

---

**Rapport Activité**

**Interface 9<sup>ème</sup>**

---

**2012**

---

— a  
a

# **La matriochka**

## **métaphore du fonctionnement d'Interface**



## Sommaire

Prologue.....	4
Introduction.....	5
1. Le dispositif.....	6
1.1. <i>Cadre des missions</i> .....	6
1.2. <i>Une pratique de prévention en santé mentale</i> .....	6
1.3. <i>Organisation du dispositif</i> .....	7
1.3.1. <i>Une équipe opérationnelle transdisciplinaire</i> .....	7
1.3.2. <i>Une intervention mobile et souple</i> .....	8
1.3.3. <i>Une intervention pensée en articulation</i> .....	8
2. L'activité en 2012.....	10
2.1. <i>Evolution de l'activité</i> .....	10
2.1.1. <i>L'aide aux aidants</i> .....	10
2.1.2. <i>L'activité au sein de collectifs</i> .....	11
2.1.3. <i>L'activité au sein d'instances collectives de réseau</i> .....	12
2.1.4. <i>Interface 9<sup>ème</sup> « hors les murs »</i> .....	12
2.2. <i>Evolution de l'utilisation du dispositif</i> .....	13
3. Quelques indicateurs et des cadres d'intervention en question :.....	16
4. La matriochka, comme métaphore du fonctionnement d'Interface.....	20
4.1. <i>Un exemple du travail en proximité dans les rencontres infirmières</i> .....	20
4.2. <i>Un exemple de travail à la jonction du psychique et du social</i> .....	21
4.3. <i>La concertation de réseau et ses effets sur l'ancrage social du sujet</i> .....	23
4.4. <i>La prévention primaire : le travail au sein des collectifs</i> .....	26
4.5. <i>Le réseau comme outil constitutif de la santé mentale sur le territoire</i> .....	28
Conclusions.....	30

## Prologue

Il est difficile de donner ou de trouver une définition fédératrice de la santé mentale. Pour l'OMS, « il s'agit d'un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ».

Dans une société où le lien social et la notion de bien-être sont aliénés à celles d'économie, de travail, de paraître, de résultat, nous assistons à une aggravation de la précarité et à sa mutation en des formes pour lesquelles nos institutions ne sont ni organisées, ni pensées. Ce glissement, opéré depuis longtemps, crée du malaise et s'accompagne d'un décalage des pratiques d'accompagnement des sujets souffrants en des lieux qui ne sont à priori pas prévus pour les accueillir.

Car les personnes demandent de l'aide à partir de ce qui fait symptôme dans leur vie, de ce qui est visible et référé à une norme d'intégration sociale afin d'éloigner la possibilité de saisir leur demande comme le signe d'une situation de détresse plus profonde.

C'est de ce constat fait il y a de nombreuses années dans le rapport Strohl/Lazarus que s'inspire le dispositif d'Interface 9<sup>ème</sup>. Il pointait ces « souffrances qu'on ne peut plus cacher », ces histoires de vies brisées, ces décalages incompréhensibles entre vie sociale et vie psychique, ces parcours insensés qui allaient peu à peu devenir des carrières de précarité.

Nous avons choisi, dans le dispositif Interface 9<sup>ème</sup>, d'aborder ces problèmes sur l'axe de la prévention plutôt que sur celui, très à la mode, de la crise et de son corollaire social : l'urgence.

## Introduction

Nous avons coutume de présenter, dans nos bilans d'Interface 9°, une relative stabilité du dispositif. Cette année 2012 aura été quelque peu mouvementée ! En effet, Jean-Baptiste Pommier et Ludovic Picard ont démissionné pour de nouveaux horizons professionnels. Quand près de la moitié de l'équipe se renouvelle, avec en plus le départ d'un des membres fondateurs, ce n'est pas rien. Nous avons accueilli dès l'automne 2 nouveaux collègues : Pierre-Antoine Comparat et Pierre Montibert, en charge de la coordination du dispositif.

Malgré ces mouvements de personnel, l'activité courante d'Interface 9° ne s'en n'est pas trouvée trop perturbée. Nous aurions pu craindre une baisse significative de l'activité. Cela ne s'est pas vérifié. Au contraire, l'activité est tout à fait comparable en termes de volume d'une année sur l'autre. Nous pouvons même souligner une augmentation significative de nos interventions dans les collectifs, pour les concertations de réseaux et pour les consultations d'orientation. Sans doute faut-il voir dans cette stabilité un dispositif bien ancré sur le territoire du 9°.

Nous pourrions craindre que cette stabilité soit le signe d'un dispositif figé qui ne se renouvellerait pas. Il n'en n'est évidemment rien. L'année 2012 a été très dynamique en termes de nouveaux partenariats et d'expérimentations. Le sens de ce rapport est justement de donner à voir que ce dispositif continue à se co-construire avec les nombreux partenaires.

# 1. Le dispositif

## 1.1. *Cadre des missions*

Interface 9<sup>ème</sup> est un dispositif de prévention en santé mentale initié en juillet 2000 sur le 9<sup>ème</sup> arrondissement de Lyon. Elaboré, à sa création, dans le cadre des objectifs du CLSPD<sup>1</sup>, ce dispositif est aujourd'hui rattaché à la Mission Santé de la Ville de Lyon. L'Association Lyonnaise Nouvelle d'Ecoute et d'Accompagnement (ALYNEA) assure la mise en œuvre de cette action à travers une convention avec la Ville de Lyon, le Centre Hospitalier de St Cyr et le Conseil Général.

## 1.2. *Une pratique de prévention en santé mentale*

La pratique de prévention en santé mentale de l'équipe Interface 9<sup>ème</sup> vise à améliorer la prise en compte des problèmes de santé mentale et faciliter l'accès aux soins pour les populations du 9<sup>ème</sup> arrondissement. Tendre vers cet objectif général implique d'avoir construit des repères précis tant au niveau du dispositif que de la pratique de l'équipe opérationnelle, au regard des trois niveaux de la prévention suivants.

- **PREVENTION PRIMAIRE** : actions d'éducation à la santé visant à sensibiliser des groupes de personnes, acteurs ou résidents d'un territoire par rapport à des questions de santé mentale, sans qu'il y ait eu repérage de manifestations symptomatiques d'un problème de santé mentale.

C'est considérer la santé mentale comme une question dont les citoyens peuvent se saisir. C'est également considérer que les professionnels de la santé et les résidents d'un territoire, les acteurs détenteurs d'un savoir initié, et ceux détenteurs d'un savoir profane sur la santé et la maladie mentale, peuvent trouver à s'enrichir lors d'échanges ou d'actions en commun dans la vie de la cité.

- **PREVENTION SECONDAIRE** : activités impliquant le dépistage et la prise en compte d'un problème de santé mentale qui se manifeste de façon significative au sein d'un accompagnement socio-éducatif.

C'est considérer certains comportements au sein d'une relation comme l'expression symptomatique d'une souffrance psychique qui a valeur d'appel, mais dans un lieu qui -à priori- n'a pas vocation à y répondre.

---

1

CLSPD : Contrat Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance

- **PREVENTION TERTIAIRE** : activités associées au maintien de la continuité des parcours de soins, à l'accompagnement des rechutes pour sortir de l'urgence auprès des personnes (professionnels ou usagers) pour lesquelles des problèmes graves de santé mentale ont été identifiés et traités dans le cadre du soin.

C'est veiller au maintien des interactions entre le milieu soignant et le milieu social en considérant que l'accès aux soins ne suffit pas à garantir le maintien d'une bonne santé mentale.

Ces trois niveaux de prévention tendent à un seul et même but : l'accès aux soins pour les populations du 9<sup>ème</sup> arrondissement. L'articulation des trois niveaux de prévention se fait au travers de l'approche psychosociale, mise en œuvre dès le début du dispositif Interface 9<sup>ème</sup> par la présence du binôme médico-social au départ de toute intervention.

### **1.3. Organisation du dispositif**

#### **1.3.1. Une équipe opérationnelle transdisciplinaire**

Interface 9<sup>ème</sup> intervient principalement à la demande des services sociaux « de secteur », des établissements sociaux, des structures de l'insertion socioprofessionnelle, des équipements socioculturels, des bailleurs sociaux ou encore des établissements scolaires. L'interpellation de l'équipe Interface 9<sup>ème</sup> s'effectue toujours à partir du questionnement d'un professionnel dans sa relation d'accompagnement avec un usager ou un groupe.

Pour garantir au mieux sa fonction d'interface, l'équipe opérationnelle est composée d'un médecin psychiatre (0.40ETP), d'une infirmière psychiatrique (0.50ETP), d'un assistant social à (0.30 ETP), d'une psychologue (0.30ETP) et d'un éducateur spécialisé (0.80 ETP). C'est par son approche médico-psycho-sociale, représentée sur le terrain par un binôme, qu'elle témoigne de sa capacité à faciliter le lien, la compréhension et le passage entre les champs du social et du sanitaire.

Ce binôme médico-social garantit le principe de notre intervention : les problématiques de santé mentale rencontrées par les professionnels ne peuvent pas être clivées entre le social et le sanitaire. Il permet :

- d'inscrire l'approche clinique et médicale dans le contexte social de l'usager,
- de favoriser l'articulation entre le social et le sanitaire,
- de soutenir le professionnel dans l'aide sociale qu'il peut apporter à l'usager en prenant en compte la problématique de santé mentale de ce dernier.

La spécificité médico-sociale des professionnels d'Interface 9<sup>ème</sup> les conduit à appliquer les principes déontologiques suivants : respect du droit et de la volonté des personnes, du secret professionnel et du temps nécessaire à la personne pour s'inscrire dans une perspective de soins.

