

Université Lille
Université Paris 13
APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille
CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire
« Santé mentale dans la communauté »
Année 2022

**SANTE MENTALE AU SEIN D'UN SERVICE DE SECURITE ET PREVENTION
DE LA DELINQUANCE**

**Quels apports de la santé mentale communautaire pour
des clefs de compréhension communes ?**

Charline MILLOT-BARGHANE

Remerciements

Pour ouvrir ce mémoire qui vient marquer le début de notre aventure de la santé mentale communautaire, nous tenons à remercier le Centre Collaborateur de l’OMS, en particulier le Dr Roelandt et l’ensemble de son équipe, pour avoir permis la création et la continuité du Diplôme Inter-Universitaire Santé mentale dans la Communauté.

Nous tenons à remercier l’ensemble des intervenants, n’en citant aucun car toutes les interventions ont été une rencontre enrichissante et bienveillante nous permettant d’accéder à un savoir et à des récits d’expériences que nous garderons tout au long de notre chemin professionnel.

Nos remerciements vont également pour les Professeurs d’Universités partenaires, dont les Prs Lazarus, Vaiva, Thomas, Lançon, pour avoir lu et corrigé nos mémoires, et particulièrement Mme Costa pour la coordination et son accompagnement dans la réalisation de ceux-ci.

Nous nous sentons extrêmement reconnaissants, pendant trois semaines nous avons pu rencontrer des personnes fortes de leurs convictions et expériences, personne que nous n’avions que de très faibles probabilités de croiser.

Nous remercions sincèrement nos collègues de la direction de la sécurité et de la prévention de la délinquance de nous avoir fait confiance. Leurs récits nous ont permis de nous rencontrer réellement autour d’une thématique loin d’être la plus simple. Nous sommes reconnaissants d’évoluer au sein d’une collectivité locale comptant parmi ces agents des professionnels engagés, et incarnant ce qui, pour nous, constitue la philosophie du service publique.

Enfin, j’ai une pensée toute personnelle pour mon entourage, je nomme ici mon mari, pour son soutien indicible, et ma grand-mère pour sa relecture attentive, cette expérience me replonge dans nos souvenirs universitaires.

Table des matières

Remerciements _____	1
Liste des sigles _____	3
Introduction _____	4
I. La présentation de la méthodologie appliquée _____	6
A. Présentation du terrain : de la création d'une direction à la professionnalisation des agents _____	6
B. La méthode utilisée _____	7
C. Les limites observées de l'étude _____	8
II. L'impact des représentations de la santé mentale sur la pratique des agents de la Direction sécurité et prévention de la délinquance _____	9
A. L'approche d'une définition de la santé mentale par les agents _____	9
1. De la compréhension de la santé mentale... _____	9
2. ... à son identification lors des interactions. _____	11
B. L'illustration au sein des pratiques et les postures professionnelles _____	12
1. Une crainte de l'inattendu _____	12
2. La création d'un cadre d'interaction : adaptation de la pratique professionnelle _____	13
III. La place des services de sécurité et de prévention de la délinquance dans la santé mentale communautaire _____	17
A. Les apports du Conseil Local de Santé Mentale : Une première action autour de la simulation en santé mentale _____	17
1. D'un sujet tabou à un sujet de travail _____	18
2. L'adaptation suite à un évènement inattendu _____	18
3. La simulation en santé mentale _____	19
B. La continuité des rencontres pour aller vers une logique de santé mentale communautaire _____	20
1. Les enseignements d'une action de formation en simulation en santé mentale _____	20
2. La place des agents dans la santé mentale communautaire _____	21
3. Les actions en réflexion dans le cadre du CLSM _____	22
Conclusion _____	23
Bibliographie _____	25
Annexes _____	Error! Bookmark not defined.

Liste des sigles

ARS	Agence Régionale de Santé
ASVP	Agents de Sécurité de la Voie Publique
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CLSPD	Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance
CNFPT	Centre National de la Fonction Publique Territoriale
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Afin d'avoir une certaine fluidité dans la lecture, lorsque le sujet est neutre ou non genré, il a été choisi d'accorder au masculin.

Introduction

A la une des journaux, de toute obédience qu'il soit, il n'est pas rare d'être accroché par des titres mêlant violence, santé mentale et troubles psychiatriques. Cette forte représentation négative dans les médias, comme dans la une de Marianne (2022) où la santé mentale croise la « folie », la « maladie mentale » et une psychiatrie à « l'abandon », entraîne alors une stigmatisation de celle-ci. Un fort amalgame se crée entre la folie, la violence et la maladie mentale.

Selon l'enquête OMS sur les représentations (Roelandt 2007), au-delà de l'interprétation de la santé mentale dans les différents médias (presses, films, téléfilms...), cette représentation pourrait être un résidu très ancien des « fous ». Cette stigmatisation collective débute dès 1656, Louis XIV ordonnera alors la mesure de police par le grand renfermement créant ainsi les plus grands hôpitaux d'Ile-de-France, La Salpêtrière et Bicêtre, et l'émergence de la psychiatrie comme discipline médicale (Parrini-Elemento, 2007).

Au niveau local, mis à part les différents faits divers relayés par les presses locales, nous avons pu observer l'impact insidieux de ces représentations sous le prisme du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) de la Ville C. Dès sa mise en place, des représentants politiques ont pu glisser sur cette notion sécuritaire de la santé mentale, faisant appel à leur compétence d'élus locaux, garants de la sécurité et du bien-être des administrés. Certains des acteurs locaux membres du CLSM par le partage de leurs expériences témoignent du sentiment ou de faits avérés qu'engendre cette stigmatisation sur leurs différentes actions.

Pour réfléchir et favoriser les représentations positives sur la santé mentale, le CLSM de la Ville C a, dans la composition de ses groupes de travail, invité les représentants des services de la police municipale et de la médiation de la Ville C. Cette première rencontre nous a semblé être une illustration intéressante des propos discutés précédemment. Effectivement, les échanges et discussions ont pu mettre en évidence, d'une part une interconnaissance à améliorer, et d'autre part une culture commune sur la santé mentale à faire émerger.

Nous avons saisi l'opportunité de travailler cette interrogation dans le cadre du Diplôme Inter-Universitaire « Santé mentale dans la communauté : études et applications ». Nous nous sommes demandé comment la santé mentale peut être perçue par les services de la Direction sécurité et prévention de la délinquance de la Ville C. De quelle manière ces représentations interagissent dans la pratique professionnelle des agents municipaux ? Quels pourraient être les apports du CLSM de la Ville C ?

