



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion 2005

---

**Souffrance psychique et précarité :  
formation croisée entre acteurs de la  
psychiatrie et du secteur social.  
L'exemple du Nord-Pas-de-Calais**

**Delphine SEGOND**

---

# Remerciements

---

A tous les collègues de la promotion médecin inspecteur de santé publique 2004 – 2005

Au personnel du Pôle des Actions de Santé Publique de la DDASS de Lille

A Marie Elisabeth COSSON, pour m'avoir permis d'approcher cette immense science qu'est la Sociologie

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 DANS QUEL CONTEXTE LE PROJET DE FORMATION EST NE.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Présentation de la région Nord-Pas-de-Calais .....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Contexte socio-économique.....	3
A. Indicateurs macro-économiques préoccupants.....	4
B. Indicateurs de précarité .....	4
C. Indicateurs de la lutte contre les exclusions .....	5
1.1.2 Indicateurs de santé publique en Nord-Pas-de-Calais .....	6
A) Indicateurs de santé .....	6
B) Offre de soins en psychiatrie.....	6
C) Évolution de l'équipement en psychiatrie.....	7
<b>1.2 Cadre législatif et historique .....</b>	<b>7</b>
1.2.1 Cadre législatif .....	7
1.2.2 La régionalisation de la santé .....	9
A) 1ère conférence régionale de santé, le 14 mars 1996 .....	10
B) 2ème conférence régionale de santé du 28 avril 1998 :.....	10
C) En décembre 1999, la 3ème Conférence Régionale de Santé :.....	11
1.2.3 Le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins.....	11
A) Accès aux droits et aux soins .....	12
B) Accès à la prévention .....	13
C) Promotion de la santé.....	13
D) Reconnaître et prendre en compte la souffrance psychique - précarité .....	14
1.2.4 Histoire récente de la psychiatrie .....	16
A) L'ouverture du « secteur fermé » de psychiatrie en France.....	16
B) La psychiatrie en Nord-Pas-de-Calais .....	17
<b>1.3 Emergence du concept de souffrance psychique dans la population         précarisée.....</b>	<b>18</b>
1.3.1 Définir et représenter la précarité .....	18
A) Définition (s) de la précarité.....	18
B) Représentations sociales de l'exclusion .....	19
1.3.2 L'avis du Haut Comité de Santé Publique .....	19
1.3.3 Mal être et malaise malgré les nombreuses politiques sociales.....	21
1.3.4 Exclusion et difficultés de communication orale .....	22

1.3.5	Le cas des femmes.....	23
<b>1.4</b>	<b>Mise en place du projet de formation-action.....</b>	<b>23</b>
1.4.1	Les constats .....	23
1.4.2	Naissance du projet .....	25
1.4.3	Objectifs de la formation .....	27
1.4.4	Description des participants à la formation professionnelle.....	27
1.4.5	Méthodologie et calendrier de l'action formation.....	28
A)	Méthodologie .....	28
B)	Calendrier .....	29
1.4.6	Discussion autour du principe d'évaluation .....	31
A)	L'articulation entre le sanitaire et le social.....	32
B)	Analyser l'articulation psychiatrie - social .....	32
C)	Expliciter les choix et les limites de l'évaluation .....	36
<b>2</b>	<b>RECUEIL DES DONNEES, ANALYSE.....</b>	<b>37</b>
<b>2.1</b>	<b>Présentation de la méthodologie de notre travail.....</b>	<b>37</b>
2.1.1	Méthodologie de notre enquête .....	37
2.1.2	Détermination du choix des personnes interrogées.....	38
A)	Les participants à la formation santé mentale – précarité.....	39
B)	Les personnes ressources .....	39
<b>2.2</b>	<b>Synthèse et analyse des entretiens.....</b>	<b>40</b>
2.2.1	Hypothèses de travail .....	40
2.2.2	Analyse des données de l'enquête.....	40
A)	Les représentations sociales de précarité et santé mentale évoluent.....	40
B)	Souffrance psychique et précarité : une thématique transversale entre les secteurs social et santé mentale .....	43
C)	Evolution des pratiques .....	47
<b>2.3</b>	<b>Les différents bilans disponibles : données quantitatives.....</b>	<b>50</b>
2.3.1	Auto évaluation réalisée par l'organisme de formation .....	50
2.3.2	Bilan réalisé par la FNARS Nord Pas de Calais .....	52
2.3.3	Bilan réalisé par la coordinatrice de l'EPSM Lille Métropole .....	52
2.3.4	Conclusions sur l'évaluation nationale des PRAPS de 1 <sup>ère</sup> génération.....	53
<b>2.4</b>	<b>Analyse par le MISP, des objectifs fixés au départ par les 6 groupes.....</b>	<b>54</b>
2.4.1	Béthune :.....	55
2.4.2	Dunkerque :.....	56
2.4.3	Tourcoing .....	57
2.4.4	Boulogne .....	58
2.4.5	Lens.....	58

2.4.6 Valenciennes .....	59
<b>3 PROPOSITIONS .....</b>	<b>61</b>
3.1 Organisation de la formation santé mentale - précarité .....	61
3.2 Construction du réseau en faveur de la promotion de la santé des publics cibles.....	63
3.3 Consolidation du réseau santé mentale précarité .....	64
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>67</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>69</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>A.A.H.</b>	<b>Allocation Adulte Handicapé</b>
<b>A.R.H.</b>	<b>Agence Régionale de l'Hospitalisation</b>
<b>C.C.A.S.</b>	<b>Centre d'actions sanitaire et sociale</b>
<b>C.H.R.S.</b>	<b>Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale</b>
<b>C.M.U.</b>	<b>Couverture Maladie Universelle</b>
<b>C.R.S.</b>	<b>Conférence Régionale de Santé</b>
<b>C.S.P.</b>	<b>Code de la Santé Publique</b>
<b>D.D.A.S.S.</b>	<b>Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales</b>
<b>D.G.S.</b>	<b>Direction générale de la santé</b>
<b>D.R.A.S.S.</b>	<b>Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales</b>
<b>E.P.S.</b>	<b>Education Pour la Santé</b>
<b>E.P.S.M.</b>	<b>Etablissement Public de Santé Mentale</b>
<b>F.A.M.</b>	<b>Foyer d'Accueil Médicalisé</b>
<b>F.H.F.</b>	<b>Fédération des Hôpitaux de France</b>
<b>F.N.A.R.S.</b>	<b>Fédération Nationale des Associations de Réinsertion Sociale</b>
<b>I.F.S.I.</b>	<b>Institut de Formation des Soins Infirmiers</b>
<b>M.A.S.</b>	<b>Maison d'Accueil Spécialisé</b>
<b>M.I.S.P.</b>	<b>Médecin Inspecteur de Santé Publique</b>
<b>P.I.B.</b>	<b>Produit Intérieur Brut</b>
<b>P.R.A.P.S.</b>	<b>Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins</b>
<b>P.R.A.S.E.</b>	<b>Programme Régional d'Action en Santé Environnement</b>
<b>P.R.S.</b>	<b>Programme Régional de Santé</b>
<b>P.S.A.S.</b>	<b>Programmation Stratégique des Actions de Santé</b>
<b>P.T.S.</b>	<b>Programme Territorial de Santé</b>
<b>R.M.I.</b>	<b>Revenu Minimum d'insertion</b>
<b>S.A.U.O.</b>	<b>Service d'accueil des Urgences et Orientations</b>
<b>S.D.F.</b>	<b>Sans domicile fixe</b>
<b>S.R.O.S.</b>	<b>Schéma Régional d'Organisation des Soins</b>
<b>U.T.A.S.</b>	<b>Unité Territoriale d'Action Sociale</b>
<b>U.T.P.A.S.</b>	<b>Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale</b>

La paresse séduit, le travail satisfait

Anne FRANK

Même si l'on se contente de comprendre une situation, on contribue déjà à la changer , donc à faire de l'intervention.

Michel CROZIER

## INTRODUCTION

Lorsqu'en 1996 la première conférence régionale de santé a lancé les Programmes Régionaux de Santé – PRS - , ceux ci ont permis de rassembler à l'échelle régionale des institutions différentes dans un objectif de travail en commun.

La région Nord-Pas-de-Calais, marquée par des indicateurs socio économiques défavorables et une précarité grandissante, bénéficie d'un soutien efficace d'ordre politique et institutionnel (Directions départementales – DDASS - et régionales des affaires sanitaires et sociales -DRASS) en matière d'actions de santé publique.

Le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins de première génération (PRAPS 1.), représente le 5<sup>ème</sup> PRS. Son troisième objectif général porte sur la souffrance psychique chez les sujets précaires, et émet des préconisations pour développer des formations professionnelles autour de ce thème.

La pluridisciplinarité dans le travail fait partie de la culture en Nord-Pas-de-Calais, c'est ainsi qu'une formation professionnelle autour de la souffrance psychique chez les personnes précaires, a été tout récemment organisée. Cette formation action, réalisée entre novembre 2002 et janvier 2005, a été destinée aux professionnels du secteur santé mentale et à ceux du secteur social.

Son pilotage bicéphale (social – psychiatrie) a été assuré par l'établissement public de santé mentale (EPSM) Lille Métropole et l'antenne régionale de la Fédération Nationale des Associations de Réinsertion Sociale (FNARS).

Le médecin inspecteur de santé publique (MISP), placé au sein d'une administration sanitaire et sociale, jouit d'une position privilégiée pour arbitrer l'action de formation ainsi définie.

Dans la première partie de ce mémoire, nous situerons l'émergence de la formation Santé Mentale – Précarité dans le contexte socio-économique et législatif de la région; nous entreprendrons d'en évaluer les retombées sur les pratiques des professionnels grâce à une multiplication d'entretiens individuels avec les participants et les personnes ressources (deuxième partie), enfin nous formulerons des préconisations du point de vue du MISP (troisième partie).

# **1 DANS QUEL CONTEXTE LE PROJET DE FORMATION EST NE**

## **1.1 Présentation de la région Nord-Pas-de-Calais**

### **1.1.1 Contexte socio-économique**

La région Nord-Pas-de-Calais regroupe deux départements (le Nord et le Pas-de-Calais) et compte près de 4 millions de personnes, la plaçant au quatrième rang des régions françaises (6.8% de la population française). La population est caractérisée par une forte densité notamment en zone urbaine avec 444 habitants au Km<sup>2</sup> (2 555 000 habitants dans le département du Nord) comparativement à la moyenne française de 109 habitants/Km<sup>2</sup> (au 01/01/2001) ; le Nord étant plus urbanisé que le Pas-de-Calais.

La population régionale comprend une forte proportion de jeunes, notamment dans le bassin de vie de la Flandre Maritime avec 29% de la population âgée de moins de 20 ans.

Le regard que peut porter quelqu'un issu d'une autre région de France, est frappé par la présence d'une précarité plus importante que dans la population générale moyenne française.

Très fortement atteinte par les chocs pétroliers et la crise économique qui s'en est suivie, la région enregistre encore un des plus forts taux de chômage du pays, avec un marché de l'emploi marqué par une main d'œuvre peu qualifiée et précaire.

Le pays, comme les hommes sont forgés par les heures de travail et les heurts de l'histoire. La culture industrielle et minière de la région a pétri une force d'investissement dans le labeur, dont la qualité est reconnue, à fortiori dans un contexte de forte densité démographique assortie d'une intense demande d'emploi.

La spécificité régionale en termes d'investissement dans la politique de santé est marquée par un partenariat diversifié et une culture pluridisciplinaire de santé publique faisant l'objet d'une motivation remarquable<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Mémoire MISP Monique Viguié 2001

La région Nord-Pas-de-Calais est un modèle de système local fortement intégré, caractérisé par des relations nombreuses et aisées entre les partenaires : DDASS, secteur médico-social, secteur politique, secteur hospitalier. Le secteur associatif est particulièrement développé et entretient un lien très fort avec les élus, notamment sur la question de la prévention en santé, ce qui peut expliquer le succès de la politique de proximité.

C'est dans ce cadre favorable qu'a été mise en place l'action formation santé mentale précarité dont nous analyserons le bilan dans ce mémoire.

#### A. Indicateurs macro-économiques préoccupants<sup>2</sup>

Nous brossons le tableau de la précarité et de l'exclusion dans la région Nord-Pas-de-Calais :

- 4<sup>ème</sup> rang national pour le PIB
- 22<sup>ème</sup> rang national sur les 26 régions pour le PIB par habitant , revenu moyen par habitant inférieur de 12% à la moyenne française.
- Déclin industriel, crise du bassin minier, taux de chômage élevé (supérieur de 3 points à la moyenne française).
- Densité de population régionale (324 habitants/Km) triple de la moyenne nationale
- Forte population urbaine (95%) contre 82% en moyenne en France

Des données très récentes révèlent une hausse du chômage dans la région de 1.2% depuis l'année 2004, donc supérieure au taux national d'augmentation de 0.7% (quotidien La Voix du Nord du 26/02/2005).

#### B. Indicateurs de précarité

Les chiffres au 01/01/04<sup>3</sup> pour l'année 2003, et<sup>4</sup> au 01/01/03 pour l'année 2002 , décrivent une région jeune , dont les 18-25 ans demandent peu d'aide sociale, et une population générale plus couverte par la Couverture Maladie Universelle (CMU) que le reste du

---

<sup>2</sup> volet PRAPS de la conférence régionale de santé 1999

<sup>3</sup> Statiss 2004 Nord Pas de Calais, statistiques et indicateurs de la santé et du social

<sup>4</sup> Statiss 2003 Nord Pas de Calais, statistiques et indicateurs de la santé et du social

territoire français , mais grevée d'une proportion importante de dépendants des minima sociaux (18 à 60 ans) : 8.5% contre 4.8% pour la moyenne française.

- La CMU concerne 10,5% de la population (moy.fr. :6.6%)
- Fonds Aide aux Jeunes (FAJ) : 13.5 bénéficiaires pour 1000 jeunes de 18 à 25 ans (moy.fr.15.5) , chiffres en baisse de 0.2% en un an
- Allocation Supplémentaire du minimum Vieillesse: 4.7 allocataires pour 100 personnes de 65 ans ou plus (moy.fr. :6.1)

### C. Indicateurs de la lutte contre les exclusions

Selon les sources précédemment évoquées, les indicateurs de la lutte contre l'exclusion sont les suivants :

- Prestation Allocation Parent Isolé : 21.2 bénéficiaires pour 1000 femmes de 15 à 49 ans (en progression de 0.12% depuis 2002) moy.fr. : 11.4
- Revenu Minimum d'Insertion (RMI) : 43.7 allocataires pour 1000 personnes de 20 à 59 ans (en baisse de 0.02% depuis 2002) moy.fr : 29.6
- Allocation Adulte Handicapé (AAH) : 21.2 allocataires pour 1000 personnes de 20 à 59 ans (en baisse de 0.01% depuis 2002) moy fr : 16.4

L'analyse peut être affinée par l'examen à titre d'exemple, de l'un des Programmes Territoriaux de Santé - PTS - de la région<sup>5</sup> déclinant le PRS à une échelle plus proche des réalités. Le PTS est devenu le volet santé du contrat d'agglomération .

Les résultats du groupe de travail «santé précarité » dans le PTS Flandre Maritime, territoire le plus jeune du Nord-Pas-de-Calais avec 29% de la population âgée de moins de 20 ans, montrent une augmentation de la précarité chez les familles monoparentales, et les personnes âgées.

Les données chiffrées sur le nombre d'allocataires de minima sociaux, et du nombre de repas servis par l'aide alimentaire, révèlent un accroissement de 33% de l'aide alimentaire distribuée par les associations du Carrefour des Solidarités, ou les Restos du Cœur (ces derniers restant majoritaires).

---

<sup>5</sup> Programme Territorial de Santé de Flandre Maritime 2004, Conseil Général,

## 1.1.2 Indicateurs de santé publique en Nord-Pas-de-Calais

### A) Indicateurs de santé

Ces indicateurs sont marqués par une surmortalité régionale par cancer et en particulier cancer des voies aéro-digestives supérieures avec une surmortalité de 78% par rapport à la moyenne nationale.

L'exposition aux risques environnementaux est considérable: saturnisme, intoxication au monoxyde de carbone, insalubrité des logements. Il y avait en 1990, deux fois plus de logements sans confort sanitaire (baignoire, douche) que dans le reste du pays.

L'espérance de vie à la naissance est inférieure de 3 ans par rapport à la moyenne nationale.

Concernant les conduites addictives, la consommation d'alcool (principalement bière) est de 50% supérieure à la moyenne du pays, notamment en termes d'acheteurs d'alcool, avec un excès de consommation chez les jeunes du département du Pas-de-Calais.

### B) Offre de soins en psychiatrie

L'offre de soins en psychiatrie du Nord-Pas-de-Calais, se partage en soixante secteurs de psychiatrie générale, et vingt et un secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Elle est inférieure à la moyenne nationale, malgré un important effort de rattrapage, repéré dans le bilan d'évaluation du Schéma Régional d'Organisation des Soins de deuxième génération ou SROS 2.

L'offre de soins en psychiatrie en Nord-Pas-de-Calais se caractérise par:

1. Le taux d'équipement en psychiatrie générale faible pour 1000 habitants : 0.79 lit d'hospitalisation (contre 1.01 en France), et 1.03 lit et place concernant l'équipement global (1.34 en France)
2. Le nombre de psychiatres par habitant est très inférieur à certaines régions françaises: 145 psychiatres exerçant à titre libéral pour 100 000 habitants (île de France : 2212, PACA : 766), et 378 psychiatres salariés pour 100 000 (île de France : 1843, PACA : 587).

La restructuration de l'offre de soins en psychiatrie a été la priorité de la commission exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation – ARH- en 1998 en début de SROS 2 (le SROS 2 couvrant la période 1999-2004) .

Nous pouvons donc apprécier à l'issue de la période du SROS 2, l'état des lieux au 01/09/2004 et rapporté ci après dans les travaux du SROS 3.

## C) Évolution de l'équipement en psychiatrie

D'importants mouvements de restructuration de l'offre de soins en psychiatrie, ont eu lieu ces dernières années.

- Délocalisation hors des Etablissements Publics de Santé Mentale – EPSM- de 412 lits d'hospitalisation complète – HC-, 60 autres lits étant en cours de délocalisation
- Construction et/ou rénovation de 936 lits d'HC (soit 28% en psychiatrie générale, et 17% en Psychiatrie Infanto Juvénile) ; de 259 places en Hôpital de jour ; et de 54 structures type CMP (centre médico-psychologique), CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel), et appartements thérapeutiques.
- Autorisation de 451 places alternatives dans le public et 132 dans le privé,
- Création au sein des EPSM, de 11 structures spécifiques pour la dépression-anxiété soit 219 lits ; de 140 places de Maison d'Accueil Spécialisées –MAS- , et 20 places de Foyers d'Accueil Médicalisé – FAM-
- Ouverture de 119 lits SAAS (structure alternative d'accueil spécialisé, à vocation intersectorielle) dédiés aux soins psychiatriques de troubles enkystés associés à de la ré- autonomisation
- Dotations en personnels soignants non médicaux en Psychiatrie : 817 postes<sup>6</sup> temps plein ont été financés sur l'enveloppe régionale dont 770 pour les secteurs hors EPSM.

## 1.2 Cadre législatif et historique

La régionalisation des politiques de santé a vu le jour dès le début des années quatre-vingt, lorsque est apparue la nécessité de créer des moyens d'observation permettant de prioriser et mettre en œuvre des actions de santé publique à l'échelon régional.

Nous donnons ci après un aperçu chronologique de la régionalisation mise en place en Nord-Pas-de-Calais.

