

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire

« Santé Mentale dans la communauté »

Année 2013

MISE EN PLACE D'UNE EQUIPE MOBILE DE PSYCHIATRIE POUR LE DEPISTAGE,
LES SOINS, LA COORDINATION, DES ACTIONS D'INSERTION AU PROFIT DES
JEUNES EN SITUATION DE PRECARITE.

De la constitution de l'équipe au développement du réseau.

Vincent ARQUES

Référent : Vincent Garcin

Table des matières

| | |
|--|-------------|
| Introduction..... | p 3 |
| 1. Contexte et état des lieux | |
| 1.1 Le contexte général de ce projet..... | p 5 |
| 1.2 Définition du concept d'équipes mobiles..... | p 6 |
| 1.3 Le cadre d'intervention des équipes mobiles..... | p 8 |
| 2. De la précarité en général à celle des jeunes en particulier | |
| 2.1 La précarité : définitions et impact dans la société..... | p 11 |
| 2.2 Précarité et santé mentale..... | p 13 |
| 2.3 Jeunes et précarité..... | p 15 |
| 3. Approche clinique de la précarité | |
| 3.1 Les apports de la clinique psycho-sociale..... | p 17 |
| 3.2 La souffrance psychique des jeunes en situation de précarité : données épidémiologiques | p 19 |
| 3.3 Troubles psychiques prévalents des jeunes en situation de précarité..... | p 22 |
| 4. Le projet équipe mobile au profit des jeunes en situation de récarité | |
| 4.1 Données épidémiologiques sur le bassin d'intervention de l'équipe mobile | p 29 |
| 4.2 Définition du plan d'action : le périmètre, la population et la communauté..... | p 32 |
| 5. Discussion | p 43 |
| 6. Bibliographie | p 45 |
| 7. Annexes..... | p 47 |

Introduction

Le projet de mise en place d'une équipe mobile de psychiatrie au profit des jeunes en situation de précarité m'a conduit à constater de son impact sur la communauté. L'intérêt de nombreux partenaires sur la situation de ces jeunes, leur difficulté à rencontrer tout le dispositif de soin, aider le jeune dans cet accompagnement, sans forcément le contraindre, sans le psychiatriser à tout prix, allait dans le sens de ma vision des soins en santé mentale communautaire.

C'est dans cet esprit que je me suis inscrit sur le Diplôme Inter Universitaire (DIU) et ainsi bénéficier de tous ces apports, pour mener un travail de recherche en lien avec le projet que nous promouvions auprès des jeunes précaires sur le Centre hospitalier des Pyrénées de Pau. Inscrit dans notre projet d'établissement, soutenu financièrement par l'ARS d'Aquitaine, la mise en œuvre de ce dispositif fut confiée au pôle Palois. (Pôle 2)

Le chef de pôle, le Docteur Pierre Godart et moi-même comme cadre supérieur de santé/assistant de pôle, n'étions pas sans ignorer, que ce projet au profit des jeunes en situation de précarité, revêtait plusieurs facettes, avec sûrement des attendus bien supérieurs à nos possibilités d'actions. Mais ce projet s'inscrivait dans la dynamique de notre pôle car outre des missions de secteur psychiatrique classique sur la ville de Pau, nous menons des missions transversales importantes, services de réinsertion, réhabilitation, du suivi d'usagers dans des appartements communautaires en partenariat avec des associations. Dans ce travail de réseau, nous gérons une Équipe de Soins Psychiatriques Précarité de type classique intervenant au cœur d'un centre d'accueil pour personnes précaires, et fin 2011 nous avons pu étoffer ce dispositif d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé en Psychiatrie.

Au regard de l'ARS et de notre institution, ces expériences de terrain sont reconnues, comme pour le projet que nous portons sur le pôle 2, de constituer une équipe plus spécifiquement tournée vers le public des 18-25 ans dits précaires. Au delà de cette légitimité, en filigrane, nous avons aussi pour objectif de participer au dépistage des troubles psychotiques émergents dont les premiers symptômes sont parfois la précarisation et l'errance.

La mise en œuvre de ce dispositif, soulevait de nombreuses questions tant au niveau du type d'interventions que des modalités de sollicitation de ces personnels soignants. Lors de nos premières rencontres avec les partenaires intervenants et potentiellement sollicités de ce dispositif nous avons pu relever de nombreux questionnements sur la définition de la notion de précarité mais aussi sur la terminologie de jeunes précaires. Il paraissait évident pour nos interlocuteurs que la précarité et la souffrance psychique étaient souvent associées. Mais pas seulement, il existait des situations de souffrances psychiques majeures sans précarisation. Il s'agit de jeunes, présentant des troubles psychiatriques avérés échappant au dispositif de soins mais aussi de sujets dits difficiles, en marge, où les troubles du comportement rendent difficile leur prise en charge. Nous avons pu constater que les situations sous des terminologies communes revêtaient des représentations bien différentes, avec le risque pour cette équipe de devoir gérer des situations pour de jeunes présentés par les structures comme « incasables », et comme demande sous-jacente : la psychiatrie.

