

CONNAISSANCE ²³ DE L'EMPLOI

LE 4 PAGES DU **CENTRE D'ÉTUDES DE L'EMPLOI**, N° 23, DÉCEMBRE 2005

La prise en compte des questions de santé par les acteurs de l'insertion sociale et professionnelle se heurte en permanence à la difficulté de concilier, au quotidien, plusieurs logiques d'intervention. Les pratiques institutionnelles contrecarrent le suivi personnalisé propre au traitement des problèmes de santé, qui fait entrer pleinement dans l'intimité de la personne. Les coordinations nécessaires entre les différents intervenants soumis à cette double contrainte n'en sont que plus ardues.

Au niveau local, les réalisations communes les plus probantes relèvent davantage du « bricolage » et de l'inventivité dans la mise en œuvre des dispositifs que de la simple mécanique.

Encore faut-il trouver les moyens d'assurer la validation et la poursuite d'expériences reposant sur de réelles coopérations.

Santé et emploi : coordonner l'action locale

FRANÇOIS BRUN

Centre d'études de l'emploi

De nombreux acteurs impliqués dans les dispositifs destinés aux publics en difficulté ne conçoivent pas de séparer les questions de santé et d'emploi : lorsqu'on ne parvient pas à s'insérer socialement ou à trouver un emploi stable, on ne va pas bien ; en retour, le mal-être créé par les situations vécues représente un frein aux processus d'insertion. Mais comment concilier les différentes logiques d'action auxquelles les intervenants locaux, en tant qu'individus relevant d'une institution et d'une profession, sont confrontés quand ils sont en charge de la mise en œuvre des politiques publiques ? La démarche de ces acteurs, qui consiste à intervenir sur plusieurs champs, rend d'autant plus nécessaire une coordination « inventive ».

En effet, en matière de santé, d'action sociale et d'insertion professionnelle, l'intervention obéit à plusieurs logiques (cf. encadré 1) et s'exerce sur des territoires qui ne se superposent pas : du département au quartier, ceux-ci correspondent tantôt à un découpage administratif, tantôt à un champ d'action déterminé par la pratique. S'opposent ainsi pour les acteurs une approche institutionnelle, qui implique cloisonnement et catégorisation, et une approche individuelle qui ne peut faire autrement que de prendre en

compte l'unicité et la complexité des personnes concernées par les dispositifs. Et pourtant, les institutions sont de plus en plus porteuses de programmes d'accompagnement et de suivi « personnalisés ». Le public visé se révèle lui-même ambivalent à l'égard de ces deux approches dans la mesure où il a besoin d'être rassuré aussi bien par les compétences bien établies des intervenants que par la prise en compte compréhensive de chaque cas particulier.

La santé, un sujet délicat

La tension qui en résulte est particulièrement sensible lorsqu'on aborde les problèmes de santé dont la gravité et l'intimité fondent une double exigence de compétence et de compréhension. Pour la dépasser, il apparaît donc que la multitude d'acteurs qui interviennent dans les champs respectifs de la santé, de l'action sociale et de l'insertion professionnelle devront assurer un minimum de coopération.

En dépit du consensus sur l'importance des questions de santé, des divergences portent sur la manière de les aborder avec les personnes et de les faire ensuite prendre en charge par un professionnel. Cela va d'autant moins de soi que les intervenants se heurtent fréquemment à des attitudes de dénégation (par exemple dans les cas d'addiction) qui compliquent l'orientation. Rabattre une demande d'emploi sur une question de santé, notamment psychique, peut être à la fois stigmatisant et inapproprié.