### 1.2.1 Cadre législatif

L'ordonnance relative à la maîtrise des dépenses de santé du 24 avril 1996<sup>7</sup>, fait partie des trois ordonnances du Plan Juppé, et institutionnalise les Conférences Régionales de Santé et leur déclinaison opérationnelle : les PRS.

---

<sup>6</sup> SROS 3 synthèse des volets thématiques. Déc.2004. documents de travail

En 1998, la loi relative à la lutte contre les exclusions<sup>8</sup> ou LCE, transforme en une nécessité nationale la prise en charge sanitaire et sociale des exclus. Elle introduit de cette façon le volet social de l'engagement politique.

Les points forts de la loi relative à la lutte contre les exclusions sont les suivants:

- la lutte contre les exclusions est la priorité de toute politique publique (article 1)
- la veille sociale est définie par le suivi et la mise au point périodique de la chaîne d'insertion à tous ses échelons (accueil de jour, entreprise d'insertion, service hébergement en hôtel (HLM, hôtels meublés), en CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale).
- La LCE prévoit qu'au sein de chaque région soit arrêté un Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS, voir plus loin 1.2.3).

Le panorama législatif récent est particulièrement riche sur la thématique de l'exclusion comme en témoigne la Loi de Modernisation Sociale du 17 janvier 2002, avec des avancées notables dans la lutte contre la précarité: non-discrimination dans l'accès au logement locatif, et plusieurs mesures en faveur de la protection de l'emploi précaire (intérim, et contrats à durée déterminée).

Sur la scène internationale, les pouvoirs publics s'emparent de la lutte contre la précarité, comme en témoigne le sommet de Lisbonne en 2000<sup>9</sup> au cours duquel les Etats Membres et la Commission Européenne se sont fixés pour but l'éradication de la pauvreté dans les Etats Membres à l'horizon 2010.

L'Avis du Conseil Economique et Social de juin 2003 reprend la déclaration d'Alger de Mr Salah Mentouri : « Lutte contre la pauvreté par le développement durable, pour une approche en partenariat entre le Nord et le Sud ».

L'avis du Comité interministériel de lutte contre l'exclusion en séance le 6 juillet 2004, arrive en complément du plan de cohésion Sociale de juin 2004, pour la mise en œuvre des décisions datant de la LCE de 1998. Le 6 juillet 2004 se réunit pour la 1<sup>ère</sup> fois le CNLE (conseil national de lutte contre les exclusions), en concertation réelle avec les

---

<sup>7</sup> Ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de santé

<sup>8</sup> Loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, LCE

<sup>9</sup> Social Dialogue :European day of disabled people, 2-3-déc .2004 Brussel

associations. Quarante et une mesures ont été prises dont le financement représente 372.5 millions €, pour 2005.

La loi de programmation de cohésion sociale vient compléter le dispositif.

Lors de la Conférence de Bruxelles sur la journée de la précarité en décembre 2004, les enfants, personnes âgées, chômeurs, familles monoparentales sont identifiés comme présentant un risque particulièrement élevé de précarité.

Soixante millions de personnes de l'Union Européenne sont pauvres aujourd'hui ou risquent de l'être ; on les décrit comme vivant au dessous du seuil de 60% du revenu moyen par habitant de leur pays. Les proportions sont très variables allant de 8% de la population générale au Danemark à 22% au Portugal, Royaume Uni et Grèce.

### **1.2.2 La régionalisation de la santé**

Les projets régionaux de santé en 1994, et la programmation stratégique des actions de santé – PSAS- vont laisser la place aux PRS en 1997<sup>10</sup>.

Les PRS illustrent de façon très lisible, la mise en œuvre à l'échelon régional d'un programme de santé publique et guident une démarche de mutualisation des compétences pilotée par les services déconcentrés du Ministère de la Santé.

La conférence régionale de santé (CRS) analyse l'évolution des besoins de santé et procède à l'examen des données relatives à la situation sanitaire et sociale de la population, propre à la région. Son objet étant de désigner les priorités de santé dans le débat parlementaire préalable au vote du Parlement.

Ces priorités peuvent faire l'objet de programmes dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le préfet de région ; la réalisation matérielle est assurée par les agents des DDASS et DRASS.

La CRS rassemble les représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie, des professionnels du champ sanitaire et social, des institutions et établissements sanitaires et sociaux et enfin des usagers.

---

<sup>10</sup> Décret du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé

A) 1ère conférence régionale de santé, le 14 mars 1996

Mise en place avant l'ordonnance Juppé du 24 avril 1996, la 1<sup>ère</sup> CRS a identifié cinq priorités de santé publique dont chacune s'est traduite par un PRS. Les cinq PRS en Nord-Pas-de-Calais sont les suivants : PRS maladies cardio-vasculaires, PRS cancers, PRS conduites addictives, PRS santé des enfants et des jeunes, PRS santé et précarité.

La 1<sup>ère</sup> CRS s'est positionnée comme précurseur sur la thématique de la précarité et de l'exclusion, en raison du contexte local dont nous donnons un bref aperçu.

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, la crise économique récente a été particulièrement marquée dans le bassin de la Sambre, l'Avesnois, et les principaux sites urbains : naufrage de l'industrie textile concurrencée par les pays émergents, fermeture des mines, crise de la métallurgie.

Le contexte socio-économique a frappé de plein fouet les populations les plus faibles, les personnes en situation de précarité, en brouillant leur système de repères.

Le thème santé précarité est monté au 1<sup>er</sup> plan des préoccupations des pouvoirs publics, il est devenu l'une des priorités de Santé Publique, au regard des problèmes liés à l'exclusion sociale et à la précarité, notamment après la parution du rapport Lazarus Strohl de février 1995<sup>11</sup>.

Une réflexion approfondie sur ce thème est devenue indispensable afin d'envisager les possibilités de prise en charge des personnes précaires, population qu'il fallait préalablement savoir définir, décrire, avant d'élaborer des procédures concrètes adaptées aux objectifs du système de santé.

B) 2ème conférence régionale de santé du 28 avril 1998 :

Le programme régional Santé Précarité est issu de la 2<sup>ème</sup> CRS. Ce programme a été décliné en plan départemental d'accès aux soins, première étape primordiale de l'aide aux personnes précaires.

---

<sup>11</sup> Rapport Strohl Lazarus « une souffrance qu'on ne peut plus cacher », 1995

L'article 71 de la loi de lutte contre les exclusions du 29/07/1998, transforme le PRS « santé précarité » en Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins ou PRAPS.

Le PRAPS représente ainsi un outil majeur dans l'action en faveur des personnes précaires, que l'on peut définir comme :

- D'une part des personnes fragilisées, vulnérables et toujours insérées, mais dont la situation est susceptible de s'aggraver
- D'autre part des personnes en situation d'exclusion, de non droit, évoluant en dehors du jeu social.

C) En décembre 1999, la 3<sup>ème</sup> Conférence Régionale de Santé :

Dans le cadre du contrat de plan quinquennal Etat Région 2000-2006, la 3<sup>ème</sup> CRS fait ressortir les cinq Programmes Régionaux de Santé – PRS - déjà identifiés par la 1<sup>ère</sup> CRS de 1996, il s'agit de :

- PRS Santé cardio-vasculaire
- PRS Santé des enfants
- PRS Cancer (programme Challenge)
- PRS Conduites et consommations à risques
- PRAPS

Le 1<sup>er</sup> PRAPS entre en vigueur en 2001<sup>12</sup>, il développe quatre thèmes prioritaires que nous allons développer.

### **1.2.3 Le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins**

Les 4 thèmes prioritaires du PRAPS de 1<sup>ère</sup> génération, sont les suivants :

1. accès aux droits, accès aux soins ;
2. prévention et promotion de la santé ;
3. santé mentale et souffrance psychique liée à la précarité ;
4. le logement, un déterminant de santé.

---

<sup>12</sup> Conférence régionale de santé 1996 en Nord Pas de Calais

Le quatrième thème prioritaire du PRAPS (le logement), fera l'objet d'une réflexion à la base du dernier PRS, demandé par la Conférence Régionale de Santé de 1999, et qui sera appelé Programme Régional d'Action en Santé Environnement ou PRASE.

Il n'existe que deux PRASE actuellement en France (île de France et Nord-Pas-de-Calais).

Dans la région, la partie du PRASE relative à la «résorption de l'habitat insalubre » inclut la lutte contre les intoxications au Monoxyde de Carbone, le traitement du logement insalubre, la lutte contre le saturnisme ; et les risques sanitaires à proximité des sites pollués .

**Notre travail se donne pour objet de réaliser l'évaluation à moyen terme d'une formation action santé mentale – précarité pour les professionnels du sanitaire et du social . Cette action s'inscrit dans le cadre du 3<sup>ème</sup> thème prioritaire du PRAPS de 1<sup>ère</sup> génération, et tient compte des objectifs de prévention et promotion de la santé.**

A) Accès aux droits et aux soins

Le travail en réseau entre le sanitaire et le social doit être encouragé, soutenu, valorisé par les institutions. Il y a nécessité d'intégrer le concept Santé Précarité chez les acteurs du système de santé : médecins, infirmiers, personnels des centres hospitaliers.

L'idée de Santé – Précarité à l'hôpital doit faire l'objet d'une réflexion approfondie sur le sens de la mission sociale dévolue à l'hôpital, notamment sur la production d'un protocole interne d'accueil et orientation aux personnes précaires. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont vocation à remplir cette mission.

L'enjeu est de faire évoluer le système de santé (hôpital et ville) afin qu'il prenne en compte les besoins des 25% de la population qui, dans notre pays sont en situation de précarité (dernières estimations du Haut Comité de la Santé Publique).

Le PRAPS a été décliné dans les réseaux territoriaux Santé Précarité pour mettre en cohérence toutes les actions et démarches déjà engagées par les centres de soins (développer les actions d'accompagnement aux bilans de santé dans les centres de PMI, centres de prévention santé, consultations médico-sociales gratuites). Ceci est en relation avec la démarche de territorialisation voulue par l'institution.

## B) Accès à la prévention

Ce volet est sans doute le plus complexe à mettre en œuvre, car supposé placer les outils de la prévention et de l'éducation pour la santé – EPS – à la portée des personnes précaires. L'objectif est de favoriser l'accompagnement des personnes précaires à la prévention et l'EPS.

Les objectifs du PRAPS livrent des pistes de réflexion sur la manière dont on peut par exemple fabriquer un manuel ou guide pratique à l'usage quotidien des professionnels du médico social. Un groupe de travail a d'ailleurs été activé au niveau national sur le pilotage des PRAPS, et mandaté pour mettre au point un mémento répertoriant les recommandations sur l'articulation du sanitaire et du social dans la prise en charge des personnes précaires.

Il faut également identifier, connaître, et travailler avec la personne précaire sur les représentations sociales de la santé, en tenant compte des spécificités culturelles et ethniques de chacun. On constate dans le Nord Pas de Calais, un refoulement des problématiques de santé, devant lesquelles d'autres préoccupations prennent le pas : le logement, la recherche d'emploi. Les populations démunies, tardent à consulter, et quand elles le font, les problèmes de santé sont déjà à un stade avancé.

## C) Promotion de la santé

L'objectif général en termes de promotion de la santé, est de valoriser chez la personne précaire le savoir faire, le savoir être, et le savoir en général.

L'illétrisme, qui constitue un obstacle à l'acquisition du savoir est à prendre en compte dans les outils des ateliers de travail. Il faut donc faire preuve d'inventivité sur la mise au point des supports de communication utilisables par les personnes précaires.

La notion de savoir être est une étape primordiale dans la démarche de ré - appropriation de l'image de soi, par la personne en deshérance . De nombreux travaux ont déjà été conduits à ce sujet, ils concluent sur l'importance de se faire reconnaître par autrui pour une personne précaire, qui amorce la reconquête de sa dignité.

Les objectifs spécifiques du PRAPS 1 proposaient des matériaux de travail particulièrement riches à mettre en œuvre :

- développer des ateliers sur l'amélioration de l'estime de soi en commençant par prodiguer des soins à son corps, afin d'embellir son image.

- Aborder le problème de la parentalité , en mettant l'accent sur les ateliers régionaux destinés à aider les parents à assumer cette charge qui est en fait leur rôle naturel .
- Travailler sur le langage , la communication, le développement de l'expression orale, et surtout le soutien à la réappropriation du langage. Il est reconnu que toute forme de langage , en tant qu'outil de communication , fait cruellement défaut aux personnes précaires. La raréfaction de son usage marque de façon indélébile le début de la rupture du lien social.

Une meilleure organisation est à développer pour faciliter les liens entre acteurs du système de santé, par la mise au point notamment des annuaires répertoriant les initiatives locales, les aides aux porteurs de projets L'outillage et la méthodologie pour mieux construire les projets de travail, sont à expérimenter.

#### D) Reconnaître et prendre en compte la souffrance psychique - précarité

Il devient nécessaire de « disposer de moyens pour mieux entendre et repérer la souffrance psychique liée à la précarité ». Dans cette perspective, il est envisagé de mettre au point une grille de repérage ; de suggérer des méthodes plus adéquates et plus proches des réalités de terrain, or cette technique s'est révélée insuffisante.

Le PRAPS de 1<sup>ère</sup> génération préconise de lancer un appel à projet sur une « **formation professionnelle à la prise en charge de la souffrance psychique chez les publics précaires, destinée aux travailleurs sociaux et autres acteurs du champs sanitaire.** »

La base de données des projets s'est avérée difficile à exploiter et n'a pas permis d'évaluer précisément les populations bénéficiaires parmi les différents projets présentés. L'évaluateur n'a pas été en mesure de distinguer les bénéficiaires directs (personnes précaires visées par les actions répondant au PRAPS), des bénéficiaires indirects (acteurs de terrain intervenant dans la précarité, et sur qui l'action aura secondairement un impact).

Certains objectifs opérationnels énumérés ci dessous, n'ont été retenus dans aucun des projets présentés de 2000 à 2002 :

- garantir aux personnes précaires des soins adaptés à leurs besoins,
- définir une politique régionale,

- prendre en compte la thématique Santé Précarité dans les formations initiales et continues, médicales et para médicales,
- développer les réseaux territoriaux en Santé Précarité,
- permettre une mobilisation souple et rapide de financement

Il est nécessaire de s'interroger sur l'inadéquation des projets proposés, aux critères exigés dans ces objectifs opérationnels. L'écriture même d'un projet semble remise en question, car elle a une influence néfaste autant pour le commanditaire (DDASS, ARH) que pour le porteur de projet (intégrer les critères méthodologiques de l'écriture d'un projet et de sa présentation en commission).

En 2003, une instance d'évaluation, issue du Comité Régional des Politiques de santé, a accompagné les évaluateurs au cours des différentes phases de leur travail, afin de suivre et valider leur activité.

Le nombre de projets de portée régionale a diminué (24% en 2000, et aucun en 2001), alors que les projets étaient nombreux dans le département du Nord (70% en 2000 et 57% en 2001).

C'est sur le dernier volet de l'objectif général numéro 3 du PRAPS 1, que nous nous arrêterons, car ce volet est à l'origine du projet de formation action développée dans la région Nord Pas de Calais dès la fin de l'année 2002.

Conformément aux instructions nationales<sup>13</sup>, le PRAPS.2 Nord Pas de Calais vient d'être finalisé.

Le PRAPS 2 ne modifiera pas substantiellement la nature et le contenu des actions de prévention et promotion de la santé telles qu'elles sont mises en œuvre depuis plusieurs années.

Le PRAPS 2 de la région Nord Pas de Calais<sup>14</sup> a ainsi inclus dans son 3<sup>ème</sup> objectif général la formation Santé Mentale Précarité, en tant qu' «outil destiné à faciliter l'articulation entre les secteurs santé mentale et secteur social». Il est mentionné que le « coordonnateur local du PTS est membre du réseau ainsi formé depuis la formation action, réseau auquel il apportera son soutien logistique et son expertise ».

---

<sup>13</sup> circulaire DGS du 19 février 2002 relative aux PRAPS de seconde génération

<sup>14</sup> PRAPS 2 du Nord Pas de Calais

## 1.2.4 Histoire récente de la psychiatrie

### A) L'ouverture du « secteur fermé » de psychiatrie en France

Depuis les années 1990, une nouvelle population de malades mentaux a fait irruption en ville, résultant de l'ouverture des asiles psychiatriques <sup>15</sup>.

Ces personnes manquant de repères sociaux, sont davantage exposées à la précarité et l'exclusion.

Jusqu'en 1990, les malades mentaux étaient admis en hospitalisation en application de la loi du 30 juin 1838 relative aux aliénés.

En 1990, la loi concernant les hospitalisations sous contrainte, indique que tout malade qui échappe à ce dispositif est considéré comme libre, ce qui signifie implicitement l'ouverture des asiles psychiatriques et la fin des services fermés.

Une nouvelle population de malades mentaux arrive dans la rue, et s'efforce de se mêler aux biens portants, s'insérer dans le tissu social. La fin de l'enfermement représente un important traumatisme psychologique générateur d'une déstabilisation des patients, habitués à une assistance médico-psycho-sociale totale durant le séjour en hospitalisation sous contrainte.

Les malades mentaux présentent un véritable handicap social car ils peinent à réapprendre une existence au sein de la société civile.

Ces nouvelles dispositions ont fait l'objet d'une mise à jour du Code de la Santé Publique – CSP – en 2000 : la nomenclature, concernant les hospitalisations sous contraintes définies en 1990, est reprise dans l'annexe à l'ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000. Le CSP donne la description des 2 types d'hospitalisations sous contrainte : hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office. Ces 2 modalités obligent dans les 24 heures qui suivent l'hospitalisation, le directeur de l'EPSM à adresser au préfet, un certificat médical motivé mentionnant ou non la nécessité du maintien en hospitalisation. Ces hospitalisations sous contrainte doivent être réalisées dans des établissements psychiatriques habilités par le Préfet pour recevoir ces malades.

---

<sup>15</sup> Loi du 27 juin 1990 relative aux hospitalisations sous contrainte

Par ailleurs du côté social, la circulaire du 21 mars 1995 préconisait : « les centres d'hébergement et de réinsertion sociale - CHRS - doivent mener une action en vue de pourvoir d'une manière générale aux besoins des personnes accueillies, notamment dans le domaine de la santé » . Des postes de psychologues ont été prévus dans les structures d'accueil social.

En ce qui concerne les représentations de la maladie mentale, elles n'ont guère évolué, et souffrent du syndrome de l'invariance dans la population générale, ce qui pénalise la priorité donnée aux politiques nationales de santé mentale. On constate que la maladie mentale contribue fortement à l'exclusion, du fait d'une persistance durable des connotations négatives<sup>16</sup> exprimées par le public : le fait d'avoir connu un fou, ou d'en avoir eu un dans sa famille, ou encore d'avoir eu soi même des troubles dépressifs ne change rien. Le fou et le malade mental sont ceux qui relèvent de la psychiatrie, que seule la psychiatrie peut réparer.

La schizophrénie atteint 4.4% des personnes sans abri depuis plus de 5 ans, alors qu'elle ne touche que 1% des individus en population générale<sup>17</sup>.

## B) La psychiatrie en Nord-Pas-de-Calais

L'agence régionale de l'hospitalisation ARH, est entrée en action en Mars 1997, elle fait l'amer constat de la vétusté du parc hospitalier en psychiatrie, vétusté préoccupante autant sur le plan physique (murs décrépis, délabrement, situation défavorable des services de psychiatrie par rapport aux autres services dans les hôpitaux généraux), que sur le plan de l'organisation des soins (persistance de la psychiatrie asilaire).

La psychiatrie de la région faisant figure de parent pauvre de la médecine, comme souvent en France, il est décidé au nom de l'égalité citoyenne, et de la dignité humaine qu'une action d'envergure doit lui être consacrée.