Avant même de commencer, nous avons compris que ce projet était porteur de nombreuses attentes, certaines pouvant nous engager dans des dérives que nous ne souhaitons pas. La souffrance psychique, la précarité, les jeunes en situation difficile, les frontières sont ténues, mais exigent des promoteurs de ce projet, un effort de formalisation précis.

Toujours en lien avec ces jeunes en souffrance psychique, la présence des « zones lisières » entre les dispositifs pour adolescents et les services pour adultes classiques doivent nous conduire à des positionnements clairs en amont de ce projet car nous risquons très vite de n'intervenir que sur les situations de crise pour s'occuper de tous les jeunes, bien connus des dispositifs habituels pour les problèmes qu'ils posent et passer à côté de ceux pour qui la « non-demande » reste une des principales problématiques.

Ce projet émanant de l'hôpital psychiatrique, les représentations liées à cette équipe auprès des partenaires demandeurs et des jeunes à rencontrer devront être au cœur de nos préoccupations.

A partir de l'ensemble de ces constats, ce mémoire visera à décrire les actions mise en œuvre en amont de la constitution de cette équipe mobile de psychiatrie pour le dépistage, les soins, la coordination des actions d'insertion au profit des jeunes en situation de précarité.

Nous poserons notre réflexion sur le contexte social de la question de la précarité en général. Et plus particulièrement, nous tenterons de cerner la problématique de ces jeunes précaires, la question de l'âge, dans le cadre de notre champ d'intervention. Sans oublier, l'incidence des troubles psychiques sur cette précarisation.

Malgré le peu d'expériences de prise en charge spécifiques sur les jeunes en situation de précarité (18-25 ans), nous tenterons de mieux cerner les grandes problématiques des jeunes en situation de souffrance psychique, de comprendre la question de la précarité et de l'intérêt des équipes mobiles.

Nous profiterons que ce projet soit inscrit dans le réseau pour faire un parallèle avec l'objet de ce diplôme inter-universitaire et enrichir notre réflexion autour des soins en santé mentale dans la communauté.

1. Contexte et état des lieux

1.1 Le contexte général de ce projet :

Ce projet d'équipe mobile concerne le public des jeunes entre 18 et 25 ans. La constitution des membres de cette équipe a été confiée au pôle 2 du centre hospitalier des Pyrénées (Etablissement Public de Santé Mentale 64 Béarn et Soule) en raison de son expérience dans le domaine des dispositifs de soins transversaux tels que les soins de réhabilitation et réinsertion, et les soins aux populations précaires (Equipe de soins psychiatriques aux personnes en situation de précarité (ESPSP) et PASS psychiatrique).

Le financement repose sur cette antériorité d'expérience mais aussi sur la spécificité du champ d'intervention celui des jeunes (18.25 ans), des besoins identifiés autour de cette population confrontée à la fois à des situations de précarité et des troubles psychiques associés.

Dans le projet initial présenté à l'ARS Aquitaine, nous avons mis en évidence les différentes problématiques rencontrées à la fois par ces jeunes et les équipes qui étaient amenées à les prendre en charge.

1. Le premier point était de bien signifier que même si le projet se fixait sur le public de jeunes de 18 à 25 ans, il n'en demeurait pas moins que cette tranche d'âge n'était pas étanches mais par souci d'efficacité nous obligeaient à en définir les limites .

2. Le second point était de poser quelques critères de définition de ce public en nous appuyant sur des études telles que réalisées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie au travers de son centre d'examen de santé.

Cette étude d'évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examen de santé (EPICES), constitue un bon moyen de définition de critères d'inclusion des jeunes dans le cadre d'intervention de cette équipe dédiée.

3. Le troisième point d'investigation était de s'appuyer sur les dispositifs classiques d'accueil des jeunes en difficulté (demandeurs d'emploi, bénéficiaires d'aides sociales, contrats aidés, sans domicile fixe, les missions locales).

En parallèle, nous souhaitons aussi pouvoir répondre aux acteurs de première ligne que sont les médecins généralistes, les dispositifs de santé scolaire, universitaire et d'aide aux familles en ajoutant aussi le repérage et la prise en charge des troubles psychotiques émergents.

1.2 Définition du concept d'équipes mobiles

Le Docteur Daniel Marcelli dans l'ouvrage « Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté » introduit l'idée que : “ pour se monter efficace et pertinent, le dispositif équipes mobiles doit être soigneusement pensé et articulé d'une part avec les autres dispositifs de soins de l'intersecteur, mais aussi avec les membres du réseau” (Tordjman & Garcin, p.9).

Dans cet avant propos, nous voyons que ces dispositifs spécifiques ont pour vocation de trouver en amont de leur construction une place particulière, à l'interface du soin et de tout le champ communautaire.

Ce qui confirme que l'articulation du dispositif orienté vers cette mobilité, impose à ces acteurs, une réflexion sur la typologie des soins prévalents dans le domaine choisi, très largement enrichi de la connaissance du champ communautaire et de ses attendus.

Comment définir une équipe mobile ?

Disposant dans notre établissement de plusieurs équipes mobiles, nous constatons que les représentations que s'en font les personnels et les usagers sont souvent très éloignées de leur pratique ou leur sont totalement inconnues.