Après autorisation du Directeur, et avec le soutien logistique des assistantes de direction, nous avons choisi de rencontrer les agents du pôle sécurité composé de la police municipale et des agents de surveillance de la voie publique (ASVP), et ceux du pôle médiation. La direction est également composée du service de la prévention de la délinquance mais nous n'avons pas eu l'opportunité de les inclure dans cette enquête pour des raisons logistiques. Une revue de la littérature a également été menée, en plus des apprentissages lors des cours dispensés, afin d'avoir un cadre d'analyse.

Dans une première partie, une présentation du lieu d'enquête et de la méthodologie sera faite. Elle sera précédée d'une seconde partie explicitant l'impact des représentations de la santé sur la conception et les pratiques professionnelles des agents municipaux. La dernière partie exposera les pistes de réflexion amenée par cette étude ainsi que le retour sur une première action mise en place dans le cadre du CLSM de la Ville C.

I. La présentation de la méthodologie appliquée

A. Présentation du terrain : de la création d'une direction à la professionnalisation des agents

Au sein d'une commune d'un territoire de 150 000 habitants, la collectivité locale, la Ville C, est dotée depuis une trentaine d'années de services mettant ainsi en œuvre les missions de sécurité et tranquillité publique dans le cadre de l'autorité de police administrative du Maire. Ces services sont, jusqu'en 2015, rattachés à des directions différentes avec deux corps distincts : les gardes urbains et les agents de tranquillité publique, ces derniers posant les premières fondations de la médiation de proximité.

C'est ensuite que les services se sont regroupés sous une seule direction, elle-même rattachée à la direction générale adjointe tranquillité publique. Une soixantaine d'agents se voient proposer, lors d'entretiens, trois possibilités d'évolution. La professionnalisation des anciens cadres d'emploi fait évoluer les gardes urbains vers les agents de surveillance de la voie publique (ASVP), les agents de tranquillité publique vers les médiateurs de proximité et un nouveau corps de métier, celui des animateurs de prévention. Une stratégie territoriale de sécurité et de prévention de la délinquance est adoptée en 2015 par la municipalité. Ce service a connu une transformation majeure avec la création de la police municipale en 2016 et une professionnalisation accrue des agents.

Dans la fonction publique territoriale, chaque métier est rattaché à l'une des dix filières regroupant plusieurs cadres d'emploi de catégorie A, B ou C. Après avoir pris connaissance des fiches de poste des agents, seule la police municipale dépend de la filière sécurité. Les médiateurs et les animateurs de prévention relèvent de la filière animation et les ASVP de la filière administrative.

En 2020, suite à des modifications structurelles, la direction sécurité a rejoint la Direction Générale Adjointe des Solidarités et de la Santé, par ailleurs le service santé a été créé au même moment. Suite aux élections municipales, il y a également eu un renouvellement de l'équipe municipale avec un adjoint au Maire pour les

questions de sécurité et de santé publique pour les thématiques de démographie médicale, et celles pouvant impacter la sécurité, notamment les addictions et la santé mentale. Une adjointe au Maire est également déléguée à la santé publique pour les thématiques de prévention et de médiation santé.

En 2022, la direction tranquillité publique a été renommée direction sécurité et prévention de la délinquance avec, pour projet, d'étoffer l'équipe de la police municipale, avec le recrutement de nouveaux agents. Cette direction est fondée, depuis 2015, sur trois pôles dont :

- Le pôle prévention, composé des animateurs de prévention, et de la coordinatrice du Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance (CLSPD) ;
- Le pôle médiation, composé des médiateurs de proximité ;
- Le pôle sécurité, composé de la police municipale, des ASVP, de la brigade verte, des placiers, d'une cellule de vidéosurveillance et du bureau des objets trouvés.

Il est à noter que nous avons toujours été, en tant que chargées de mission de prévention et promotion de la santé, rattachées à la même Direction Générale adjointe que la direction sécurité.

B. La méthode utilisée

Nous avons choisi, pour répondre à la problématique posée, de mener des entretiens semi-directifs, articulés autour de trois grands items, dont la santé mentale chez le public rencontré, la perception de la santé mentale chez les professionnels, et la prise en charge de l'utilisateur pour apprécier la pratique professionnelle des agents enquêtés. Il a également été demandé de décrire les caractéristiques de la population rencontrée.

Pour cette enquête, nous avons retenu le pôle médiation et le pôle sécurité en interrogeant des policiers municipaux, des ASVP, et des médiateurs de proximité.

Cette enquête empirique est composée de sept entretiens semi-directifs, tous enregistrés, ce qui a permis une retranscription des plus fidèles¹. Ces entretiens étaient effectués sur la base du volontariat. Dans un souci de représentation, nous avons demandé au responsable des policiers municipaux et au chef d'équipe des médiateurs d'intervenir sur un temps de pause, moment où le plus grand nombre d'agents sont présents. Leur accord a permis l'organisation de deux focus groupes, l'un avec la police municipale avec la participation de 14 agents, et l'autre avec les médiateurs, 6 au total, un agent est parti au cours des échanges².

Nous tenons à souligner que le fait d'être agents de la même collectivité et sous la même direction, a pu être un moyen de faciliter la parole, avec une confiance rapide dans les récits, et un partage de certaines expériences.

C. Les limites observées de l'étude

Une première limite observée dans cette étude est la représentation des agents composant le service. Actuellement, la direction compte 49 agents, dont 27 policiers municipaux, 24 ASVP, 11 médiateurs de proximité et sept animateurs de prévention. Dans la contrainte de temps, imputable à l'organisation personnelle et professionnelle, nous avons rencontré 27 agents dont 18 policiers municipaux, deux ASVP, sept médiateurs de proximité. Nous n'avons pas pu inclure les animateurs de prévention. Cette limite identifiée, l'analyse des rencontres a mis en exergue l'illustration et la complexité autour des thèmes de santé mentale dans les pratiques professionnelles des agents, notamment chez un public spécifique.

La seconde limite est le manque d'observation directe au cours des interventions des agents municipaux. En plus des récits recueillis, l'observation aurait pu être une donnée empirique intéressante venant compléter, de manière plus objective, les entretiens menés. Cependant, nous avons pu être autorisées à assister à la première séance de formation de simulation en santé mentale, ce qui nous a permis de

¹ Annexe II : présentation

² *Ibid.*

comprendre les relations qui se jouent entre les agents, caractérisant leurs missions et rôles, notamment où commence et finit l'intervention de chacun.

II. L'impact des représentations de la santé mentale sur la pratique des agents de la Direction sécurité et prévention de la délinquance

Dans l'interaction avec l'Autre, nous nous référons à nos représentations et cadres d'expériences. Dans un premier temps, nous allons nous attacher à comprendre quelles sont les différentes représentations de la santé mentale chez les agents, pour ensuite, permettre de comprendre comment elles s'illustrent dans les pratiques et postures professionnelles des agents.