---

<sup>16</sup> Les cahiers hospitaliers, nov 2004 « les représentations de la maladie mentale dans la population »

<sup>17</sup> Enquête de l'INSEE « Handicap Incapacité Dépendance HID » 1998-2001

## 1.3 Emergence du concept de souffrance psychique dans la population précarisée

### 1.3.1 Définir et représenter la précarité

#### A) Définition (s) de la précarité

La précarité ne qualifie pas un groupe social, mais fait appel à un processus de fragilisation, selon le père Joseph Wresinski, [ATD Quart Monde] : « la précarité est l'absence de une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires, et jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de ré - assumer ses responsabilités et reconquérir ses droits par soi même, dans un avenir prévisible »

Les PRAPS de 2<sup>ème</sup> génération<sup>18</sup> ont précisé la définition de la précarité, il s'agit des personnes « bénéficiaires des minima sociaux » i.e. allocation parent isolé (API) ; revenu minimum d'insertion (RMI) ; allocation adulte handicapé (AAH). La grande précarité concerne les « personnes ayant des problèmes de domiciliation », elle regroupe les sans domicile fixe, les personnes hébergées dans les CHRS, et les personnes en errance.

Les deux catégories de précarité présentent une problématique d'accès à l'information, aux droits, aux soins, et aux besoins fondamentaux (logement, alimentation, santé physique, et psychique).

Par ailleurs, la précarité est décrite par un état d'immédiateté, une incapacité à se projeter dans un avenir proche, en particulier pour les actes simples de la vie quotidienne.

D'après le rapport triennal de 1998 du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) , un nombre croissant de ménages vit dans une situation d'instabilité sociale, fragilisé par les mutations socio économiques. Cette perte des sécurités économiques, sociales et familiales pourrait concerner 20 à 25 % de la population résidant en France ; le passage de la pauvreté à l'exclusion sociale devenant alors de plus en plus fréquent.

---

<sup>18</sup> évaluation nationale de la 1<sup>ère</sup> génération des PRAPS, document DGS de juillet 2003

Le HCSP mentionne que la dégradation des conditions de vie risque de conduire à un sentiment de dévalorisation entraînant une souffrance psychique qui s'oppose au maintien en bonne santé.

Le Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion sociale -CERC-estime en 2004 à 1 million le nombre d'enfants pauvres en France.

## B) Représentations sociales de l'exclusion

Elles sont entachées péjorativement. Le rapport de l'observatoire de la pauvreté en 2001 montre que<sup>19</sup> la pauvreté s'est accrue depuis le milieu de 2001. Les associations implantées sur tout le territoire signalent un durcissement des situations d'exclusion. L'opinion publique devient plus sévère, attribuant plus souvent qu'avant les difficultés de leur existence à la responsabilité des individus eux même.

Comment ne pas voir dans cette évolution la résultante de l'absence de « pédagogie sociale » dont les acteurs sociaux sont responsables mais en premier lieu les pouvoirs publics, qui loin de tenter de les infléchir ont semblé conforter de tels jugements.

« C'est peut être en se mêlant au reste du milieu associatif<sup>20</sup> que les groupements d'usagers de la psychiatrie peuvent faire avancer la reconnaissance sociale de leurs membres.../...il faut tenir compte du cloisonnement des citoyens selon leurs rattachements institutionnels : le monde extérieur ignore l'émergence de ce courant associatif dans la psychiatrie... »

### 1.3.2 L'avis du Haut Comité de Santé Publique

Durant les années 1990, plusieurs définitions des exclus étaient en vigueur, essentiellement par opposition aux inclus du système social ; elles ont construit une image de passivité de la personne précaire.

Les représentations sociales de la pauvreté ont évolué avec les époques : la misère suscitait dans la société d'autrefois un sentiment de compassion, et donnait lieu à des œuvres de charité. Les associations caritatives ont perduré, elles se sont institutionnalisées.

---

<sup>19</sup> FNARS, dossier de presse 22/06/2004, site internet <fnars.org>

<sup>20</sup> dialogue avec Antoine Lazarus « un autre regard » in *Economie et Humanisme*, N°339, p.74, Déc.1996

Dans la société de consommation actuelle, la pauvreté est regardée maintenant comme une image de passivité répréhensible, inapte à se prendre en charge. La réinsertion des exclus dans la société est désormais placée entre les mains des professionnels du social. Ceux-ci agissent souvent à la place des personnes, sans elles, parfois sans tenir compte de leurs désirs, évitant de les considérer comme des sujets actifs ; ce qui creuse l'exclusion, et creuse le fossé.

Les personnes précaires placées en situation d'assistance, sont stigmatisées dans un état de dépendance par rapport au système social, plus que par rapport au système sanitaire.

Récemment les pouvoirs publics et les autorités sanitaires ont pris peu à peu conscience de la précarité, amplifiée par le déclin industriel et commercial, et en ont fait une priorité.

Le Haut Comité de Santé Publique – HCSP – publie dans un rapport en février 1998<sup>21</sup>, les conclusions du groupe de travail ayant réfléchi à la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Le HCSP estime que la souffrance psychique est dans le domaine de la santé, le symptôme majeur de la précarité et que son ampleur ne peut être ignorée dans la mise en place de dispositifs de prise en charge médico sociale. D'autre part, le HCSP insiste sur la nécessité de lutter contre la précarité de l'emploi et contre la dégradation des conditions de travail et de la santé au travail, en priorité à l'égard de la jeunesse.

L'environnement au travail est identifié par l'OMS en 2000, comme l'un des déterminants de santé de la population.

Enfin, le HCSP demande la mise en œuvre de la CMU sous simple condition de résidence, afin d'alléger la démarche vers l'accès aux soins.

L'amélioration de l'accès aux services médicaux et sociaux faisait partie des objectifs du rapport 1994 du HCSP, dans le cadre de la sécurité sanitaire des personnes précarisées.

Le Pr Darcourt<sup>22</sup> a insisté sur l'indispensable dialogue entre équipes de psychiatrie et travailleurs sociaux, moyen efficace pour dédramatiser et analyser en commun des situations souvent confuses et angoissantes.

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, un appel à projet de formation professionnelle est lancé pour mener une action proche des réalités, qui s'adresse aux acteurs de terrain.

---

<sup>21</sup> La Santé en France en 1998, rapport du HCSP

<sup>22</sup> « Précarité et troubles psychiques, quelle politique ? » Guy Darcourt, Pratiques en santé mentale n°1.2000

### 1.3.3 Mal être et malaise malgré les nombreuses politiques sociales

Les personnes précaires sans antécédents psychiatriques expriment, ou plutôt n'expriment pas une « souffrance cachée » que le rapport LAZARUS en 1995 dévoile et souligne. Malgré les efforts des politiques à l'œuvre : insertion sociale individuelle, intégration des quartiers en difficulté, accompagnement personnalisé et développement social ; tous les professionnels du médical et du social se heurtent à un problème nouveau, mal identifié, pesant, perturbateur.

Les salariés en situation de précarité ne sont pas dupes, ils sont nombreux à juger sévèrement les politiques de l'emploi menées par les gouvernements successifs et restent sceptiques face aux actions d'insertion tant ils y voient un risque d'accroissement de la précarité<sup>23</sup>.

Il s'agit du problème de la souffrance psychique, du mal être d'un nombre croissant de personnes considérées jusque là comme des victimes du système économique et social . C'est sur l'idée des exclus du social qu'ont été basées la plupart des politiques de réduction des inégalités.

L'UNAF (union nationale des associations familiales) déplore un amalgame entre politique sociale et politique familiale au détriment des familles modestes<sup>24</sup>.

Ni les outils de diagnostic, ni les moyens d'intervention classique n'ont répondu à l'attente des professionnels car le symptôme de souffrance psychique n'est pas une maladie .

Or la souffrance psychique peut induire des soins coûteux , générer un fort malaise chez les intervenants qui se sentent impuissants , dépasser le cadre de l'intervention sociale professionnelle et donc faire appel aux spécialistes psychiatres .

L'Observatoire National de la Pauvreté <sup>25</sup>, dans son troisième rapport rendu public le 8 avril 2004, montre que le taux de pauvreté a été divisé par deux en trente ans d'observation mais soutient que la hausse du chômage et la réforme de l'indemnisation des demandeurs d'emploi risque de retourner la tendance. Après deux années de baisse, le nombre des RMIstes est reparti à la hausse (+14% en 2002, +4.9% en 2003).

---

<sup>23</sup> Serge PAUGAM « le salarié de la précarité » p.381. PUF 2000

<sup>24</sup> Commission famille, vulnérabilité, pauvreté, du Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille : « *Au possible, nous sommes tenus* », Martin HIRSCH ,avril 2005,

<sup>25</sup> Bertrand Bissuel :« Après trente ans de recul, la pauvreté menace de regagner du terrain », quotidien *Le Monde* du samedi 10 avril 2004

« Chaque fois que l'Etat – providence vote une loi restreignant l'accès aux services publics, ou abandonne des « avantages sociaux » sous la pression du patronat, ou des nécessités économiques ou du « trou de la sécu », chaque hausse du billet SNCF, chaque fermeture d'un bureau de poste à la campagne, chaque délocalisation d'une entreprise française, chaque absorption par un conglomérat international, chaque « plan social » provoquant des licenciements.....entraîne des souffrances psychiques ou d'amour propre, des malaises à vivre, de la dépression, une atteinte à la fierté ouvrière, une honte à être inutile, qui facilitent l'apparition d'une manifestation somatique « exprimant » ce que le corps a enduré à force de devoir se taire et subir »<sup>26</sup>

Notons l'importance primordiale de la redistribution sociale pour la survie des ménages : si les minima sociaux n'existaient pas , la proportion des ménages précaires doublerait.

Désormais couverts par les ASSEDIC sur des périodes moins longues, certains demandeurs d'emploi vont basculer plus tôt vers les minima sociaux.

La proportion de pauvres s'est accrue dans certaines tranches de population (famille monoparentales, adultes handicapés, personnes âgées...), il s'agit du constat de tous les pays développés.

#### **1.3.4 Exclusion et difficultés de communication orale**

Les personnes précaires se retrouvent peu à peu dans une situation d'exclusion, car la rupture du lien social, la diminution progressive des relations aux autres, atténuée parallèlement la densité du langage, la parole se perd, se raréfie confinant la personne dans l'isolement et amenant le sentiment d'exclusion. Le seul mode de communication des personnes en situation de précarité , comme de tout être humain d'ailleurs étant représenté par le langage à condition qu'il soit pratiqué régulièrement pour être intelligible et remplir son rôle de vecteur d'échange entre les personnes, fait justement défaut. Ainsi le fondement de la souffrance psychique réside dans la perte progressive du langage parlé, véhicule du lien social....

La désespérance de ne plus être en mesure de fabriquer un lien de dialogue avec l'autre, renforce cette souffrance qualifiée de psychique.

La souffrance psychique qui exprime principalement le désespoir d'une personne, en réaction aux aléas de la vie professionnelle ou privée, aura des répercussions

---

<sup>26</sup> Contacts Santé-n°202-mars 2005 « inégalités sociales et santé » J.J.Lottin

envahissantes et parfois de façon démesurée dans la sphère psychique jusqu'à faire perdre le sens commun (...)

Une vraie dépression se soigne avec des soins appropriés, une désespérance se soigne par la disparition de ses causes<sup>27</sup>.

### **1.3.5 Le cas des femmes**

Le système est devenu à ce point pervers que chez les femmes par exemple le versement de minima sociaux comme l'APE (allocation parentale d'éducation) mis en place en 1985 suivi en 1994 d'une extension d'allocation au 2<sup>ème</sup> enfant, représente de facto une mesure de politique de l'emploi, bien que présentée comme une politique familiale. Or, le bénéfice de l'APE contribue à retirer du marché du travail un nombre non négligeable de femmes pour qui la reprise d'activité sera rendue encore plus difficile.

Pour expliquer la précarité des femmes, nous noterons que le taux d'activité des femmes n'a cessé de croître depuis les années 1970, dans un contexte de dégradation générale de la situation de l'emploi, au prix d'un taux de précarité et de chômage bien supérieur aux hommes. Cet accroissement étant dû à la progression de formes particulières d'emplois (formes de travail précaire et de sous emploi) et ce, davantage chez les femmes que les hommes, victimes de la déréglementation néo libérale du rapport salarial.

## **1.4 Mise en place du projet de formation-action**

Dans le cadre du PRAPS un appel à projet a été lancé pour élaborer une formation destinée aux professionnels du secteur santé mentale et du secteur social.

Un cabinet prestataire sis à Lille, a ainsi été sélectionné pour ses compétences en matière de montage des formations professionnelles. Un projet ad hoc destiné à couvrir géographiquement la totalité de la région Nord Pas de Calais, a pu être conceptualisé.

### **1.4.1 Les constats**

Le groupe de travail d'élaboration du PRAPS 1, a permis de faire participer toutes les forces vives régionales, souhaitant collaborer à la lutte contre l'exclusion. Ce groupe de

---

<sup>27</sup> Katia Rouff « la dépression est une maladie, pas l'exclusion ! », Forum social du Jeudi, 28/03/2002

travail piloté par deux coordinateurs régionaux, l'un à la DDASS du Nord, l'autre à la DDASS du Pas de Calais, était composé des représentants suivants :

- La Caisse Régionale d'Assurance Maladie,
- La DRASS du Nord Pas de Calais
- La FNARS
- Le Conseil Général du département du Nord et celui du Pas de Calais
- Le dispositif Diogène
- L'union nationale des centres communaux d'action sociale (CCAS)
- Le Centre Hospitalier Régional Universitaire – CHRU- de Lille
- La Fédération Hospitalière de France
- La Maison Régionale de Promotion de la Santé, sise à Lille

Le groupe de travail du PRAPS 1 a mis en évidence les constats suivants :

a. Une forte proportion des personnes en situation de précarité présentent une souffrance psychique, qui semble insuffisamment prise en considération par les travailleurs sociaux, par défaut d'orientation vers le secteur santé mentale

Parallèlement, une fréquence préoccupante de la dimension « exclusion – précarité » a été mise en évidence au sein des unités de soins psychiatriques, parmi les patients suivis. Cet élément d'information n'apparaît pas suffisamment pris en compte de la part des soignants et se retrouve dans un défaut d'orientation des exclus et des précaires vers les professionnels du social.

b- L'insuffisance de prise en charge sanitaire et sociale des personnes précaires, la non coordination des mesures entraîne un effet pervers : les personnes précaires se retrouvent souvent au milieu du gué, après un rejet par le secteur social d'une part et par le secteur sanitaire d'autre part.

A l'inverse, il peut exister un excès de prise en charge : les personnes précaires peuvent se sentir dans une situation de dépendance vis à vis du système médico social - « on s'occupe de vos problèmes »- et constater que leur liberté est presque « confisquée ». De là, naît une souffrance psychique qui contribue à aggraver les difficultés de réinsertion sociale.

c- Cette souffrance psychique doit être mieux entendue et identifiée

La question a porté sur les méthodes de connaissance à appliquer pour évaluer la place du savoir dans l'identification des groupes de populations, la définition du trouble, et enfin

les modalités de la prise de décision. Ensuite, le groupe de travail s'est interrogé sur les propositions immédiates à formuler .

#### 1.4.2 Naissance du projet

Pourquoi la formation action santé mentale précarité a-t-elle vu le jour spécifiquement dans la région Nord Pas de Calais ?

Un faisceau de circonstances ayant trait d'une part à l'organisation de l'offre de soins en santé mentale dans la région , et à la conjoncture budgétaire favorable d'autre part, permet d'éclairer la naissance du projet de formation.

a.

La 1<sup>ère</sup> CRS, a fait de la «santé précarité » l'une de ses priorités, au regard des problèmes sociaux de la région.

b.

Sur le plan financier, l'enveloppe globale du SROS 2. (1999- 2004) s'élevait à 250 millions d'euros, ce qui laissait des marges de manœuvres suffisamment larges pour que l'ARH puisse consacrer une part importante à la psychiatrie : 47 millions d'euros sur 5 ans. A titre de comparaison, cette somme équivaldrait à l'heure actuelle à un échelonnement sur douze années !

c.

De 1998 à 2003, les régions où les besoins étaient supérieurs à l'offre de soins ont bénéficié de la péréquation. Les masses budgétaires attribuées aux Etablissements de santé mentale –EPSM - leur ont permis d'investir dans la rénovation des murs, la réorganisation du système de prise en charge au bénéfice des structures légères du champ sanitaire (hôpital de jour, appartement thérapeutique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)).

d.

En l'an 2000, un séminaire s'est tenu à Valenciennes, sud du département du Nord, sur le thème « les pouvoirs publics et la psychiatrie », et a rassemblé un large public venant du monde politique, du Secteur Santé Mentale et du Secteur Social . Le débat a porté sur la nécessité de faire converger les différentes actions sur l'utilisateur (personne précaire, en

souffrance psychique). En effet il existait depuis fort longtemps un éloignement entre les secteurs psychiatrique et social, ce qui faisait naître des fantasmes, et des théories erronées parmi les professionnels de terrain.

Dès le 2<sup>ème</sup> SROS, la psychiatrie a fait l'objet en Nord-pas-de-Calais d'un volet spécifique du SROS, essentiellement défini sur des critères sanitaires. En conséquence, le 2<sup>ème</sup> SROS (1999 – 2004) mentionne alors dans ses priorités : « prendre en compte la santé mentale des populations précaires »

e.

En même temps, apparaît le 1<sup>er</sup> PRAPS, qui balaye une vision beaucoup plus globale, en considérant à la fois la dimension sociale et la dimension sanitaire de la précarité.

Un effet d 'entraînement s'est produit entre les objectifs du PRAPS 1 , et la mise en œuvre du 2<sup>ème</sup> SROS, lequel est devenu sensiblement plus concerné par la question sociale que le SROS 1.

f.

A cette conjoncture favorable, s'est ajoutée la mise à disposition des masses budgétaires mentionnées plus haut. Les EPSM ont été à même de répartir cette manne en adhérant à une démarche davantage axée sur la souplesse de la prise en charge en psychiatrie ambulatoire. Parallèlement le PRAPS avait la possibilité de financer entièrement la formation action sans aucun impact sur le budget dévolu aux EPSM.

L'assemblée générale du PRAPS en 2001 a relevé que 20% des dossiers déposés concernaient la souffrance psychique, elle a alors validé la nécessité d'une formation commune sur cette thématique pour les acteurs de terrain du Secteur santé mentale et du Secteur Social.

Dans ce contexte, il devenait nécessaire que les personnes des tutelles en charge des différents dossiers sachent s'emparer de cette opportunité.

Le groupe de travail de suivi du PRAPS animé par un médecin inspecteur de santé publique de la DDASS du Nord a établi un cahier des charges pour une formation.

Un Cabinet Prestataire a conceptualisé un programme de formation- action, innovant qui a été retenu.

Nous nous proposons d'énoncer ci après les objectifs de départ qui ont été arrêtés pour la formation santé mentale précarité.

### **1.4.3 Objectifs de la formation**

La formation santé mentale- -précarité est destinée aux acteurs du secteur psychiatrique et ceux du secteur social ; ses objectifs sont :

- Permettre aux personnes accueillantes en secteur social, de dédramatiser la rencontre avec les personnes ayant des problèmes de santé mentale, en leur donnant un soutien méthodologique
- Permettre aux équipes soignantes du Secteur santé mentale de mieux prendre en compte la précarité et le partenariat avec le secteur social dans le suivi des patients.
- Faciliter l'articulation entre le Secteur santé mentale et le Secteur Social
- Engager la mise en réseau sur un territoire donné des participants et de leurs structures
- Elaborer des outils communs

La formation s'est donnée pour objectif de *résoudre la méconnaissance réciproque des dispositifs et des compétences* de chacun de ces 2 groupes de professionnels du secteur sanitaire de psychiatrie et secteur social..