Bien évidemment, pour les acteurs et les partenaires directs les objectifs de soin de ces équipes mobiles sont bien partagés, repérés avec parfois des situations de presque « exclusivité » d'intervention laissant de côté beaucoup d'autres structures demandeuses.

Afin de mieux comprendre ces dispositifs que sont les équipes mobiles, nous allons nous appuyer sur différentes expériences contenues dans l'ouvrage de Sylvie Tordjman et Vincent Garcin, qui fait référence sur les équipes mobiles pour adolescents en difficulté.

[1]

Cet ouvrage a retenu notre attention, car par les différentes expériences qu'il nous propose sur le public des adolescents, nous retrouvons des similitudes tant dans les constats que dans les attendus sur les missions de notre équipe.

L'idée d'équipe mobile, introduit, tout d'abord, celui de sa composition et du cadre de ses interventions. Comment définir le concept d'équipe en santé mentale ?

L'équipe en santé mentale se détermine comme pluridisciplinaire, composée à la fois de professionnels (médecins psychiatres, psychologues, infirmiers) et de travailleurs sociaux (éducateurs, assistantes sociales).

Sans rentrer dans la définition trop conceptuelle de la notion d'équipe, nous pouvons dire qu'elle doit construire sa cohérence autour d'un ou plusieurs objectifs « pertinents et efficaces » comme le soulignait précédemment le Docteur Marcelli. [1]

Didier Anzieu (1990) dans « La dynamique des groupes restreints », définit « l'équipe comme un ensemble d'individus dont l'effectif est tel qu'il permet des communications explicites et des perceptions réciproques dans la poursuite de buts communs » (Anzieu & Martin, p.161) [2]

Nous pouvons penser que ce groupe de professionnels s'appuiera sur des orientations d'actions, de réponses à la demande et partagées par tous. Que les objectifs seront clairement définis, que toutes les complémentarités seront envisagées en tenant compte des spécificités attachées à chaque métier qui la compose. De fait, la singularité des équipes

mobiles ne repose pas que sur sa composition, son effectif, mais aussi sur la question majeure du cadre de ses interventions. Pour nous, la notion d'équipe va revêtir plusieurs composantes, à la fois celle de cohérence dans ses réponses face à la demande, mais aussi la convergence de compétences sur ce domaine précis de la prise en charge des jeunes. Le sens des soins psychiatriques dans la communauté sera notre exigence car c'est encore un point de faiblesse de nos institutions qui sont trop hospitalo-centrées.

C'est dans cette communauté de professionnels et d'action que nous devons probablement poser le cadre de cette mobilité, pour la rendre efficace. Cependant la mobilité de ces dispositifs, demeure la partie qui questionne le plus.

Dans la construction de ce projet, nous avons vu apparaître de nombreuses interrogations, quant à son positionnement, sa localisation, et son cadre d'intervention.

1.3 Le cadre d'intervention des équipes mobiles

Comme le soulignent Kannas et Robin, « les interventions psychiatriques au domicile et les équipes mobiles s'inscrivent dans le processus de « désinstitutionalisation » qui marque un virage vers l'ambulatoire ». (Kannas, 2010, p.21) [1]

Les centres médico-psychologiques traduisent bien ce mouvement de l'intérieur vers l'extérieur devenant ainsi le pivot du dispositif de soin en santé mentale au plus près de l'utilisateur.

Cet auteur, met l'accent sur l'interdépendance entre un « dispositif hospitalier » et une réponse ambulatoire pouvant « prévenir les hospitalisations, évitables, d'accueillir et d'accompagner les patients...pour les maintenir dans la communauté ». C'est toute la finalité du dispositif du dispositif ERIC (Equipe d'Intervention Rapide de Crise) (Kannas, 2010, p.26)

A l'hôpital, au CMP, aux équipes de liaison, de crise et aux équipes mobiles, on observe une volonté d'apporter aux patients un ensemble de réponses en adéquation avec la situation clinique du sujet mais aussi « à restaurer rapidement la capacité du patient afin qu'il reprenne son fonctionnement normal dans les meilleurs délais. »

L'intervention au domicile du patient se pose pour le dispositif ERIC comme le paradigme des soins psychiatriques, de type soin à domicile, de crise ou d'urgence. Les objectifs sont

clairs : “éviter l’hospitalisation [...] maintien du patient au domicile [...] prise en compte de l’environnement social et familial” (Kannas, 2010, p.26) [1]

La place de ses dispositifs mobiles doit se faire en articulation avec les réseaux des soins, nous pouvons retenir que cela suppose une bonne connaissance des dits réseaux et une proximité avec les dispositifs de droit commun.

Comme le note Kannas, « les pouvoirs publics ont favorisé des équipes mobiles de psychiatrie précarité ou de géronto-psychiatrie, renforçant le travail de certaines équipes de secteur ». (Kannas, 2010, p.19) [1]

La circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité, est venue officialiser que “[...] les équipes psychiatriques mobiles précarité, sont définies comme un dispositif complémentaire, intersectoriel, à l’interface du dispositif de soins « de droit commun » [...] .”[3]

(Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d’exclusion et à la mise en oeuvre d’équipes mobiles spécialisées en psychiatrie)

On peut remarquer que dans ce texte les équipes mobiles se présentent comme un dispositif complémentaire, qui ne se substitue pas par exemple au travail du CMP, mais qui “relève d’une double mission, à la fois vers les personnes elles-mêmes, mais aussi en direction des acteurs de première ligne, [...] souvent dépassés par la lourdeur et la complexité des pathologies présentées”.