A. L'approche d'une définition de la santé mentale par les agents

Selon Jodelet (1993), le concept des représentations peut être défini comme étant

La rencontre d'une expérience individuelle et de modèles sociaux dans un mode d'appréhension particulier du réel : celui de l'image-croyance qui, contrairement au concept et à la théorie qui en est la rationalisation seconde, a toujours une tonalité affective et une charge irrationnelle [...] [et] s'organise en relation étroite au social et qui devient, pour ceux qui y adhèrent, la réalité elle-même (p.278).

Ces représentations vont conduire les agents à juger lors de la rencontre avec une personne, afin de s'adapter à celle-ci. En santé mentale, les enquêtés ont été interrogés pour pouvoir comprendre leur perception sur ce sujet.

1. De la compréhension de la santé mentale...

La réaction de la plupart des agents interrogés a été de prendre un temps de réflexion, d'autres ont partagé leurs pensées par mots clefs, certains encore cherchaient, auprès de nous, une validation, comme dans l'attente d'une bonne ou mauvaise réponse.

Les termes les plus souvent utilisés pour définir la santé mentale naviguent entre la maladie mentale, avec une forte référence à la schizophrénie, et la notion de vulnérabilité. La commission « violence et santé mentale » (Lovell, 2005) fait part de

la place des différents médias dans les représentations négatives de la santé mentale dans notre société. Cette commission fait part de plusieurs études démontrant que la maladie mentale est souvent associée à la violence et à l'agressivité.

Dans les médias, les personnes souffrantes de psychose apparaissent uniquement lors des faits en rapport à la criminalité.

Cependant, la crainte du passage à l'acte d'une personne concernée par la santé mentale n'est pas centrale pour tous les agents. Plusieurs d'entre eux vont porter leur crainte sur les effets de leur action sur la personne qu'ils rencontrent, au risque d'être le déclencheur d'un passage à l'acte. On constate ici que cette crainte fait référence à leur cadre institutionnel où la protection, le service à la personne étant une finalité.

Lors du focus groupe avec les policiers municipaux, après plusieurs interventions décrivant la santé mentale sur le registre de la maladie, deux agents ont décrit la santé mentale comme une action positive, en citant plusieurs émotions, telles que la « joie » et la « bienveillance ». Cela permet de rejoindre plusieurs agents sur cette réflexion décrivant la santé mentale comme étant protectrice, « une attitude pour affronter psychologiquement et psychiquement la vie » (médiateur de proximité, focus groupe) ainsi qu'un bien commun « on a tous une santé mentale » (PM3, entretien).

En demandant de préciser les facteurs impactant la santé mentale, tant positivement que négativement, plusieurs références renvoient aux propriétés sécurisantes apportées par l'objet social (Furos, 2011). La perte des objets sociaux peut alors engendrer une souffrance, en rapport avec un système de valeurs (Furtos, 2011). Il est cité par exemple, l'emploi, la famille, l'entourage, le lien social, la situation financière, mais aussi les soins et leur accès. La solitude et l'isolement sont deux éléments mis en avant dans la participation à l'évolution d'une mauvaise santé mentale vers la maladie mentale, la « folie ».

Cette tentative de définition de la santé mentale mène à un constat partagé : elle est indispensable et complexe. Dans le discours, différents éléments caractérisent

cette définition et mettent en évidence l'impact des représentations de la santé mentale.

2. ... à son identification lors des interactions.

La description de la santé mentale par les agents fait ressortir ce que Goffman (1975) nomme le stigmaté. Il peut être défini comme étant « la situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement acceptée par la société » (p.7). Dans ce cadre, les représentations de la santé mentale interviennent dans cette notion de stigmates qui peuvent appartenir aux champs lexicaux de la violence et de la peur.

Tout d'abord, les propos et les comportements incohérents, les hallucinations, l'attitude de la personne, vont être les premiers stigmates qui vont interpeller les agents sur la possibilité d'un problème de santé mentale. Les agents vont alors adopter des comportements d'adaptation afin de pouvoir interagir avec la personne.

Ces stigmates, présentés de façon non exhaustive, rejoignent les résultats d'une enquête menée en 2004 sur les représentations de la santé mentale en population générale (Bellamy, Roelandt, Caria, 2005). En effet, lorsque la santé mentale est abordée comme étant un problème, les notions de violence, d'agressivité et de maladie apparaissent. Les points de repères pour définir une personne ayant une problématique de santé mentale sont semblables à ce que cette étude a pu illustrer³. L'étude montre également que la « folie », comme la « maladie », ne seront jamais guéries totalement (Bellamy, Roelandt, Caria, 2005). Nous retrouvons cette opinion chez les agents en évoquant la nécessité d'une prise en charge médicale des troubles de santé mentale avec, chez certains, une incompréhension existante sur cette prise en charge qui peut être ambulatoire.

Dans la « maladie mentale », une forte référence à la schizophrénie est faite par une majorité d'agents, notamment quand l'agressivité et la violence sont évoquées, mais aussi la méconnaissance de cette pathologie. Comme relevé par des études (Lovell, 2005), la mémoire collective est fortement cristallisée sur cette pathologie,

³ Annexe III : illustration.

en particulier avec l'appropriation par les médias, et le relai rapide de l'information par les nouveaux moyens de communication.

Ces différentes représentations et définitions autour de la santé mentale vont avoir un impact sur l'agent, mais pas forcément sur sa pratique et prise en charge de la personne.

B. L'illustration au sein des pratiques et les postures professionnelles

1. Une crainte de l'inattendu

Au cours des échanges, plusieurs agents ont fait part de la part de méconnaissance se traduisant par la « crainte », la « peur » ou l' « appréhension » d'aller vers les personnes concernées.

La personne va désorganiser le déroulement de l'interpellation par les comportements ou gestuelles décrivant une personne présentant une maladie mentale (Goffman, 1974). C'est la notion d'adaptabilité que relatent certains agents faisant appel, soit à leurs normes et règles régissant leur profession, soit par leurs expériences antérieures. La majorité des agents ont eu un parcours en gendarmerie, en police nationale ou en médiation, avec une ancienneté de plus de 5 ans dans la collectivité, et pour certains depuis la création des services. Pour les décrire, nous les avons illustrées selon la temporalité de la rencontre entre l'agent et la personne.

