

« Le savoir des pairs médiateurs nous permet d'entrer en contact avec les gens de la rue »

Entretien avec Émilie Labeyrie,

psychologue au sein de l'équipe Mouvement et action pour le rétablissement sanitaire et social (Marss) de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille.

La Santé en action : Dans quel cadre est née l'équipe Marss ?

Émilie Labeyrie : Mouvement et action pour le rétablissement sanitaire et social (Marss) est une équipe mobile de santé mentale communautaire de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM). Elle a été créée en 2007 dans le cadre de la circulaire du 23 novembre 2005 concernant la prise en charge de la santé psychique des personnes en situations de précarité et d'exclusion. Cette équipe est rattachée au pôle universitaire de psychiatrie ; ainsi la moitié de notre activité est consacrée à des projets de recherche-action, comme le programme *Working First*¹. Marss a également expérimenté à partir de 2011 le programme « Un chez-soi d'abord ».

L'initiative a été portée au départ par Médecins du monde, qui a embauché cinq professionnels afin de constituer une première équipe mobile précarité-psychiatrie pour aller vers les personnes vivant dans la rue, souffrant de troubles psychiatriques graves et éloignées de tout accès aux soins. Une fois le projet lancé, l'association a passé le relais à l'AP-HM. Aujourd'hui, cette équipe pluridisciplinaire est composée de vingt professionnels : des médecins, des infirmiers, des travailleurs sociaux, des psychologues, un anthropologue, ainsi que les médiateurs en santé mentale, c'est-à-dire les travailleurs pairs. L'action dans la rue est complétée par un pôle rétablissement, qui coordonne

un parcours de soin de proximité, un pôle accueil qui propose de l'hébergement au sein d'une maison-relais et un groupe d'entraide mutuelle, nommé Les Nomades célestes.

S. A. : Pourquoi cette équipe a-t-elle décidé d'intégrer à ses maraudes d'anciens SDF souffrant de pathologies mentales ?

É. L. : C'est une idée du psychiatre Vincent Girard, aujourd'hui référent à l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) sur les politiques d'innovation en santé mentale et de lutte contre l'exclusion. Aux États-Unis, où il séjournait dans le cadre d'un post-doctorat, il a découvert le *Recovery movement* (concept de rétablissement) et des modalités d'intervention sur le terrain, qui incluaient des personnes ayant traversé l'expérience de la maladie psychiatrique sévère, de la rue, de la prison. Sa rencontre avec Hermann Handluber, un ancien SDF, a conduit à la création du collectif Marss et à son approche par les pairs. C'est encore cette philosophie du rétablissement qui guide notre action aujourd'hui, et pas seulement dans les maraudes, puisque les médiateurs en santé mentale sont employés dans les différentes activités. Elle repose sur l'émancipation des personnes et sur un parcours de soin adapté aux personnes atteintes de troubles mentaux, autour de l'inclusion dans la société. C'est une approche centrée sur les forces, les compétences psychosociales et les choix de la personne ; on ne s'intéresse pas qu'au traitement de la maladie, mais à tout ce qui participe au bien-être de l'individu et à sa place dans la société – accès aux droits fondamentaux, logement, emploi, soins médicaux, vie sociale, etc. C'est de la psychiatrie au

plus près de la parole de l'utilisateur, de ce qu'il a à dire de sa souffrance psychique sur la scène sociale.

S. A. : Qu'apporte le médiateur pair dans vos interventions et dans le travail d'équipe ?

É. L. : Le savoir de l'expérience appartient à l'utilisateur. Par exemple, personnellement, je ne connais pas les effets secondaires de tel ou tel médicament. Seul celui ou celle qui en a pris peut en parler. Ce savoir des pairs permet d'entrer en contact avec les gens de la rue de façon plus horizontale, d'atténuer les effets du pouvoir médical et l'impression que peuvent avoir nos interlocuteurs que tout est entre les mains des médecins. C'est important pour établir un lien de confiance et créer une dynamique dans la relation, qui va permettre ensuite de faire émerger une demande sanitaire et sociale. On évite aussi la relation de dépendance malade-soignant. Toutefois, l'idée de faire intervenir des médiateurs pairs en santé mentale est parfois très critiquée. Il y aurait, selon ses détracteurs, une forme d'instrumentalisation des patients que l'on maltraiterait en leur faisant croire, par la présence des médiateurs qui sont intégrés maintenant dans la société, qu'ils peuvent guérir et s'en sortir. C'est de toute façon notre objectif. Il n'y a d'ailleurs pas de reconnaissance de ce métier de médiateur en santé mentale. Et ce manque de norme pose problème, notamment pour le recrutement dans l'équipe. Les six travailleurs pairs sont embauchés comme agent administratif, technicien, informaticien ou sous d'autres statuts. Ils sont sous la supervision du coordonnateur de l'équipe, comme les autres professionnels. Il y a quelque temps, nous avions un partenariat avec un hôpital qui voulait

que leur intervention soit supervisée par un psychologue ; ce que nous avons refusé, car les médiateurs en santé mentale sont des travailleurs comme les autres. Cela a mis fin au partenariat.