Ces équipes ont “un principe d’action” : aller vers. Le constat est que les équipes de secteur, ne s’inscrivent pas suffisamment sur ce principe d’aller vers ; à titre d’exemple, sur le secteur distribuant la ville de Pau en 2012, près de 80% des actes furent réalisés sur le CMP pour 20% au domicile du patient.

Nous pouvons déjà retenir que le dispositif des équipes mobiles, doit s’inscrire dans la complémentarité des autres dispositifs. Leur cadre d’intervention dans la communauté doit être aussi celui « d’aller vers », vers un public qui pour des raisons que nous étudierons plus loin, est peu enclin à se tourner vers les dispositifs de « droit commun ». Souvent dans une position de non-demande.

Cette complémentarité, le principe d'aller au devant de l'utilisateur, se positionne comme celui d'une coordination des différents dispositifs visant à proposer des alternatives à l'hospitalisation.

Ces alternatives à l'hospitalisation, visent à intervenir le plus précocement possible "ambulatoire rapide" parfois même au domicile du sujet en souffrance, qui n'est pas "le demandeur", au plus près de "l'émergence de la crise" (domicile, institutions, services sociaux, médecine générale, éducation nationale...)

A titre d'exemple, l'expérience du dispositif ERIC, repose sur une coordination étroite entre l'ensemble des dispositifs de droit commun autour de la crise (urgences, hôpital psychiatrique, police, établissements sociaux, médico-sociaux...) corrélé à la qualité de son action "l'intérêt de sa mobilité, réactive et flexible".

Qui dit réactivité d'une équipe mobile, dit accessibilité !

Cette accessibilité des équipes mobiles, permet par la précocité de ses interventions de poser le cadre de la pertinence ou non des prises en charge.

C'est dans cet espace, que se confronte la question de la demande des tiers, et parfois celle de la non-demande du sujet.

"La combinaison de réactivité et de mobilité" de la psychiatrie apparaît comme l'une des meilleures garanties de " [...] fiabilité, de sa crédibilité, par une sécurité apportée aux besoins des patients, des familles et des partenaires".(Kannas, 2010) [1]

A partir de l'expérience ERIC, le Docteur Kannas met en exergue un ensemble d'avantages permettant d'aider à une bonne formalisation d'un projet d'équipe mobile.

"Intervention et évaluation. Instauration précoce de soins, éviter l'hospitalisation.

Amélioration de l'efficacité et de l'efficacités de la prise en charge. Développement des liens entre les services psychiatriques et les ressources communautaires."

Sans ignorer que " Ces interventions peuvent permettre de réduire la stigmatisation des ces patients mais aussi de participer par son repérage à sa notoriété".(Kannas, 2010, p.21.29)

Grâce à toutes ces expériences et à la réflexion menées autour des équipes mobiles nous pouvons poser le cadre général de nos interventions, de notre positionnement dans le champ communautaire mais aussi de la singularité de nos actions de soins.

La reconnaissance de ces équipes ne peut fonctionner que si elles s'inscrivent dans le sens de leur mobilité au sens littéral et opérationnel du terme.

Notre projet d'équipe mobile se destine à une population précise celle des jeunes 18-25 ans dits précaires en souffrance psychique.

Cette équipe ne se substitue pas à l'équipe existante que nous avons sur la ville de Pau (ESPSP et PASS psychiatrique), positionnée sur les locaux (Le PHARE) gérés par une association partenaire les Organismes des Gestion des Foyers Amitiés (OGFA).

Dans cet espace dédié, les équipes sociales et psychiatriques articulent leurs actions dans la prise en charge de l'exclusion, de la précarité et de la souffrance psychique. Bien sur, dans leurs files actives respectives, apparaissent des jeunes déjà marqués par l'errance, la marginalité et leur grande difficulté à accéder aux soins, soit en raison de troubles psychiques avérés et/ou des comorbidités à type d'addictions diverses.

2. De la précarité en général à celle des adolescents en particulier.

2.1 La précarité : définitions et impact sur la société

Avant de cibler la problématique des jeunes en situation difficile nous allons envisager la question de la précarité en général et de son impact sur le psychisme de ceux qui en souffrent. Mais aussi tenter d'entrevoir l'incidence de la souffrance psychique sur le processus de précarisation.

Dans ce domaine précis, la précarité et la santé mentale sont étroitement liées car de toute évidence, l'impact de l'une aura une forte incidence sur l'autre. Comment faire face à une souffrance sociale pour échapper aux conséquences psychiques, que sont la perte d'espoir, l'atteinte à l'estime de soi, l'errance, les troubles somatiques et parfois de véritables troubles psychiatriques comme la dépression, les troubles de la personnalité, les psychoses et les addictions.