### **1.3.2. Une intervention mobile et souple**

Interface 9<sup>ème</sup> n'a pas de localisation propre sur le 9<sup>ème</sup> arrondissement ; c'est une équipe « nomade » intervenant au sein des services et établissements du territoire qui le souhaitent. Dans la pratique, notre engagement de proximité auprès des acteurs du 9<sup>ème</sup> et notre démarche d'aller vers les publics vulnérables se traduit par :

- des permanences dans les lieux de l'action sociale et de l'insertion, à disposition des professionnels du 9<sup>ème</sup>,
- des rendez-vous à la demande (individuels / collectifs),
- la participation à des actions collectives existantes, en direction des usagers, au sein de structures du territoire,
- la participation à des instances collectives de professionnels.

C'est par une démarche participative avec nos différents interlocuteurs que nous adaptons nos modalités d'intervention selon les besoins et le caractère singulier de chaque partenaire. La coopération avec Interface 9<sup>ème</sup>, lorsque cela est possible, fait l'objet d'un protocole écrit précisant le cadre d'intervention de notre équipe dans les associations et les institutions du territoire ainsi que les modalités d'évaluation de ce travail en commun.

Le « nomadisme » de notre intervention implique que nous ayons, ailleurs que sur le territoire du 9<sup>ème</sup>, des lieux pour nous arrêter, pour mettre en commun et penser notre action.

Pour cela, l'équipe dispose d'un bureau au sein de l'association ALYNEA, à Oullins. C'est le lieu à partir duquel nous élaborons nos modes d'intervention lors de réunions d'équipe hebdomadaires, de journées de travail régulières sur le projet, de temps de bilan.

### **1.3.3. Une intervention pensée en articulation**

#### **1.3.3.1. Articulation avec la psychiatrie**

La cohérence du dispositif nécessite une articulation de travail étroite avec le Centre Hospitalier de Saint Cyr, et plus particulièrement avec les CMP du 9<sup>ème</sup> arrondissement.

Pour la bonne marche de cette articulation, nous programmions les années précédentes des rencontres mensuelles. Il s'agissait de temps de travail avec les équipes des secteurs adultes et adolescents du territoire. Ceux-ci permettaient aussi bien d'aborder des questions relatives à l'accès au soin, que de repenser les lieux d'intervention en fonction de la place de chacun.

La réorganisation récente de la psychiatrie sur le territoire nous invite aujourd'hui à repenser les modalités de cette articulation avec le CH. Ce travail est en cours ; il se pense conjointement avec les équipes des CMP, pour permettre une cohérence et une efficacité



de l'intervention, et pour construire de la continuité entre la prévention en santé mentale et le soin psychique.

#### 1.3.3.2. Un comité technique

La coordination et le suivi du dispositif sont assurés par un comité technique bimestriel, animé par le chef de projet de la mission Santé de la Direction du Développement Territorial de la Ville de Lyon.

Il réunit l'ensemble des partenaires du projet :

- Le Conseil Général : MDR de Lyon 9<sup>ème</sup>,
- La Mairie du 9<sup>ème</sup>,
- Le C.H.S. Saint Cyr,
- La coordinatrice des ateliers santé ville,
- ALYNEA (Equipe Interface 9<sup>ème</sup>, Direction).

Les comptes rendus sont rédigés par la mission Santé de la Direction du Développement Territorial de la Ville de Lyon, et également adressés à :

- Préfecture
- ARS
- Mission Lyon La Duchère, Grand Projet Ville
- CCAS du 9<sup>ème</sup> arrondissement

Le comité technique est une instance de réflexion et de cadrage de l'action de l'équipe opérationnelle et de l'évolution du dispositif Interface 9<sup>ème</sup>. Chaque année, il valide le bilan d'activité élaboré par l'équipe opérationnelle d'Interface 9<sup>ème</sup>, et ce, en vue du comité de pilotage.

#### 1.3.3.3. Un comité de pilotage

Un comité de pilotage se réunit annuellement. Il est chargé d'évaluer l'activité d'Interface 9<sup>ème</sup> au regard du bilan exposé, d'arrêter les grandes orientations des actions à engager, et de déterminer un état des dépenses et des recettes en fonction du budget prévisionnel présenté par ALYNEA.

Il est présidé par l'élue à la prévention santé de la ville de Lyon.

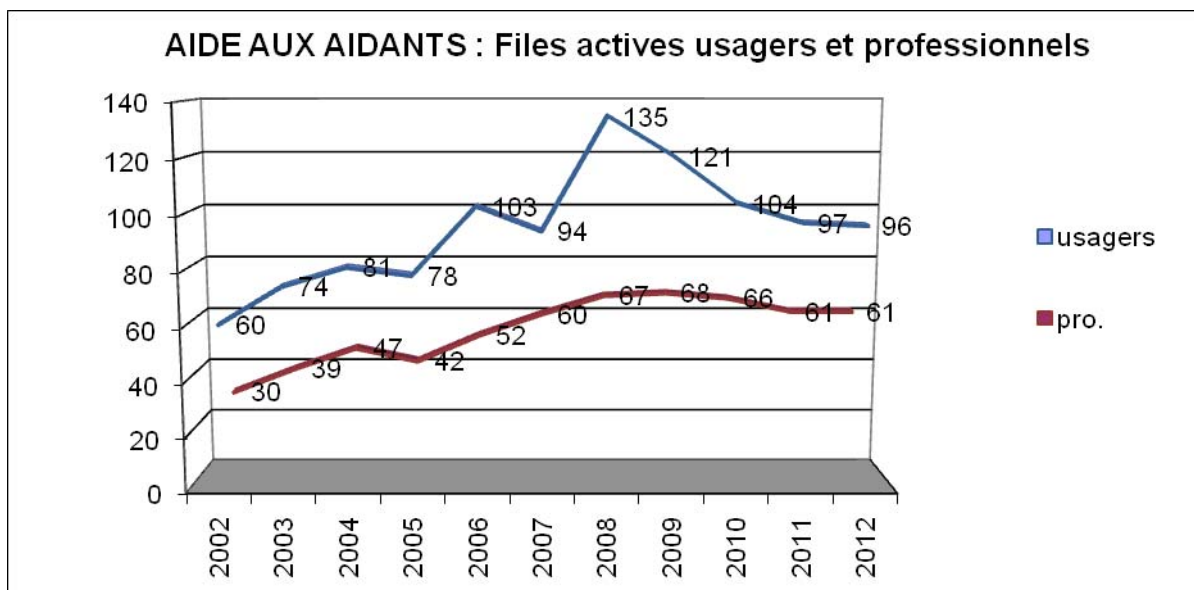
Il réunit :

- Le Vice Président du Conseil Général,
- L'élue à la santé de la mairie du 9<sup>ème</sup> arrondissement,
- Le directeur de l'ARS,
- Le directeur du Centre Hospitalier de Saint Cyr,
- La chef de mission santé de la Direction Développement Territorial,

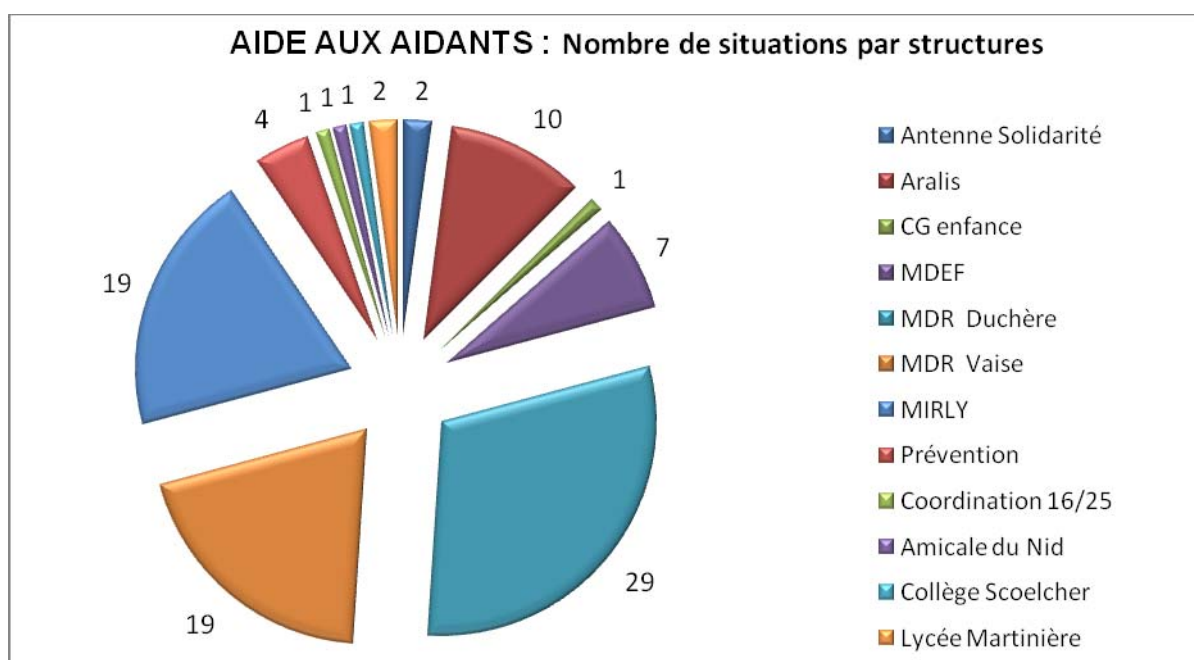
## 2. L'activité en 2012

### 2.1. Evolution de l'activité

#### 2.1.1. L'aide aux aidants



Concernant l'aide aux aidants, au 31 décembre 2012, les files actives des usagers ainsi que celles des professionnels nous ayant sollicités sont stables par rapport à l'an passé. Cette situation témoigne d'une certaine assise du travail auprès des partenaires traditionnels.