La formation est destinée à contribuer à induire des modifications dans les habitudes de travail des uns et des autres dans le but de fédérer un mode de travail en réseau. L'objectif ultime réside dans la maturation de réseaux de professionnels interactifs en précarité – santé mentale, les dispositifs existants étant appelés à faire « tâche d'huile », entraînant l'élargissement du réseau.

Nous présentons maintenant l'organisation de la formation dans l'espace et le temps ; sélection des participants, puis méthodologie suivie dans la région Nord-Pas-de-Calais.

### **1.4.4 Description des participants à la formation professionnelle**

IL s'agit de professionnels oeuvrant dans les secteurs sanitaires de psychiatrie ou dans les structures sociales d'accueil et d'hébergement (CHRS, CCAS, UTPAS), auprès des publics précaires. Les participants ont été informés de l'existence de la Formation Santé Mentale Précarité via leur chef de service à qui l'invitation avait été expédiée par les services de la DDASS.

Les professionnels engagés sont majoritairement des assistant(e)s sociaux(les), des éducateurs, des infirmier(e)s. La plupart ont suivi la formation en intégralité, quelques abandons ont eu lieu pour cause de maladie, maternité, changements de postes, très peu pour mécontentement ou déception.

#### **1.4.5 Méthodologie et calendrier de l'action formation**

Le territoire concerné par cette formation est celui de la région Nord-Pas-de-Calais.

Le territoire est découpé en 60 secteurs de psychiatrie générale, d'environ 70 000 habitants chacun pratiquement comme sur le reste du territoire français.

Par ailleurs la région est découpée en 13 arrondissements, sur lesquels ont été constitués 15 groupes de 18 à 20 professionnels en nombre égal issus du sanitaire et du social.

Le comité de pilotage de la formation était composé d'un membre de l'ARH, un membre du conseil général de chaque département, et du conseil régional ; un représentant de la DRASS, de chaque DDASS, de la FHF (fédération des hôpitaux de France).

##### **A) Méthodologie**

Les principes généraux de la formation - action sont exposés ci après:

- désignation des coordonnateurs ;
- repérage des participants ;
- formation proprement dite incluant 3 modules de réunions de deux jours chacun , suivis plusieurs mois après de :
- un stage « croisé ». La mise au point du stage croisé a fait l'objet une organisation coordonnée entre les institutions et les chefs de services des champs sanitaire et social

Les principes opérationnels de la formation sont exposés ci après:

- mise en place d'un groupe de travail destiné à s'élargir pour devenir un groupe de pilotage
- définition précise des objectifs de la formation et son contenu
- calendrier et choix des premiers territoires
- critères d'inclusion des premiers stagiaires
- recherche d'un équilibre numérique entre le sanitaire et le social
- appel d'offre aux organismes de formation

- définition du profil de poste des coordonnateurs : l'un issu de la psychiatrie, l'autre issu du social.

Les coordonnatrices de la formation santé mentale - précarité constituent un pilotage bicéphale ; l'une issue de l'EPSM Lille Métropole à Armentières, et l'autre de la FNARS, à hauteur d'un mi-temps chacune.

## B) Calendrier

### *a. L'action*

La formation action se déroule en deux phases successives. La 1<sup>ère</sup> phase 2003 concerne 6 groupes d'une quinzaine de participants chacun, soit 100 professionnels inscrits en 2003. Chaque groupe comprend en nombre égal des acteurs du Secteur Santé Mentale et du Secteur Social.

C'est la première phase de la formation professionnelle que nous étudions dans ce travail, elle comprend les groupes constitués dans les arrondissements de Dunkerque, Boulogne, Béthune, Tourcoing, Valenciennes, et Lens.

Les sessions de formation des participants, prennent fin au 13 janvier 2004.

Leur parcours se poursuit ponctuellement par des séances de pilotage tous les deux à trois mois environ. Nous bénéficions aujourd'hui d'un temps de recul suffisant depuis l'achèvement de la formation, soit une année de mise à l'épreuve des acquis.

La deuxième vague 2004 concerne 9 groupes de taille équivalente, soit 150 professionnels inscrits en 2004. L'ensemble de la formation a été clôturé le 25/01/2005.

### *b. Le contenu de la formation*

La formation s'est articulée autour d'une conférence d'ouverture ; de 3 modules de formation théorique de 2 jours chacun, en intercalant entre le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> module un stage croisé de 5 jours ( les travailleurs sociaux bénéficient d'un stage en Psychiatrie, et les acteurs de la psychiatrie, d'un stage dans les structures d'accueil et d'hébergement social), et une conférence de clôture.

Les objectifs des modules théoriques étaient de dissiper les appréhensions, d'obtenir des moments d'expression, libre, de faire se construire les groupes sans entrave même si les participants ne savaient pas trop où cela les conduisaient. C'est au cours de ces journées que devaient être mis à plat les inévitables conflits sur les points de vue.

Ensuite, des « conventions de stage » ont été adressées aux directeurs d'établissements, afin qu'ils les transmettent et les fassent signer à leurs chefs de services, afin de permettre l'accueil des stagiaires.

### *c. La conférence régionale d'ouverture*

Le 29 avril 2003, ont été présentés le cadre institutionnel et réglementaire en matière de politique sociale : l'aide sociale pour l'hébergement ; la loi sur l'exclusion – LCE - ; la loi 2002-2 de Modernisation Sociale ; présentation des CHRS et de leur historique, leur évolution, le public accueilli, les missions. En matière de politiques sanitaires : la loi de 1990 (cf. 1.2.4.), historique de la psychiatrie, état des lieux de l'organisation territoriale. Etaient développées les thématiques de l'exclusion et de la santé mentale avec l'incidence de la précarité sur la santé ; et de la santé mentale sur la précarité ; le processus de précarisation et ses incidences au niveau de la relation public/professionnels ; l'exemple de l'expérience de la prise en charge commune du Centre Hospitalier et des structures d'accueil pour les personnes précaires à Montfavet en Vaucluse.

- Le 1<sup>er</sup> module de 2 jours a évoqué le thème « acquérir un langage commun »
- Le 2<sup>ème</sup> module de 2 jours traitait de : « travailler en réseau : changement des pratiques sociales »
- Le 3<sup>ème</sup> module de 3 jours s'attachait à : « Evaluation et perspectives »
- Entre le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> module s'est inscrit le stage croisé de 5 jours, au cours duquel chacun s'efforce de s'instruire de l'univers nouveau dans lequel il est plongé.

### *d. La conférence de clôture*

Elle s'est déroulée le 13 Janvier 2004 sous forme d'un forum des actions mises en place par les stagiaires. Les 6 groupes 2003 concernaient 92 professionnels, chacun des groupes représenté par son binôme psy-social, a exposé les pistes de travail commun validées au cours de la formation dans le groupe.

Nous avons assisté le 25 janvier 2005 au forum général de clôture de la formation des groupes 2003 et 2004. Une intervention très appréciée a été celle du Dr Jean Furtos , rédacteur en chef de la revue Rhizome, et directeur de l'ORSPERE<sup>28</sup>, fondé en 1996 pour aider les travailleurs sociaux à travailler avec les professionnels de la santé mentale. Il s'exprimait en ces termes : « il faut accepter de ne pas savoir ( à l'adresse des professionnels) ; un réseau qui fonctionne est toujours mécontent, ç'en est d'ailleurs l'aiguillon pour la poursuite du travail. » Mr Furtos s'est lancé dans un véritable

---

<sup>28</sup> Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion, situé au centre hospitalier Le Vinatier à Lyon

panégyrique de l'action formation, dont la pérennité à travers les réseaux naissants est un gage de succès.

Aujourd'hui, la formation est terminée, deux évaluations internes « chemin faisant » ont été réalisées (FNARS, Cabinet Prestataire), sur la base de questionnaires remis aux participants, remplis par eux, puis confiés aux personnes formatrices de ces organismes.

Notre travail s'inscrit en complément de ces évaluations et souhaite porter l'éclairage d'un médecin inspecteur de santé publique extérieur au processus, mais néanmoins désireux d'en extraire une réflexion guidée par la mission de conduite d'action de santé publique

A ce stade, notre **question de départ** dans le cadre d'un mémoire de Médecin Inspecteur de Santé Publique – MISP- , fait appel à l'évaluation de l'action de santé publique ainsi réalisée :

**« Le bilan de la formation santé mentale précarité permet-il de passer du modèle d'assistance aux personnes en situation de précarité, à un modèle d'activation des ressources et des compétences ? »**

#### **1.4.6 Discussion autour du principe d'évaluation**

L'évaluation de la qualité de vie à travers une action de santé publique, peut mesurer une fonction d'utilité collective ou individuelle<sup>29</sup> ; il est nécessaire de savoir ce que l'on veut faire ici, de la mesure de qualité de vie des personnes en situation de précarité. S'agit-il de repérer des améliorations ou des détériorations de la qualité de vie d'un individu telles qu'il les perçoit ? Ou s'agit-il d'analyser les effets de la qualité de vie perçue par un individu sur son comportement vis-à-vis d'une action de santé publique qui le concerne ?

Nous approchons ici , la complexité de l'enjeu de l'évaluation du PRAPS .

Ou encore s'agit-il de définir une politique de santé prenant en compte les préférences, en termes de qualité de vie, d'un groupe social ?

Le débat devient philosophique, opposant une morale téléologique qui cherche à trouver « le meilleur état possible des choses » pour un groupe social, à une morale déontologique qui met en avant la recherche du « devoir de la Société » envers chaque individu.

---

<sup>29</sup> Lily MOTO « santé et multidisciplinarité », Hermès, Paris , 1995, p.109

## A) L'articulation entre le sanitaire et le social

Le MISP se positionne dans une démarche d'évaluation d'action supposée favoriser l'articulation entre différentes institutions. La formation a pour vocation de décloisonner un système de santé habitué à prendre en charge séparément les divers problèmes d'une même personne. La prise en charge sociale de la personne précaire coexiste avec le traitement, par une équipe soignante de ses troubles psychiques, d'un autre côté.

Le cloisonnement institutionnel du social et du sanitaire, relève notamment de la séparation des enveloppes budgétaires :

- L'Etat finance les centres d'hébergement et de réinsertion sociale – CHRS-;
- Le Conseil Général finance les places SDF dans les plans grand froid
- Les communes financent les centres communaux d'accueil social ou CCAS .
- L'Assurance Maladie finance le secteur sanitaire et psychiatrique.
- Certaines structures - foyers à double tarification appelés maintenant Foyers d'Aide Médicalisée - ont un financement conjoint Etat-Assurance Maladie

Le secteur sanitaire comprend les structures extra hospitalières : CMP ; centres de crises ; appartements associatifs ; centres de consultations et de soins ; centres d'accueil permanent ; visites à domicile ; placement familial.

Le secteur sanitaire comprend également ce qui concerne la réinsertion sociale : appartements thérapeutiques ; établissements sociaux ; foyers de post cure ; CATTP ; ateliers thérapeutiques ; autres structures médicales de réinsertion.

Au regard du cloisonnement des tutelles, une mise en commun mieux coordonnée est attendue en termes de moyens dans le but d'assurer la prise en charge de la personne nécessitant soins psychiatriques et accompagnement social.

## B) Analyser l'articulation psychiatrie - social

La démarche tend à répondre aux questions suivantes : pourquoi veut-on évaluer une action ? Qu'attend-on d'une évaluation ? Que va-t-on évaluer ?

### *a. Analyser la formation - action c'est tendre vers son évaluation*

L'évaluation des actions de santé est une attente légitime des responsables institutionnels et administratifs : outre le bon usage des fonds, il s'agit d'attester que les actions sont utiles et efficaces pour la promotion de la santé des publics concernés.

Nous n'aborderons pas l'aspect budgétaire de la formation – action.

L'action formation Santé Mentale Précarité, a fait l'objet d'une évaluation quantitative, prévue par l'organisme de formation prestataire dans le cadre d'enquête de satisfaction menée par questionnaires auprès des membres de chaque groupe. Nous quantifions les degrés d'appréciation en comptabilisant les réponses apportées, afin d'obtenir une image photographique de l'opinion des personnes enquêtées.

Cette photographie est ensuite précisée par les entretiens individuels, réalisés dans le cadre de notre enquête qualitative demandée par ce mémoire de MISP.

### *b. Qu'attend on d'une évaluation ?*

La démarche actuelle d'action de santé publique appelle une étape évaluation placée en fin de programme, c'est une étape obligatoire<sup>30</sup> et indispensable, nécessaire pour apporter un nouvel éclairage sur les objectifs généraux et opérationnels listés en début de programme.

En 1996, l'évaluation a trois caractères : normatif (comparaison des résultats à des normes pré établies), cognitif (permet de connaître le résultat d'une action), et instrumental (susceptible d'être utilisé pour améliorer et affiner les objectifs de départ, aide à la décision). Actuellement, une 4<sup>ème</sup> dimension à caractère « démocratique » s'est ajoutée.

Ici deux bilans ont été réalisés, par la coordinatrice FNARS Nord-Pas-de-Calais, et par la coordinatrice EPSM Lille Métropole. Nous disposons également de l'évaluation, prévue et effectuée par l'organisme de formation prestataire.

Nous n'avons pas la prétention de réaliser une quatrième évaluation, mais le bilan de l'action dans un but cognitif.

---

<sup>30</sup> décrets du 22 janvier 1990 et du 18 nov 1998 relatifs à l'évaluation des politiques publiques

Le MISP, stagiaire en DDASS, bénéficie d'une position d'observateur vis-à-vis d'une action de santé publique achevée, et avec une année de recul depuis la fin des différents modules. Le MISP que je suis va rencontrer pour la première fois les participants et les personnes ressource, avec le bénéfice du regard neuf. Ce regard neuf doit impérativement le rester, pour garantir une approche sans parti pris des enquêtés.

Le bilan de l'action a pour objet d'apprécier la qualité du lien (absence, insuffisance, lien actif) entre les acteurs du secteur santé mentale et du secteur social, existant avant la formation, et ce qu'il devient un an après.

### *c. Objet de l'analyse*

Notre objet est d'analyser les résultats constatés en termes de processus suivi (outils, méthodes), de ressenti des participants, d'appréciation des responsables de CHRS et des services de psychiatrie à l'égard des modifications apportées par l'impact de la formation croisée ; et enfin l'appréciation des coordonnateurs.

Les effets objectivement repérables de la formation peuvent être : les changements de comportements ayant entraîné une amélioration de la prise en charge des personnes précaires, autant dans le secteur santé mentale que le secteur social, ainsi qu'une amélioration de la collaboration des 2 secteurs. Cet effet est à analyser pour répondre à l'attente des responsables institutionnels.

En matière de PRAPS, il n'est pas encore possible de recueillir des indicateurs de résultats en terme d'impact sur l'état de santé ou la situation sociale des publics précaires (évaluation nationale des PRAPS 1 , faite en 2003). C'est pourquoi notre propos porte sur les représentations sociales, et les pratiques professionnelles des acteurs intervenant auprès des publics précaires.

### *d. Mécanismes internes du bilan de la formation, indicateurs*

IL s'agit notamment des processus micro sociaux induits<sup>31</sup> par l'action de formation

---

<sup>31</sup> Petit guide de l'Évaluation des politiques de santé, Conseil scientifique de l'évaluation. mai 1996

Il s'agit de rechercher quels sont les effets d'apprentissage, et de liaison ; et quelles sont les modifications qualitatives du comportement des acteurs, la mobilisation de ressources humaines jusque là inemployées...

Le bilan que nous présentons a une finalité d'apprentissage et de mobilisation : on espère contribuer à la formation (enrichir la connaissance) et à la motivation des agents du secteur sanitaire, et leurs partenaires (du social), pour les aider à comprendre les objectifs de la formation.

Les acteurs et leurs partenaires ne feront de cette formation action une « going concern », c'est à dire une affaire qui marche, et dans le bon sens, que s'ils se sentent adaptés, motivés, efficaces.

De nouveaux indicateurs sont à découvrir pour avoir une appréciation correcte du gain, dans les effets cités ci-dessus.

Les indicateurs que l'on va rechercher dans l'analyse transversale des entretiens sont :

- Le gain en qualité de formation professionnelle sur la thématique , évalué selon la divergence de point de vue de l'enquête modulé par sa position dans l'action formation. Par exemple un chef de structure, avec le recul de sa posture hiérarchique aura une vision plus globale des pratiques dans son service, et de leur cohérence.
- La qualité de l'articulation : recherche d'un effet concret, mise au point d'un outil spécifique, fruit de cette articulation entre le secteur santé mentale et secteur social. L'effet concret sera mieux appréhendé par les participants que par les personnes ressource, car directement confrontés aux problèmes d'orientation des personnes.
- L'évolution des représentations sociales, évaluée selon le vécu lors du stage croisé.
- L'évolution des relations humaines horizontales et verticales. Ces dernières sont les relations hiérarchiques, dont la mesure de la qualité peut être appréciée par exemple par un turnover rapide du personnel, signe de malaise parmi les membres du personnel.
- Il est intéressant d'apprécier l'adéquation du contenant au contenu : la population accueillie l'est elle au bon endroit, y a-t-il inadéquation ?
- L'existence d'une communication orale : est on en mesure d'affirmer que le langage commun est adopté ?

- Les perspectives en général et celles existant dans le Secteur Santé Mentale et le Secteur Social : l'enquête peut-elle prendre du recul par rapport à l'action formation ?
- Préciser quelle priorité est accordée à chaque question, en fonction des retombées attendues de l'information disponible.

C) Expliciter les choix et les limites de l'évaluation

Nous évoquons ici le point de vue du médecin inspecteur de santé publique, qui s'attache à estimer le degré de réalisation des objectifs initiaux.

*a. Limites de l'évaluation, liées à la méthodologie de notre enquête*

Dans l'évaluation des actions du PRAPS 1., le projet de mesure de la qualité de vie des personnes précaires ayant bénéficié de l'intervention des équipes de psychiatrie et des professionnels du social après que ceux-ci aient expérimenté le programme complet de formation, envisageait la réalisation d'une enquête auprès du public cible, certes représentative sur l'impact d'une action sur la population intéressée, mais trop lourde matériellement.

Cette enquête d'évaluation ne pourra avoir lieu avant plusieurs années, délai nécessaire pour donner une estimation de l'impact de la politique menée dans le cadre du PRAPS<sup>32</sup>.

*b. Limites de l'évaluation, liées au nombre de personnes rencontrées*

Le nombre d'entretiens a été volontairement réduit du fait d'un manque de disponibilité de l'enquêteur MISP, ou bien du fait d'une volonté d'écarter de notre liste les professionnels s'étant désistés en cours de formation.

L'échantillon n'est pas représentatif, et aucune vraie grille d'évaluation n'a été réalisée.

Nous limitons notre étude à une analyse des fragments de discours des enquêtés rencontrés en entretiens.

---

<sup>32</sup> DGS : Rapport d'évaluation nationale des PRAPS 1. juillet 2003

## **2 RECUEIL DES DONNEES, ANALYSE**

### **2.1 Présentation de la méthodologie de notre travail**

Nous avons limité notre étude à la première vague de formation professionnelle engageant les 6 groupes mixtes constitués en 2003, afin d'avoir suffisamment de recul .