Un psychiatre chargé de mission Insertion Santé à la DDASS : « Il m'est revenu un cas aux oreilles, un peu un cas extrême, justement l'exemple de ce qu'il faut éviter : une ANPE, qui adresse des gens pour conseil à une psychologue en ville (alors déjà les gens ne comprennent pas bien d'aller sonner à la porte où c'est écrit psychanalyste, psychothérapeute) et cette personne met volontiers les gens sur le divan. [...] Ça m'a été dit par une dame : "Moi, j'allais pour demander un emploi et puis je me suis retrouvée sur un divan, qu'est-ce que c'est que ça ?" »

Il incombe alors aux professionnels de l'insertion (travailleurs sociaux, conseillers professionnels, encadrants de structures d'insertion par l'économie), de décider au coup par coup de la nécessité d'évoquer un problème de santé qu'ils ont identifié comme un obstacle à leur action et de choisir le moment comme la manière pour le faire. Pour autant, ils ne sont en général ni médecins ni psychologues. Leur appréciation repose donc largement sur leur intuition et leur expérience. Ce faisant, au moment de passer le relais à un professionnel de la santé, ils n'entendent pas renoncer à leur propre technicité, quitte à recourir eux-mêmes à des métaphores médicales. Rien ne l'exprime sans doute mieux que l'usage récurrent du terme de « diagnostic » qui traduit assez clairement l'aspiration à l'objectivation, à partir

Encadré I

APPROCHE INSTITUTIONNELLE VERSUS APPROCHE INDIVIDUELLE

L'intervention des acteurs de la santé, de l'action sociale et de l'insertion professionnelle obéit à plusieurs logiques déterminées par :

- l'appartenance à un type d'institution avec ses missions, ses principes et ses modes de fonctionnement : représentant de l'État (direction départementale du travail et de l'emploi [DDTE], direction départementale de l'action sanitaire et sociale [DDASS], préfecture...), service public (ANPE, hôpital...), collectivité locale (région, département, commune, pays...), association (grosse ou petite, intervenant ou non comme prestataire du service public) ;
- l'exercice d'une profession impliquant le respect d'une déontologie : médecin, psychologue, conseiller professionnel, assistant social... ;
- des tâches quotidiennes, de nature administrative ou liées à l'application de mesures ;
- une relation spécifique, en face à face, différente avec chaque individu.

d'« outils » plus ou moins stabilisés, d'un jugement pourtant construit en grande partie dans les interactions de l'entretien.

Des postures professionnelles à concilier

À partir du moment où l'action publique se traduit en dispositifs rassemblant de multiples intervenants en vue de l'accompagnement des personnes, le souci d'introduire dans cette démarche un minimum de cohérence impose une coordination. C'est ce dont témoigne la mise en œuvre dans tous les départements de programmes d'accès à la prévention et à la santé (PRAPS), définis comme des *outils de lutte contre les inégalités sociales en matière de santé et de lutte contre l'exclusion, (qui) peuvent aussi permettre la transversalité de l'action publique à mener vis-à-vis de la population précaire* et qui visent à rassembler les acteurs et institutions concernés pour faire l'état des lieux des besoins et de l'offre (celle qui découle de l'action publique comme celle qui émane des initiatives locales).

Il n'en faut pas moins tenir compte des résistances des professionnels de la santé à leur implication dans « le social ». Ainsi, pour les médecins libéraux, cette implication n'est pas aisément compatible avec l'exercice de leur activité quotidienne :

« Il y a ces publics qui sont visibles, c'est un public qui "sent" pour certaines personnes, des gens qui sont emblématiques. Un type qui est défoncé à l'héro, vous le voyez dans la salle d'attente. Un public chasse l'autre [...] Tous les mois, je tombe sur une mère qui me dit : "Ah, docteur on vous aime bien, mais vraiment il y a de drôles de personnes dans votre salle d'attente, je n'ose plus venir." »

Les cultures, les temporalités, voire la déontologie, des acteurs sont également liées à leur statut. Un médecin de quartier très engagé dans l'action sociale en rend compte lorsqu'il évoque pêle-mêle comme autant d'obstacles à

une collaboration avec les assistantes sociales du centre médico-social le fait qu'elles « tournent tout le temps » (alors qu'il se prévaut quant à lui de son implantation ancienne dans ce quartier), « les 35 heures » ou encore le refus des travailleurs sociaux de « faire de la publicité » en conseillant tel ou tel médecin, et donc de lui adresser des patients. De leur côté, les assistantes sociales de ce même centre déplorent que les médecins de ville soient de plus en plus réticents à intervenir quand le travailleur social appelle pour un patient, parce qu'ils tiennent à ce que ce soit l'utilisateur lui-même qui appelle.