Dans le prolongement des années précédentes, la majorité des 96 situations travaillées dans le cadre de l'aide aux aidants (70% des situations) proviennent des deux MDR de la Duchère et de Vaise, ainsi que de la MIRLY. On constate globalement que les relations avec les partenaires restent stables d'une année sur l'autre, et constantes dans l'intensité des échanges.

## **2.1.2. L'activité au sein de collectifs**

### **2.1.2.1. Les collectifs d'utilisateurs**

- Le Café Emploi / Café Culture (Mirly Solidarité).

Depuis janvier 2012 nous participons (un binôme fixe assistant social et psychologue) de manière bi-mensuelle au café emploi/ Café culture (vignette sur cette action partie 4.4).

- Le Petit Déjeuner Santé (Aralis)

Sur l'année 2012 nous avons participé aux « Petits déjeuners santé » (tous les premiers mardis du mois) organisés par le foyer Aralis en direction des personnes hébergées. Nous avons également opté pour une intervention en binôme, répartie sur trois personnes : l'éducateur spécialisé, l'infirmière, la psychologue.

- Le Salon de Curiosités (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées de la Sauvegarde)

L'expérience de ce groupe en 2010-2011 a été concluante. Nous avons souhaité la reconduire pour la période 2011-2012, mais des questions organisationnelles ont rendu les choses difficiles. Nous avons acté en mars 2012 l'impossibilité de poursuivre ce projet.

Nous avons convenu cependant de continuer à rencontrer régulièrement l'équipe (rendez-vous bimestriel) dans une dynamique d'aide aux aidants.

- L'Espace Séniors

Après plusieurs rencontres de présentations avec l'espace séniors, à l'automne, nous avons participé sur deux mois aux temps d'accueil (du lundi après-midi). A la fin décembre, nous sommes encore dans une phase de repérage des besoins et de recherche des modalités de travail ensemble.

### **2.1.2.2. Les collectifs de professionnels**

- Le Collège V.Schoelcher :

Nous participons aux commissions de suivi éducatif du collège. Celles-ci préexistent à nos interventions ; elles réunissent le principal, les CPE, infirmières, assistantes sociales,

et conseillère d'orientation psychologue, elles traitent de situations individuelles d'élèves (coordination du suivi, des actions, prise de décisions).

Pour la première partie de l'année 2012 nous avons participé (binôme intervenant social/psychologue) à cinq commissions, ainsi qu'à un bilan en juillet. Seize situations de collégiens y ont été abordées et travaillées.

Suite à un bilan positif, l'équipe du collège et nous-mêmes avons souhaité reconduire l'action pour l'année scolaire 2012-2013 sur le même mode.

- Le Groupe de Suivi Social :

Dans la continuité des années précédentes, nous avons démarré l'année 2012 par une participation mensuelle au Groupe de Suivi Social, qui réunit les bailleurs et les travailleurs sociaux du secteur autour de situations de relogement complexes. En cours d'année, constatant un écart entre la nécessité pour les partenaires de traiter toutes les situations du GSS et la nécessité pour Interface 9<sup>ème</sup> de pouvoir prendre le temps de travailler certaines situations saillantes, nous avons convenu ensemble d'une participation bimestrielle. Cette modification ayant pour objectif de faciliter le repérage, et la mise en relief, par les professionnels, des situations pouvant nécessiter un appui lors des temps de présence d'Interface9. Nous y intervenons en binôme (travailleur social et infirmière).

### ***2.1.3. L'activité au sein d'instances collectives de réseau.***

Dans la continuité des années précédentes nous participons au Comité de Pilotage du CLSM Lyon 9<sup>ème</sup>, ainsi qu'à plusieurs commissions :

- En tant que participants, aux commissions « accès au soin » (tous les deux mois) et « rénovation urbaine » (une fois par trimestre).
- En tant que co-référent avec le CMP Adolescents de la Duchère, à la commission « adolescents, jeunes adultes » (tous les deux mois).

### ***2.1.4. Interface 9<sup>ème</sup> « hors les murs »***

- Intervision

Nous participons à une « Intervision » réunissant les équipes mobiles de psychiatrie précarité de Valence, Grenoble et Vienne. L'accueil s'effectue à tour de rôle sur le lieu de travail de chaque dispositif. La fréquence est bimestrielle. L'équipe qui accueille présente une situation clinique qui est travaillée collectivement.

- Rencontre avec les EMPP (équipes mobiles psychiatrie-précarité) de la région Rhône-Alpes

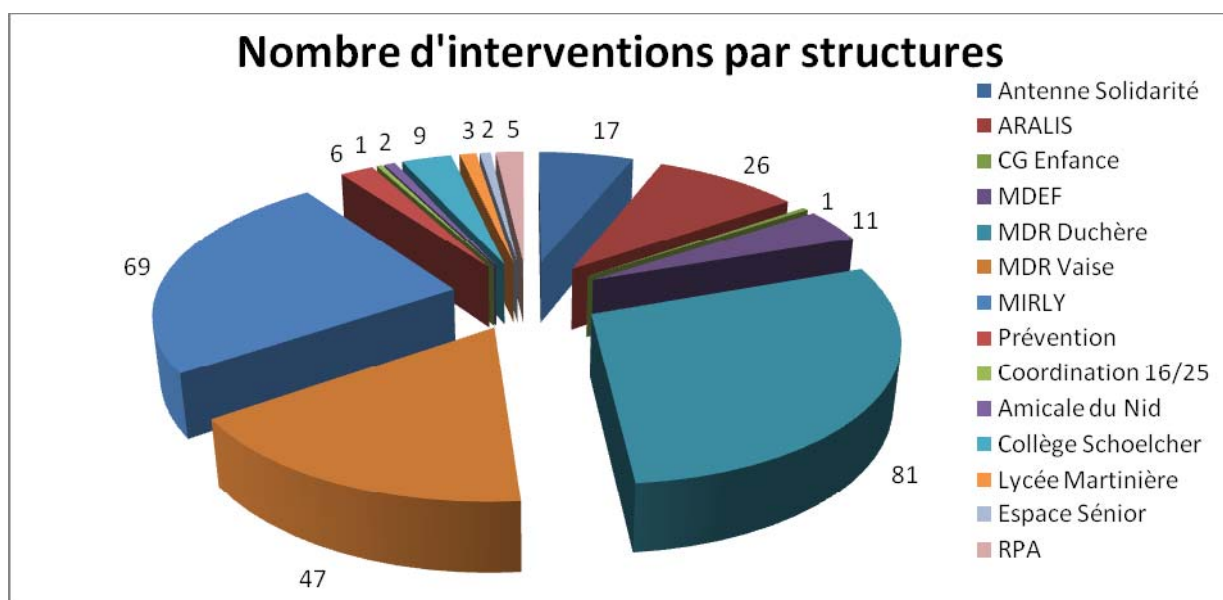
En janvier 2012, nous avons organisé la journée régionale annuelle des EMPP sur le thème de l'évaluation de notre travail. Une cinquantaine de participants, de sept équipes de la

région Rhône-Alpes, a été accueillie dans les locaux de la mairie du 9<sup>ème</sup>. Les actes de la journée ont été rédigés par nos soins, et mis à disposition de chaque équipe.

- Projet accès aux soins à Saint-Priest

Nous avons été sollicités pour une aide à la réflexion par une équipe municipale de la Ville de Saint-Priest, composée d'infirmières, qui se propose, en articulation avec le CCAS, de mettre en place un dispositif médico-psycho-social ayant pour objectif un accès aux soins de proximité.