#### **2.1.1 Méthodologie de notre enquête**

Notre objectif est de tendre vers la construction d'une évaluation avant - après de la formation professionnelle, en se basant sur :

- L'appréciation exprimée par les participants, les formateurs, les coordonnateurs du programme, et les chefs d'établissements
- La confrontation des points de vue, analyse et synthèse
- La référence aux données quantitatives fournies par l'auto-évaluation demandée par le cabinet prestataire et les bilans des coordinatrices

Notre travail consiste en une démarche d'évaluation de l'action de santé publique ainsi identifiée, sur la base d'entretiens semi-directifs avec les enquêtés (personnes ressources intervenant à divers niveaux de l'action formation d'une part, et participants aux sessions de formation d'autre part).

Nous avons écarté d'emblée l'idée de mener une enquête de satisfaction auprès du public en situation de précarité, qui aurait apporté certes une plus value supérieure , en mesurant les effets propres de l'action sur la population cible. Le problème est que les effets réels demandent à être mesurés sur une plus longue échéance, environ une dizaine d'années.

Nous avons ainsi préféré enquêter auprès des professionnels du sanitaire et du social, afin de réaliser l'évaluation de l'impact de la formation sur les pratiques des acteurs de terrain intervenant auprès des publics précaires.

Nous nous limitons à la finalité sommative du processus d'évaluation, c'est à dire déterminer les effets d'une intervention pour décider s'il faut la maintenir, la transformer

de façon importante ou l'arrêter car nous ne pouvons respecter l'intégralité des finalités de tout processus d'évaluation<sup>33</sup> : d'ordre stratégique, formatif, sommatif, fondamental.

Onze entretiens ont été réalisés, sur les lieux de travail, leur durée moyenne a été de soixante quinze minutes. Il s'agit d'entretiens individuels sur le mode semi directif, cinq entretiens ont fait l'objet de prise de notes, six entretiens ont pu être enregistré sur cassettes.

Pour des contraintes de temps, notre enquête – participants n'est pas représentative des six groupes 2003 ; nous n'avons réalisé que 5 entretiens - participants. Nous avons pris le soin de sélectionner au hasard une personne à enquêter dans chaque groupe, le nom de ces cinq personnes ne sera pas communiqué.

Les entretiens ont été conduits selon une trame, appelée « guide d'entretien » de deux types différents, un guide réservé aux participants, l'autre réservé aux personnes ressources (voir en annexe).

La méthode d'analyse est thématique : une première lecture verticale est effectuée entretien par entretien au moyen d'une grille d'indicateurs (voir en annexe), commune à tous les entretiens. Cette grille utilise onze indicateurs thématiques que nous renseignons par des fragments de discours produits par la personne enquêtée ou des critères.

La deuxième lecture d'entretiens est transversale (grille en annexe), reprenant chacun des onze indicateurs thématiques, afin d'en extraire une illustration étayée par onze points de vue différents.

### **2.1.2 Détermination du choix des personnes interrogées**

Nous nous sommes intéressés d'une part aux personnes ressources (formateurs, coordonnatrices de la formation, coordonnateurs du PRAPS, responsable du Programme Territorial de Santé) et d'autre part aux participants aux sessions de formation.

Nous avons écarté volontairement toute possibilité d'entretien avec les personnes précaires ainsi qu'expliqué plus haut.

---

<sup>33</sup> Contandriopoulos et al. « L'évaluation dans la domaine de la santé : concepts et méthodes ». Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol.48-déc.2000,n°6

## A) Les participants à la formation santé mentale – précarité

Les bénéficiaires de l'action formation sont les professionnels impliqués dans le travail de terrain auprès des publics précaires, on les appelle « participants » à la formation par opposition aux personnes ressources.

La rencontre des participants est doublement instructive car elle informe sur l'aspect théorique de la formation professionnelle à travers le contenu des modules théoriques ; et d'autre part sur l'aspect pratique de la formation à travers le vécu ressenti lors des stages croisés.

Le « MISP enquêteur » adopte une approche éthique, non prescriptive, mais source de tourments, de remords et d'interrogations. Il oblige le sujet à prendre conscience de ce qu'il fait et à se questionner sur le bien fondé de ses actes<sup>34</sup>. La tâche s'avère plus ardue que l'entretien avec une personne ressource, car le MISP dépourvu de compétence sociologique reconnue, n'a pas toujours le désir de se soumettre à un questionnement infini susceptible de le paralyser lui et l'enquêté.

À partir des éléments repérés dans les entretiens, nous nous orientons d'une part sur les indicateurs susceptibles de démontrer qu'une formation est efficace et accessible aux participants, et d'autre part sur la capacité dont font preuve les participants à s'en emparer.

Nous cherchons également des indices, des clés renseignant sur les modalités d'accueil des stagiaires dans l'autre secteur.

## B) Les personnes ressources

L'entretien avec une personne ressource donne au MISP une indication sur l'importance de la place de chacun dans la chaîne d'événements, chacun apportant son caillou à l'édifice historique qui a conduit le projet de formation à naître.

La posture commande l'investissement dans la formation, et prend la forme soit de participation directe (chefs de structures sociales), suscitant enthousiasme et auto entraînement ; soit un rôle de coordination plus lointain (coordonnateurs du PRAPS), faisant référence en permanence à l'histoire de la santé publique dans la thématique précarité.

---

<sup>34</sup> VRANKEN, KUTY « la sociologie et l'intervention » p.303

La liste des personnes ressources enquêtées est consultable en annexe, pour les fonctions qu'elles occupent. Pour des raisons de confidentialité décidées en début d'entretien entre le MISP et elles, leurs noms ne sont pas communiqués.

## **2.2 Synthèse et analyse des entretiens**

### **2.2.1 Hypothèses de travail**

Se basant sur les données recueillies lors des entretiens, le bilan de cette formation permettra de tester les trois hypothèses suivantes :

1. La formation a permis une reconnaissance mutuelle des rôles et fonctionnements dans le Secteur Santé Mentale et le Secteur Social
2. La formation a permis de concevoir et mettre en œuvre des outils et procédures illustrant l'articulation entre le Secteur Santé Mentale et Secteur Social
3. Un an après l'issue de la formation, il est possible de repérer dans la région une nouvelle façon de prendre en charge la souffrance psychique liée à la précarité

Il est possible qu'un décalage se produise entre les hypothèses sur lesquelles nous pensions nous lancer au départ et les thèmes effectivement développés par les enquêtés.

### **2.2.2 Analyse des données de l'enquête**

Au regard de la lecture transversale des entretiens, nous dégagons les principaux thèmes suivants (voir en annexe la grille de lecture transversale) :

A) Les représentations sociales de précarité et santé mentale évoluent

*a. Montée de la précarité*

Depuis la fin de l'année 2001 et le début 2002, le panorama de la pauvreté a changé (rapport de l'observatoire de la pauvreté<sup>35</sup>), après une embellie de baisse du taux de

---

<sup>35</sup> Rapport 2003-2004 de l'observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, remis au Ministère de l'emploi, cohésion sociale et logement, article en ligne <<http://www.social.gouv.fr/htm/pointsur/onpes/>>

ménages pauvres de 1996 à 2001. Un chef de service social de CHRS exprime combien il se sent désemparé et relativement inquiet vis-à-vis de la demande nouvelle qui apparaît, ou plutôt la non demande dirigée vers les professionnels du social. Il décrit rencontrer des personnes de plus en plus abîmées, dans une désespérance intense, impressionnante, qui n'expriment pas de demande explicite de prise en charge, ou d'aide. Ce chef de service, qui raconte son expérience d'enfance malheureuse, reconnaît l'origine de son engagement précoce dans le travail social à l'âge de 20 ans. Il pensait se sentir plus prêt qu'un autre à affronter des situations sociales rudes; rôle qu'il estime avoir plutôt bien assumé jusqu'à ces dernières années, or il exprime sa souffrance à travers son impuissance actuelle.

Le constat de la montée de la précarité fait naître chez les travailleurs sociaux un sentiment de malaise auquel ils ne se sont pas préparés. Ce phénomène est mis en évidence en 1995 (rapport LAZARUS), il décrit la souffrance des intervenants confrontés aux publics précarisés, par un mécanisme de renversement des affects<sup>36</sup>.

Le malaise résonne davantage, face à ces situations de désaffiliation<sup>37</sup>, et de solitude de plus en plus marquée chez les publics précaires avec ou sans domicile fixe.

L'absence de demande explicitement formulée par des personnes en grande précarité, se traduit par ces remarques : « ils ne demandent rien » si bien que les infirmier(e)s de psychiatrie placés en première ligne, ne savent comment se mettre à leur écoute.

Depuis la dernière réforme de leurs études en 1992<sup>38</sup>, les infirmier(e)s ne disposent plus des deux diplômes distincts ( infirmiers de secteur psychiatrique, et infirmiers généraux de la fonction publique) , qui sont remplacés par un diplôme unique. .

Leur formation dispensée actuellement en IFSI -institut de formation en soins infirmiers- est essentiellement approchée sous un angle médical. Certains complètent cette formation par des formations type « la relation d'aide au patient », mais qui ne les prépare pas aux problèmes d'ordre social.

Les infirmiers en psychiatrie se sentent démunis quant aux réponses à apporter face aux situations de grande précarité. Ils craignent d'avoir à adopter une attitude un peu révérencieuse à l'égard de la précarité. Ils se forment donc « sur le tas » faute d'encadrement spécifique.

---

<sup>36</sup> FASSIN Didier « à l'écoute de l'exclusion » sciences humaines, n°159, avril 2005

<sup>37</sup> Castel R. « les métamorphoses de la question sociale » Paris, Fayard.1995.410p.

<sup>38</sup> Circulaire DGS/OBOC/2694 du 28 juillet 1992 relative à la mise en place de la réforme des études d'infirmiers

Comme énoncé précédemment, « cette souffrance que l'on ne peut plus cacher », engendre chez les professionnels un sentiment de mal être, se trouvant dans de grandes difficultés à gérer la souffrance désespérante de l'autre.

Autre type de motivation à s'inscrire dans la formation : Une infirmière cadre ayant procédé à un transfert de mauvaise qualité pour un SDF de la psychiatrie vers un CHRS, en a ressenti un violent sentiment d'échec : « on l'a déposé comme un sac de linge sale ». L'épisode lui a été retourné chargé de culpabilité quant à son manque de professionnalisme par le directeur du CHRS où elle effectue son stage croisé par la suite.

#### *b. La psychiatrie véhicule des notions et des images négatives*

Chez de nombreux travailleurs sociaux, grande fut la surprise de constater à quel point l'univers de la psychiatrie était éloigné de leurs fantasmes.

En effet, l'hôpital psychiatrique demeure synonyme d'un monde archaïque assez peu investi en général et dans lequel la chronicité des maladies a fini par se décanter au fil des années<sup>39</sup>. Absence d'avenir, activités thérapeutiques plus ou moins ritualisées, misérabilisme du cadre constituent les images négatives de l'univers psychiatrique.

Le stage croisé a permis de lever certains tabous et images qui hantent les travailleurs sociaux.

Le courant occidental de « désinstitutionnalisation » né aux Etats Unis dans les années 1960, prend ses marques en France sous le terme de « réhabilitation psycho sociale » des malades mentaux, au milieu des années 1990<sup>40</sup>.

Parallèlement aux images péjoratives du système psychiatrique, persiste le jargon abscons des psychiatres, qui rajoute autant de barrières à celui qui veut pénétrer les services de santé mentale et ouvrir des collaborations avec les professionnels de ce secteur.

Lors des modules théoriques, les formatrices ont pourtant tout mis en œuvre pour que les professionnels du social s'approprient les termes utilisés pour le diagnostic psychiatrique.

---

<sup>39</sup> Jallade S. « l'hôpital et son double », l'information psychiatrique 1988,64,1,19-24

<sup>40</sup> Vidon et al. « le mouvement de réhabilitation psycho sociale », l'information psychiatrique, N°4, avril 1999

Les travailleurs sociaux se plaignent qu'on leur « cache une vérité », derrière ce paravent langagier. Comme le déclare le référent réseaux de la DGAS : « une institution qui se sent menacée n'hésite pas à édifier des barrières pour qu'on ne sache pas ce qu'elle fait » .

Le Professeur PARQUET a rendu en 2003 un rapport<sup>41</sup> à M. VERSINI, alors secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, pour mieux prendre en charge la souffrance psychique des exclus. Il a ouvert des pistes de réflexion intéressante : équipe mobile départementale (ex. dans le Nord : DIOGENE à Lille, ou la RAVAUDE à Roubaix), des lits de repos à orientation psycho sociale (ex. dispositif « lits infirmiers » à Lille depuis 1999).

B) Souffrance psychique et précarité : une thématique transversale entre les secteurs social et santé mentale

L'hypothèse de tenter de résoudre la méconnaissance réciproque entre les 2 secteurs a été vérifiée lors de la formation santé mentale précarité mise en place dans le Nord Pas de Calais en 2003 et 2004

#### *a. Reconnaissance mutuelle*

Comme le soulignent les participants , le moment fort de la formation fut indéniablement le stage croisé, vécu pour la plupart comme une expérience unique. La prise de conscience des différences dans l'organisation des services , des relations hiérarchiques et des pratiques a été établie .

Cette méthode a été unanimement reconnue comme ayant un impact pédagogique (rencontre d'une nouvelle façon de travailler avec les mêmes publics) et efficace dans la rencontre des uns et des autres , ce qui se concrétise par un partenariat entre deux institutions , à formaliser ultérieurement.

Cependant , l'appariement entre un acteur du sanitaire et un acteur du social n'a pas été toujours optimal en terme d'organisation des stages, plaçant parfois dans le même groupe des acteurs très éloignés géographiquement par la sectorisation psychiatrique, aboutissant à un mini dispositif non opérationnel . Certain infirmier(e)s n'ont pu assurer la pérennité des contacts avec leur binôme du social, faute de disponibilité.

---

<sup>41</sup> « Souffrance psychique et exclusion sociale » rapport du Pr Parquet à M.Versini, 09/2003

Les points de vue ont évolué entre le début et la fin de la formation, selon le vécu de chacun : un soignant du secteur psychiatrie de Lens déclarait : « depuis la formation, on ne s'engueule plus, on ne raccroche plus au nez, on tente de discuter... ».

Cependant certains prennent conscience de dysfonctionnements au sein de leur service ; ainsi une assistante sociale d'un secteur santé mentale s'insurge contre l'inefficacité de l'hôpital de jour de son propre service, « ils donnent l'illusion de ... ».

Ayant maintenant connu l'univers du secteur social lors du stage croisé, elle comprend mieux combien il peut être néfaste aux personnes précarisées d'être le « jouet » d'un système qui se moque d'eux. Les personnes en situation de précarité sont extrêmement fragilisées, elles se sentent rejetées d'un secteur psychiatrique qui manque au respect de la dignité de la personne .

L'absence de professionnalisme d'un service hospitalier a été constatée, par un cadre infirmier lors d'un transfert d'un usager en CHRS vécu comme un échec. Cet épisode désolant lui a été reproché à son arrivée dans l'autre secteur, lors du stage croisé. L'altercation qui en a résulté s'est résolue grâce à une mise à plat des malentendus, dans une démarche de gestion intelligente de conflit ; les protagonistes ont été en mesure de démarrer le stage croisé sur de meilleures bases, la suite a prouvé la solidité de cette relation de binôme.

Dans cet exemple, cette infirmière possédant déjà une longue expérience de terrain, un engagement reconnu dans le travail de réhabilitation sociale des patients ; a accepté la rude remise en question de son professionnalisme.

Ce type d'événement conflictuel a été reconnu comme nécessaire à l'acceptation mutuelle des acteurs confrontés à leurs propres insuffisances et erreurs dans la façon de travailler.

L'amélioration des interactions est considérée comme le résultat d'apprentissages nouveaux associant des professionnels de chacun des secteurs, chacun recevant de l'autre une formation pour ainsi dire transformatrice<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup> « Le croisement des pratiques, quand le quart monde et les professionnels se forment ensemble », éditions Quart Monde, mai 2002

### *b. La vocation en butte aux réalités*

Les acteurs de terrain rencontrés à l'occasion des entretiens réalisés par le MISP pour les besoins de ce travail, dans la région Nord Pas de Calais, font preuve en général d'un engagement considérable. Cet engagement pour la cause Santé Mentale Précarité paraît motivé par une sensibilité aiguë aux problématiques de la pauvreté et de l'exclusion.

En psychiatrie: le problème de pénurie de personnel surgit de façon aigüe dès lors que s'accumulent les tâches et les missions du personnel infirmier, ils doivent répartir leurs interventions à moitié en intra hospitalier, à moitié en extra hospitalier.

L'élargissement des plages horaires dans les CMP demandé par les travailleurs sociaux en prise avec un résident en crise, est un problème directement confronté à la pénurie de personnel soignant ou non soignant en santé mentale.

Les psychiatres du Nord Pas de Calais, aux carnets de rendez vous surchargés en extra hospitalier, imposent malgré eux des files d'attente, une non prise en charge des urgences (...) font maintenant appel aux « psychiatres turbo », venant au titre de journées de travail d'intérêt général depuis la région parisienne.

Des psychiatres étrangers ont été récemment recrutés dans la région pour pallier à cette pénurie préoccupante.

Dans le secteur social, nous avons pu repérer le mal être évoqué dans le rapport Lazarus en 1995, et qui frappe les travailleurs sociaux, devant faire face à une accumulation de problèmes sociaux chez les personnes précaires. Ce cas de figure de plus en plus fréquent, alourdit les missions des professionnels de terrain. La transformation de la réponse sociale qui de globale et individuelle est devenue focalisée sur l'urgence et la prestation de services<sup>43</sup>, entraîne une crise des vocations.

La formation santé mentale –précarité avait pour objectif de résoudre la surcharge de travail de chacun en partageant les prises en charge, par une meilleure coordination.

### *c. Mettre en place des outils pour assurer l'articulation*

Les professionnels appartiennent à des institutions différentes, ils sont chargés d'appliquer des dispositions ou des législations, dans les prises en charge qu'ils effectuent.

---

<sup>43</sup> Marchand Gilles "le travail social, entre urgence et souffrance" Sciences Humaines, avril 2005,n°159

Une coordination de qualité s'impose alors entre les secteurs social et santé mentale, et va s'appuyer sur la mise en place d'outils dont la solidité doit être soumise à l'épreuve du temps.

L'un des premiers outils expérimentés lors de la formation a été la mise au point d'un annuaire listant les structures et les personnes ressources des 2 secteurs, utilisable facilement par le groupe, et accélérant notamment la démarche de communication téléphonique.

Parmi les 6 groupes 2003, l'appréciation de la méthode dépendait d'une part des capacités pédagogiques des coordinatrices, et d'autre part de la capacité des participants à se définir eux mêmes.

La construction du répertoire a nécessité l'élaboration de fiches de présentation, chaque participant devant rédiger sa propre fiche. L'objectif était de donner la définition la plus explicite possible de son propre travail, sa « fiche de poste » au sein de sa structure, se décrire était le maître mot, afin d'en faire part aux membres de, dans le but premier d'être identifié en qualité de professionnel de terrain spécialisé dans telle thématique dans le social ou le sanitaire.

Le travail effectué sur cet outil se révéla très laborieux, certains éprouvant d'importantes difficultés de vocabulaire, ainsi que l'a rapporté l'une des coordinatrices.

Parvenir à s'exprimer par des mots simples et justes peut représenter une véritable épreuve de force chez des acteurs habitués à se définir par sigles, abréviations, dans un monde où ils sont déjà connus, ne requérant pas d'effort supplémentaire de présentation.

L'un des participants, ayant saisi l'intérêt de détenir des fiches de présentation intelligibles et clairement formulées, a regretté le manque de temps consacré à cet exercice. Cela lui paraissait essentiel dans la chronologie des apprentissages; il déplore la procédure adoptée : « on est passé au point suivant pour avancer ».

