



## Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et  
à la Santé

84 | 2011  
84

---

# Construire sa légitimité au quotidien : Le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité,

Thèse de sociologie soutenue le 5 mars 2010, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, sous la direction de Nicolas Dodier.

Ana Marques

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/1334>

DOI : [10.4000/amades.1334](https://doi.org/10.4000/amades.1334)

ISSN : 2102-5975

### Éditeur

Association Amades

### Édition imprimée

Date de publication : 10 novembre 2011

ISSN : 1257-0222

### Référence électronique

Ana Marques, « Construire sa légitimité au quotidien : Le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité, », *Bulletin Amades* [En ligne], 84 | 2011, mis en ligne le 07 novembre 2012, consulté le 08 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/amades/1334> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/amades.1334>

---

Ce document a été généré automatiquement le 8 septembre 2020.

© Tous droits réservés

---

# Construire sa légitimité au quotidien : Le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité,

Thèse de sociologie soutenue le 5 mars 2010, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, sous la direction de Nicolas Dodier.

Ana Marques

---

- 1 Cette thèse s'appuie sur l'étude du quotidien d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (EMPP). Ce type de dispositif est récent et est devenu, en l'espace de 10 ans, le paradigme de la solution au problème d'articulation entre les dispositifs psychiatriques et ceux d'action sociale. Ces équipes ont été créées dans le but de faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ou d'exclusion sociale. Elles viennent donc en renfort du dispositif psychiatrique de droit commun et n'ont pas vocation à se substituer à celui-ci.
- 2 Cette thèse se propose d'étudier la construction de la place d'une de ces EMPP comme étant le résultat d'un travail effectué au quotidien de ses interactions avec l'ensemble des acteurs en présence :
  - les partenaires du social (animateurs, travailleurs sociaux diplômés ou non, médecins, infirmiers) ;
  - les partenaires de la psychiatrie (médecins, infirmiers, assistants sociaux des secteurs psychiatriques, notamment des CMP ou des unités d'hospitalisation) ;
  - les usagers de ces dispositifs : les personnes vivant dans les circuits de la rue, ceux qui vivent dans la rue, ceux qui sont prioritairement dans des centres d'hébergement, ceux qui vivent en intermittence dans différents lieux (rue, hôtel, chez des amis, centre d'hébergement, etc.).
- 3 Ce travail quotidien est de nature « micropolitique » : il est « politique » dans le sens où, selon la définition de Nicolas Dodier (2003), ce qui est en jeu c'est la manière dont les acteurs établissent ou critiquent des pouvoirs et pensent leur légitimité ; et il est

« micro » car il se passe à l'échelle des séquences d'échanges autour de prises en charge concrètes des usagers. Afin de comprendre ce travail micropolitique et son implication sur la construction de la place de cette équipe, j'ai étudié des moments clés des prises en charge, moments qui posent la question des frontières de la légitimité à intervenir et à ne pas intervenir.

- 4 Ainsi, après une première partie où est décrit le contexte de création de cette équipe ainsi que son fonctionnement, la deuxième partie de cette thèse est composée de trois chapitres qui abordent successivement l'importance de la demande comme légitimation d'une intervention et ce en rapport à la psychiatrie ordinaire, aux partenaires du champ social et aux usagers. Il est question de savoir à partir de quand l'EMPP peut ou doit intervenir légitimement. Dans la troisième partie, c'est la question complémentaire qui est analysée, à savoir : jusqu'à quand intervenir légitimement ? Ces limites de la légitimité à intervenir sont analysées en trois types de situation : le passage de relais de la prise en charge à d'autres équipes, les interventions sous contrainte et l'impossibilité d'une rencontre avec l'utilisateur.
- 5 Cette question, ainsi que d'autres aspects abordés dans cette thèse, dépasse largement le cas précis de l'EMPP et est partagé avec la psychiatrie, le travail social et, plus largement, avec d'autres domaines d'intervention sur la personne. Mais ils sont particulièrement visibles dans le terrain étudié ici par leur fréquence, leur intensité et le cadre assez flou dans lequel les situations se déroulent.
- 6 La méthodologie de cette enquête est particulière dans la mesure où j'étais à la fois chercheur et acteur sur le terrain, en tant que chargée de mission de l'EMPP en question. En effet, cette position interne au terrain est une originalité de ce travail et, à ma connaissance, elle a rarement été intégrée comme un outil méthodologique tel que je l'ai proposé ici. Ainsi, les données ont été produites par observation participante, par participation observante et par entretiens (48 entretiens auprès de membres de l'EMPP, de partenaires psychiatriques et sociaux, ainsi que d'utilisateurs).
- 7 Tout d'abord, je montre comment l'EMPP a été créée comme réponse à une problématique imbriquant de façon complexe des aspects sociaux et psychiatriques. Cela a été possible parce qu'elle articule, dans sa pratique, les méthodes et les légitimités d'intervention d'un champ comme de l'autre : comme les équipes sociales, elle peut « aller vers » les personnes en l'absence de demande et, comme les équipes psychiatriques, elle peut intervenir, légitimée par la demande et par le refus. La façon de rassembler ces légitimités est ingénieuse : si l'EMPP va vers cette population, même en l'absence de demande, c'est uniquement dans le but de la faire venir vers un lieu de soin (si la personne en a besoin) pour y formuler une demande et ainsi rétablir la légitimité habituelle de l'intervention en psychiatrie.
- 8 De ce fait, elle a la possibilité d'intervenir légitimement auprès d'un utilisateur parce qu'il le demande ou qu'il se trouve dans un lieu de soin (demande en présence, typique de la psychiatrie) ou, au contraire, justement parce qu'il ne le demande pas et qu'il ne se trouve pas dans un lieu de soin (non-demande en absence, typique de l'urgence sociale). Enfin, elle intervient même en cas de refus par l'utilisateur dans des cas particuliers. C'est ainsi que l'EMPP a la possibilité d'intervenir dans un large éventail de situations ce qui réduit d'autant sa possibilité à ne pas intervenir légitimement. Cet élargissement du champ d'interventions légitimes est donc une facilité supplémentaire pour l'EMPP mais elle représente également une difficulté supplémentaire, celle de légitimer une non-intervention.