La rencontre dans l'espace public entre l'agent et la personne peut se faire de deux manières. La personne peut interpellé l'agent en faisant par d'une demande, d'un besoin. L'uniforme joue ici un rôle dans l'identification des agents, en particulier des policiers municipaux et des ASVP, et également dans ce qu'il peut représenter, la protection et la répression. Cette interpellation est nommée doléance et peuvent également être faite en dehors de l'espace public (contact par téléphone, par écrit). L'autre manière est lorsque l'agent, va vers la personne soit après le constat d'un comportement nécessitant un rappel à la règle voire d'une verbalisation, soit le constat que la personne a potentiellement besoin d'aide et d'écoute. Les agents peuvent alors être très attachés à cette notion de protection,

qu'ils peuvent caractériser comme de la médiation (tous les corps de métiers confondus).

Avant d'entrer en contact avec la personne, l'agent va se référer au stigmate de celle-ci puis faire appel à son cadre de représentation acquis pour la plupart de l'expérience. Après un premier échange avec la personne, il est observé une différence donnant deux possibilités suite à cette prise de contact. Une partie des agents ne va pas aller plus loin dans la démarche et va faire appel à un organe de régulation, tel que le Samu, pour déléguer la décision d'une orientation. Ils décrivent cela comme étant la limite de leur intervention, ils ne prennent pas l'initiative d'appeler les services de l'EPSM. L'autre partie des agents, quant à elle, va poursuivre l'échange en apportant une réponse, une solution, ou en déléguant à un partenaire. Ces agents font appel à un réseau de connaissances, souvent lié à un professionnel précis, pour orienter la personne selon sa problématique.

C'est par l'analyse de ces stigmates que l'agent va s'adapter pour construire un cadre permettant l'interaction avec la personne.

2. La création d'un cadre d'interaction : adaptation de la pratique professionnelle

Pour permettre le contact et l'interaction avec la personne, les agents vont mettre en place plusieurs stratégies.

Parmi celles-ci, on peut voir que les agents vont rationaliser le problème de cet Autre pour pouvoir travailler avec lui sur la notion de souffrance. Devant la perte des objets sociaux, il est décrit trois modalités de souffrance, de celle stimulante à celle invalidante (Furtos, 2011). Quand la souffrance commence à rendre le quotidien difficile, la capacité à demander de l'aide devient également difficile. Cette difficulté peut s'exprimer par de l'amertume, de la violence ou de l'agressivité. Cela rejoint l'observation d'un mode de compréhension de la part des agents, où la faute n'incombe pas seulement sur des faits individuels, « ça peut arriver à tout le monde », « tout le monde peut péter les plombs » (ASVP2 et PM4, entretien). Le problème initialement analysé comme une problématique de santé mentale devient une problématique sociale, la personne est un Autre Semblable avec un besoin à un

temps donné. C'est en problématisant cela que les agents vont travailler sur des déterminants sociaux pour proposer une action, un accompagnement à la personne.

Dans les stratégies, on constate une volonté de ne pas déshumaniser, en rappelant à plusieurs reprises « ce sont des êtres humains comme toi et moi », « ils ont le droit de vivre comme tout le monde » (PM3 et PM4, entretien), et que chaque personne a des droits. C'est ainsi que les agents sont unanimes sur leur mode d'interpellation et la notion de distance de sécurité, où toute personne est une potentielle source d'agression. Ce mode d'intervention reste commun au début de cette rencontre, la différenciation entre les publics et le rôle des représentations intervenant par la suite dans les modalités de leur réponse.

Cela renvoie à une autre stratégie où sont décrites les postures adoptées par les agents, avec l'objectif d'être compris par la personne, et également de ne pas aggraver une situation où peuvent se projeter les représentations autour de la « maladie mentale ». Il y a, d'une part, les postures physiques avec une prise en compte de l'uniforme comme pouvant faire naître des craintes chez la personne. Les agents vont adopter une distance de sécurité, tout en se mettant au niveau de la personne. Cette attitude gardée tout au long de l'interaction est décrite comme universelle, avec cette idée que « n'importe qui peut être dangereux » (PM2, entretien).

D'autre part, les agents vont adopter un vocable et une façon de parler correspondant à la personne rencontrée. Cette posture est qualifiée de bienveillante, adaptée au langage et à la compréhension de l'Autre, à l'écoute, afin de sécuriser la personne et l'environnement de l'agent. L'apport d'une proposition de solution à la personne n'est pas une finalité en soi, pour certains agents qui pensent leur écoute comme une action favorable pour la personne.

Ces différentes stratégies et postures peuvent être illustrées dans le récit d'une intervention menée par l'un des chefs d'équipe des médiateurs de proximité.

Par exemple, il y en a tellement comme ça. Je me rappelle d'une jeune femme, 28 ans, ingénieure [domaine automobile reconnu] ça je ne l'ai appris qu'après en creusant un petit peu car je ne supporte pas avoir cette fin là sur *“la personne était folle on l'a laissée”*, non.

Donc le contexte c'est une femme assise en terrasse place Y, qui se lève et qui interpelle les médiateurs. *Messieurs s'il vous plaît vous travailler pour la Ville ? Oui. Je ne sais pas comment vous le dire, tremblante, j'ai un petit problème dans mon appartement j'ai des punaises de lit et je ne peux plus y rentrer, j'ai peur je ne sais plus quoi faire. J'ai prévenu mon propriétaire il ne veut rien savoir. Ça me bouffe la vie je ne sais pas quoi faire et j'ai l'impression de les entendre et les voisins font du bruit aussi. Tout ça je n'arrive plus à retourner à mon appartement est ce que vous pourriez venir avec moi s'il vous plaît. [...]* Pour venir constater que j'ai bien des punaises de lit chez moi. [...] Elle fait une demande, un administré vous fait une demande. C'est un rendu de service public. [...] *les propos partaient dans tous les sens et on voyait bien qu'elle était folle. Ok, donc ça se termine là ? On a pris ses coordonnées quand même.*

Je me renseigne un peu sur les coordonnées, le nom de famille effectivement je me rends compte que c'est une dame qui est ingénieure à [domaine automobile reconnu], toujours en activité, je l'ai appelée. Elle avait une problématique de punaises de lit chez elle sauf qu'elle n'était pas aidée par son propriétaire. Son propriétaire ne voulait rien savoir, qu'elle fasse la totalité de l'entretien elle-même. [...] La demande était vraiment sincère du coup je me suis rendu au domicile de la dame, elle s'est effondrée en pleurs. Elle me dit *ça fait 6 mois que j'appelle au secours, personne ne m'a répondu.* Elle a appelé les services du Département, Ville. *J'ai vu 2 personnes de la Ville je ne pensais pas qu'on répondrait à ma demande.* Elle était vraiment en larmes, pendant 10 minutes on a dû consoler une dame juste parce qu'elle était contente de nous voir. J'ai redit aux médiateurs : ce n'est pas à nous de juger, [...] catégorisé dans la case folie alors qu'elle avait une problématique environnementale, santé au domicile [...]. Quand vous savez que vous avez des bestioles dans votre lit, [...], dite vous qu'elle a subi cela pendant 6 mois et vous la catégorisez dans la case folie. Si on n'avait pas pris la peine de l'appeler, qu'est-ce qu'elle aurait fait cette dame ? Elle aurait supporté 6 mois supplémentaires comme ça ?