Les coopérations sont enfin très dépendantes des niveaux d'intervention.

Un travailleur social en mission locale : « Les médecins, ils ont quand même des pratiques libérales, il faut leur tirer les vers du nez et puis il y a des choses, c'est normal, qu'ils ne communiquent pas. [...] Les professions intermédiaires, les infirmiers, ça se passe mieux entre nous, parce qu'on est un peu sur le même niveau. Je crois plus à ça, moi, avec un peu de recul, que d'avoir des super toubibs, super psys ; toutes les professions paramédicales se retrouvent plus facilement que des super Zorros qui sont sans doute très compétents mais bossent de façon peut-être plus isolée que tous ces professionnels paramédicaux qui ont l'habitude de regarder leur pratique, d'en référer à d'autres, de communiquer avec les gens. »

Ce sont aussi des contraintes d'ordre institutionnel qui font obstacle à la convergence des actions en faveur de la santé et de l'insertion. L'accès aux services de santé de ceux-là même qui en auraient le plus besoin est perçu comme largement déficient : les effectifs de la « médecine de main-d'œuvre », attachée à l'ANPE et chargée de vérifier éventuellement l'aptitude physique des candidats à un emploi, sont notoirement insuffisants ; les précaires ne rencontrent généralement pas la médecine du travail ; des services, tels que les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), créées au sein du service hospitalier afin d'améliorer l'accueil des personnes en situation de précarité dans le système de soins, sont décrits comme des ghettos accueillant une fraction très marginalisée de la population.

Le référent RMI d'une agence locale de l'emploi à propos du médecin de main-d'œuvre : « Il y a trois mois d'attente pour avoir un rendez-vous. [...] Et, en plus, puisque c'est un entretien (il n'y a pas de consultation, il n'y a pas d'auscultation), il ne faut pas que la personne oublie, ce jour-là, du coup, de prendre son dossier médical. »

La directrice d'une agence de zone rurale : « On n'a plus de médecin de main-d'œuvre. On en a eu un, mais il a démissionné il y a quelques mois et on n'en trouve plus. C'est vrai ici, mais c'est vrai sur plein de bassins d'emploi. »

Le médecin hospitalier d'une consultation « jeunes » à l'hôpital public : « Je hurle aussi parce que, quand ils sont en formation en alternance, jamais il n'y a de médecine du travail ou c'est exceptionnel. Alors que c'est inscrit dans la loi. »

La primauté des relations personnelles

De son côté, l'utilisateur n'intégrera pas nécessairement dans son positionnement la logique des institutions ou l'identité professionnelle de son vis-à-vis. C'est plutôt la nature de la relation qui prime : on peut se confier à un conseiller professionnel comme à un psychologue ou exposer ses problèmes sociaux dans un cabinet médical. Le rapport personnel transcende la logique de guichet.

Une responsable dans une association travaillant à l'insertion professionnelle des jeunes : « Combien de fois il y a ici des jeunes qui abordent des problèmes de maltraitance, ils n'ont jamais pu les aborder ailleurs ! C'est abordé ici, comme en Mission Locale, parce que l'on n'est pas des lieux vécus comme étant le psy, et on est un peu comme des lieux où on peut s'autoriser à évoquer ce problème-là. C'est aussi parce qu'à un moment, ce n'est pas avec n'importe lequel des conseillers que les jeunes vont exposer ce problème, ce sont pratiquement toujours avec les mêmes conseillers et donc, à un moment, on arrive à savoir que tel conseiller et tel jeune, cela va coller. »

Les intervenants peuvent alors soit risquer d'outrepasser les limites de leur compétence professionnelle ou de leur mission, soit passer le relais à leurs partenaires. La crainte de s'aventurer en terrain inconnu comme le respect du territoire de chacun (empiéter sur un domaine de compétence, c'est encourager des incursions sur son propre domaine) pèsent dans le sens de la seconde option dont les modalités sont toutefois problématiques.