- 9 Ainsi, l'EMPP risque de devenir le premier maillon d'une filière de prise en charge à part entière pour « fou-SDF ». D'ailleurs, par son existence même, par la facilité qu'elle représente en termes de mobilité, de rapidité et de souplesse d'intervention, même si elle ne souhaite pas se substituer aux autres structures, elle finit quelquefois par le faire. J'ai appelé sur-interventionnisme ce risque pour l'EMPP de se substituer aux autres équipes. A l'opposé, l'autre risque de ce dispositif est d'être sous-interventionniste, c'est-à-dire que l'intervention ne soit pas suffisante pour atteindre l'objectif visant à faciliter l'accès aux soins.
- 10 Si la non-demande de l'utilisateur légitime l'intervention de l'EMPP, un signalement ou une demande d'un tiers restent cependant nécessaires. Les partenaires fonctionnent ainsi comme une espèce de philtre et il importe donc d'étudier les éléments contribuant à ce qu'ils préfèrent gérer la prise en charge ou alors demander une intervention de l'EMPP. Ces éléments peuvent être : la possibilité d'accomplir leurs missions, la qualité de leur relation avec les intervenants de l'EMPP, l'apprentissage effectué au cours d'expériences antérieures, la conception qu'ils ont de leur savoir. Une fois que la demande d'intervention est adressée à l'EMPP par les partenaires, c'est la question de la demande ou de l'acceptation de l'utilisateur qui se pose, non seulement comme une légitimation de l'intervention, mais aussi comme condition pratique pour que celle-ci ait lieu.
- 11 J'ai également abordé des situations où il s'agit pour l'EMPP de décider d'arrêter sa participation à la prise en charge, pour analyser dans quelle mesure ce retrait de l'équipe peut être considéré par les partenaires ou par l'équipe elle-même comme un abandon, comme un sous-interventionnisme ou, au contraire, comment sa permanence dans la prise en charge peut être entendue comme un acharnement ou un sur-interventionnisme.
- 12 Malgré son objectif final de faciliter l'accès aux soins de droit commun, donc d'évaluer, d'orienter et de passer le relais, l'EMPP risque souvent de devenir une réponse restrictive : elle prendrait en charge à part entière des populations résiduelles, celles que les dispositifs psychiatriques et sociaux n'ont pas pu ou voulu accueillir. Pour l'EMPP, être trop spécialisée (se substituer aux secteurs de psychiatrie) ou trop despécialisée (se substituer aux équipes sociales), constituent deux formes de sur-interventionnisme.
- 13 C'est par le travail micropolitique, déployé par les acteurs autour des demandes (partie II) ou des limites d'intervention (partie III), que les pouvoirs à intervenir sont redistribués et que l'intervention de tel ou tel acteur est qualifiée d'ajustée ou de sur-interventionniste et que sa non-intervention est qualifiée d'ajustée ou de sous-interventionniste. Par la recherche de l'équilibre entre les interventions et les non-interventions ajustées, l'EMPP tente de trouver une place adaptée dans chaque situation prise en charge. Trois modes de prise en charge (expertise, passerelle et à part entière) représentent les configurations possibles de la place occupée par l'EMPP dans ce partage de pouvoirs. Ces modes de prise en charge sont caractérisés par leur objectif, par l'interlocuteur principal de l'EMPP, par la nature des interventions effectuées par l'EMPP et enfin par la durée de sa participation à la prise en charge.
- 14 La prise en charge expertise a pour objectif de faciliter l'accès des personnes signalées aux structures de soin de droit commun, si cela est nécessaire. Dans ce but, les interventions sont prioritairement, voire exclusivement auprès des partenaires et visent à évaluer la situation, à proposer des orientations adaptées et à soutenir les