[...] Et très souvent la fragilité est classée en folie c'est trop facile, c'est trop simplifier les choses. Sinon, pour les professionnels, ça sert à quoi de différencier psychiatre et psychologue, médecin généraliste etc. Non, *bonjour oui ah vous êtes fou* aller hop merci. Non ce n'est pas comme que ça se passe.

On voit que par cet exemple, le statut social de la personne est précisé plusieurs fois, notant que tout un chacun, nous pouvons rencontrer une problématique en santé mentale.

La première intervention par les médiateurs n'a pas été suffisante pour le médiateur M1 parce que la fin de l'intervention a été influencé par une représentation de la santé mentale négative, avec la notion de « folie » dans le discours de la personne. L'écoute bienveillante permet d'être caractérisée par le non-jugement, la prise en compte du problème, la recherche de solution en partant de la demande, l'accompagnement de la personne. Dans un autre entretien, un agent rejoint cette notion où le discours incohérent révèle une problématique bien réelle, « on s'aperçoit [qu'il] peut être réel dans l'irréel » (ASVP1, entretien).

Dans cette pratique professionnelle et le rendu de ce service public, certains agents notent leur illégitimité à intervenir lorsqu'une problématique de santé est identifiée, notamment de santé mentale. Dans les représentations, la maladie mentale peut être régulée, ou du moins canalisée, par les traitements et/ou le suivi par le domaine médical, plus particulièrement l'hôpital psychiatrique. Cela est corrélé par le fait que la « folie » comme la « maladie » peuvent être prises en charge et soignées seulement par médicaments (Bellamy, Roelandt, Caria, 2005).

Les agents font par ailleurs allusion aux hospitalisations d'office, dans le cadre de la police administrative du Maire. Quelques agents font part de leur expérience, mais celle-ci n'est pas décrite comme une solution ou un outil dans leur intervention, mais comme un évènement intervenant lorsqu'ils ont usé tout recours, et que la sécurité de la personne et/ou du collectif est engagée. Ils notent la complexité de la procédure, que la majorité trouve légitime. Les agents vont plus souvent solliciter des partenaires identifiés tels que les équipes mobiles de l'EPSM C ou les services du CCAS de la Ville C. Lors de leur discussion avec la personne, les agents vont s'enquérir si un suivi par un professionnel de santé est engagé. D'une part cette question permet de lever le doute sur les interrogations des agents, et d'autre part, d'entrevoir une potentielle ressource pour étoffer la réponse, apporter, ou encore déléguer, en orientant la personne vers le professionnel de santé connu.

Il est à noter que plusieurs agents n'ont pas connaissance de forme de procédures au sein des services identifiant ces modalités de prises en charge. Seulement les médiateurs de proximité peuvent se référer à un registre

d'intervention en médiation. Dans notre analyse, les agents ne présentent pas une attente formelle de procédures, chaque agent étant libre dans sa manière de procéder.

Cependant, le médiateur M1 fait part d'une réflexion : « le soin n'est pas la seule solution face à une problématique de santé mentale ». Le lien social, l'intervention des agents s'inscrivent alors dans un panel de possibilités régi par des degrés liés à la situation de santé. Il fait part de la veille sociale permettant de rencontrer régulièrement la personne pour discuter, l'écouter, permettant de réduire les facteurs de risques tels que la solitude, le repli et l'isolement.

III. La place des services de sécurité et de prévention de la délinquance dans la santé mentale communautaire

Les agents des différents pôles de la direction sécurité et prévention de la délinquance organisent leur intervention, l'interaction fait appel à un cadre d'expérience acquis lors de la pratique ou de formations, mais également à un système de représentation. Pour favoriser le partage de représentation positive, de nombreuses possibilités peuvent être mises en place pour développer une culture commune favorable à la santé mentale.

A. Les apports du Conseil Local de Santé Mentale : Une première action autour de la simulation en santé mentale

La Ville C, conjointement avec l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) C, a engagé dès 2019 l'installation d'un CLSM avec les représentants des personnes concernées et des représentants des aidants. Identité impulsée par le comité de pilotage, le CLSM partage et fonde ses actions sur le fait que la santé mentale ne réside pas seulement en l'absence de pathologie ou d'infirmité : une personne peut rencontrer des troubles psychiques (« mal-être ») sans être touchée par une maladie psychiatrique et inversement, une personne atteinte d'une maladie psychiatrique peut ne pas avoir de troubles psychiques (« bien-être »).

1. D'un sujet tabou à un sujet de travail

Lors des échanges avec les membres du CLSM et en particulier avec les Groupes d'entraide Mutuelle (GEM), les représentants des aidants et un collectif d'utilisateurs départemental, l'évocation d'un sujet a fait naître de vives réactions : la sécurité sur l'espace public. Nous avons réalisé l'importance des représentations, et particulièrement celles négatives de la santé mentale, et la nécessité que les acteurs de la sécurité et de la prévention de la délinquance s'associent à la dynamique du CLSM pour favoriser l'interconnaissance entre les acteurs.

Cette thématique sur la santé mentale et la sécurité ne fera cependant pas l'objet d'une réflexion particulière, mais sera régulièrement discutée avec les membres du CLSM, soit lors de réunions ou à la marge d'actions.

Néanmoins, à chaque action et événement organisés par le CLSM de la Ville C, la direction de la sécurité et de la prévention délinquance est informée et conviée, permettant la participation des animateurs de prévention et des médiateurs de proximité. La police municipale est représentée lors des réunions, mais pour l'instant pas lors des actions.

2. L'adaptation suite à un événement inattendu

En 2021, un événement a eu lieu concernant un médiateur de proximité, dans le cadre de son exercice, avec une personne concernée par la santé mentale. Un temps est marqué, permettant une assimilation de cet événement. Celui-ci a pu être le partage d'un constat relevant un besoin de plus de connaissances et d'outils pour étayer l'intervention et la pratique professionnelle des agents sur le volet de la santé mentale.