Nous abordons ici les principes de base de l'identification de chaque membre d'un groupe, au moment du démarrage de l'activité de ce groupe. Dans chaque arrondissement, un noyau de partenaires issus de la formation est destiné à grandir et former un réseau. L'étape de présentation de soi fait appel à la capacité de valorisation professionnelle de celui qui entre dans le réseau.

Ainsi que l'a exposé le coordonnateur national du PRAPS « une personne qui entre dans un réseau doit être convaincue de la nécessité qu'il a d'y entrer »

## C) Evolution des pratiques

### a. Relations verticales au sein des structures

Dans certains secteurs, une proportion importante de participants ont abandonné la formation. Lorsque nous examinons de plus près la situation sur le terrain, cela concerne dans certains groupes, de l'intégralité des participants du secteur Santé Mentale.

La conversation téléphonique avec l'un des chefs de service de Psychiatrie, nous éclaire sur le manque d'engouement que la formation santé mentale précarité a suscité chez lui et parmi les collègues du même établissement. Cette impression a été déjà ressentie par les coordinatrices de la formation.

Il déclarait « je suis brut de décoffrage pour ce truc là ; le réseau coûte cher, on se gargarise des réseaux... ».

Ce médecin déjà engagé dans d'autres actions de formation des médecins psychiatres, fait partie des détracteurs du tout médical.

Ainsi, le consensus des médecins psychiatres de cet EPSM n'était pas favorable à un engagement de ses acteurs de terrain, il semblerait qu'une certaine pression ait été exercée afin d'obtenir l'abandon de la formation par les personnels soignants engagés.

Dans un autre secteur de psychiatre, une assistante sociale déclare que le chef de service est sourd aux éléments d'information venant de ses employés suite à la formation. Le phénomène inverse se produit en retour, car les informations glanées en commission médicale d'établissement (CME) semblent ne pas redescendre à l'échelon des équipes soignantes.

Les relations verticales au sein de la hiérarchie apparaissent bloquées.

L'exaspération grandit lorsqu'elle apprend que le centre hospitalier général, range dans la case « loisirs » les enveloppes budgétaires fléchées « activités alternatives en psychiatrie » du pavillon de psychiatre.

Ce qui témoigne du peu de considération que l'hôpital général accorde aux activités latérales et alternatives du secteur psychiatrie.

Pour corriger l'insuffisance d'adhésion des chefs de service de psychiatrie aux objectifs de la formation, une démarche en amont a été menée auprès d'eux.

La chargée de mission santé mentale auprès de l'ARH, accompagnée de la coordinatrice de l'EPSM Lille Métropole sont intervenues dans les Commissions Médicales d'Etablissements, préalablement à la formation des groupes 2004, afin d'y délivrer l'information exacte sur les objectifs de la formation.

Cette action était destinée à renforcer les motivations des responsables du sanitaire dans le réseau , à travers l'inscription de leurs acteurs de terrain , leur participation accrue au suivi de la formation, et enfin savoir être à l'écoute de leurs interrogations.

L'engagement des chefs de structures sanitaires comme ceux des structures sociales, conditionne la réussite de la formation.

#### *b. S'engager dans le réseau*

Dans chaque arrondissement, le groupe doit être représenté par un référent binôme (un représentant du secteur social, un représentant du secteur sanitaire), qui rapporte les travaux du groupe à la conférence de clôture.

L'une des participantes a mentionné à juste titre combien la capacité à manager un réseau, faisait défaut parmi ses collègues. De plus, nous comprenons l'importance qu'il y a à accorder une certaine mobilité dans le binôme, afin que chacun puisse s'exprimer dans un esprit d'équité pour le groupe.

Renforcer la cohésion du groupe peut s'appuyer sur l'apprentissage à animer une dynamique de groupe, dans l'objectif de développer l'expansion du réseau .

La participation de chacun en fonction de ses compétences, connaissances, réseau relationnel existant, activation de ses connaissances personnelles sur le territoire, est un atout considérable pour l'élargissement et la promotion du réseau.

#### *c. Le problème des productions écrites dans le travail logistique du réseau*

A l'issue de la formation proprement dite, des réunions de comité de pilotage des six groupes ont eu lieu environ toutes les 6 semaines, animées par les coordinatrices (une coordinatrice pour 3 groupes). Elles avaient pour objet de mettre en place le réseau santé mentale précarité et en consolider la construction.

Les groupes ont travaillé sur l'écriture des procédures - mise en place de la convention destinée à devenir une charte - et des outils tels que la construction de la fiche navette ou tout dispositif ayant vocation à assurer le lien entre les 2 secteurs lors du passage d'un usager de l'un à l'autre.

Le travail sur la charte de bonnes pratiques a fait l'objet d'un exercice de synthèse des propositions formulées par les membres du groupe , selon leurs expériences, convictions, références personnelles. Les besoins de mettre en forme cette charte ont dans le groupe

de Lens , monopolisé l'attention , au point d'éclipser les autres travaux engagés par le groupe.

A Lens, l'un des acteurs de terrain nous a fait part de sa crainte de devoir remettre en question beaucoup de ses acquis, car il se sentait engagé dans un travail inédit. Il avait l'impression de se sentir quelque peu écrasé par la personnalité des rapporteurs de son groupe pour la charte. La logique affective des rapports humains est confrontée au problème de l'innovation<sup>44</sup> (originalité du stage croisé, production inédite d'une charte de réseau).

Nous avons pu apprécier le dynamisme du binôme référent médico social de ce groupe lors de la journée du forum de clôture en janvier 2005, car a montré qu'il pouvait s'emparer de la charte. Cette performance lui a valu les félicitations des responsables de la formation.

Si nous considérons les autres travaux écrits ; rédaction de l'ordre du jour des comités de pilotage du réseau, et des compte rendu , ces tâches ont été assurées par la coordinatrice de chaque groupe.

Cette attitude vécue comme une carence à l'incitation aux productions écrites a probablement muselé les initiatives personnelles des uns et des autres.

Cependant, cette situation a été bien acceptée du fait de la difficulté logistique des participants à réaliser les écritures. En effet, nous avons entendu que mobiliser du temps de secrétaire dans un service hospitalier, relève souvent de la mission impossible. Cette mission devient encore plus improbable dans les structures sociales, très pauvres en équipement de systèmes d'information.

L'encadrement offert aux participants, apparaît au regard de l'analyse des entretiens, probablement trop contenant et limite les initiatives et ralentit le processus d'autonomisation des groupes.

Cet élément sera repris dans la partie « propositions » de ce mémoire.

Nous poursuivons notre travail, par l'exposé des bilans réalisés sur la formation santé mentale - précarité dans le Nord-Pas-de-Calais, lesquels apportent des données quantitatives à notre réflexion.

---

<sup>44</sup> CROZIER M. « La société bloquée », 3<sup>ème</sup> édition Seuil augmentée 1994, 222 p. (p.51)

## 2.3 Les différents bilans disponibles : données quantitatives

Le PRAPS de première génération a fait l'objet d'une évaluation nationale<sup>45</sup>, commanditée par le Ministère des solidarités, de la santé, et de la famille (Direction Générale de la Santé DGS) servant d'appui aux travaux préparatoires du PRAPS 2.

La formation santé mentale - précarité dans le Nord-Pas-de-Calais, a fait l'objet de bilans réalisés par la FNARS, par l'EPSM Lille Métropole, et par le cabinet prestataire concepteur du programme.

### 2.3.1 Auto évaluation réalisée par l'organisme de formation

Le cabinet prestataire a entrepris une enquête de satisfaction et remis un questionnaire aux participants, qui comportait les items et les réponses suivants:

- a. la formation répond à mes attentes : 56 % de satisfaction
- b. les objectifs annoncés ont été atteints : 52% de satisfaction
- c. le programme était adapté au contenu : 71% de satisfaction
- d. le contenu du programme a été intéressant : 71% de satisfaction
- e. les interventions des formateurs ont été de qualité : 84% de satisfaction
- f. l'alternance théorie – pratique était adaptée : 76% de satisfaction
- g. les échanges entre participants étaient intéressants : 86% de satisfaction
- h. j'ai été activement impliqué dans le travail proposé : 73% de réponses positives
- i. La durée de formation était adaptée : 56% de satisfaction
- j. le stage croisé fut utile : 96% de satisfaction
- k. préparation au stage et qualité de l'information préalable : 67% de satisfaction
- l. connaissances acquises pendant la formation (a beaucoup appris+ a appris) : 89%
- m. force de l'impact de la formation sur le travail : ( important et très important) : 81%

Le questionnaire réservait un espace libre pour formuler des suggestions d'amélioration  
Nous avons relevé les suggestions suivantes :

→ Une demande de davantage de motivation des professionnels de terrain ( par les participants eux-mêmes) pendant les modules théoriques, ainsi que la nécessité de traces

---

<sup>45</sup> Rapport d'évaluation nationale des PRAPS de 1<sup>ère</sup> génération, 07/2003.

écrites des différents modules. Les participants souhaitent connaître dès le départ les modalités de fin de la formation.

→ Une demande d'explications claires et précises sur la définition de certains termes : Réseau, Partenariat, Ressources, Equipe

→ Meilleure évaluation du « caractère utile » du stage

→ Le cas des femmes résidant en CHRS, insuffisamment prises en charge par le secteur santé mentale

→ Remontées des infos à la hiérarchie, notamment sur la légitimité de la présence des stagiaires dans leurs services, et sur le contenu de la formation, ses conséquences à long terme afin de mieux préparer la poursuite des actions entreprises

→ Les stages croisés : les enrichir, les raccourcir. Plus sensibiliser les équipes accueillantes sur la présence prochaine de stagiaires, afin de mieux les englober et ne pas laisser ceux-ci en posture d'observateurs passifs, et déprimés (!)

→ Création du réseau santé mentale – précarité : soutenir le dynamisme des stagiaires, leur présenter mieux le cadre où leurs actions se continueront, « veiller à la parité du social et de la santé mentale » sur un secteur géographique [parité en nombre d'unités, d'acteurs de terrain ?]

Démarrer la mise en place du réseau lors de la formation, et pas après la fin.

→ Continuer l'œuvre de la formation c'est à dire poursuivre les actions entamées pendant les stages, consolider les collaborations.

→ Les participants revendiquent davantage de liberté pour organiser leurs actions, ils ne veulent pas d'un encadrement trop serré par les intervenants ou les formateurs. Paradoxalement, ils appréhendent le moment de la fin de la formation, et demandent un bon suivi logistique en terme de soutien à leurs premiers pas.

→ Les participants réclament une présence plus visible de la DDASS

### **2.3.2 Bilan réalisé par la FNARS Nord Pas de Calais**

Voici la synthèse des questionnaires remplis par les participants, ainsi que les analyses réalisées par la coordinatrice de la FNARS :

- les stages croisés ont été très appréciés. Le dernier regroupement de 2 jours de décembre 2003 après le stage croisé, a permis de créer une dynamique de groupe animée du désir de poursuivre le travail commencé.
- L'élaboration d'un réseau se révèle beaucoup plus compliquée que prévu, car les intéressés sont encore peu sûrs de leur propre engagement.
- En théorie le concept du réseau est entendu de tous, mais l'absence de coordination extérieure au groupe est considérée comme un frein.
- La demande de travail en commun du secteur santé social est plus forte de la part du secteur santé mentale. Le secteur social a laissé une meilleure impression dans l'accueil réservé aux stagiaires issus du secteur santé mentale, que l'inverse.
- Importance de l'engagement du service ou de la structure prépondérante sur le professionnel seul. En effet des incompréhensions demeurent dans certains groupes, qui s'expliquent probablement par l'attitude du chef de structure
- Une meilleure connaissance réciproque est l'item partout retrouvé , mais cela est à entretenir sans cesse, les professionnels n'envoient plus le public vers une adresse mais vers quelque chose qu'ils connaissent.
- Il existe un nouveau regard que chacun porte sur sa propre structure , car c'est un regard extérieur « bouscule » et interroge.

### **2.3.3 Bilan réalisé par la coordinatrice de l'EPSM Lille Métropole**

Ce bilan a été remis en Mars 2005 au médecin inspecteur de santé publique de la DDASS du Nord, en charge du pilotage de la formation. Ce bilan fait le point notamment un an après la fin de la formation des groupes 2003.

En voici les grandes lignes :

Le travail actuel consiste à entretenir les contacts, en allant au-delà des listes d'inscrits à la formation 2003, afin de proposer à de nouveaux acteurs de rejoindre le réseau embryonnaire Santé Mentale Précarité. Le travail d'information, tendant à sensibiliser les équipes et surtout les chefs de service suit son cours, et contribue lentement à

légitimer ces six groupes : Dunkerque ; Boulogne ; Lens ; Valenciennes ; Tourcoing ; Béthune.

Le support de la formation (modules théoriques et stages) a été clôturé en janvier 2004. Seules persistent les réunions trimestrielles de pilotage pour chacun des groupes. Une légère baisse d'enthousiasme a été observée.

Cependant les groupes s'organisent et les participants se mobilisent tout en bénéficiant de l'accompagnement des coordinatrices , nécessaire tant qu'un animateur de réseau n'a pas été désigné par le groupe.

Chaque groupe a participé à l'élaboration d'une charte constitutive des réseaux Précarité – Santé Mentale. Ce document n'est pas un modèle, mais un support que chaque groupe adaptera en fonction des particularités locales.

Au delà du bilan de la coordonnatrice de l'EPSM Lille Métropole, les arguments du coordonnateur national des PRAPS , rencontré à la DGAS en ce début 2005, prennent alors toute leur valeur : « on estime qu'un réseau est opérationnel lorsqu'il est en mesure de rédiger une charte... ».

Répondant aux inquiétudes des participants, les directeurs de tutelles (A.R.H. et DRASS) ont réaffirmé le souhait que toute l'action formation aboutisse à la création de réseaux durables. Un courrier officiel a été adressé en Mars 2005 aux responsables de toutes les structures hospitalières ou de services sociaux engagées, les incitant à s'investir davantage dans cette démarche.

#### **2.3.4 Conclusions sur l'évaluation nationale des PRAPS de 1<sup>ère</sup> génération**

Les conclusions de l'Inspection Générale des Affaires Sociales montrent que les objectifs du PRAPS 1 se sont révélés trop généraux et trop « consensuels » , ce qui confirme la position de nombreux acteurs de terrain<sup>46</sup>.

Les conclusions du rapport d'évaluation nationale peuvent se résumer à :

---

<sup>46</sup> Rapport annuel IGAS juin 2003 « Santé, pour une politique de prévention durable »

- L'acquisition d'une meilleure connaissance des besoins des populations avec cependant la prise en compte des besoins en éducation à la santé qui reste encore trop conceptuelle et pas suffisamment opérationnelle.
- Nécessité de mieux identifier les publics prioritaires, antérieurement définis à partir de critères administratifs et critères de ressources insuffisamment affinés
- Une meilleure formulation des objectifs ciblés afin qu'ils soient liés à des indicateurs plus facilement mesurables.

Le développement de liens avec les autres PRS<sup>47</sup>. a permis de recentrer les objectifs du PRAPS en région Nord-Pas-de-Calais.

L'approche des PRAPS n'est efficace que si elle se mène au plus près du terrain , de façon à être la mieux ciblée possible. L'évaluation des PRAPS par la DGS souligne d'une part l'importance des marges de manœuvre à laisser aux acteurs départementaux et d'autre part l'importance de l'appui méthodologique.

## **2.4 Analyse par le MISIP, des objectifs fixés au départ par les 6 groupes**

Le 13 janvier 2004 la conférence de clôture de la première vague de formation des 6 groupes 2003, a permis à chaque groupe de déclarer les pistes de travail décidées de façon consensuelle pour la suite.

En effet, les deux coordinatrices se sont partagé le suivi de chacun des 6 groupes , en décidant une date de première réunion dans un premier temps, dans l'objectif de jeter les bases du réseau Santé Mentale Précarité.

Une fois ce premier rendez vous honoré, un calendrier de comités de pilotage a été mis au point, au rythme d'une réunion tous les 2 à 3 mois pour chaque groupe, afin de faire le point sur l'avancement du réseau Santé Mentale Précarité.

Réaliser le bilan de l'action d'un groupe suppose de parvenir à bien identifier les critères nécessaires pour circonscrire ce que nous entendons par plus value, en terme d'appréciation des effets produits par une formation professionnelle. Il peut d'agir de critères qui montrent que les choses ont changé dans les pratiques des uns et des autres,

---

<sup>47</sup> Moniteur 2003 : Programmes régionaux de santé Nord Pas de Calais

ou bien qui montrent les nouveaux outils utiles au suivi des prise en charge des personnes comme par exemple une « fiche navette personne ».

Nous analysons l'atteinte des objectifs fixés par chaque groupe le 13 janvier 2004, au regard des bilans des coordinatrices de la formation et de l'auto évaluation du cabinet prestataire. Nous nous aidons de la lecture et de l'analyse de nos onze entretiens individualisés ; et enfin des réunions de concertation du 3 mai et 27 juin 2005 (voir en paragraphe 3.3.).

La réunion du 3 mai 2005 sur le projet de formation au management des réseaux, est détaillée dans le chapitre « propositions », elle nous intéresse à ce stade en ce qu'elle a permis de faire un point distancié sur l'évolution des six groupes 2003

#### **2.4.1 Béthune :**

Pistes de travail: Réaliser une cartographie pour tous les secteurs de l'EPSM ; Elaborer une fiche de liaison pour faciliter le travail en commun.

Réalisation 1 . L'un des chefs de service de l'EPSM St Venant encourage les actions : le groupe a conventionné la mise en place d'une consultation infirmier dans le CHRS masculin d'Annezin ; un autre projet est en cours avec un CHRS féminin. La mise en place de points d'écoute jeunes est également en cours sur le territoire.

Réalisation 2. Une collaboration de qualité se fait maintenant autour de situations concrètes de prises en charges des publics précaires.

Réalisation 3. Une fiche de liaison est mise au point pour faire le lien entre le CHRS et la Psychiatrie de secteur, mais n'est pas encore expérimentée concrètement.

Réalisation 4. Lors du comité de pilotage d'Avril 2005 , le groupe a fait part de son élargissement à des dispositifs voisins qui se matérialise par une coordination avec les S.A.U.O. (Service d'accueil d'urgence et d'orientation) et l' U.T.A.S.(unité territoriale d'action sociale). L'U.T.A.S. dépend du Conseil Général du Pas de Calais (U.T.P.A.S. dans le Nord, P= prévention), or ici le partenariat avec l'U.T.A.S. parait plus inconstant. Le PTS a été présenté au groupe.

#### BILAN du groupe Béthune :

Le MISP apprécie l'articulation entre le sanitaire et le social dans le groupe Béthune , qui a été formalisée par un partenariat entre CHRS et Psychiatrie, et d'autre part par la

reconnaissance mutuelle des acteurs , qui prennent l'habitude de se concerter sur les prises en charge.

Cependant le retard à l'utilisation de la fiche de liaison témoigne d'une appropriation incomplète de l'outil. Le facteur temps prend une dimension non négligeable, et doit permettre aux acteurs de se familiariser avec une nouvelle culture, basée notamment sur certains outils d'articulation.

Le MISP prend la mesure de la réalité du réseau santé mentale – précarité et son élargissement souhaité par le groupe qui va tenter d'inclure les unités territoriales, même si la tâche semble rude, compte tenu des préventions que chacun nourrit à l'endroit des autres dispositifs locaux.