équipes partenaires pour la mise en place de ces orientations qui restent à leur charge. La durée de la participation de l'EMPP à la prise en charge experte est souvent très courte. Le risque principal de ce type de prise en charge est le sous-interventionnisme, c'est-à-dire que la situation nécessite plus que l'évaluation et l'orientation proposées pour que la personne puisse accéder aux soins.

- 15 Dans les prises en charge passerelle, le but final est également de faciliter l'accès aux soins de droit commun mais à moyen ou long terme. En effet, après l'évaluation, l'objectif à court terme est de créer un lien de confiance avec la personne et de la mobiliser pour, dans un deuxième temps, mettre en place une orientation. Ainsi, l'interlocuteur principal de l'EMPP est l'utilisateur - autant ou plus que les partenaires - et les interventions sont majoritairement des entretiens de suivi/soutien auprès de l'utilisateur et parfois des accompagnements de celui-ci. Car c'est l'EMPP, seule ou avec la participation de partenaires, qui met en place les orientations retenues. Ces prises en charge sont plus longues, pouvant durer de quelques semaines à plusieurs années.
- 16 Enfin, la prise en charge à part entière se distingue des deux autres principalement par l'objectif de traiter le problème décelé lors de l'évaluation initiale, plutôt que de passer le relais aux structures de soins de droit commun. Les interlocuteurs de l'EMPP sont prioritairement les utilisateurs et, éventuellement, les partenaires. Les interventions sont principalement de suivi/soutien et d'accompagnement. Enfin, la prise en charge peut durer de quelques semaines à plusieurs années. Le risque de ce type de prise en charge est le sur-interventionnisme, c'est-à-dire que l'équipe se substitue aux services de droit commun, psychiatrique ou social.
- 17 Dans ces trois modes de prise en charge et dans les interventions qu'elles légitiment ou illégitiment, l'EMPP équilibre ses dimensions spécialisées et déspecialisées, mais aussi sa position de dispositif restrictif ou universaliste.
- 18 L'intérêt d'étudier les EMPP réside dans la nouveauté du dispositif, dans l'importance qu'il a acquise dans les 5 dernières années, les changements qu'il représente par rapport à la psychiatrie ordinaire et par rapport à la façon de s'adresser aux personnes vivant dans les circuits de la rue. Car l'EMPP réintroduit la possibilité légitime d'utiliser la contrainte auprès de cette population, possibilité qui n'existait plus depuis l'abrogation du délit de vagabondage et de mendicité. Et le fait d'intervenir ou de ne pas intervenir sous contrainte repose la question du sur ou sous-interventionnisme. Les résultats de cette thèse fournissent des éléments pour penser les enjeux autour de la construction de place d'autres dispositifs d'intervention mobile ou d'autres dispositifs professionnels qui interviennent en l'absence de demande, et ce dans des domaines aussi divers que l'Education Nationale, la Gériatrie, le Travail social ou la Pédopsychiatrie, par exemple.
- 19 Dans ces dispositifs, on retrouve de façon plus ou moins importante certains aspects décrits pour l'EMPP : il est question d'une intervention spécialisée pour des populations ou problématiques considérées comme dépassant les compétences des acteurs qui les ont identifiés et qui n'étaient pas pris en charge ou qui l'étaient de façon inadaptée.
- 20 L'objectif est celui de permettre l'accès ou le maintien des utilisateurs dans les services de droit commun, par une évaluation, une orientation, une information, un soutien, un suivi, une articulation des acteurs concernés. Les critères décrivant les trois modes de prise en charge peuvent aussi décrire le travail de ces équipes : l'interlocuteur privilégié (les partenaires et/ou les utilisateurs), la nature des interventions et durée de la

prise en charge. Les risques de sous ou sur-intervention sont présents, comme celui de devenir une filière qui serait sollicitée pour prendre en charge les cas résiduels.