L'EPSM C a pu présenter dans ce cadre une formation, jusqu'alors proposée uniquement interne des établissements de soins du territoire, de simulation en santé mentale adaptée à la pratique des agents de la direction sécurité et prévention de la délinquance. Une réunion s'est organisée avec le formateur certifié et cadre de l'EPSM C pour qu'il présente la formation avec l'ensemble des encadrants de la direction sécurité et prévention de la délinquance. Ce moment a permis de recueillir

l'ensemble des informations pour que l'EPSM C propose un cahier des charges. Les pôles sécurité et médiation ont été priorités pour cette première formation.

3. La simulation en santé mentale

Créée en 2021 au sein de l'EPSM C, ce dispositif de formation par la simulation en santé mentale permet d'acquérir des connaissances, des apprentissages par une méthode immersive. Sur le plan technique, une unité ne recevant plus de patients a été réhabilitée avec du matériel permettant la captation vidéo et audio des personnes mise en situation, une salle vidéo où est visionnée la mise en situation. L'aménagement de l'unité permet de présenter l'organisation de l'hôpital psychiatrique, les unités étant organisées de la même manière.

La formation est dans un premier temps dispensé aux agents des pôles de sécurité, policiers municipaux, ASVP, et du pôle médiations, les médiateurs de proximité. Les agents sont inscrits par la représentante des ressources humaines. La formation est organisée sur une journée en session de huit personnes avec comme objectifs pédagogiques :

- Acquérir des connaissances de base concernant la santé mentale,
- Revoir ses représentations concernant la santé mentale,
- Développer des compétences relationnelles : écouter sans jugement, rassurer, maintenir sa distance psychologique...
- Prendre confiance dans l'interaction avec des personnes éprouvant un problème de santé mentale,
- Informer, renseigner sur les ressources disponibles, encourager à aller vers les professionnels adéquats et en cas de crise relayer au service le plus adapté,
- Renforcer l'aide apportée aux personnes en crise ou éprouvant un problème de santé mentale,
- Mieux faire face aux comportements agressifs.

Dans un premier temps, l'objectif est, d'une part, d'acculturer les stagiaires à la santé mentale en abordant quelques notions comme le rétablissement, les émotions et certaines pathologies, et l'organisation de la psychiatrie ; d'autre part d'échanger

avec les stagiaires sur leurs représentations en ouvrant la discussion à partir de leurs expériences professionnelles.

Les mises en situation interviennent dans un second temps, pour mettre en application les apprentissages, en partant des scénarios préalablement travaillés pour que les situations correspondent à la réalité de chaque corps de métiers. C'est un professionnel de santé de l'EPSM C, ayant une formation artistique, qui joue le rôle de la personne concernée. Un groupe d'agents sont mobilisés pour faire l'exercice pendant que l'autre groupe visionne la mise en situation pour pouvoir débriefer à la suite de l'exercice avec leurs collègues.

Nous avons pu participer à la première session, sur les quatre programmées, permettant une première prise de contact avec les agents et de comprendre leur cadre d'exercice et les représentations qu'ils peuvent avoir sur la santé mentale.

B. La continuité des rencontres pour aller vers une logique de santé mentale communautaire

Les entretiens menés auprès des agents, la participation à la formation en simulation en santé mentale, ont pu mettre en évidence leur rôle, la place qu'ils occupent dans la communauté, comment elle peut être mobilisée dans le cadre d'une vision d'une santé mentale communautaire, sortant d'une logique où seule la psychiatrie en est l'experte.

1. Les enseignements d'une action de formation en simulation en santé mentale

Suite à la formation des sept agents, étant nous-mêmes le huitième agent formé, un questionnaire de satisfaction et un échange avec l'un des formateurs ont pu apprécier les apports de cette formation.

Pour plusieurs agents, cette formation pourrait être obligatoire pour travailler sur la définition de la santé mentale ainsi que sur les postures adaptées aux personnes en situation de crise. Cette espace bienveillant et immersif a permis aux agents d'échanger, de débattre sur les représentations sur la santé mentale, ainsi que sur l'organisation de la psychiatrie. Lors de la visite de l'unité, nous avons

observé chez plusieurs agents un étonnement et une découverte, en particulier lors de la visite de la chambre d'isolement.

Sur les sept agents interrogés, deux d'entre eux ont suivi cette formation. Dans la pratique professionnelle, nous avons pu retrouver les apprentissages. Cependant, certaines représentations persistent, notamment celle sur la violence et l'enfermement psychiatrique.

Pouvant être considéré comme limite, cela montre la temporalité dans la déstigmatisation et dans le changement de pratique. Cette formation est dispensée par l'EPSM C qui peut également renforcer cette notion d'expertise sur la santé mentale. Une réflexion peut s'ouvrir sur la participation d'autres acteurs pour avoir un partage des connaissances.

2. La place des agents dans la santé mentale communautaire

Les agents de la direction sécurité et prévention de la délinquance se positionnent comme étant des ressources dans l'espace public, où tout administré peut les interpeller. Une forte notion de protection de la personne et du collectif est présente, le professionnel ne voudrait pas que son intervention n'aggrave pas la situation vécue par la personne.

L'agent va alors se trouver à l'interface entre la personne sur l'espace public, la formulation d'une demande et les acteurs du territoire. En effet, certains agents mobilisent des ressources externes selon leur connaissance des acteurs du territoire et de leur rôle. Il est constaté que ces pratiques, comme celles cadrant la prise de contact, peuvent être partagées mais pas formalisées au sein des services.

Une première posture peut être illustrée, l'agent va déléguer à une tierce personne pour prendre la décision d'intervenir ou non. La seconde posture peut décrire la prise d'initiative de l'agent de contacter l'interlocuteur qu'il juge compétent pour demander un avis et/ou une intervention.

Lors de la formation en simulation en santé mentale, nous avons pu apprécier les relations existant entre les différents corps de métiers matérialisant la limite d'intervention de chacun. Ce cloisonnement n'est pas excluant, avec une

communication commune entre les agents des différents pôles. Cependant, cette analyse serait à compléter avec des observations plus poussées au sein des services et avec une plus grande représentation d'agents, une journée avec sept agents étant juste suffisante pour formuler des hypothèses.

3. Les actions en réflexion dans le cadre du CLSM

Lors de la formation, les formateurs ont apporté des éléments concernant les représentations négatives. Il a été observé des incompréhensions sur le fait que les personnes concernées ne soient plus prises en charge sur le site de l'hôpital, mais en ambulatoire.

Pour faire perdurer ce changement chez les agents des pôles sécurité et pôle médiation, des actions doivent être selon nous organisées pour l'accompagner dans le temps et de manière pérenne.

A cette réflexion, la rencontre entre les agents et les personnes concernées, comme par exemple les adhérents des GEM, serait une manière de déstigmatiser de part et d'autre les représentations et stéréotypes alimentés pas la méconnaissance et la crainte. Ces rencontres répétées sont la possibilité d'intervenir sur le cadre des expériences antérieures de chaque protagoniste et de comprendre les idées autour des mythes et des réalités sur la santé mentale (Psycom, 2022).