La définition de la précarité du dictionnaire Petit Robert stipule : "Précaire, Précarité : dont l'avenir, la durée, ne sont pas assurés". On note aussi, que les synonymes associés à la notion de précarité sont : la pauvreté, l'instabilité et de fragilité. Cette définition, reflète parfaitement les représentations véhiculées dans la société, où la notion de précarité se

conjugue avec l'idée de fragilité sociale que peut rencontrer un individu à un moment de sa vie et qui peut obérer son devenir.

On retrouve aussi cette définition souvent citée de Wresinski, Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris, Journal officiel, (1987) “[...] la précarité est l’absence d’une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d’assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L’insécurité qui en résulte, plus ou moins étendue peut avoir des conséquences plus ou graves et définitives”.[5]

L’auteur de cette définition insiste aussi, sur le fait “[...] que cette précarité peut conduire à la grande pauvreté si elle affecte plusieurs domaines de l’existence, si elle se prolonge dans le temps, de manière persistante, compromettant les chances de reconquérir ses droits, réassumer ses responsabilités par soi même dans un avenir prévisible”. (Wresinski, 1987)

Nous pouvons constater, que le sujet victime de cette précarité, se trouve comme « amputé » de la place à laquelle il pourrait prétendre de droit dans la société.

La situation de précarité prive le sujet de tous les liens qui structurent tout individu comme les liens sociaux, familiaux, mais aussi tout ce qui en découle, la sécurité, un hébergement, des moyens financiers et l’accès toute forme de protection. L’accès au travail est complexifié par cette précarité entraînant inexorablement la personne vers plus d’exclusion et de souffrances physiques et psychiques. C’est pour cela que nous pensons que la précocité des prises en charge (18-25 ans) coordonnée dans la communauté est une véritable opportunité pour tous ces jeunes.

Dans le rapport du groupe de travail Strohl & Lazarus, (1995) : ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale il est dit : “On constate plutôt qu’en fait une partie de la symptomatologie psychique se décrit comme une défaillance du lien social, une difficulté à le nouer, le maintenir ou le restaurer sinon dans des formes souvent non acceptées”.

La prise en charge de la précarité, résulte bien d’une action des dispositifs sociaux en amont car comme il est souligné dans ce rapport “ l’incapacité à mobiliser les personnes à faire émerger une demande sans un long travail préalable en dépit des sollicitations dont font l’objet les dispositifs psychiatriques[...]” .

Il est également mis en évidence, une conséquence de la “récurrence des échecs” de la prise en charge des précaires un grand mal-être de ceux qui sont chargés de les accompagner “ Les intervenants sociaux s'interrogent sur la possibilité même d'établir une relation d'aide, voire une relation tout court, avec des personnes qui sont moins révoltées qu'effondrées”.

Dans cet effondrement, il s'agit bien ici, pour les aidants de faire le lien entre la situation de précarité et le problème de santé mentale sous-jacent.

2.2 Précarité et santé mentale

Dans le « Guide précarité et santé mentale, repères et bonnes pratiques » (Fédération Nationale des associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale, 2010) la santé mentale est définie de manière questionnante comme “ La capacité à vivre et à souffrir ensemble, sans destructivité mais pas sans révolte”. [7]

Le rapport Strohl & Lazarus, (1995) qui précise : “ Il serait faux de dire que les allocataires du RMI ou les personnes en situation de précarité qui manifestent une grande souffrance psychique, une incapacité à s'adapter aux codes et usages sociaux, fût-ce ceux des professionnels du social, sont majoritairement des malades mentaux ou d'anciens malades...et ne sont pas une caractéristique spécifique des pauvres”.

Cependant ces lieux d'accueil comme les CHRS, les CCAS, les SIAO, sont des espaces où “surgit une plainte” de mal-être tant les tâches (hébergement, insertion, soins divers) sont importantes et les résultats observables peu encourageants. De fait les moindres manifestations de souffrance psychique, sont vécues par les travailleurs sociaux comme le vecteur principal de toutes ces difficultés d'insertion, les amenant à se tourner vers la psychiatrie “La honte, ou l'agressivité, le manque d'énergie, les conduites d'échec à répétition sont ressenties par beaucoup d'intervenants sociaux non pas comme les scories du système lui même, mais comme intrinsèques à la personnalité des personnes prises en charge”. (Strohl & Lazarus, 1995)

Il ne s'agit pas ici d'être réducteurs dans le positionnement et le vécu des travailleurs sociaux cependant certaines situations complexes deviennent emblématiques de leurs

difficultés les conduisant à solliciter les dispositifs de psychiatrie faute d'alternatives sociales.

Mais alors que faut-il en penser, et s'ils souffrent d'une maladie psychique quelle sa nature ? Comment prendre en charge des personnes qui parfois ne le demandent pas.

Pourquoi avoir à faire à des soignants, ils ne sont pas « fous », disent-ils !

Comment comprendre le mal-être induit par leur situation : “Il y a comme une interaction entre ce mal être et leurs conditions de vie, notamment...l'effort demandé aux personnes pour s'insérer ...quand on ne dispose ni d'un espace, ni d'activités adaptées, la confrontation avec un monde aux règles différentes de sa culture... la complexité des procédures administratives” (Strohl & Lazarus, 1995) [6]

Ce qui confirme que cette souffrance ne peut être prise en charge que par la rencontre entre tous les champs qui traversent la problématique de la précarité.