## 2.2. Evolution de l'utilisation du dispositif

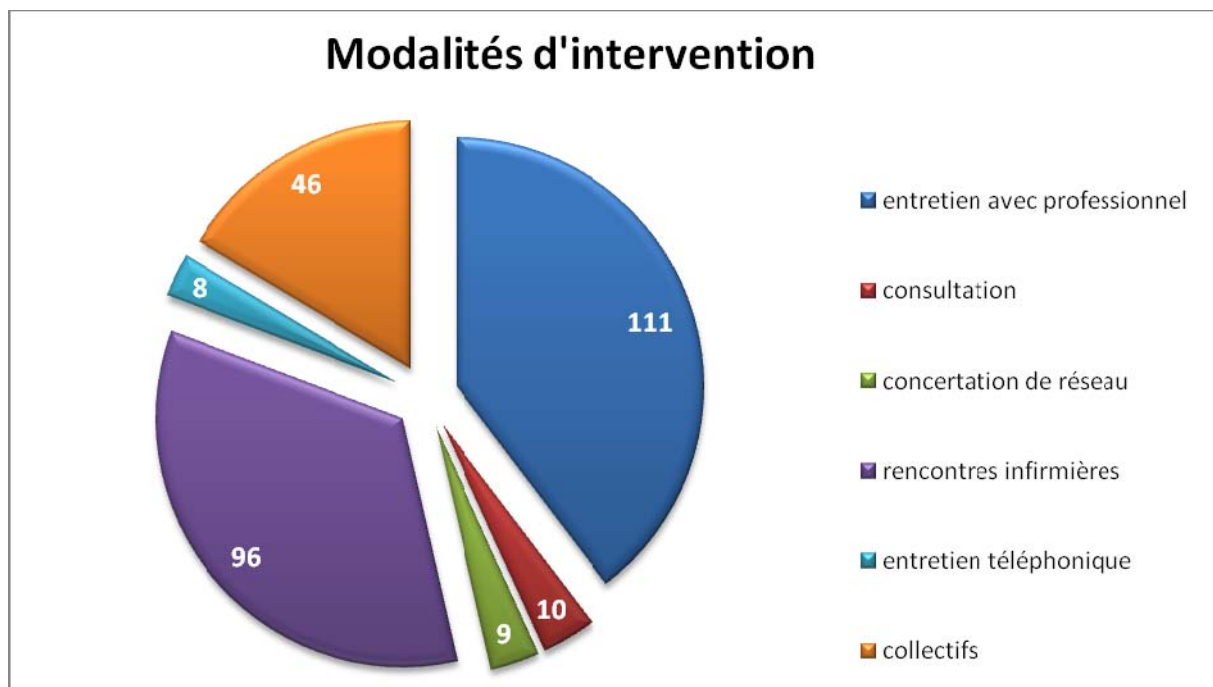


Le nombre total des interventions d'Interface 9<sup>ème</sup> en 2012 est de 280. Ce nombre tient compte des interventions collectives (46 au total ; cf. graphique suivant). Ces dernières n'étaient pas comptabilisées les années précédentes, mais il nous a semblé important de les faire apparaître ici, et sur le même plan que les autres interventions, pour rendre mieux compte de la globalité du travail.

Pour comparaison avec l'an passé, on notera que, si l'on enlève les interventions sur les collectifs, on en arrive à 234 interventions, pour 222 en 2011. Ceci tendrait à confirmer les observations faites précédemment concernant l'ancrage d'Interface 9<sup>ème</sup> dans le travail avec les partenaires.

Par ailleurs, et comme les années précédentes, il apparaît que nos plus grands pourvoyeurs d'activité sont les MDR Duchère (29 % des interventions totale) et Vaise (17 %), ainsi que MIRLY Solidarité (25 %).

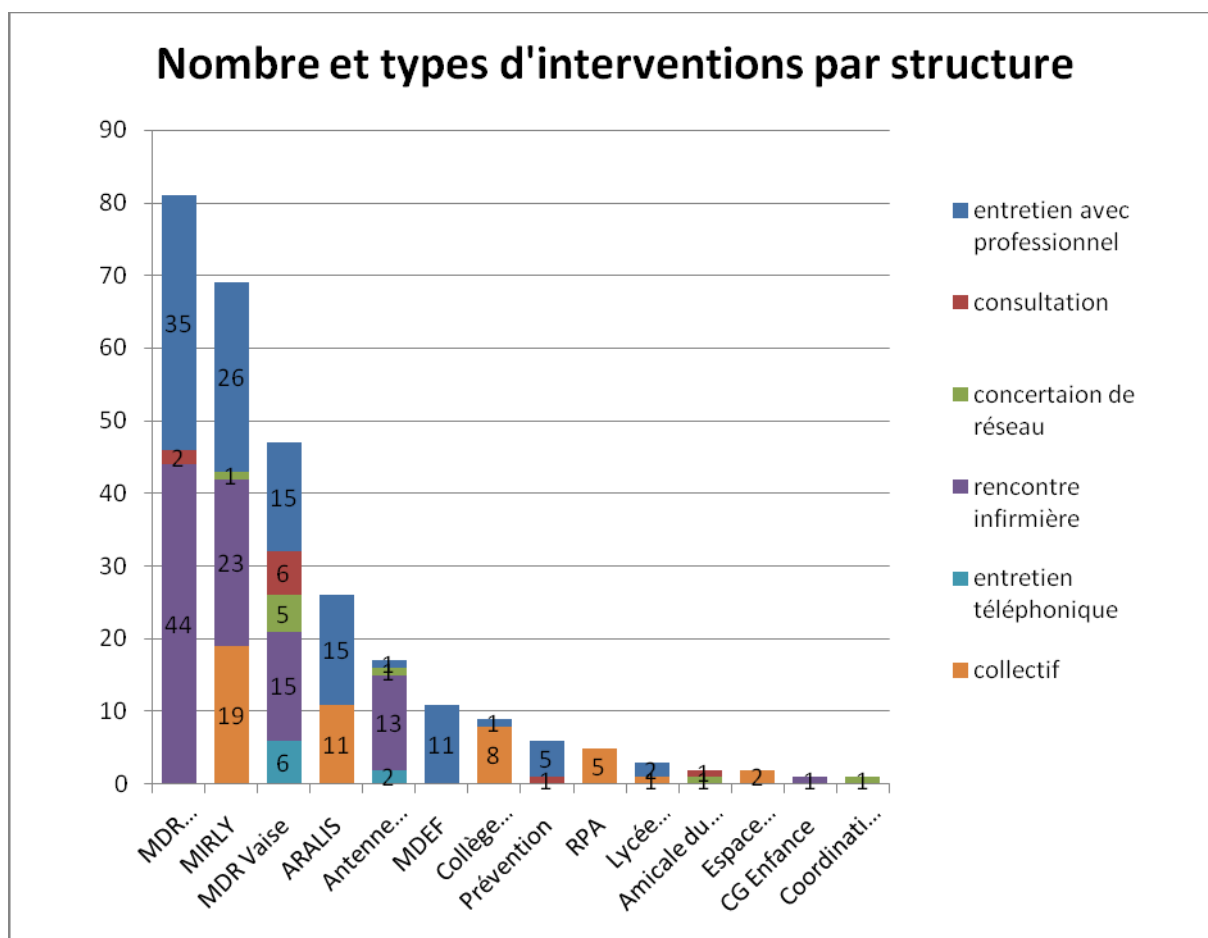
A noter l'amorce de deux nouveaux partenariats : l'un (que nous avons déjà signalé plus haut) avec le Lycée Martinière (sous forme de participation à des réunions pédagogiques, et aussi d'aide aux aidants) ; et l'autre avec l'Espace Sénior (sous forme de mise en place d'interventions collectives).



Si l'on complète les observations précédentes par une observation plus fine des modalités d'interventions, on notera deux évolutions qui semblent importantes :

- 9 concertations de réseaux ont été réalisées cette année, contre une seule l'an passé ;
- 10 consultations d'orientation ont été réalisées par le médecin psychiatre de l'équipe, contre 3 seulement l'an passé.

Il semble qu'à travers ces deux chiffres se dessine un nouvel essor de deux modalités particulières du travail. Il apparaît nécessaire de dire quelques mots de ce type d'intervention et de sa pertinence dans la prévention secondaire et tertiaire (cf. les vignettes s'y rapportant dans la quatrième partie de ce rapport).

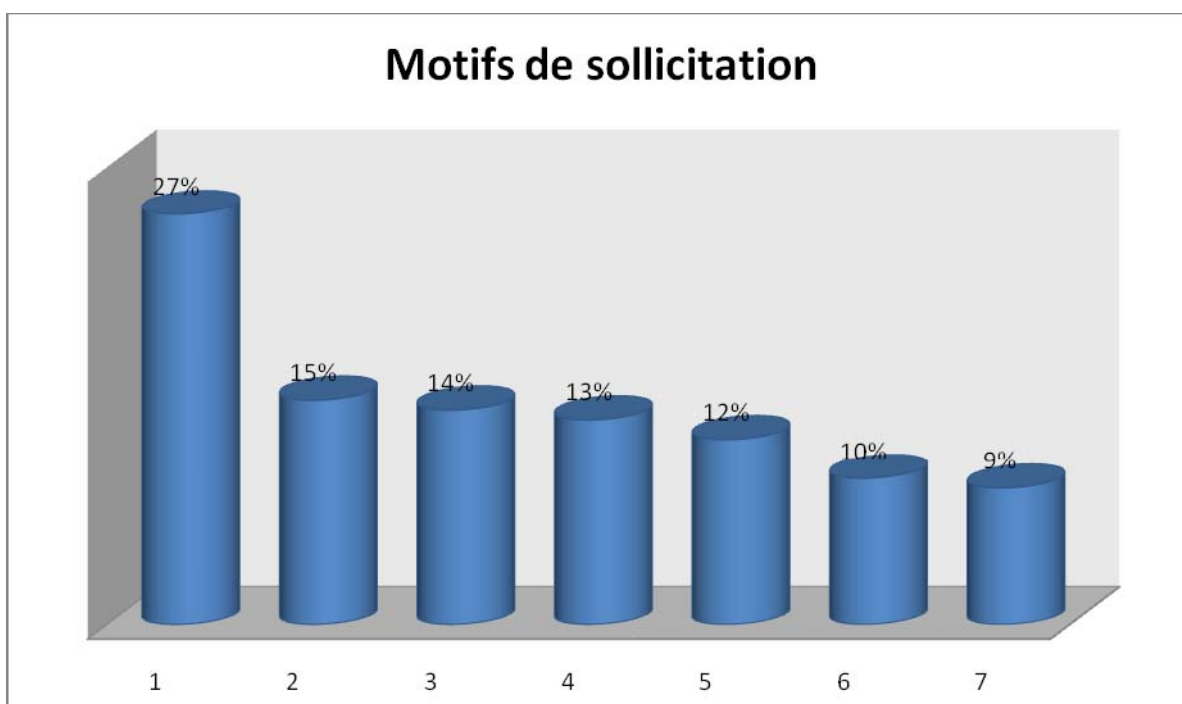


Ce dernier graphique détaille les types d'interventions sur chacune des structures. Il montre des utilisations très différentes du dispositif Interface par chacune des structures, pour une meilleure adaptation aux besoins spécifiques et aux réalités de chacun des partenaires.

