseaux de santé).

## ANNEXE 3

### CARTE DES TERRITOIRES DU VAL D'OISE



NB : Le territoire de l'Équipe Mobile Psychiatrie et Précarité de Gonesse recoupe le territoire de **La Plaine de France**, territoire auquel il faut rajouter les communes d'Ézanville, Le Mesnil Aubry et Chatenay en France.

# ANNEXE 4

(Annexe de la circulaire DHOS/DGS/6C/GDAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la mise en œuvre des Équipes Mobiles Psychiatrie et Précarité)

## **CAHIER DES CHARGES TECHNIQUE DES ÉQUIPES MOBILES SPÉCIALISÉES DE PSYCHIATRIE DESTINÉES À FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ET D'EXCLUSION**

### **1. LES PUBLICS VISÉS**

Le champ d'intervention des équipes mobiles spécialisées de psychiatrie destinées à favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion comporte :

- **les personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes**, qu'elles souffrent d'une pathologie psychiatrique avérée ou d'une souffrance psychique générée par la situation de précarité et d'exclusion ;
- **les acteurs de première ligne** exprimant des difficultés face à des manifestations de souffrance ou de troubles psychiques des usagers suivis et nécessitant un étayage, un soutien et une formation pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes, la mise en œuvre des premiers stades de l'écoute et du soutien.

### **2. LES MISSIONS ET LES PRINCIPES D'ACTION**

Ces équipes n'ont pas vocation à se substituer aux missions de droit commun des équipes de psychiatrie publique dans le champ de la prévention, du diagnostic, du soin, de la réinsertion et la réadaptation sociale.

Compte tenu des difficultés spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de précarité et d'exclusion, elles sont chargées :

- d'aller au-devant de ces publics, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire ;
- d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité.

A cet effet, il importe de veiller à l'intégration de leur action dans un partenariat dense et formalisé, associant les secteurs de l'établissement de rattachement, les établissements de santé généraux, les praticiens libéraux et les intervenants sociaux et médico-sociaux du territoire couvert par l'équipe mobile spécialisée.

### **3. LA PALETTE D'ACTIONS MISES EN ŒUVRE.**

Outre un rôle essentiel auprès des institutions pour le repérage des besoins et l'aménagement de réponses institutionnelles, les actions développées doivent prendre en compte les deux publics identifiés, sur la base d'actions prenant les formes suivantes :

#### **3.1. En direction des personnes en situation de précarité et d'exclusion :**

- Permanences dans des lieux sociaux repérés et fréquentés par les personnes en difficulté (CHRS, hébergement d'urgence, lieux de vie, accueils de jours...) voire participation à des interventions mobiles

- ou dans la rue (type maraude du SAMU social) ;
- Entretiens individuels contribuant notamment à l'évaluation des besoins, y compris en urgence ;
- Accueil, orientation et accompagnement vers des prises en charge de « droit commun » (dont préparation à l'hospitalisation et aux sorties d'hospitalisation) ;
- Prises en charge dans le cadre de groupes d'échanges ou de parole, d'ateliers thérapeutiques.

### **3.2. En direction des acteurs de première ligne :**

- Actions de formation (notamment formations croisées de professionnels de santé et de travailleurs sociaux) sur les problématiques liées à la précarité ;
- Actions de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs ;
- Développement du travail en réseau à partir de l'examen de situations cliniques ;
- Soutien des équipes de première ligne (information, conseil, supervision).

## **4. LE FONCTIONNEMENT.**

Sans objectif de modélisation du fonctionnement de ces équipes, il est toutefois incontournable de favoriser la mise en œuvre des principes suivants :

### **4.1. Une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un psychiatre**

Compte tenu de l'ampleur de leur champ d'intervention, ces équipes doivent disposer de compétences diversifiées. Elles comportent au minimum : un temps médical et un temps de cadre infirmier, des infirmiers, des psychologues, un secrétariat. Autant que possible, les personnels doivent être expérimentés dans les pratiques de liaison au sein du secteur social et devront, a minima, être formés et connaître les modes d'intervention dans ce secteur.

La présence d'un temps médical est indispensable afin d'assurer une coordination, garante de la cohérence du projet de l'équipe au sein du projet médical de l'établissement de rattachement et d'organiser le relais médical vers le dispositif de droit commun.