#### **2.4.2 Dunkerque :**

Pistes de travail : réaliser un projet d'accompagnement inter institutionnel, avec cohérence et complémentarité des actions ; optimiser le travail de chacun dans l'intérêt de la personne ; réfléchir sur la définition du secret partagé

Contexte local : l'arrondissement est surtout représenté par le littoral, et d'une façon moindre la Flandre Intérieure ; cependant assez peu de partenaires se sont ralliés au groupe.

Réalisation 1. Des actions concrètes pour raccrocher le service de soins après le départ prématuré de certains membres de la psychiatrie, ont été réalisées pour recomposer le groupe.

Réalisation 2. Travailler autour d'un modèle de protocole de collaboration entre le social et la psychiatrie s'exprime par une convention qui a été réalisée entre un CHRS et un secteur de psychiatrie.

#### BILAN du groupe Dunkerque :

Le MISP veille à la cohésion d'un groupe , et à ce qu'elle soit maintenue, coûte que coûte, pour pallier au départ simultané de plusieurs de ses membres. La dislocation du groupe représente une lourde menace sur la pérennité des partenariats et la construction du réseau.

Le contexte local éclaire les difficultés à venir pour ce groupe, sachant que l'articulation médico-sociale, devra tenir compte de l'absence d'un grand secteur de psychiatrie qui risque de retarder la construction du de réseau.

Le MISIP peut tenter d'intervenir à nouveau auprès des chefs de service de psychiatrie , afin de les relancer pour leur adhésion à l'action territoriale de réseau.

Le Plan Santé Mentale 2005-2008, insiste très modérément sur la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion ; est ce pour autant une raison pour certains chefs de service de psychiatrie de se désolidariser du réseau santé mentale précarité qui est en train de se monter ?

### **2.4.3 Tourcoing**

Pistes de travail : poursuivre les micro projets émergés lors des stages croisés, diffuser l'action par multimédia et informer les acteurs politiques , les médecins libéraux..., développer l'inter sectorialité, travailler sur la demande de soins psychiatriques à faire émerger.

Les 3 priorités retenues sur ce groupe au 02/12/2004 ont été les conduites de consommation à risque ; la santé précarité ; la santé des enfants et des jeunes.

Réalisations: Il faut tenir compte de la prédominance du secteur psychiatrie, le groupe est en pleine recomposition avec le recrutement de 3 nouveaux psychologues issus du secteur psychiatrie, et déjà chargés du dossier Précarité. Un important mouvement s'est produit avec le départ de la moitié du groupe vers le groupe Roubaix, et l'autre moitié vers Lille 2.(groupes 2004). Un élargissement au dispositif communal Santé Précarité est en cours, la complémentarité est évidente, car le dispositif Tourquennois s'occupe des problèmes de santé, et non des troubles psychiques.

Un projet d'organiser des rencontres thématiques notamment avec la participation du dispositif communal Santé Précarité, est en cours avec l'ambition de devenir un groupe ressource.

Le dynamisme de Tourcoing s'illustre par sa capacité à rallier du monde ; en effet 23 personnes ont répondu présentes au comité de pilotage du 22/04/05.

Comme dans les autres groupes : une convention a été réalisée entre un CHRS et un secteur de psychiatrie.

#### BILAN du groupe Tourcoing :

Le MISIP se réjouit de l'élargissement du réseau aux actions existant dans la commune.

Le MISIP reconnaît la prépondérance de la psychiatrie, qui manifeste un rôle moteur puisque les projets semblent « foisonner », et que le dynamisme est reconnu.

Ce groupe donne satisfaction, car de nouveaux venus s'incluent spontanément et sans préalable, et ensuite l'ensemble prend des initiatives pour organiser des actions.

#### **2.4.4 Boulogne**

Pistes de travail : améliorer le dossier de présentation des structures, développer les visites inter secteur, fabriquer un annuaire, mettre en place un protocole de suivi, prévoir réunions de concertation entre tous les intervenants auprès d'une même personne , mener une réflexion sur l'élaboration d'une charte de réseau

Réalisations : La signature d'une convention entre un dispositif social et un CMP est prévue pour juin 2005.

Le problème est celui de la dispersion des membres du groupe du à l'éloignement géographique des différentes structures.

D'autre part, il n'y a pas de cellule de crise en dehors du service des urgences de l'hôpital général, un projet est en cours.

#### BILAN du groupe Boulogne :

Ce groupe apparaît plus « poussif » que les autres, probablement à cause de l'éclatement des membres sur le plan géographique, ce qui fait obstacle à la rencontre conjointe des partenaires, et se répercute sur la lenteur à l'élargissement du réseau.

Un courrier rédigé par le MISP du Pas-de-Calais, en concertation avec l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales, signé ensuite par l'ARH, devra être expédié au secteur de Boulogne, pour la relance du travail en réseau.

#### **2.4.5 Lens**

Piste de travail : un projet sur «les jeunes en errance » a été mis en application et mobilise un groupe de travail.

Contexte local : il est nécessaire de parvenir à l'harmonisation des relations entre la psychiatrie de la clinique privée Les Maronniers à Bully et la psychiatrie « publique » de l'Hôpital général de Lens.

Réalisations : Deux sous groupes ont été constitués, ils se rencontrent fréquemment et se répartissent les tâches d'élaboration des bases du réseau ; et d'écriture de la charte.

La charte est à l'heure actuelle (début mai 2005) en état de présentation finale.

Le réseau « convergences » émanant de la clinique Les Maronniers, s'est rapproché du groupe Lens, et assiste désormais depuis le mois de Février 2005 aux comités de pilotage sur les suites de la formation santé mentale précarité.

Le réseau « convergences » anime des ateliers à vocation culturelle, cognitive destinés à démystifier l'univers psychiatrique auprès du grand public.

#### BILAN du groupe Lens :

Le MISIP que je suis, ayant assisté à la restitution des travaux de ce groupe lors de la conférence de clôture générale du 25 janvier 2005, qui s'est d'ailleurs tenue à Lens, a pu apprécier l'engagement dans l'écriture de la charte de bonnes pratiques.

Cet objectif a été considéré comme primordial par ce groupe, qui manifeste un vif intérêt dans le projet de réseau Santé Mentale Précarité. Le groupe Lens nous paraît être le plus engagé des groupes 2003 en direction du réseau santé mentale précarité.

En effet c'est le seul des groupes 2003 à produire un projet de charte finalisé, qui a été examinée le 27 juin 2005 lors de la réunion de concertation sur le développement du réseau.

#### **2.4.6 Valenciennes**

Pistes de travail: contractualiser un accord entre équipe soignante, équipe sociale et patient; créer un lieu d'échange entre personnes ressources et participants à la formation.

Contexte : les valenciennois entretiennent depuis longtemps une culture du réseau et du travail de coordination ; il est donc utile de replacer le réseau santé mentale précarité dans ce qui existe déjà. Un arrêt momentané du groupe a été observé, en raison des congés maternités de plusieurs de ses membres. Cet épisode n'a en rien entravé les démarches engagées.

Principale réalisation : Un répertoire listant les personnes ressources a été créé. Cette réalisation témoigne de l'atteinte de l'objectif suivant : capacité à se rendre très actif dans la réflexion, et apprendre à se repérer les uns les autres.

Les nombreux autres groupes et réseaux de santé intervenant sur le territoire se sont investis conjointement à l'action du groupe Santé Mentale Précarité; chacun s'est engagé à « faire le pont ».

L'équipe mobile de psychiatrie de l'hôpital général procède à un rapprochement.

Nous relevons chez les acteurs de la psychiatrie, le désir et le besoin de rencontrer les organismes de tutelle, afin de fluidifier les questions de budget des usagers incapables majeurs .

Lors de la dernière conférence de clôture en janvier 2005 , un important constat a été établi par les rapporteurs de ce groupe , comme quoi les questions du type « pourquoi

sommes nous là ? » ou « continuer à se rencontrer, pour quoi faire ? » n'ont plus de raison d'être.

#### BILAN du groupe Valenciennes :

Le MISP apprécie l'efficacité de la formation en termes de reconnaissance mutuelle entre les acteurs de ce groupe, qui paraissent avoir acquis une compréhension des rôles de chacun. En effet, l'évolution des représentations de chacun vis-à-vis de la précarité et de la souffrance psychique, est remarquable ; elle s'est traduite par une transformation des comportements des équipes entre elles.

Nous achèverons notre travail de mémoire professionnel de MISP, par des propositions au regard de la plus value apportée par notre enquête qualitative, en référence aux autres travaux d'évaluation.

### 3 PROPOSITIONS

« L'acceptation véritable des composantes émotionnelles et relationnelles qui constituent des aspects essentiels du rôle professionnel dans une organisation, appelle un mode de formation où l'interaction entre les participants est elle-même fondamentale pour l'acquisition des capacités sociales demandées. »<sup>48</sup>

#### 3.1 Organisation de la formation santé mentale - précarité

En réponse à notre première hypothèse (voir 2.2.1.) de « reconnaissance mutuelle des acteurs de terrain », nous énonçons dans ce qui suit quelques éléments clés.

Si l'on reprend le travail d'auto évaluation des participants réalisé par le cabinet prestataire, on relève trois notions force, illustrant le souhait d'améliorer la qualité de la formation santé mentale précarité.

Ces informations sont précieuses, et il faudra en tenir compte dans l'organisation du réseau.

Les acteurs deviennent organisateurs ; par leur vécu individuel et collectif ils énoncent des propositions sur les pistes à suivre. C'est d'ailleurs le principe fondamental de l'interaction enseignant- enseigné (le maître et l'élève).

Voici donc les trois notions force mentionnées plus haut :

- Les participants réclament une intervention plus marquée de la DDASS, signifiant qu'ils ont saisi le rôle de chef d'orchestre du MISP interface utile entre les acteurs de terrain et la tutelle en santé publique
- Concernant l'évaluation du stage croisé, les participants s'interrogent.
- Certains professionnels du social et du sanitaire renâclent lorsque la bride est trop serrée, leurs marges de manœuvres sont insuffisantes. Le risque de rendre les participants trop passifs persiste.

Cela renvoie à l'idée précédemment énoncée au début de ce travail, sur les personnes précaires en situation de « liberté confisquée ». Il est légitime de s'interroger sur le degré

---

<sup>48</sup> Dictionnaire de la sociologie, Encyclopaedia Universalis p. 774, éd. Albin Michel nov. 1998. 922 pages

d'interventionnisme pendant la formation (modules théoriques) des formateurs et des personnalités invitées.

Les organisateurs ont pris acte de l'échec essuyé auprès de certains chefs de service d'EPSM, levant leurs boucliers face à une nouvelle formation proposée à leurs infirmiers. Une allocution préalable prononcée en séance de Commission Médicale d'Etablissement par les coordinatrices, s'est révélée efficace. Cette intervention délivrant davantage de précisions sur l'intérêt de la formation, a eu des retombées facilitant l'intégration des groupes 2004.

En effet, l'accueil réservé aux groupes 2004 a été de meilleure qualité et a rattrapé partiellement les impressions négatives exprimées par les acteurs du social (groupes 2003) accueillis en secteur santé mentale pour leur stage croisé.

La frilosité de certains chefs de services de psychiatrie à engager leur personnel dans la formation s'explique aussi par l'insuffisance numérique du personnel soignant.

L'absence remarquée de psychiatre dans la formation, témoigne d'une certaine réticence à la démarche de formation professionnelle dans la thématique Souffrance Psychique et Précarité, pourtant utile dans le champ médico-social où est amené à intervenir le praticien, ne serait-ce qu'en CMP.

La formation de médecins généralistes qui souhaitent acquérir une compétence en psychiatrie a été encouragée et s'est matérialisée par la création d'un DU de psychiatrie générale dès la rentrée universitaire de 1999.

Un centre régional fédérant tous les secteurs de psychiatrie et les intervenants privés en psychiatrie pour développer la recherche épidémiologique, est en projet. Il s'inscrit dans le projet du Ministère de la Santé de rendre la région plus attractive pour les jeunes praticiens, et fait partie des objectifs du SROS 2. Tous les établissements de psychiatrie publique et privée de la région Nord-Pas-de-Calais ont voté pour la convention définissant le centre fédératif.

Ainsi ressort le rôle du MISIP, reconnu par les participants comme personne de référence pour la coordination de l'action formation. Les participants auraient souhaité que soit réalisée l'évaluation du stage croisé par la DDASS, or cela ne constitue pas l'une des priorités de la DDASS qui a déjà pris acte des retombées très positives du stage, épisode clé du dispositif de formation.

L'utilité de l'action formation a été reconnue du fait du gain obtenu sur les comportements et pratiques des acteurs du sanitaire et du social. Le concept de cette formation a été retenu par l'institution DRASS et DDASS car il figure dans le programme PRAPS 2,

notamment dans son objectif spécifique 1, qui stipule « mettre en réseau localement les professionnels de la santé mentale et du champ social ».

### **3.2 Construction du réseau en faveur de la promotion de la santé des publics cibles**

Le rôle du MISP est notamment de considérer les pistes de travail à développer, d'après l'analyse des retombées de la formation santé mentale précarité :

- Renforcer le travail interne de présentation des groupes, afin de constituer un répertoire utile, et solide pour l'avenir du réseau. Les professionnels de terrain doivent apprendre à mieux se définir, notamment pour leur fiche de poste. Il est primordial de pouvoir construire un outil répertoire à partir de fiches dans un langage intelligible, correctement renseignées, d'utilisation simple et aisée par les nouveaux venus dans le réseau.
- La création d'une fiche navette par personne prise en charge doit faire l'objet d'un travail accru. Or la construction de cette fiche n'est pas encore généralisée à toutes les équipes. La fiche navette devrait être homologuée pour la région, et se baser par exemple sur le modèle de celle élaborée par le groupe Béthune.
- Savoir mobiliser les gestionnaires de tutelles, sachant qu'une forte proportion de personnes en précarité sont des incapables majeurs sous tutelle ou curatelle. Il est partout reconnu que les délégués de tutelle sont force de proposition dans les discussions sur le parcours personnalisé de la personne. Les tuteurs interviennent autant sur le plan financier, qu'en matière de gestion du logement de leurs protégés.
- Veiller à la circulation des informations au sein des équipes soignantes, le chef de service de psychiatrie donnant délégation à son équipe pour agir dans le réseau. La gestion des flux ascendant et descendant d'informations dans le domaine de la Santé Mentale, fait partie de la qualité du management.

- Les réunions de synthèse autour d'un cas illustrent le concept de parcours personnalisé, prôné par la Loi de Réforme de l'Assurance Maladie<sup>49</sup>. Le principe consiste à rassembler autour de la même table tous les intervenants concernés par la personne prise en charge, afin de collaborer à la synthèse concertée de son dossier, ce qui engage transversalement le secteur sanitaire, le secteur social, et éventuellement la tutelle pour les incapables majeurs.
- L'élargissement du réseau tient à la capacité de chacun de ses membres à activer ses relations personnelles, afin d'étoffer le carnet d'adresse qui tient lieu de répertoire pour l'arrondissement de son groupe. La mutualisation des compétences commence à l'échelon individuel, chacun développant son savoir faire sur le thème santé mentale – précarité, le croisant et le partageant avec les collaborateurs qu'il a approchés dans son territoire.
- Le MISIP s'est interrogé sur l'opportunité d'une formation complémentaire des acteurs en matière de perfectionnement de leur capacité à se valoriser sur le plan professionnel. Ils ont besoin d'acquérir davantage d'assurance dans l'expression orale et écrite pour se définir. Cela est développé au point suivant.

### **3.3 Consolidation du réseau santé mentale précarité**

Face à la fréquence des mouvements de recomposition des groupes, suite aux départs plus ou moins massifs des participants ayant suivi la formation, et l'arrivée des nouveaux, il devient indispensable de disposer :

- D'un répertoire listant les partenaires du réseau, les personnes à contacter, les numéros de téléphone, les permanences
- D'une « charte » de bonnes pratiques, actuellement en cours d'écriture pour la plupart des groupes, cette charte reste à valider par la hiérarchie et à être expérimentée dans chaque service de santé mentale ou structure sociale

La DDASS du Nord envisage de construire un projet de formation au management en réseau qui sera destiné aux référents binômes médico-social de chacun des 15 groupes 2003 - 2004 , ce projet est actuellement en cours de discussions .

---

<sup>49</sup> Loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance Maladie

La désignation des « têtes de réseau » personnes référents de chaque groupe n'est pas encore arrêtée.

Ce projet devrait s'inscrire en réponse au constat établi de l'absence de capacité ressentie à l'issue de la formation, chez les référents des groupes, à assurer le pilotage interne d'un réseau.

Dans cette perspective, nous avons participé à une première réunion de concertation le 3 mai 2005 entre les deux coordonnateurs PRAPS du Nord et du Pas-de-Calais, les formatrices (EPSM Lille Métropole, et FNARS), ainsi que le MISP référent DDASS pour la formation santé mentale précarité.

Nous apprenons qu'un courrier a été adressé le 18 mars 2005 aux chefs de service psychiatrie et aux chefs de structures d'accueil social demandant signature d'une convention pour conforter la réalité du réseau. Ce courrier n'a pas eu de suite concrète, est souvent passé inaperçu, car le lien n'a visiblement pas été établi avec les personnes qui ont suivi la formation Santé Mentale Précarité.

Le schéma d'organisation des soins de 3<sup>ème</sup> génération auquel se réfère le MISP, demande l'inscription des actions de santé publique sur le territoire. Le réseau Santé Mentale Précarité doit donc se bâtir en termes de territorialité.

Le PRAPS de 2<sup>ème</sup> génération ayant inclus dans son texte le principe de la formation Santé Mentale Précarité, il est demandé de désigner un coordonnateur PTS (programmes territoriaux de santé) pour en assurer le pilotage.

Les coordonnateurs PTS du PRAPS devraient se joindre prochainement à ce groupe de travail pour jeter les bases et mettre en place les objectifs relatifs à la formation au management en réseau.

Ainsi pourra-t-on résoudre le problème de non pérennité du coordonnateur régional du PRAPS, considéré par l'administration centrale comme délétère à ce programme davantage inscrit dans la durée que les autres PRS.

Nous avons participé à une deuxième réunion de concertation le 27 juin 2005, en présence d'un agent du Conseil Général du Nord, chargé des actions sociales. Le partenariat Etat - Conseil Général devient primordial dans le champ médico social à l'heure où de nombreuses missions « passent » aux mains du Département.

Le principe de la formation au management des réseaux est accepté par tous, supposant au préalable de désigner les « têtes de réseaux » dans chaque groupe. Nous nous proposons ainsi de participer à la rédaction des objectifs de cette formation, d'en dresser une liste pour constituer un cahier des charges qui sera opposable aux futurs projets

proposés par les cabinets de formation. Un appel à projet de « formation au management des réseaux » devrait être lancé à partir de septembre 2005.

Quelques éléments ont été évoqués pour la construction des objectifs ; ils reprennent en partie les conclusions de la formation. Il s'agit de :

- Savoir assurer le tutorat d'un nouveau membre du réseau issu de la santé mentale ou du social
- Identifier les partenaires inscrits dans les équipes pluridisciplinaires pour créer des complémentarités afin d'assurer une meilleure prise en charge des usagers
- Comprendre et améliorer le travail d'animation d'un réseau : prendre la parole, orienter les débats, arrêter les décisions qui font consensus
- Savoir évaluer les résultats du réseau, l'évolution des pratiques, mesurer la satisfaction des professionnels
- Mettre en œuvre une organisation transversale permettant de garantir la continuité et la qualité de la prise en charge globale quel que soit le lieu ou la structure où démarre cette prise en charge

## CONCLUSION

« La difficulté majeure n'est pas la transmission de savoirs constitués, elle est dans l'apprentissage de la capacité, d'une part à travailler en commun, d'autre part à passer la main quand il le faut, en fonction des mandats qui sont confiés aux uns et aux autres, et du sens dont cela peut avoir pour les personnes aidées ou accueillies<sup>50</sup> »

Nous avons ainsi pu apporter une réponse partielle à notre question de départ (cf p.30). La formation a aidé les professionnels à passer du modèle d'assistance aux personnes en situation de précarité, à un modèle d'activation des ressources et des compétences.