Notons sur ce graphique que les concertations de réseau ne sont signalées que sur la structure d'origine, pour qu'il n'y ait pas de double comptage, et quand bien même un autre partenaire est concerné (exemple : plusieurs concertations ont eu lieu cette année avec des professionnels de la MDR Duchère, mais ne sont pas comptabilisées sur cette structure parce qu'elles ont été initiées à partir d'autres lieux, tels que MIRLY Solidarité ou l'Amicale du Nid).

### 3. Quelques indicateurs et des cadres d'intervention en question :

Les graphiques suivants ont trait à l'aide aux aidants. Le premier fait état du motif de sollicitation d'Interface 9ème par les professionnels, pour une situation donnée ; le second fait état de la lecture que nous faisons des situations pour lesquelles nous sommes interpellés.



Motifs de sollicitation
1- Le professionnel se trouve confronté à des expressions qu'il vit comme pathologiques et qui sont reconnues par la personne
2- Le professionnel se trouve confronté à des expressions qu'il vit comme pathologiques et qui sont déniées par la personne
3- Le professionnel est bloqué dans son accompagnement par la nature du lien intersubjectif
4- Le professionnel s'inquiète de problèmes relationnels au niveau de l'environnement social
5- Le professionnel a du mal à entrer en relation à partir de ses objets sociaux
6- Le professionnel a du mal à appréhender les causes et conséquences psychiques



d'une désinsertion sociale
----------------------------

7- Le professionnel s'inquiète de problèmes relationnels au niveau intrafamilial
--

Les motifs de sollicitations répertoriés dans les catégories 1, 2, 4, 6 et 7 concernent une problématique qui touche l'utilisateur lui-même. Il s'agit de 74% des sollicitations. Cela renvoie assez clairement à ce qu'ont pu nous dire plusieurs travailleurs sociaux, lors d'un bilan individuel effectué sur certaines situations :

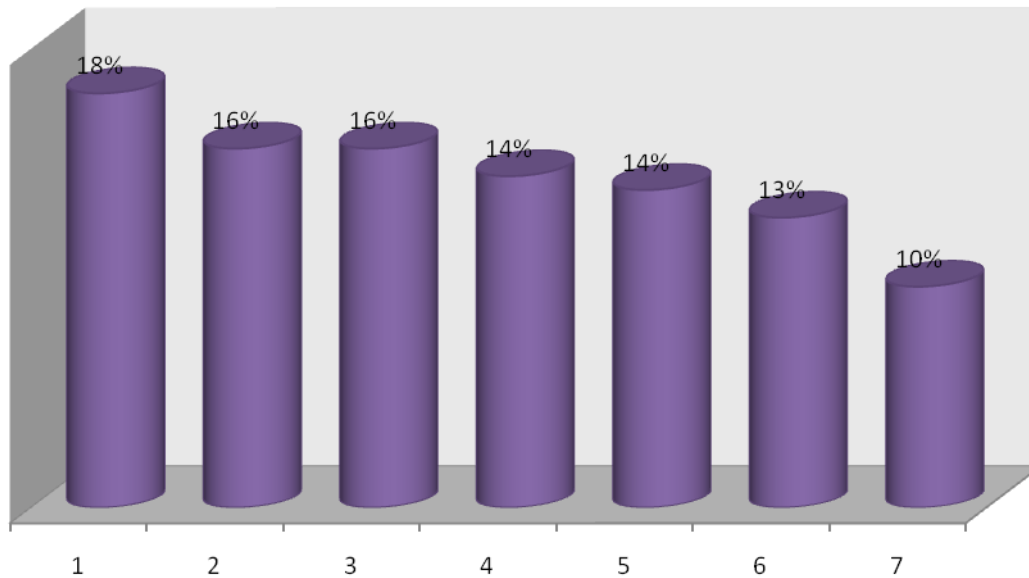
« Interface, ça sert aussi à trouver les mots pour dire à la personne, pour trouver une façon de dire les problèmes à la personne. Pour éviter de stigmatiser, et plutôt pour ouvrir des perspectives de travail... » [Travailleur Social MDR]

Les catégories 3 et 5 traitent, quant à elles, du lien entre le travailleur social et l'utilisateur. En global, cela concerne 26% des situations, soit un quart. Pour aller plus loin, suite aux bilans individuels avec les travailleurs sociaux, il ressort qu'avec le temps et l'habitude de travail avec Interface 9, les travailleurs sociaux acquièrent un certain nombre de compétences relationnelles et d'interprétation vis-à-vis des usagers. A partir de quoi, les motifs de sollicitations qui correspondent à la relation avec l'utilisateur changent quelque peu de nature.

On peut alors repérer deux axes d'interpellations:

1. L'un concerne une demande qui est de l'ordre de l'accompagnement sur la durée, et non pas simplement du décryptage ponctuel ; travailler avec Interface 9<sup>ème</sup> au long cours sur une situation donnée aide le travailleur social à affiner le lien à l'utilisateur, à le réactualiser en fonction des événements, et au final à positionner le travailleur social comme fil rouge et repère stable pour la personne.
2. L'autre concerne un besoin d'organiser, de distinguer pour et avec la personne des espaces différents, pour que tout ne se traite pas dans un seul et même endroit : des espaces pour la personne où peut se traiter la question du soin à partir du social (la plupart du temps à travers l'accompagnement infirmier) permettent de réinvestir d'autres espaces dégagés de souffrance, pour traiter de questions purement d'ordre social.

## Lecture psychosociale des situations



### Lecture psychosociale des situations par Interface

1- Une demande de soins

2- Des modalités relationnelles empêchant de développer la relation d'aide

3- Une organisation psycho-sociale favorisant un processus de désinsertion

4- Des faits sociaux recevables comme des signes de détresse

5- Des signes évoquant une problématique psychiatrique majeure

6- Un besoin d'aide non ressenti et nécessitant un accès au soin

7- Une demande d'aide paradoxale

On voit que, dans 18% des situations (catégorie 1), le besoin requis par la situation correspond à un besoin d'orientation vers le bon lieu ou la bonne modalité de soin, éventuellement à un travail d'accompagnement physique pour introduire la personne auprès d'un service de soin, ou encore à un travail de préparation ou de précision avec la personne de sa demande de soin. Interface est ici appelée sur le mode du « savoir du soignant », ou de « l'apport technique au travailleur social ». On mesure aussi que cela ne correspond qu'à une situation sur cinq.

Toutes les autres situations correspondent à un besoin de « désintriquer » ce qui est du ressort du social, du psychique, du psychiatrique, de l'effet de l'un sur l'autre, des effets de contamination ou de renforcement, etc. Il s'agit alors de produire de l'interprétation et de

proposer du sens à une situation, de préciser des angles d'accroche et des pistes d'accompagnement. Autrement dit, et paradoxalement, il s'agit souvent de « dé-psychiatriser » la situation. Il s'agit là de plus de 80% des situations.

Ceci donne alors la mesure du fait qu'Interface 9<sup>ème</sup> est peu confrontée aux situations où la souffrance psychique est clairement circonscrite, où la détresse et/ou la maladie sont reconnues. Lorsque tel est le cas, le travailleur social n'a souvent pas besoin de notre dispositif ; il oriente directement ou accompagne lui-même vers les structures de soin. Interface a pu, à un moment donné, jouer le rôle de mise en lien du travailleur social avec la structure de soin, mais lorsque les réseaux sont connus, les travailleurs sociaux se débrouillent seuls.

## 4. La matriochka, comme métaphore du fonctionnement d'Interface

Les matriochkas sont des séries de poupées russes en bois peint, toutes identiques, et qui s'emboîtent les unes dans les autres. Dans une matriochka, c'est toujours à la même poupée que l'on a affaire, mais à des dimensions différentes ; et chaque poupée se relie à toutes les autres poupées identiques dans un rapport d'emboîtement.

Dans cette partie du rapport d'activité, nous proposons cette image de la matriochka comme figure métaphorique pour essayer de décrire le travail d'Interface 9, qui souhaite appréhender le sujet dans toutes ses dimensions : depuis l'accueil, de la dimension la plus intime (travail infirmier, consultation d'orientation)... en passant par celle, un peu plus large, de ses investissements sur la scène sociale (concertation de réseau)... ou groupale (intervention sur les collectifs)... et jusqu'à sa dimension de sujet dans l'espace de la cité, dans une approche plus institutionnelle ou systémique (travail dans et sur le réseau).

### 4.1. *Un exemple du travail en proximité dans les rencontres infirmières*

#### **L'accompagnement psycho-social a besoin de temps ! (Valérie BONICALZI)**

L'inquiétude part d'une situation sociale précaire.

Il s'agit d'une dame d'une quarantaine d'années, séparée de ses 9 enfants depuis un divorce à charge.

Dame d'origine étrangère, parlant très peu le français, très peu de vocabulaire.

Cette dame bénéficie du RMI depuis 2006. Elle a connu de multiples hébergements chez des amis jusqu'à l'obtention d'un logement fin 2008.

Elle y vit donc seule, ce logement est meublé de façon spartiate, juste fonctionnel, et ceci avec l'aide et l'intervention de sa référente RSA qui réussit à mobiliser des aides financières pour l'équipement de cet appartement.

Ce qui inquiète le plus, au moment de l'interpellation d'interface 9, c'est le grand dénuement psychique dans lequel se trouve cette dame. Elle ne parvient pas à mobiliser la moindre énergie pour imaginer ou mettre en route un projet de vie, quel qu'il soit, et elle pleure beaucoup sans pouvoir mettre des mots sur cette douleur.