Le psychiatre chargé de mission à la DDASS : « Les assistantes sociales et les travailleurs sociaux se plaignent, à juste titre je crois, parce que les psychiatres à la fois leur reprochent de décider eux-mêmes qui serait un cas psy et qui ne le serait pas, mais en même temps quand on leur demande leur avis, ils disent qu'ils n'ont pas le temps de s'occuper de tout ça ou (ça, c'est un reproche que l'on fait souvent), ils donnent des rendez-vous très éloignés alors que justement les travailleurs sociaux ne se substituent pas au psychiatre mais qu'il y a des cas où ils sentent qu'il peut y avoir un problème et ils ont besoin d'avoir un avis. »

Le passage de relais peut aussi être vécu comme un véritable abandon par des personnes fragiles : le changement d'interlocuteur ou le déplacement du cadre institutionnel met dangereusement à l'épreuve un « long travail d'approche et d'approvisionnement », selon la formule d'un accompagnant.

Encadré 2 L'ENQUÊTE

L'étude « difficultés d'emploi, santé et insertion sociale » a été effectuée pour la Dares en deux phases de 2002 à 2004, essentiellement sur la base d'entretiens approfondis, d'abord auprès de personnalités qualifiées dans les services centraux de l'administration, puis sur quatre terrains différents, à Paris et en province (en zones urbaines et rurales), auprès d'agents et prestataires du service public de l'emploi, travailleurs sociaux, de représentants des professions de santé, des intervenants dans les structures d'insertion par l'économie. Ces entretiens ont été complétés par des observations à partir d'une présence (participante ou non, selon les cas) dans des séances de travail entre professionnels et dans le cadre d'activités avec des usagers rencontrés à cette occasion.

Orchestrer les coopérations : l'inventivité en situation

Toutes ces difficultés posent *in fine* la question de l'orchestration des dispositifs locaux : à cet égard, il s'avère difficile de trouver des techniciens dotés à la fois d'une compétence assez large et d'une légitimité fondée

sur un mandat clair de leur propre institution (qui implique que la disponibilité nécessaire leur soit accordée dans la durée).

Un coordonnateur PRAPS : « Le partenariat n'est qu'une illusion quand ce sont des techniciens qui participent à des réunions sans être mandatés par la hiérarchie pour faire progresser la position de leur institution. »

Un coordinateur emploi-formation à la DDTE : « La hiérarchie a connaissance du programme que j'essaye de mettre en place avec le projet ville [...] et me laisse la plus grande autonomie à condition que j'assure ma fonction [...] et le reste si j'ai le temps ! [...] C'est très dur de trouver des techniciens qui acceptent ou qui soient capables, à côté de leur fonction, de manager les exercices techniques de construction d'actions dans le cadre d'un programme particulier, soit parce qu'ils n'ont pas la légitimité interne, soit parce qu'ils n'ont pas la disponibilité, soit parce qu'ils estiment qu'ils n'ont pas la compétence pour le faire. »

C'est pourquoi, les coordinations qui fonctionnent sont en réalité davantage « bricolées » par ceux qui en éprouvent la nécessité que programmées de loin et de haut. Des dispositifs peuvent les appuyer et les « couvrir », mais l'inventivité qui permet de surmonter les obstacles relève d'abord de l'initiative d'acteurs locaux en mesure de mobiliser des relais dans leurs réseaux pour la réalisation de leurs projets : comme ils se connaissent bien, l'identification de leurs points de friction et de convergence leur permet de dépasser plus rapidement l'étape des confrontations de points de vue et d'enclencher une dynamique au service des personnes.