S. A. : Qu'est-ce qui motive les médiateurs pairs à s'engager à vos côtés ?

É. L. : Leur principale motivation est la lutte contre la stigmatisation et contre l'exclusion des personnes souffrant de troubles mentaux. Les représentations de la maladie mentale dans la société évoluent peu. Qui ne pense pas que les schizophrènes sont dangereux et qu'ils doivent être enfermés à vie ? En santé mentale, les pratiques d'internement sont encore très prégnantes. Les travailleurs pairs ont à cœur d'apporter aux gens de la rue et à ceux que nous accompagnons de l'espoir : voilà ce que l'on peut accomplir quand on est rétabli, il est possible de trouver sa place dans la société avec une pathologie mentale. Les médiateurs pairs participent aussi à la psycho-éducation des patients dans des ateliers dédiés, comme on apprend à une personne diabétique pourquoi et comment se piquer. Cette transmission est importante à leurs yeux. Il y a un côté plaidoyer dans leur action, qui est aussi un engagement. Par ailleurs, beaucoup de personnes que nous avons suivies s'investissent comme bénévoles sur nos projets.

S. A. : Votre travail est-il reconnu et disposez-vous d'un soutien institutionnel pour en assurer la pérennité ?

É. L. : Écouter la parole de l'utilisateur n'est pas une approche nouvelle, mais avec cette vision holistique de la personne nous avons développé une pratique plus générale et systématique. De plus en plus d'initiatives émergent dans ce sens, qui ouvrent un champ pour les travailleurs pairs. Notre action est reconnue, et je ne pense pas que nous puissions revenir en arrière. De plus, notre service, qui emploie 15 équivalents temps plein – ce qui est beaucoup –, fonctionne à moindre coût par rapport à bien d'autres services de psychiatrie, puisque nous n'avons pas de lits. Et nous obtenons des résultats, ce qui n'est pas aisé avec un public exclu et éloigné du soin. Nous assurons ainsi des formations auprès d'associations et

d'institutions qui souhaitent déployer le concept de rétablissement : il y a une partie de théorie et une partie sur les outils, comme l'*Open dialogue*² – pour communiquer dans les moments de crise – que nous avons découvert en Finlande ou le *Case management*³ – la coordination d'un parcours de soin de proximité, qui place la personne au centre. Il y a toujours une complexité due à la fragilité des financements, mais nous sommes en voie de développement. Cependant, il ne faut pas ménager ses efforts et être toujours dans une dynamique pour aller vers les partenaires – les équipes de maraudes

non médicalisées, les structures d'accueil du public, l'ensemble des acteurs médico-sociaux, les associations, etc. C'est ce que nous avons fait par exemple cet hiver, lorsque nous nous sommes rapprochés de l'équipe d'infirmiers que le 115 a mise en place pendant le Plan grand froid. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. L'on pourrait traduire par « Le travail d'abord ». Programme d'inclusion et d'accompagnement vers l'emploi pour tous. (NDLR)
2. Le dialogue ouvert.
3. La gestion de cas.

« ALLER VERS » LES SANS-DOMICILE

Dans son rapport publié en collaboration avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) du ministère des Affaires sociales et de la Santé [1], l'Agence nouvelle des solidarités actives (Ansa) a identifié des pratiques innovantes favorisant la prise en charge des problèmes de santé des personnes sans domicile, puis elle a formulé les préconisations suivantes (liste non exhaustive) :

- privilégier le recours aux dispositifs de droit commun ;
- fluidifier l'accès aux structures médico-sociales des personnes hébergées et sans domicile ;
- favoriser l'accès direct au logement pour les personnes sans domicile, condition préalable à un bon état de santé ;
- créer les conditions de réussite d'une bonne prise en charge, notamment en instaurant un partenariat entre professionnels du social et de la santé ;
- mieux articuler les actions d'aller-vers des professionnels du social et de la santé et renforcer leurs capacités à suivre des personnes en structure d'hébergement et en logement, par exemple par la création d'instances d'échange entre professionnels ;
- faire participer les personnes concernées par certains dispositifs, entre autres par le recrutement de travailleurs-pairs, par exemple au sein des équipes pluridisciplinaires et d'accompagnement.

L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) souligne également la capacité d'innovation de la psychiatrie qui va vers les patients : « *La psychiatrie est à bien des égards en position de précurseur par rapport aux autres disciplines médicales : [...] quand elle recrute dans les services des médiateurs*

de santé-pairs, [...] quand elle développe des équipes mobiles intervenant auprès des institutions médicosociales et sociales, quand, avec ses centres médico-psychologiques (CMP), elle répartit très largement sur le territoire des lieux de soins de proximité. [2] » Une démarche d'aller-vers inscrite également dans la Stratégie nationale de santé [3] : « Dans les prochaines années, il sera nécessaire de : [...] mettre en place des méthodes de promotion de la santé permettant d'aller vers les publics les plus éloignés du système de santé (pairs-aidants, équipes mobiles, ateliers santé ville) ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Rickey B. *Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile ? Repérage de pratiques innovantes.* [Rapport] Agence nouvelle des solidarités actives (Ansa), Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), *Les Contributions*, mai 2016, n° 18 : 104 p. En ligne : https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2018-08/Ansa_Contribution18_SanteHebergement_juin2016.pdf
- [2] Lopez A., Turan-Pelletier G. *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960.* [Rapport] Inspection générale des affaires sociales (Igas), novembre 2017, tome 1 : 376 p. En ligne : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/184000071.pdf>
- [3] *Stratégie nationale de santé 2018-2022.* Ministère des Solidarités et de la Santé, décembre 2017 : 103 p. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

Médiation par les pairs
Une équipe mobile auprès des sans-abri