La référente RSA, nous interpelle donc. Il y a bien là de la souffrance psychique, de la précarité sociale, et bons nombres d'éléments qui nécessitent de mobiliser un accompagnement psycho-social particulier.

Nous convenons donc qu'un travail de rencontres infirmières est pertinent.

Ces rencontres sont proposées à Madame, en présence de sa référente RSA et de moi-même en mai 2009. Malgré l'accord de Madame pour ces rencontres infirmières et la mobilisation active de sa référente, l'apathie massive de cette dame ne permettra pas que les rencontres aient lieu à la MDR.

Ce n'est qu'après un long travail d'approche que la première rencontre avec Madame peut se faire à son domicile. Nous sommes en Février 2010.

Il apparait chez elle un épuisement psychique presque palpable. Au-delà de la peine, nous percevons une douleur immense.

Après plusieurs rencontres, où les mots pour communiquer nous manquent, nous parvenons à mettre en place, la présence d'une interprète financée par le CG. Nous sommes en juillet 2010.

La présence de l'interprète est un vrai plus dans la rencontre, l'échange se nourrit de mots, d'émotion, et d'éléments culturels non négligeables.

Nous avons pu construire une relation de confiance, mettre des mots, mettre du sens sur cette douleur. Madame sort petit à petit du gouffre dans lequel, elle semblait jusqu'alors ensevelie.

Il nous faudra encore du temps, il lui faudra à elle encore du temps pour penser, sentir, accepter, et enfin accéder à l'idée d'un soin.

C'est seulement le 3 janvier 2012 que je pourrai accompagner Madame vers un espace de soin approprié à sa problématique personnelle.

Cet exemple pour montrer que le temps psychique, et ce qu'il mobilise d'énergie, ne correspond pas toujours aux contraintes temporelles imposées aux travailleurs sociaux. C'est du temps passé dans l'accompagnement mais aussi du temps pour penser à côté, seul ou en équipe. Du temps pour que le sens prenne corps, pour que le sens prenne effet et qu'il soit possible d'agir pour elle et pour nous.

## **4.2. *Un exemple de travail à la jonction du psychique et du social***

### **Consultations autour de la constitution d'un dossier MDPH (Nicole ARRIO)**

Au cours de nos années de pratiques, nous avons, à de nombreuses reprises, rencontré des travailleurs sociaux qui se trouvaient en difficulté face à la façon d'évoquer l'idée d'un dossier MDPH. La question du handicap n'est jamais banale et génère inmanquablement un vécu de stigmatisation de la part de la personne qui y est désignée. Pour contourner cet obstacle les professionnels utilisent différentes stratégies, soit qui valorisent les bénéfices financiers, éventuellement reliées à la reconnaissance d'un handicap, soit qui mettent l'accent sur un malaise physique pouvant en relever.

La problématique psychique est souvent éludée, et, quand elle est abordée, elle provoque la plupart du temps de l'incompréhension et un refus d'aller rencontrer un psychiatre au CMP pour des difficultés relevant de l'insertion professionnelle.

C'est exactement le cas de Mr P, suivi dans le cadre de son accompagnement RSA par une travailleuse sociale de MDR(que nous appellerons Mme Y). « Le CMP, c'est pour les fous » objecte t'il à la proposition d'y prendre rendez-vous pour que puisse être complété le certificat médical en vue d'une RQTH (reconnaissance de qualité de travailleur handicapé).

Mr P a 33 ans, et toutes les expériences d'insertion professionnelles tentées jusqu'à ce jour se sont soldées par des échecs, dont il reconnaît partiellement les causes : difficultés à s'adapter aux horaires, aux changements de lieux de travail, aux relations avec des collègues...mais rien qui pour lui relève d'un problème de « santé », physique ou mentale... Mr P finit par se retrouver en fin de droits ASSÉDIC, endetté, décontenancé face à des démarches administratives qu'il a du mal à effectuer sans aide. Il interpelle donc fréquemment son interlocutrice sociale, et, très visiblement pris par un mouvement de panique, se montre très tendu et évoque la crainte d'être débordé par ses angoisses.

Mme Y nous confie lors d'un EMS sa difficulté à aider Mr P à trouver un sens acceptable à cette démarche de reconnaissance de handicap. Il nous faut alors revenir à ce qui est connu de l'origine et du contenu de ce que nous supposons relever du handicap. Mme Y rencontre ce Monsieur depuis plusieurs années, et a eu accès à certains éléments de son histoire qui apportent de précieux éclairages. En effet, MrP a été élevé en Guadeloupe par ses grands-parents, sa mère étant décrite comme trop fragile pour l'assumer au quotidien. En échec scolaire, il a été, au moment du collège, orienté vers l'éducation spécialisée. Envoyé ensuite en métropole, il a été hébergé par une sœur, avec qui la relation est très vite devenue conflictuelle, jusqu'à une rupture qui l'a jeté à la rue et confronté à la solitude et au dénuement. Avec l'aide des services sociaux, il a pu s'installer dans un studio à ARALIS où il réside encore à l'heure actuelle.

Au vu de ce parcours émaillé de ruptures, et de la fragilité perceptible de l'estime de soi de ce Monsieur, nous proposons à Mme Y d'aborder ses difficultés en commençant par une reconnaissance de ses compétences. En effet, Mr P a eu à se confronter, alors qu'il était tout jeune homme à une épreuve de migration, puis a une expérience d'isolement dans un contexte de vie nouveau pour lui. Il a pourtant pu accéder à une certaine autonomie à travers un hébergement individuel, et a su s'appuyer sur les aides qui lui étaient proposées.

Mais ces accidents de parcours lui ont demandé de focaliser son énergie vers des mécanismes d'adaptation à de nouvelles conditions de vie, ce qui ne lui a pas permis de développer des capacités professionnelles, au même rythme que d'autres jeunes gens de son âge. Il a pris du retard, certes, mais il est légitime qu'il puisse s'accorder du temps, et la reconnaissance de ce handicap lié à son parcours est une façon de le faire.

Mr P semble se retrouver beaucoup plus aisément dans cette façon d'aborder sa situation de handicap, qui donne du sens à un retard qui ne serait pas désespérément constitutionnel et ouvre à une perspective d'évolution. Ses mécanismes de défense faisant appel à la dénégation s'assouplissent nettement, et l'idée du dossier MDPH prend des contours moins stigmatisants. Il peut alors accéder à l'idée d'un rendez-vous avec moi, dans le contexte social où ce travail a été ébauché, et dans la mesure où cette démarche vient simplement donner une continuité à cette réflexion et en entériner les observations.

Je rencontre donc à 2 reprises Mr P dans les locaux de la MDR en présence de Mme Y. Cet homme, que Mme Y m'avait décrit comme timide et plutôt laconique, se détend assez rapidement quand nous abordons, de façon très concrète, les points qui le mettent en difficulté dans le rapport au travail. La présence de Mme Y est ici essentielle, dans la mesure où elle aide Mr P à se remémorer les épreuves auxquelles il a eu à se confronter au cours de ses dernières tentatives d'insertion professionnelle, et permet donc des allers et retours entre les expériences concrètes et les traits de caractère et de comportement qui peuvent poser problème dans le monde du travail.

Il prend vite à son compte cette proposition, et se montre très précis dans le repérage de ce qui peut venir faire obstacle à ses démarches d'insertion : de l'anxiété face aux situations nouvelles, des difficultés de compréhension, une tendance à paniquer face à des rythmes de travail trop rapides pour lui... Il lui est alors possible de participer pleinement à l'évaluation demandée dans le certificat médical, et à envisager même les aides dont il aurait besoin en termes d'adaptation à l'emploi et d'aide éducative dans l'espace professionnel, voire dans l'espace social.

Cette expérience nous paraît d'autant plus intéressante qu'elle joue véritablement sur les aspects psycho-sociaux : nous pouvons en effet observer en situation à quel point la réappropriation possible de cette démarche, qui n'est plus vécue dans la soumission mais devient réellement subjective, a des effets de consolidation d'une image de soi et de renforcement de capacités d'affirmation.

Comme nous l'avons observé à cette occasion, cette constitution d'un dossier MDPH met en présence des enjeux psychiques et sociaux souvent trop clivés pour que la personne puisse s'en ressaisir facilement. Le domaine d'intervention d'I9, à la jonction de ces 2 dimensions, ouvre des opportunités au développement d'un travail constructif sur ce champ particulier du travail social.

### **4.3. *La concertation de réseau et ses effets sur l'ancrage social du sujet***

#### **Construire un filet autour du sujet (Pierre MONTIBERT, Nicole ARRIO)**

##### Situation

Mr P. a une vingtaine d'années. Il ne travaille pas et n'a aucun revenu ; il est inscrit à la Mission Locale, mais ne s'y rend pas ou peu, faute de perspectives et de capacité actuelle à pouvoir s'investir. Il vit avec son compagnon, Mr S., qui a sensiblement le même âge, et qui n'a pas plus de revenu. L'un et l'autre sont en panne de droits : ils n'ont plus de papiers d'identités, plus de couverture santé, aucun droit ouvert par rapport au logement. Ils vont être prochainement expulsés de leur appartement puisque ni l'un ni l'autre ne peuvent en assumer le loyer.