Il demeure une problématique majeure que “ la souffrance psychique...est plus souvent cachée qu'exprimée explicitement, parce qu'elle se traduit plus dans une incapacité des institutions communes à accueillir ces personnes et par la difficulté de celles - ci à y trouver une place [...].(Strohl & Lazarus, 1995) [6]

Le rapport (Strohl & Lazarus, 1995) nous conforte dans l'idée de la pertinence de ce type de équipes mobiles. Il s'agit bien d'aller vers ces personnes, au plus près de ceux qui sollicitent l'intervention de ces équipes en développant des espaces de rencontre : [...] si l'on veut répondre au besoin, tant des usagers en situation d'exclusion que des intervenants sociaux qui ont en charge les politiques d'insertion, il apparaît nécessaire de développer de tels lieux d'écoute et d'expression de la souffrance”.

Mais il est nécessaire de penser que certains préalables éthiques sont posés, fixant ainsi le cadre des interventions :

“ Il faut que l'utilisateur conserve sa part de liberté, notamment sa capacité à donner des informations le concernant différentes (divergentes s'il le souhaite, l'imaginaire est aussi une fonction importante) aux différents intervenants. Voir, refuser de parler, de donner des informations, de se remémorer son histoire... même si elle paraît contraire à l'efficacité de l'action pour le bien de l'utilisateur ...chaque intervenant ne peut agir qu'avec ce que lui donne l'utilisateur”. (Strohl & Lazarus, 1995) [6]

A partir de tous ces apports, nous pouvons déjà retenir qu'il faut que l'équipe dispose de lieux, sur les structures pour aller à la rencontre de ces personnes. De même, on doit être conscient que cette rencontre ne sera pas toujours aisée, et que cela nécessitera du temps, de la patience, et de grandes capacités relationnelles.

2.3 Jeunes et précarité

Quand on va à la rencontre des professionnels chargés de la prise en charge des jeunes comme par exemple les missions locales on peut dire que les points évoqués précédemment ne s'éloignent pas des constats et propositions qui y sont faites.

Nous devons tenir compte aussi que Pau est connue comme étant une ville d'accueil du fait de ses nombreux dispositifs d'aides sociales à la précarité, et malheureusement, par des faits divers dramatiques, impliquant de près ou de loin les populations marginalisées.

Dans ce travail de réflexion, nos équipes de Soins Psychiatrique aux personnes en Situation de Précarité ou de la PASS psychiatrique intervenant auprès de ces publics, sans domiciles fixes ont tenu à témoigner de leur expériences et attendus en amont de la constitution de cette équipe.

Le Docteur Carbonnier, psychiatre responsable de l'équipe mobile psychiatrique précarité nous dit :

« Nous rencontrons de jeunes personnes, en grande difficulté sociale. Tout d'abord sur le « phare » (espace d'accueil pour personnes sans domicile fixe, précaires), l'équipe accueille des jeunes qui arrivent sur Pau et qui mobilisent tout un ensemble de personnes autour d'eux. Certains sont dans l'optique de « refaire leur vie », certains autres ont suivi un ami, d'autres semblent atterrir là « par hasard ». Le travail de l'équipe éducative est essentiellement d'orienter ces jeunes vers les structures adaptées (mission locale), prise de rendez-vous, travail de lien, parfois d'accompagnement physique.

Parfois, on remarque une difficulté pour ce jeune à saisir ce qu'il doit faire, les ressources à déployer peuvent être insuffisantes, (oubli des rendez-vous, difficulté à s'organiser, à répondre aux exigences de l'accompagnement). Cela provoque de l'anxiété chez eux, nous renforçons alors le soutien auprès d'eux.

Nous rencontrons ces jeunes à notre tour, souvent à la demande du collègue éducateur et repérons certains troubles, aux contours pas toujours bien définis : difficultés de concentration, difficultés d'élaboration, troubles de la personnalité, conduites addictives, troubles anxieux, relation à l'autre compliquée. Certains sont en demande de soins et nous proposons un accompagnement médical et infirmier (entretiens réguliers, aide à la prise d'un traitement médicamenteux, orientation CMP).

Parfois, une hospitalisation s'avère nécessaire car cette prise en charge n'est pas suffisante à contenir leur détresse psychologique. En retraçant leur histoire (et cela peut prendre beaucoup de temps), certains ont déjà été hospitalisés (dans différentes régions pour ceux qui sont en situation d'errance), et font appel à l'institution quand ça ne va plus. Il paraît important de consolider leur prise en charge pluridisciplinaire et de coordonner leur parcours de soins. C'est là, entre autre, que l'intervention d'une équipe mobile pourrait venir renforcer le dispositif existant. Certains sont au contraire dans le déni de leurs troubles, qui mettent par ailleurs en péril leur hébergement, l'accompagnement social et éducatif proposé. L'accès aux soins psychiatriques est alors nécessaire.