Le responsable d'une petite association : « J'ai travaillé pendant plusieurs années dans une coordination que j'avais mise en place avec un représentant au service accueil, un représentant du CCAS [centre communal d'action sociale], un représentant des missions locales, un CMP [centre médico-pédagogique] où une fois par mois,

pendant trois heures, chacun ramenait son dossier labellisé "cas difficile". Parce que l'on s'était aperçu depuis longtemps qu'il y avait une errance institutionnelle des personnes qu'on rencontrait. Ce qui s'était mis en place, c'était la nomination d'un référent des personnes et c'était cette personne là qui centralisait toutes les informations et qui recevait la personne en difficulté. »

Ainsi, des médecins regroupés en association interviennent régulièrement dans le cadre d'« ateliers » ou de « groupes de parole » montés par des structures d'insertion pour sensibiliser les publics à une large gamme de sujets ayant trait à la santé (alimentation, usage des médicaments, dépendance, etc.). De son côté, tel chantier d'insertion a mis en place une « thérapie par le cheval » centrée sur les qualités que le rapport à l'animal permet de révéler et de développer chez des personnes dont nul ne semblait plus vouloir s'occuper. Ailleurs, un ensemble de structures d'insertion vise très concrètement le retour à l'emploi tout en développant une « recherche sur les mécanismes de l'exclusion », à partir d'une problématique inspirée par l'antipsychiatrie italienne.

Certaines de ces initiatives donnent lieu à controverse, ne serait-ce que parce que les dispositifs institutionnels ne les ont pas prévues et qu'elles ne rentrent donc pas nécessairement dans une case préconstruite, ce qui complique leur financement et compromet leur pérennité.

De ce point de vue, le meilleur encouragement aux efforts des acteurs résiderait sans doute dans la validation d'expériences dont l'utilité serait localement reconnue : il s'agirait de ne plus définir les « bonnes pratiques » à partir de leurs capacités de reproduction à l'identique, mais des résultats obtenus *in situ* par des partenaires ayant réussi le tour de force de la coordination ●

références

Brun François, Leymarie Colette, Mbia Emma, Nivolle Patrick (coll. Marie Marin), 2005, *Difficultés d'emploi, santé et insertion sociale*, Document d'études n° 106, Dares, octobre.

Bureau Marie-Christine, Leymarie Colette, 2005, « Innover dans le social : l'exemple des missions locales », *Connaissance de l'emploi* n° 12, CEE, février.

Freire Marie-Christine, 2001, *La santé et l'insertion des jeunes, contribution des missions locales*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Délégation interministérielle à l'insertion des jeunes.

L'administration sanitaire et sociale, 2001, numéro de la *Revue française des Affaires sociales*, octobre-décembre.

Les actualités du Centre d'études de l'emploi sont en ligne sur le site www.cee-recherche.fr

La lettre électronique flash.cee vous informe régulièrement des principales activités du Centre d'études de l'emploi et vous signale ses dernières publications

Pour la recevoir par courriel vous pouvez vous inscrire sur la page d'accueil du site

CENTRE D'ETUDES DE L'EMPLOI

29, promenade Michel Simon
93166 Noisy-le-Grand Cedex
Téléphone : 01 45 92 68 00
Télécopie : 01 49 31 02 44
Mél : cee@mail.enpc.fr
<http://www.cee-recherche.fr>

Directeur de publication : Pierre Ralle
Rédactrice en chef : Marie-Madeleine Vennat
Maquettiste : Marie Ferré
Abonnements, diffusion : Jean-Claude Peiretti
Contact presse : Anne Evans

Imprimerie : Louis-Jean
C.P.A.P. : 3070 ADEP
Dépôt légal : 728 - décembre 2005
ISSN : 1776-2715