Mme T., éducatrice en prévention spécialisée, connaît un peu le couple, parce que l'un et l'autre passent de temps à autre au local, ensemble ou séparément. De la même manière, ils rencontrent occasionnellement Mme V. ou Mme L., assistante sociale et conseillère en économie sociale et familiale à la Maison du Rhône. Les sollicitations qu'ils y portent sont très décousues, et visent toujours à parer à l'urgence, en réponse à l'inquiétude du moment (par rapport à des questions financières, de dettes ou de moyens de survie primaires, par rapport à l'ouverture de droits ou à l'imminence de l'expulsion, par rapport à la violence du milieu dans lequel le couple évolue, ou encore à des questions d'identité et d'identité sexuelle, etc.). Mr P. comme Mr. S. semblent mal armés et en grande difficulté pour utiliser correctement les services sociaux : faire la bonne demande, au bon endroit (comprendre les rouages et les complexités institutionnelles pour s'adresser au bon interlocuteur), en temps voulu et selon les formes convenues (avoir une demande raisonnable et anticipée, et qui s'inscrive si possible dans une continuité de l'accompagnement, à travers des rendez-vous réguliers).

Parfois, c'est Mr P. qui vient solliciter le travailleur social ; une autre fois, c'est Mr S. Une autre fois encore, ce sont les deux. Tant et si bien qu'on en arrive à ne plus très bien savoir qui fait quelle demande pour qui. Mr P. et Mr S. semblent vivre en partie dans un état de confusion où tout s'entremêle, où tout est équivalent, et où tend à s'indifférencier (les demandes, les priorités, les interlocuteurs, voire leurs propres désirs). Toutes choses qui les amènent dans une impossibilité de penser et de se projeter, et a fortiori d'agir et de prendre des décisions.

### La concertation et ses effets

Il nous semble que les travailleurs sociaux qui gravitent là autour en viennent à se faire contaminer par cet état des choses, et à ne plus savoir ni à quoi ils servent, ni comment ils se différencient dans l'accompagnement (de par leur mandat), ni quels fils ils doivent tirer pour commencer à dénouer la pelote. En revanche, ils s'inquiètent de la grande vulnérabilité du couple par rapport au milieu dans lequel il évolue, et de voir petit à petit la situation sociale s'aggraver, les personnes s'enfoncer dans un parcours de désaffiliation.

C'est sur cette base, et après en avoir informé Mr P. et Mr S., que nous avons imaginé une concertation de réseau, réunissant l'ensemble des partenaires intervenant dans l'accompagnement du couple. Les objectifs d'une telle rencontre auraient pu être énoncés de la manière suivante : croiser les regards des partenaires sur la situation pour la déconfusionner, et afin que chacun puisse réinvestir des axes de travail et des fonctions distinctes auprès du couple. Au final, rien moins que de pouvoir retrouver une capacité de proposer et d'agir dans l'accompagnement. Le binôme d'Interface 9<sup>ème</sup> est intervenu dans sa qualité de tiers, comme une instance pour aider chacun des partenaires à prendre de la distance par rapport au vécu relationnel, et à se réinvestir dans une capacité d'accompagnement articulée avec celles des autres travailleurs sociaux intervenant dans la situation.

Le travail de la concertation insiste également sur la nécessité de retranscrire aux usagers l'inquiétude que les travailleurs sociaux portent à leur intention. Elle est révélatrice de quelque chose qui n'arrive pas à se formuler du côté de l'utilisateur ; et parvenir à la retranscrire



à la personne permet souvent à cette dernière de se saisir de quelque chose des difficultés qu'elle rencontre.

Ici, l'inquiétude a été retranscrite à Mr P. et Mr S. au moyen d'un compte rendu, rédigé par Interface 9ème, retraçant les préoccupations des partenaires. L'écrit a été lu aux intéressés lors d'une rencontre à la MDR par Mme V. et Mme L. Son contenu a fortement interrogé le couple à deux niveaux, et a permis de réengager le travail d'accompagnement différemment :

- Au premier niveau, les personnes se sont dites touchées de l'attention que les travailleurs sociaux portaient à leur situation. La concertation et l'écrit qui en est ressorti ont pu exprimer quelque chose de la nature du lien d'accompagnement qui avait du mal à s'organiser, et ils ont rendu possible une accroche différente. A partir de là, Mr P. et Mr S. ont pu s'inscrire dans une fréquentation régulière de la MDR, beaucoup plus adaptée et donc opérante.
- Au deuxième niveau, Mr P. et Mr S. ont été très étonnés de voir sur quoi se portaient les inquiétudes des travailleurs sociaux — les risques de désinsertion, les questions de la différenciation et du choix, etc. — et sur quoi elles ne se portaient pas — notamment l'orientation sexuelle et la question identitaire. Par effet de miroir, cela leur a permis de se reconnaître légitimes dans leur choix de vie. Libérés de l'obligation de justification où ils se croyaient tenus, ils ont pu se déterminer par rapport à d'autres axes de l'accompagnement, et engager des démarches d'ouverture de droit et d'hébergement.

#### En quoi cela concerne-t-il la prévention en santé mentale ?

Cette vignette tente d'éclairer un aspect de ce que nous considérons comme faisant partie de notre travail de prévention en santé mentale. La concertation de réseau peut devenir un outil de cette prévention à plusieurs titres :

- D'abord parce qu'elle s'inscrit, dans la logique de la prévention secondaire, dans la pratique d'aide aux aidants; nous pensons qu'elle est à même d'aider les professionnels du social à traiter de questions de santé mentale au sein du travail social ;
- Ensuite parce qu'elle peut aider à la constitution d'un réseau de professionnels qui puissent porter la personne temporairement, lorsque celle-ci se retrouve en situation de défaillance. La concertation est une manière de tisser un filet de sécurité pour tenir les personnes, pour éviter les chutes ou les effondrements ;
- Enfin parce qu'elle aide la personne à se construire dans une place sociale où elle se reconnaît, et où elle peut retrouver une capacité d'action. En ce sens, la concertation de réseau est un outil qui concourt à l'ancrage de la personne.

Il est bien évident ici que tout n'est pas réglé. Pour Mr P. comme pour Mr S., Il reste en toile de fond des questions de parcours de vie et des questions d'insertion qui ne pourront sans doute s'aborder qu'à travers un engagement dans une véritable démarche de soin. La question de l'ancrage, rendue possible ici par la concertation de réseau, ne règle pas à elle seule les difficultés. En revanche, elle se constitue comme un préalable nécessaire, en aidant la personne à se reconnaître dans une position d'acteur et de sujet, dans une

capacité de réflexion par rapport à sa situation, condition nécessaire aux possibilités de changement.

#### **4.4. La prévention primaire : le travail au sein des collectifs**

##### **Le Café Emploi/ Café Culture de la Mirly (Anne-Lise RIEME, Pierre-Antoine COMPARAT)**

###### Qu'est-ce que le Café Emploi / Café Culture ?

Le Café Emploi/ Café Culture a lieu tous les lundis après-midi. Dans cet espace convivial se côtoient des personnes « en recherche d'emploi » et/ou intéressées par des actions culturelles. Pour les aider dans leurs démarches (rédaction de CV et LM, recherches d'offres d'emploi via internet...) plusieurs bénévoles et professionnelles sont disponibles. Les personnes ont également à leur disposition de manière régulière les outils pratiques et indispensables aujourd'hui à la recherche d'emploi.

Concernant les actions culturelles, il s'agit d'une part d'avoir accès notamment au site « culture pour tous » et de partager des idées de sorties à venir. Sous l'impulsion d'Isabelle (une des conseillères présentes), ou des participants, des rencontres s'organisent avec des professionnels de la culture. De celles-ci découlent alors des projets communs de visites, de créations, d'expérimentations auxquels tout le monde est invité à participer.

Ce temps d'accueil proposé par la Mirly est intéressant car il s'adresse « en plus », « à côté » du travail fait en accompagnement individuel des usagers par les conseillères. Il s'adresse également à des personnes qui ne sont pas suivies à la Mirly mais pouvant être orientées par des partenaires d'autres structures, ou qui viendraient d'elles-mêmes.

Par ailleurs, la dimension collective n'est pas à négliger car le temps du Café Emploi / Café Culture est un temps de rencontres potentielles, d'échanges. C'est à cet endroit que s'inscrit et prend sens notre présence. Dans ce « temps potentiel ».

###### Une intervention dans le champ de la prévention primaire

Depuis janvier 2012, nous intervenons tous les quinze jours, en binôme psycho-social composé de l'assistant social et de la psychologue. Nous avons choisi ce rythme soutenu de sorte à organiser une rythmicité et une continuité à notre présence.

- Auprès des usagers :

Ainsi présents et « à disposition », nous sommes amenés à participer aux échanges collectifs, discussions, débats, à être au côté de l'utilisateur dans sa recherche d'emploi, déclamer une scène de théâtre pendant le Café Culture... Notre intervention ne modifie pas les modalités pensées par la Mirly pour cet espace. Cependant par nos pratiques, nos outils

(d'intervenant social, de psychologue), c'est bien notre écoute particulière qui est à l'œuvre et qui, de fait, donne une couleur particulière au Café Emploi / Café Culture quand nous sommes présents.

Nous allons à la rencontre de l'autre dans cet espace informel (c'est un espace ouvert, il n'y a pas de porte close, on y entre et sort à sa guise). Cette configuration est pour certains, moins inquiétante que la relation duelle, et donc plus facilement envisageable que celle de se retrouver dans un bureau clos. Pour ceux qui craindraient au contraire de se retrouver en groupe, notre présence bienveillante peut permettre de soutenir les échanges, d'être attentifs à ce que chacun se sente bien et puisse éventuellement prendre le risque de s'exprimer. Sans être dans l'analyse groupale, ou un groupe de parole, nous sommes néanmoins attentifs à ce qui se déploie et se joue de particulier pour chacun, durant ce moment. Ce sont des éléments /indices des possibles difficultés qui pourraient contrarier la recherche d'emploi et le retour à l'emploi ou plus globalement faire souffrance chez la personne.