Le rôle du MISP dans l'évaluation de cette formation professionnelle a été de dégager quelques pistes à mettre en œuvre pour promouvoir la coordination entre les acteurs du social et ceux de la psychiatrie, autour d'une prise en charge donnée.

Construire et améliorer la performance d'un réseau santé mentale précarité à l'échelon du territoire, tel est l'objectif secondaire de la formation Santé Mentale – Précarité dans la région Nord Pas de Calais depuis 2003.

Une charte régionale sur les bonnes pratiques sera prochainement mise en place pour constituer le cahier des charges du réseau.

Le MISP se propose de s'emparer du pilotage dans la construction d'un « méta-réseau » régional santé mentale – précarité, tout en ayant répondu à la démarche de territorialisation abordée dans les textes réglementaires récents de la loi relative à la réforme de l'Assurance maladie, la loi de décentralisation, et enfin la loi de santé publique.

Nous pouvons reprendre les conclusions de l'un des binômes référents médico-social énoncées lors de la conférence de clôture de janvier 2005, au sujet de la méthodologie du réseau :

- Une convention qui institutionnalise l'existence du réseau
- Une charte qui professionnalise en précisant les valeurs et les droits
- Un règlement intérieur qui opérationnalise, c'est-à-dire qui planifie et organise

---

<sup>50</sup> Marcel Jaeger « l'articulation du sanitaire et du social » éd. Junod 2000. p.161.

La figure à la fois sympathique et inquiétante du dieu grec Hermès, médiateur, passeur, traducteur, tiers par excellence ; n'est pas propre au seul Hermès. Elle est inhérente aux tiers et à toute pratique d'intervention dans une organisation<sup>51</sup>.

---

<sup>51</sup> Vranken D., Kuty O. « La Sociologie et l'intervention, enjeux et perspectives » 359p. (p.287) éd. De Boeck Université, 2001

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires

1. REPUBLIQUE FRANÇAISE, Loi n° 90-527 du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, *Journal Officiel de la République Française n° 150 du 30 Juin 1990*
2. REPUBLIQUE FRANÇAISE, Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998, d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, *Journal Officiel de la République Française n° 175 du 31 Juillet 1998, p.11679*
3. REPUBLIQUE FRANÇAISE, Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, *Journal Officiel de la République Française n°98 du 25 avril 1996, p.6311*
4. REPUBLIQUE FRANÇAISE, Décret n° 90-82 du 22 janvier 1990, relatif à l'évaluation des politiques publiques, *Journal Officiel de la République Française n° 20 du 24 Janvier 1990*
5. REPUBLIQUE FRANÇAISE, Décret n°97-360 du 17 avril 1997, relatif aux conférences régionales de santé, *Journal Officiel de la République Française n°91 du 18 avril 1997, p.5873*
6. REPUBLIQUE FRANÇAISE, Décret n°98-1048 du 18 novembre 1998, relatif à l'évaluation des politiques publiques, *Journal Officiel de la République Française n° 269 du 20 Novembre 1998, p.17531*
7. MINISTERE CHARGE DE LA SANTE, Circulaire DGS/OBOC/2694 du 28 juillet 1992, relative à la mise en place de la réforme des études d'infirmiers
8. MINISTERE CHARGE DE LA SANTE, Circulaire DGS du 19 février 2002 relative aux Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins de deuxième génération

## Documentation locale

9. Conférence régionale de santé du Nord-Pas-de-Calais, 1996
10. Conférence régionale de santé du Nord-Pas-de-Calais, volet PRAPS, 1999
11. Statiss 2003, Statistiques et indicateurs de la santé et du social, publication de la DRASS Nord-Pas-de-Calais

12. Statiss 2004, Statistiques et indicateurs de la santé et du social, publication de la DRASS Nord-Pas-de-Calais
13. « Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins de deuxième génération », publication de la DRASS Nord-Pas-de-Calais
14. Conseil Général du Nord, « Programme Territorial de Santé de la Flandre Maritime 2004 »
15. Le moniteur 2003 « Programmes régionaux de santé en Nord-Pas-de-Calais »
16. Document de travail sur le SROS 3. Nord-Pas-de-Calais « Synthèse des volets thématiques du SROS 3. » décembre 2004

### **Mémoires de l'ENSP**

17. Mémoire MISP 2001, Monique VIGUIER « *évaluation des PRS en Nord-Pas-de-Calais* »
18. Mémoire MISP 2003, Pascale Dermech Grenier « *prise en charge de la souffrance psychique des résidents de CHRS* »

### **Rapports et Plans**

19. LAZARUS A., STROHL H. « *une souffrance qu'on ne peut plus cacher* », 1995
20. Rapport triennal du Haut Comité de la Santé Publique « *la santé en France en 1998* »
21. Enquête INSEE « *HID* » *handicap invalidité dépendance* 1998-2001
22. IGAS rapport annuel de juin 2003 « *Santé, pour une politique de prévention durable* »
23. Direction Générale de la Santé « *Rapport d'évaluation nationale des PRAPS de première génération* », juillet 2003
24. PARQUET P. « *Souffrance psychique et exclusion sociale* » rapport remis au Secrétariat d'Etat à la lutte contre la Précarité et l'Exclusion, septembre 2003
25. Social Dialogue: "*European day of disabled people*", 2-3 december 2004, Brussels
26. HIRSCH M. « *Au possible, nous sommes tenus* », rapport remis au Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille , Commission famille, vulnérabilité, pauvreté, avril 2005

## Dossiers en ligne

27. FNARS, dossier de presse du 22/06/2004, site Internet <<http://www.fnars.org>>
28. Rapport 2003-2004 de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, remis au Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement <<http://www.social.gouv.fr/html/pointsur/onpes/>>

## Ouvrages de référence

29. Dictionnaire de la sociologie, Encyclopaedia Universalis, p. 774, éd. Albin Michel nov.1998, 922 pages
30. CASTEL R. « *Les métamorphoses de la question sociale* », Paris, éd. Fayard. 1995- 410p.
31. CROZIER M. « La société bloquée », 3<sup>ème</sup> édition Seuil augmentée 1994, 222 p. (p.51)
32. JAEGER M. « *L'articulation du sanitaire et du social* » éd. Junod 2000, p.161
33. Lily MOTO « *Santé et multidisciplinarité* », Hermès, 1995, 292 p.
34. PAUGAM S. « *Le salaridé de la précarité* », éd. P.U.F. 2000
35. VRANKEN D., KUTY O. « *La Sociologie et l'intervention, enjeux et perspectives. préface de Michel Crozier* » 359p. (p.287) éd. De Boeck Université, 2001
36. DGS, Conseil scientifique de l'évaluation « *Petit guide de l'évaluation des politiques de santé* », mai 1996
37. « *Le croisement des pratiques : quand le quart-monde et les professionnels se forment ensemble* », éd. Quart Monde, mai 2002, 240p.

## Articles de Périodiques

38. BISSUEL B.
  1. « *Les nouveaux demandeurs affluent aux restos du cœur* », Le Monde du 9 février 2004
  2. « *Après trente ans de recul, la pauvreté menace de gagner du terrain* », Le Monde du 8 avril 2004
39. CONTANDRIOPOULOS et al. « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol.48-déc.2000, n°6

40. DAR COURT G. « précarité et troubles psychiques, quelles politiques ? », *Pratiques en santé mentale*, n°1 ; 2000
41. FASSIN D. « A l'écoute de l'exclusion » *Sciences Humaines* n° 159 avril 2005
42. JALLADE S. « L'hôpital et son double », *L'information psychiatrique* 1998, 64, 1, p.19-24
43. LAZARUS A. « Un autre regard », *Economie et humanisme* n°339, p.74, décembre 1996
44. LOTTIN J.J. « inégalités sociales et santé » revue *Contact Santé*, journal de promotion de la santé du Nord-Pas-de-Calais, n° 202, mars 2005, p.8.
45. PATTE D. « Les réseaux et la santé publique », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n° 24 septembre 1998
46. ROUFF K. « la dépression est une maladie, pas l'exclusion ! », *Forum social du jeudi*, 28/03/2002
47. VIDON et al « Le mouvement de réhabilitation psycho sociale », *L'information psychiatrique* n° 4 , avril 1999
48. « Représentations de la maladie mentale dans la population », *Les cahiers hospitaliers* , novembre 2004
49. « Le travail social, entre urgence et souffrance », *Sciences Humaines*, n°159, avril 2005

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1. Liste des personnes ressources enquêtées et leurs fonctions.**

**Annexe 2. Guides d'entretiens**

**Annexe 3. Grilles d'analyse des entretiens :**

- grille de lecture entretien par entretien sur le modèle d'un thème
- grille de lecture transversale des entretiens

**Annexe 4. Carte de la région Nord-Pas-de-Calais – **Annexe non publiée.****

## **Annexe I.**

### **Liste des fonctions des personnes ressources enquêtées**

- Chargée de mission santé mentale à l'A.R.H. Nord Pas de Calais
- Coordinatrice « sanitaire » de la formation Santé Mentale Précarité , cadre socio éducatif de l'EPSM Lille Métropole, à Armentières
- Chargé de mission « référent réseaux », à la sous direction des politiques d'insertion et de lutte contre les exclusions, Direction Générale des Affaires Sociales
- Directeur adjoint de la DDASS du Finistère, anciennement coordonnateur régional du PRAPS en Nord Pas de Calais jusqu'en 01/2004 (entretien téléphonique bref, non analysé)
- Coordinateur départemental du PRAPS dans le département du Pas-de-Calais depuis novembre 2004
- Référent territorial du PRAPS, coordonnateur des Programmes Territoriaux de Santé Lille Métropole jusqu'en déc.2004
- Vice président de la FNARS Nord-Pas-de-Calais, directeur de l'association de réinsertion sociale Martine Bernard, et du CHRS Martine Bernard à Lille

## Annexe II

### Guides d'entretien

Guide d'entretien destiné aux formateurs et aux coordonnateurs

- 1- **Présentation** : où ( à quel niveau intervient il dans la FSMP) ; pourquoi ( quelles motivations) , comment (parcours jusque là ) ? qui est – il (fonction)? Comment avez-vous adapté les objectifs de la formation ?
- 2- **Description fine de la Formation Santé Mentale Précarité (FSMP)** : qui s'inscrit, comment accueille-t-on les participants ? Contenu de la FSMP : comment travailler avec le public, avec les appréhensions de certains, susciter des interactions entre participants ? comment cela se fait –il ?
- 3- Retour sur les 3 modules théoriques<sup>52</sup> : faire dresser un bilan
  - a. Points positifs : quels retours des participants et des formateurs ? ; quels succès avez-vous perçu ? et quelles en sont les raisons, à quoi tiennent elles , d'après vous ?
  - b. Points négatifs : Quels sont les échecs que vous pouvez identifier ? Comment pouvez vous les expliquer ?
- 4- Retour sur le module stage croisé :
  - a. Comment le décrivez vous : sa mise en place, son déroulement, les incidents prévisibles, et les impondérables ; quel rôle y avez vous tenu dans l'organisation ?
  - b. Quelle perception personnelle avez-vous de ce stage ?
  - c. Quels avantages ( et quelles limites) en ressortent pour le public concerné ?
- 5- Répercussions chez les professionnels formés, d'après les comités de pilotage
  - a. Comment l'ensemble de la formation est elle perçue ?
  - b. Les retombées correspondent elles à vos attentes ?
  - c. Quelles traces voit-on chez les formés, au bout d'un an ?
- 6- Quel degré d'autonomie accorder aux « formés » ? peut on déjà les laisser s'organiser seuls ? Si non, que leur manque-t-il , et comment le leur apporter ?
- 7- D'après quels critères jugez vous être en mesure de leur donner pleine autonomie ?, Sachant qu'actuellement vous poursuivez le travail de suivi, d'encadrement dans la construction d'un vrai réseau ; quand comptez vous espacer de plus en plus vos interventions ?

---

<sup>52</sup> Formation axée autour de 3 modules théoriques de 2 jours et un stage croisé de 5 j. (échange de professionnels de terrain entre les secteurs santé mentale et social)

8- Bilan : si c'était à refaire, quelles préconisations glaner sur le terrain ,...que pensez vous des questions que je vous ai posées ? Quelles sont les perspective d'amélioration du dispositif ?

Savez vous qu'un bon réseau est un réseau qui sait mettre en place une charte, et ensuite qui se lance dans la mise en place de formations, (diffusion du savoir= signe intangible de confirmation qu'un dispositif fonctionne)

1- **Présentation** : Qui êtes vous ?

Comment décriez vous votre parcours avant d'arriver ici ?

Dans quel contexte de travail évoluez vous : modalités de prise en charge des publics, et avec quels publics travaillez vous ?

2- **Représentation du thème** : Au cours de votre activité quel était votre sentiment à l'égard du problème de prise en charge de la santé mentale – précarité, avant la formation ?

**[Service Social]** Quand vous aviez à vous occuper d'une personne, vous sentiez vous capable de repérer ses problèmes psychiques, et qu'en faisiez vous ? Pouviez vous l'accompagner dans sa souffrance psychique, savoir lui proposer des solutions satisfaisantes avec le Secteur Santé Mentale ? Aviez vous des a-priori, des mécontentements par rapport à ce qui se fait ?

**[Service Santé Mentale]** Quand vous aviez à vous occuper d'un patient, vous sentiez vous capable de repérer ses problèmes de précarité et d'exclusion, et qu'en faisiez vous ? Pouviez vous l'accompagner dans sa démarche de réinsertion sociale, recherche de logement, articulation avec le centre d'hébergement, savoir lui proposer des solutions satisfaisantes avec le Secteur Social ? Aviez vous des a-priori, des mécontentements par rapport à ce qui se fait ?

3- Comment avez vous eu vent de cette formation, et pour quelles raisons vous êtes vous inscrit ?

4- Avez-vous assisté à d'autres formations au sujet de cette thématique ?

Quelles ont été vos motivations pour vous être à nouveau engagé dans cette formation ? Qu'avait elle de plus à vos yeux ?

Quelles sont vos attentes spécifiques cette fois ci ?

5- Racontez moi les modules de formation théorique : le contenu vous convenait il ?

Les formateurs étaient ils captivants ?

Et les interactions avec autres participants ?

Quel genre d'ambiance durant les cours, les interventions de personnalités extérieures ?

6- Comment avez-vous vécu le stage croisé ?

a. 1<sup>ère</sup> phase d'accueil des professionnels de l'autre secteur, dans votre service

b. 2<sup>ème</sup> phase d'intrusion dans l'autre secteur ? Cela a-t-il modifié l'idée que vous aviez de l'autre secteur ? De la façon dont on traitait le public précarisé ?

7- Comment se déroule la prise en charge des précaires, dans votre service, maintenant que les équipes ont participé aux stages ?

S'il fallait pointer, de votre point de vue, les effets de ce stage : comment se faisait la prise en charge avant la FSMP, et comment se fait elle maintenant, un an après la fin de la FSMP ?

8- Après la conférence de clôture de janvier 2004, comment avez-vous envisagé votre participation dans le réseau qui était entrain de s'élaborer ?

D'après vous quels sont les aspects importants à mettre en œuvre dans le réseau ?  
Qu'attendez vous, vous même, d'un réseau ?

9- Parlez moi de votre participation dans ce réseau :

organisation des réunions, rédaction des compte rendu, diffusion des rapports, activation des outils ... ,

Pensez vous que les choses peuvent évoluer dans le temps ?

Faites vous partie du binôme délégué du groupe<sup>53</sup> ?

Et si non pourquoi ne vous engagez vous pas davantage dans l'animation du réseau ?

10- Si je vous demandais de faire un bilan : comment percevez vous votre propre engagement dans la FSMP ; à ce jour quels sont les points positifs et les points négatifs ?

Quelles sont les choses à apporter de plus à, améliorer dans l'idéal dans cette FSMP ?

Pensez vous avoir acquis une certaine technicité, un savoir faire un an après la fin des modules de formation ?

Quel degré d'autonomie estimez vous détenir, pour poursuivre le projet de réseau actif tel que imaginé et voulu par les formateurs ?

---

<sup>53</sup> chaque groupe partenaire secteur social et secteur santé mentale depuis 01/2004 a nommé un binôme délégué, rapporteur des propositions des groupes pour la charte des bonnes pratiques

### **Annexe III**

#### **Grilles d'analyse des entretiens :**

- **Grille de lecture verticale entretien par entretien**
- **Grille de lecture transversale par thématique**

**Grille de lecture verticale, entretien par entretien**  
**11 thèmes ont été dégagés**  
**le matériau est recueilli dans le contenu des réponses aux questions posées**

1. Motivations pour s'engager dans la formation

2. Représentations de l'articulation santé mentale - précarité avant la FSMP

Réponse à la question : comment percevez vous le thème abordé, avant de participer à (prendre connaissance de) la FSMP ?

3. Représentations de l'articulation santé mentale - précarité » après la FSMP

Réponse à la question : depuis que vous avez été participant au (participé à l'organisation de) la FSMP, comment voyez vous la thématique, quel nouveau regard ?

4. Valorisation liée au travail avant la FSMP

Réponse à la question : vous sentiez vous satisfait de votre mode d'intervention professionnelle chez les publics précaires avant la FSMP ?

5. Valorisation liée au travail après la FSMP

Réponse à la question : vous sentez vous désormais plus satisfait de votre mode d'intervention professionnelle, une fois la FSMP achevée ?

6. Outils méthodologiques pour aborder le problème

Réponse à la question : racontez moi le contenu des modules théoriques et le stage croisé

7. Insatisfactions avant la formation

Réponse à la question : quelles sont vos insatisfactions, regrets, désaccords, quant à la politique de votre service/structure de rattachement ; ou quant aux méthodes employées, ?

8. Insatisfactions après la formation »

Réponse à la question : quelles sont vos désaccords quant à la politique de votre service/structure de rattachement, ou quant aux méthodes employées, depuis la fin de la formation ?

9. Evolution des pratiques

Réponse à la question : quels outils (fiches/ conventions/ réunions de concertations ou de synthèse) avez vous développé depuis que vous avez participé à (participé à l'organisation de) la FSMP ?

10. Attentes en matière de formation

Réponse à la question : quels seraient les éléments à apporter pour améliorer cette FSMP (modules théoriques ;stage croisé) ?

11. Propositions : outils non utilisés, pourquoi ? outils à développer

Réponse à la question : quels sont les points qu'il faudrait développer, ceux que l'on a écarté et pourquoi ?

**Lecture transversale des résultats sur p.ex. le thème « insatisfaction avant la formation »**

<b>Situation professionnelle de l'enquêté</b>	<b>Réponse à la question : « quelles sont vos insatisfactions, regrets, désaccords, quant à la politique de votre service/structure (de rattachement), ou quant aux méthodes employées? »</b>	<b>Référence théorique</b>
Cadre infirmière en EPSM		
Assistante Sociale en CCAS		
Assistante Sociale en Psychiatrie en hôpital général		
Infirmière en EPSM		
Chef du service social en CHRS		
Coordonnateur national du PRAPS		
Coordonnateur départemental du PRAPS		
Chargé de mission santé mentale à l'ARH		
Cadre socio-éducatif coordinatrice de la FSMP		
Vice-président de la FNARS en Nord-Pas-de-Calais		
Coordinateur PTS		