Conclusion

La santé mentale est un bien commun où de nombreux secteurs professionnels concourt à la préservation de celle-ci sans s'en rendre finalement compte. Nous avons pu voir, par l'intervention des agents de police municipale, des ASVP, des médiateurs de proximité, que cette notion première de répression et de sécurité laisse une grande part à la médiation et à une dimension sociale.

Les représentations négatives sur la santé mentale sont alimentées par différents canaux, tels que l'expérience d'évènements dit « indésirables » dans la pratique professionnelle, le relai, fait par les médias, de faits-divers mêlant agressivité, violence et maladie mentale, et les croyances propres à chacun. Cela vient alors interférer dans la rencontre avec l'Autre et impacter la prise en charge dans sa demande. C'est à ce niveau-là, sur ces clefs d'incompréhension, que le CLSM de la Ville C peut être une ressource à s'approprier. Carrefour de la réflexion autour d'une politique locale de santé mentale, le CLSM peut être le lieu où chaque acteur local, les personnes concernées, et les personnes aidantes, peuvent se rencontrer et échanger pour créer des codes de compréhension et un socle commun de ce qui fait la santé mentale, dans la communauté, avec la prise en compte de toutes ses facettes.

Au sein des collectivités territoriales, de nombreux services, articulés selon les compétences, tant obligatoires que facultatives, œuvrent avec un attachement au service public, observé en filigrane des récits que l'on a pu recueillir. Dans une collectivité locale de la taille de la Ville C, nous avons peu de cadre où il nous est possible d'échanger sur des thématiques fondamentales, nos rencontres étant la plupart du temps le besoin à une problématique précise et ponctuelle parmi les charges de travail de chacun.

Cette possibilité que nous ayons eue, nous agents du service santé, d'avoir véritablement rencontré nos collègues des services de sécurité et prévention de la délinquance nous fait entrevoir des perspectives intéressantes et encourageantes.

Ce travail d'interconnaissance a pu s'opérer avec des discussions engagées sur la prévention et la promotion de la santé mentale. Nous avons pu, par ce travail

prendre du recul, notamment sur nos propres représentations, et mieux comprendre le cadre d'intervention de ces services. La proximité des agents avec la population générale et plus spécifiques, les présente comme une ressource pertinente et indispensable pour le déploiement des objectifs de lutte contre les inégalités sociales et territoriale de santé ainsi que de la déstigmatisation de la santé mentale, également sur les notions de rétablissement et de réhabilitation psychosociale.

Bibliographie

Jean Furtos (2011) La précarité et ses effets sur la santé mentale *Le Carnet PSY* (n° 156) pp.29 à 34.

Erving Goffman, *Stigmates, Les usages sociaux des handicaps*, les éditions minuit, coll : « le sens commun », Paris, 1975, 170 pages.

Erving Goffman (1974), *Les rites d'interaction*, Les éditions minuit, coll : « le sens commun », Paris, 230 pages.

Denise Jodelet (sous dir.) (1989), *Les représentations sociales*, Puf, coll.: *Sociologie d'aujourd'hui*, Paris, 1993, 3e éd.

Anne Lovell (2003), Commission « violence et santé mentale », travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et santé, 79 pages.

Marianne (2022) « les fous sont dans la rue, 40 ans d'abandon de la psychiatrie », n°1337, pp.xx.

Sylvie Parrini-Alemanno (2007) « Les processus communicationnels dans les représentations sociales de la santé mentale », *l'information en psychiatrie*, p.801-205.

Roelandt, J. L., Caria, A., Anguis, M., Benoist, J., Bryden, B., & Defromont, L. (2003). *La santé mentale en population générale : Résultats de la première phase d'enquête 1998-2000. L'Information Psychiatrique*, 79(Vol. 10), pp.867-878.

Annexes

I. Guide d'entretien	II
II. Présentation des personnes auditionnées	III
III. Figure illustrant les comportements et attitudes associés aux termes : « fou », « malade mentale » et « dépressif »	V

I. Guide d'entretien

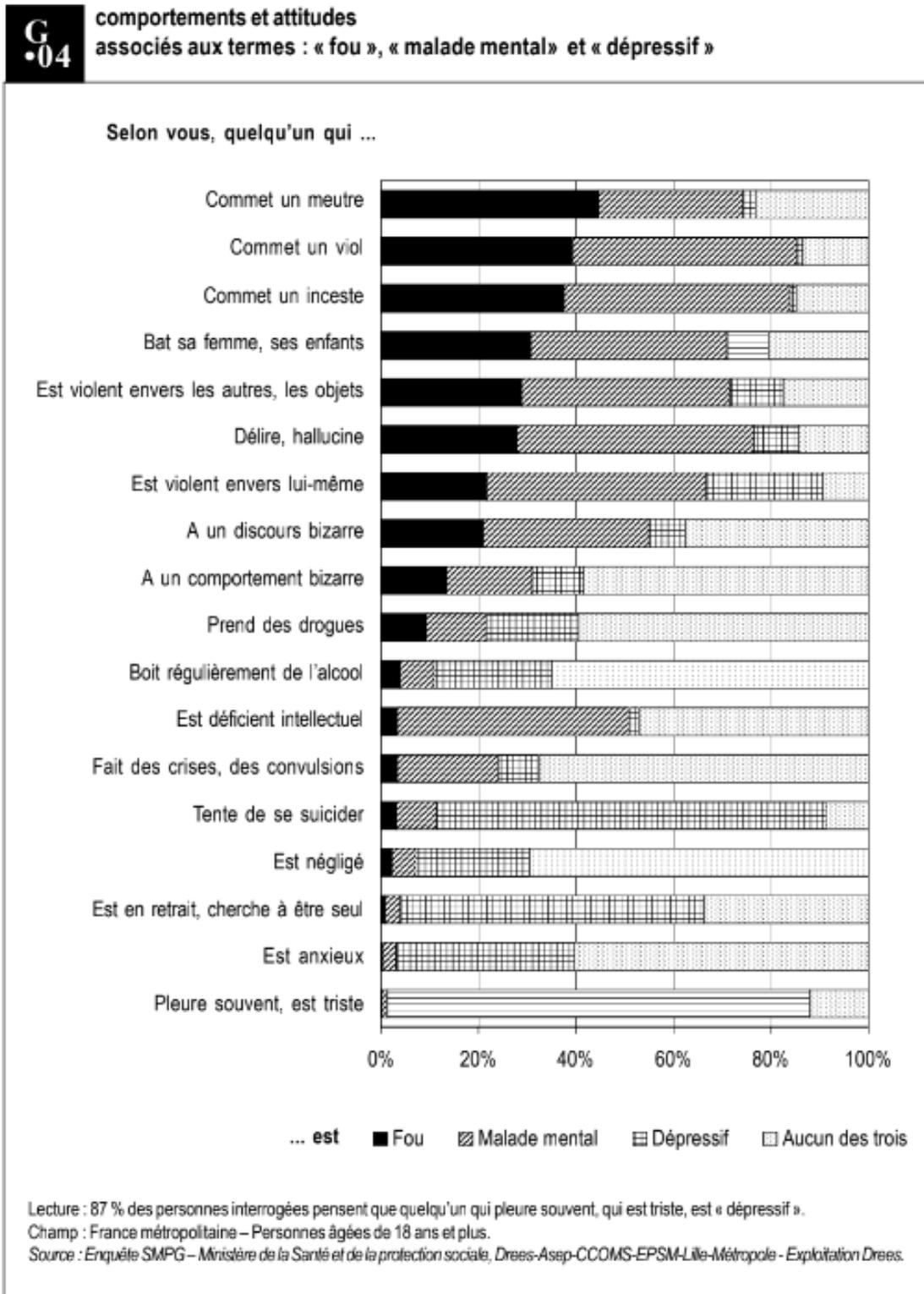
Items	Objectifs	Questions
Santé mentale et vulnérabilité	Caractériser le public	Quels sont les publics que vous rencontrez ? Quelles sont leurs caractéristiques ?
Perception de la santé mentale	Comment la santé mentale est perçue par l'enquête	Pour vous, comment on peut définir la santé mentale ? Quels sont les facteurs la favorisant ? la défavorisant ? Comment percevez-vous la santé mentale chez le public vulnérable ? Quels sont les « indices » ? Comment la santé mentale s'illustre chez ce public ?
Prise en charge de la personnes	Quelles sont les adaptations dans la pratique	Lorsque pour vous il y a une problématique de santé mentale, comment réagissez-vous ? Comment vous la prenez en charge le cas échéant ? Comment intervenez-vous ? Est-ce différent ? Cette pratique est identifiée dans votre service ?
Identité de la personne	Caractériser et comprendre le cadre d'expérience de l'enquête	Quelle est votre formation initiale ? Vous intervenez depuis combien de temps ? Et à la Ville C ? Avez-vous eu des formations sur les sujets de santé mentale ?