Ainsi, intervenir dans les groupes, dans le champ de la prévention primaire c'est être là en lien/dans le lien, au fil des semaines et des mois... c'est être à l'écoute de ce qui se transforme ou se répète des expériences de chacun (que cela concerne le travail, la famille, etc.) de l'humeur, de l'état général d'une personne dans le souci de ne pas être simple témoin/ observateur mais aussi « acteur » de l'accompagnement de la personne aux côtés des professionnels. C'est également soutenir l'idée que la santé mentale est l'affaire de tous, que chacun « en sait quelque chose ». Il est en effet intéressant de pouvoir les aider à partager et confronter leurs représentations à partir de leurs discours, expériences, de là où ils en sont, de là où émergent leurs questionnements.

- Auprès des professionnels :

Nos interventions dans les espaces collectifs ont également pour objectif de proposer un soutien aux professionnels. Il s'agirait par ce travail « avec », « en proximité », de les aider à penser leur lien d'accompagnement, de faire évoluer les regards. Pour ce faire nous tenons à préserver, après chacune de nos participations, un temps de restitution avec les conseillères présentes.

Notre présence à leur côté permet également de créer des expériences partagées (comme lors d'un co-accompagnement sur une sortie culturelle aux Subsistances, Lyon). Nous pensons que ce travail « en commun », « ensemble », peut favoriser des sollicitations par les professionnels.

Ce mode d'intervention diversifie et complète les propositions d'interface 9<sup>ème</sup>. Il ne s'agit plus seulement d'entendre parler des personnes, ou de les rencontrer dans des espaces formalisés comme pour les rencontres infirmières, mais bien de les rencontrer collectivement, ou plus justement « un parmi d'autres... ».

Actuellement il est difficile de quantifier, analyser les résonnances de cette intervention sur l'activité d'Interface 9<sup>ème</sup>, d'autant plus qu'elle se déroule auprès d'une association (Mirly9) qui travaille facilement avec nous (EMS, rencontres infirmières...). Nous pouvons dire qu'il s'agit d'une modalité d'intervention en plus, permettant d'appréhender les questions de préventions primaires autrement.

#### 4.5. *Le réseau comme outil constitutif de la santé mentale sur le territoire*

Le réseau correspond au maillage formé par les différents acteurs médico-sociaux concernés par une question spécifique. Il s'ordonne autour des liens entre les acteurs, qui peuvent être formalisés ou non.

Sur le territoire du 9<sup>ème</sup> arrondissement, les réseaux sont riches et nombreux. Au titre de la prévention en santé mentale, Interface 9<sup>ème</sup> participe principalement à deux d'entre eux, concernant d'une part l'adolescence, et d'autre part le relogement urbain.

Dans notre perspective de la matriochka, l'intérêt du réseau est double : comme pour la concertation de réseau (cf. le point 4.3), il autorise une coordination des acteurs autour d'une question particulière (là où la concertation de réseau permettait une coordination autour d'une situation individuelle). Et par ailleurs, il est un outil privilégié pour observer les évolutions sociétales et pour prévenir les difficultés émergentes.

##### Réseaux Adolescents

Sur la Duchère, les réaménagements de l'espace urbain occasionnent des modifications des espaces, des circulations, des lieux de rencontres, etc. Pour les jeunes (mais pas seulement), cela perturbe les habitudes et les modalités du lien social dans l'espace public. Par ailleurs, le classement en novembre 2012 du quartier en Zone de Sécurité Prioritaire a été vécu comme une certaine stigmatisation, et a occasionné une certaine méfiance des jeunes vis-à-vis des acteurs institutionnels.

Dans ce contexte, quels traits d'union imaginer entre les acteurs de l'éducatif, du social et du soin afin d'approcher les problématiques adolescentes à la Duchère, mais aussi plus largement sur le 9<sup>ème</sup> arrondissement ? Comment amener la question du soin au sein d'une relation de confiance, et sans faire fuir les jeunes ?

La commission ados du CLSM permet actuellement de soutenir le réseau des professionnels investis dans les missions en direction de ce public, de rester en alerte sur ces constats partagés, de remettre du liant entre les différentes approches de la santé mentale sur le quartier, d'interpeller l'ensemble des acteurs autour des questions relatives à la souffrance des adolescents. L'action du dispositif Interface 9, en tant que co-référent (avec le CMP) de cette instance, permet d'illustrer son inscription dans le réseau pluridisciplinaire.

La souffrance des adolescents a été énoncée à plusieurs reprises dans les différentes instances auxquelles a participé l'équipe d'Interface 9 (coordination 16-25, commission ados du CLSM). En concertation avec l'équipe de pédopsychiatrie, un binôme composé d'un travailleur social et de la psychologue d'Interface intervient auprès des équipes éducatives de deux établissements scolaires (Collège SCHOELCHER et lycée La Martinière).

Une réflexion quant aux modalités possibles de partenariat est aujourd'hui en cours avec le service de prévention spécialisée du secteur, afin de soutenir les missions d'« aller vers » des éducateurs de rue.

### Réseau Rénovation Urbaine

Comme pour tout projet de rénovation urbaine d'ampleur, les réaménagements du cadre de vie de la Duchère entraînent pour certains habitants de la souffrance (deuil d'un logement, obligation de décohabitations, perte de repères, etc.). Pour d'autres, ils peuvent faire ré-émerger des douleurs enfouies, liées aux traumatismes d'histoires personnelles (notamment lorsque la première installation sur le quartier trouve son origine dans l'arrachement de l'exil). Ou encore, à travers l'obligation de déménager, ils peuvent venir porter au grand jour des situations d'habitant en grande précarité, qui étaient passées jusque-là inaperçues.

L'accompagnement social de cette rénovation urbaine s'organise autour d'un réseau d'acteurs sociaux, animé par la Coordinatrice Santé. Interface 9<sup>ème</sup> est associé au titre de la prévention en santé mentale, pour essayer de prendre en compte ces questions de souffrances psychiques.

A ce titre, Interface 9<sup>ème</sup> participe, ou a pu participer, à différentes instances : CLSM Rénovation Urbaine ; Groupe Suivi Social; réunions de collectifs d'habitants (en 2010) ; groupe de réflexion « les freins au relogement ». Il n'est pas question dans cette participation de se proposer comme expert de la souffrance psychique, avec des réponses clé en main. Le rôle d'Interface 9<sup>ème</sup> est plutôt celui de porter de l'attention aux situations problématiques, ou éventuellement d'aider à réfléchir sur certaines résistances, ou complexités des vécus, entraînés par le relogement.

## Conclusion

En termes de données chiffrées, notre file active reste stable d'une année sur l'autre avec une centaine de situations travaillées. Nos interventions sont en légère augmentation pour un total de 234 interventions (contre 222 en 2011). Cette activité est rendue possible par le travail d'une équipe composée de 5 personnes, toutes à temps partiel, pour un total de 2,3 équivalents temps plein.

Malgré ses 12 années d'existence, Interface 9° reste un dispositif particulièrement innovant et plus que jamais d'actualité. Son appréhension peut paraître complexe, et il faut sans doute accepter de lâcher prise par rapport à sa pratique professionnelle pour mieux en comprendre les vertus. Lors des bilans que nous avons pu animer, certains professionnels nous ont témoigné justement de cette « prise de risque » pour eux. Cette réticence dépassée, beaucoup ont pu dire combien ils avaient apprécié le bénéfice d'un accompagnement extérieur, par rapport à une situation professionnelle vécue comme bloquée. Il est d'ailleurs intéressant de souligner que, dans une majorité de situations, nous sommes sollicités pour distinguer ce qui est du ressort du social, du psychique ou du psychiatrique. Paradoxalement, nous sommes finalement amenés à dé-psychiatriser la situation !

L'effet de la crise économique renforce de façon aiguë les situations d'exclusion. La complexité des situations appelle plus que jamais une approche pluridisciplinaire pour dépasser, accompagner les blocages. C'est tout le sens de l'approche de notre équipe. Cela suppose de se donner du temps, d'accepter qu'une situation ne relève pas nécessairement d'une insertion « verticale » mais peut-être d'un accompagnement au long cours, dont la finalité est de prendre soin de l'utilisateur.

Comme nous avons pu le présenter, une évolution majeure de cette année 2012 aura été notre implication dans des collectifs de professionnels et d'utilisateurs. Pour 2013, nous allons poursuivre cette dynamique.

L'ouverture du CMP Didier Anzieu (rassemblant la pédopsychiatrie, la psychiatrie adulte et l'équipe adolescents) va aussi être l'occasion de construire une nouvelle dynamique partenariale avec le centre hospitalier de St Cyr.

L'expérimentation d'accompagnement à la constitution d'un dossier MDPH semble correspondre à un réel besoin. Nous souhaitons donc pouvoir proposer ce nouveau service dans la mesure où nous accompagnons déjà les personnes concernées.

Nous sommes enfin interpellés sur de l'aide aux aidants aux statuts atypiques (bénévole, volontaire). Nous ne savons pas encore si notre dispositif peut correspondre à ce type de sollicitation. Il y a là une problématique que nous souhaitons explorer cette année.

La devise de notre association est « des liens pour aller plus loin ». Interface 9° s'inscrit pleinement dans cette ambition de tisser des liens, faire réseau pour modestement contribuer à ce que la personne accompagnée trouve davantage sa place dans la Cité.