Au moment où se pose de façon centrale la question de l'insertion professionnelle, le jeune peut se retrouver de vive manière confronté à ses incapacités et à des échecs répétés qui ne font que renforcer ses troubles. Un soutien particulier et une approche médico-sociale est à prévoir. Une prise en charge de la souffrance psychique, définie comme souffrance liée au vécu social est nécessaire. C'est souvent verbalisé par ces jeunes (sentiment d'inutilité sociale, sentiment de différence, d'exclusion). Là encore, des professionnels du dispositif jeunes en souffrance psychique auraient une place privilégiée auprès de ces jeunes et en soutien des équipes d'accompagnement. Une réflexion collective des acteurs est nécessaire afin d'élaborer un projet adapté en se soutenant des dispositifs existants). A cela se rajoutant la question de l'hébergement. Il me paraît évident d'offrir une permanence de soins auprès de ces publics. Le travail de lien avec les structures de soins (CMP, unités d'hospitalisations) est à consolider.

Au regard de ce témoignage, nous voyons que ce dispositif, qui s'est formé dans l'esprit des préconisations du rapport Strohl & Lazarus , en plaçant une équipe au plus près de ces personnes en souffrance, remplit nombre des actions qui en sont attendues.

Pour les jeunes, qui sont pris en charge par l'équipe précarité, nous avons pu constater que bien sûr c'est un lieu de repérage des troubles psychiatriques, mais il est fait souvent référence à la problématique de la souffrance psychique d'origine sociale chez ces jeunes. La souffrance psychique, trouvant son terreau au cœur d'une problématique sociale, qui conduit obligatoirement les équipes soignantes à s'appuyer sur les équipes sociales. Tous ces éléments, démontrent que la précarité de manière générale, et sur les jeunes présentent de nombreuses convergences.

La situation de précarité va générer un ensemble de souffrances physiques et/ou psychiques à des degrés divers mais que tous les professionnels vont pouvoir observer. Ce regard croisé entre les professionnels du social et de la santé mentale, doit s'inscrire dans une démarche de compréhension des phénomènes liés à cette précarité, l'incidence sur le sujet précaire et les manifestations cliniques qui peuvent en découler.

Pour mieux comprendre et agir sur ces situations complexes, nous allons les analyser à partir de la démarche de la clinique psycho-sociale développée par le Docteur Jean Furtos psychiatre des hôpitaux fondateur de l'Observatoire National des pratiques en Santé mentale et Précarité.

3. Approche clinique de la précarité

3.1 Les apports de la clinique psycho-sociale

La souffrance psychique d'origine sociale pour Furtos : “ il s'agit d'une douleur d'existence, d'une souffrance qui peut certes accompagner une douleur organique mais aussi l'humiliation, le mépris social, ou pire l'indifférence”.

Pour ce psychiatre, la souffrance est qualifiée de “psychique” car “elle est soumise au travail psychique, qui peut être sidéré comme dans le traumatisme traumatisant ”. (Furtos, 2007) [8]

Et de souffrance sociale, car elle positionne le sujet à la marge d'un groupe, “[...] avec toujours à l'horizon une appartenance ou une exclusion possible”. (Furtos, 2007) [8]

Ce jeunes précaires comme les autres précaires d'ailleurs, sont confrontés à ce sentiment de mise en marge de la société, de ce dénomme Jean Furtos en citant le rapport de J. Wresinski, à la “perte des objets sociaux”.

“ L’objet social, [...] c’est du concret comme l’emploi, l’argent,[...] le logement, la formation, les diplômes, ...les biens. On en a ou pas. On peut les avoir perdus, ou avoir peur de les perdre en les possédant encore, ou de perdre les avantages qu’ils sont susceptibles de procurer”. (Furtos, 2007) [8]

“Cet objet social est un besoin fondamental, touchant à la question du sentiment de sécurité, d’appartenance au groupe social, à celui des valeurs, de la reconnaissance. Il est un sésame ouvrant le champ relationnel et le lien aux autres”. [8]

Que nous propose Jean Furtos dans l’observation des effets de la souffrance psychique sociale chez l’individu dans un contexte de précarité ? Il dénombre trois modalités face à la perte des objets sociaux.

La première des modalités, positive, repose sur les ressources de l’individu face à cette souffrance. Il y fait face, il conserve ces liens, de bons étayages sociaux. Il s’agit d’une souffrance qualifiée de non pathologique : “ [...] c’est celle qui permet d’agir, de penser, de parler, d’aimer et de se situer dans la suite des générations”. (Furtos, 2007) [8]

La deuxième des modalités, c’est quand la souffrance “empêche de vivre” avec perte des objets sociaux, avec un sentiment très fort de désespérance “ mélancolie sociale sans morbidité psychiatrique”. Le lien social est atteint, l’expression de cette souffrance s’exprime par des manifestations “d’amertume, d’agressivité, de violence et d’affections psychosomatiques”. (Furtos, 2007) [8]

La troisième des modalités, la souffrance devient plus invalidante, véritablement mélancolique, déficitaire, le lien social est attaqué. On observe une véritable exclusion : “tout est foutu, vivons-disparaissons”. Nous ne traiterons pas ici du « syndrome d’auto-exclusion développé par le Docteur Furtos, bien qu’il soit une des conséquences sur le temps, de ce dernier mode de souffrance. [8]

Dans le cadre de leur pratique, il faudra que l’équipe s’imprègne de cette pensée clinique psycho-sociale qui a le mérite d’éclairer à la fois la précarité au sens sociologique, mais aussi de sa psychopathologie. Nous pensons que cela peut aussi aider à concevoir la partie, information, formation des équipes sociales à une meilleure appréhension des manifestations rencontrées dans la pratique.