II. Présentation des personnes auditionnées

Appellation	Fonction	Ancienneté	Formation initiale	Formation en santé mentale	Temps d'entretien
ASVP 1	ASVP	2003	Bac gestion communication administration secrétariat Concours de police nationale commissariat VDM Garde urbain en 2003	Non Inscrite en Simulation en santé mentale pour 2023	59:04 Salle de pause Ouvverte
ASVP 2	Brigadier vert	2004	Gardien de gymnase et terrain 2004 (service des sports) Gestion parcs et jardins 2007 (service espaces verts) Regroupement tranquillité publique, 2011-2016 médiation 2016-2019 chef d'équipe surveillance parc et jardin 2020 ASVP	Découverte en immersion EMPP et EMPP à la tranquillité publique Inscrit Simulation en santé mentale pour 2023	49:28 Salle de réunion Fermé
Groupe M	6 médiateurs	-2011 -2016 -2015 -2007	-avant dans les transports -agent de tranquillité publique puis médiateur -médiateur -gardien de parc puis médiateur -gendarmerie	1 formé à la simulation en santé mentale en 2022 et d'autres inscrits pour 2023	1:40:00 Salle de pause Fermée
Groupe PM	14 policiers municipaux	/	Militaire Pompier Police Médiateurs Espace vert	Formation CNFPT en direction des policiers municipaux sur la santé mentale (2 agents)	45:00 Salle de réunion Fermé
M1	Chef d'équipe des médiateurs	2011	Commerciale, directeur de concession automobile Entre en 2011 agent tranquillité	Formation à l'EPSM à sa demande Inscrit en simu	01:22:00 Bureau Fermé

			publique puis médiation		
PM 1	Policrière municipale	2008	5 ans de police nationale 8 ans ASVP 2016 rejoint la police municipale	Simulation en santé mentale 2022	50:23 Salle de réunion Fermé
PM2	Policrière municipale	2021	Etude de jockey Gendarmerie pendant 5 ans	Non, hormis intervention psychologue lors de la formation PM	42:28 Salle de réunion Fermé
PM3	Policrière municipale	2006	CAP/BEP peintre en bâtiment 12 ans usine Médiation en 2006 Puis tranquillité publique avant PM en 2016	Non	29:52 (avant départ en patrouille) Salle de réunion Fermé
PM4	Policier municipal	6 ans	Bac SMS DEUG Droit Gendarmerie PM : 10 ans en IDF, 8 ans Sarthe	Non Simu	49:45 Bureau Porte fermée

III. Figure illustrant les comportements et attitudes associés aux termes : « fou », « malade mental » et « dépressif »



Résumé du mémoire

Dans notre pratique professionnelle, nous faisons référence à un cadre de représentation acquis lors de nos expériences ainsi que d'une construction plus ou moins fondées. Nous pouvons alors voir des représentations, partagées par la société, impacter négativement le groupe minoritaire qui la subit.

En santé mentale, des images véhiculées par les médias, de plus en plus rapide dans le relai d'information, fait glisser le sujet de la santé mentale à la violence, l'agressivité. Une part également forte de l'histoire de la psychiatrie française avec une pratique corrélée à la politique sécuritaire alimente encore les représentations de la santé mentale de la population générale où la maladie mentale serait incurable.

Dans le cadre de la mise en place du Conseil Local de Santé Mentale sur la Ville C comptant plus de 150 000 habitants, cette thématique s'est confrontée aux membres de ce conseil. Le fait de rapprocher la santé mentale à la sécurité a pu faire naître de vif ressentiment, nous mettant alors devant ce questionnement des représentations de ces deux protagonistes.

Ce mémoire, dans le cadre de la validation du Diplôme Inter-Universitaire «Santé mentale dans la Communauté : études et applications » s'attache à comprendre comment la santé mentale fait sens dans les pratiques des professionnels de la sécurité et de la prévention de la délinquance.

Une rencontre entre un service Santé et les pôles de la Direction de la Sécurité et Prévention de la Délinquance de la Ville C permet alors le constat et la mise en exergue de pistes de réflexions et d'actions communes pour contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé mentale et à sa déstigmatisation.

Mots-clés

Santé mentale, représentations, prévention sécurité, violence, communauté.