Certaines équipes existantes ont, en outre, privilégié un mode d'organisation permettant la double appartenance des soignants à l'équipe spécialisée et à une équipe «de droit commun», sur la base de temps de travail partagés. Cette organisation permet, d'une part, de faciliter une continuité d'action entre ces deux niveaux d'intervention et, d'autre part, de prévenir des formes d'épuisement professionnel liées aux spécificités du public visé et aux modes d'exercice au sein de l'équipe mobile.

### **4.2. Une fonction d'interface au sein d'un réseau formalisé de partenaires**

L'enjeu est de ne pas exclure ou isoler les professionnels chargés de prendre en charge des publics eux-mêmes exclus ou précarisés dont la prise en charge doit au contraire être globale et continue tant sur le plan sanitaire que social.

Au sein même de l'établissement de santé de rattachement de l'équipe mobile, les relations avec les autres secteurs de l'établissement doivent être clairement formalisées, sur la base d'un accord préalable de l'ensemble des acteurs sur les modalités d'intervention de l'équipe mobile. Cette articulation repose particulièrement sur la coordination médicale assurée par le psychiatre référent de l'équipe mobile. Elle doit aussi faire l'objet d'une formalisation dans le cadre du projet médical de l'établissement, définissant les rôles respectifs de l'équipe mobile et des secteurs de psychiatrie générale ainsi que les modalités de relais entre ces intervenants. A minima, les modalités d'orientation vers les dispositifs de droit commun (ambulatoire, extra-hospitalier, hospitalisation complète) doivent être prévues par une convention ou un protocole d'intervention. Les formes les plus abouties de ces collaborations pourront se concrétiser dans le cadre d'une fédération intersectorielle par exemple.

Les relations avec les partenaires de première ligne et les établissements de santé généraux (notamment les services d'urgences et les PASS) feront également l'objet d'une formalisation définissant les modalités de

recours, de relais et d'intervention réciproques, dans le cadre de conventions. Les formes les plus abouties de ces coopérations pourront se concrétiser au sein de réseaux de santé.

L'équipe mobile dispose d'un règlement intérieur établissant ses modalités d'intervention et le rôle des différents intervenants.

## **5. LES FINANCEMENTS.**

Les activités de prévention, d'accueil, d'orientation et de soins des équipes mobiles justifient un financement pérenne par l'assurance-maladie au sein de l'ONDAM hospitalier.

L'ampleur du champ et des modalités d'interventions de ces équipes doit pouvoir amener au développement de co-financements mobilisant des crédits d'État, des collectivités territoriales, voire des financements sur la dotation de développement des réseaux de santé. Ces financements doivent permettre la mise à disposition de lieux d'intervention, la promotion d'actions de formation, le développement de prestations sociales adaptées, le renforcement de la coordination, par une reconnaissance réciproque des différents acteurs associés...

## **Résumé :**

La circulaire du 23 novembre 2005 relative à la mise en œuvre des Équipes mobiles Psychiatrie et Précarité correspond à la mise en place d'un opérateur dans le cadre de la politique de la santé mentale, pour favoriser le décroisement sanitaire et social, en direction d'un thème et d'une population-cible : la « souffrance psychique » des publics en situation de « précarité ». Il n'est rien de le dire, les notions de « santé mentale » ou de « souffrance psychique » excèdent largement les catégories habituelles nosographiques de la maladie mentale. Et, les psychiatres de secteur restent encore très divisés sur l'opportunité ou pas pour leurs pratiques professionnelles, de s' approprier de cette nouvelle norme d'action publique qu'est devenue désormais la santé mentale auprès des décideurs financiers. Ils nous a semblé important d'aller tester sur le terrain, quelles étaient exactement les attentes des partenaires sociaux de la psychiatrie dans la cité, et jusqu'à quel point ces attentes étaient façonnées ou pas, par ces discours contradictoires sur la santé mentale.

MOTS-CLÉ : ÉQUIPE MOBILE PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ. PSYCHIATRIE DE SECTEUR. SANTÉ MENTALE. SOUFFRANCE PSYCHIQUE. TRAVAIL EN PARTENARIAT. TRAVAIL EN RÉSEAU.