3.2 La souffrance psychique des jeunes en situation de précarité : données épidémiologiques

Dans l'étude SAMENTA sur la santé des jeunes des 15-24 ans, il est mis en évidence que si la principale cause de mortalité sont les accidents de la route (un décès sur deux) le suicide arrive en seconde position. De même, la consommation de substances psychoactives telles que le tabac, l'alcool et cannabis sont très importantes. [9]

Il est aussi confirmé que "les adolescents ou les jeunes en insertion, « héritent » des difficultés socio-économiques de leurs parents, notamment en matière d'accès aux soins. Il est parlé "de l'impact négatif sur leur qualité de vie, leur apparence physique, et sur leur image d'eux-mêmes... la santé n'est pas la priorité". [9]

Nous devons prendre en compte que la précarité de l'environnement familial aura un retentissement sur ces jeunes, qui auront du mal, à prendre en considération leur souffrance psychique.

" La précarité familiale, l'échec scolaire, le chômage, engendrent un fort mal-être : « Déprime », anxiété, faible estime de soi, pessimisme quant à l'avenir,[...] sont des thématiques récurrentes dans les entretiens avec les jeunes [...] " [9]

Ces jeunes reconnaissent ne pas « aller bien » [...] " ils ont besoin de « parler », ils sont encore souvent réticents à l'idée de se confier à un « psy » : la peur du professionnel qui « ne dit rien » et la crainte d'être étiqueté comme « fou » sont récurrentes. " [9]

Cette souffrance psychique se traduit plus particulièrement chez les garçons par des conduites à risque comme les consommations abusives de produits psycho-actifs comme l'alcool et le cannabis.

Dans l'étude sur la santé mentale des jeunes de 16 à 25 ans en insertion, intitulée, « *Bien être, mal être, Mieux vous connaître* » conduite par les missions locales et les centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie nous disposons des données qui doivent nous permettre de mieux cerner la situation de ces jeunes face à la souffrance psychique engendrée par la précarité. [10]

Il s'agit d'une enquête nationale portant 4282 jeunes de 16 à 25 ans vus en juin 2010, dans 114 missions locales et 75 centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie.

Les résultats confirment que les jeunes en situation d'insertion (recherche d'emploi, sans activité) ont " un risque de mal-être et de santé plus important que les jeunes actifs en contrats à durée indéterminée. " [10]

Cette souffrance psychique est d'autant plus importante, quand ces jeunes ont rencontré des difficultés dans l'enfance (perte d'un parent, rupture, séparations, précarité).

Ces jeunes sans activité qui sont les plus exposés, " ni en formation, ni en recherche d'emploi, ne se considérant pas en insertion, présentent des indicateurs de santé dont de santé mentale moins satisfaisants que la catégorie en CDI[...] " [10]

Les jeunes sans activité, en recherche d'emploi, en insertion, stagiaires de la formation de la formation professionnelle, en apprentissage, en alternance, en contrats aidés, en Contrat d'Insertion dans la Vie Sociale, présentent à des degrés différents des difficultés, dépression, consommations de produits psycho-actifs, mauvaise santé perçue, obésité, agressivité, violence, souffrance psychologique, tentatives de suicide, suicide.

(Les centres d'examen de santé) Le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé) constitue également un indicateur pouvant aider les professionnels dans le cadre de leurs interventions.

Le score EPICES à été construit à partir d'un échantillonnage de population âgée de 18 à 59 ans issue de la population vue dans les CES en 1998. L'évaluation du score EPICES montrant sa pertinence à détecter et quantifier la précarité à partir de données de personnes de 18 ans et plus ayant réalisé un examen de santé en 2002. Chez les jeunes de 16-25 ans, les sources de différentes données comme la santé mentale en insertion, la santé et la protection sociale (2008). Les indicateurs sont la situation sociale (emploi, revenu, niveau d'études), les comportements associés aux soins (tabagisme, suivi gynécologique, déclaration médecin traitant, renoncement aux soins), état de santé (santé perçue, santé buccodentaire, obésité), santé mentale : score de santé psychique, souffrance psychologique, consommation de psychotropes, violences subies). Le seuil de 30,17 est retenu dans les centres d'examen de santé comme celui de vulnérabilité sans discrimination d'âge. (Étude SAMENTA/ CETAF, p.5) [10]

L'objectif est le ciblage des populations les plus vulnérables, dont les jeunes de 16 à 25 ans. Ces indicateurs sont similaires à ceux présentés précédemment, et viennent témoigner de l'incidence de la situation sociale sur la vulnérabilité de ces jeunes, mais aussi de ses conséquences sur les comportements par rapport à la santé, sur leur état de santé physique et mentale.

Pour les professionnels de la santé mentale, complémentairement à ces outils, il sera important de s'enquérir de l'environnement familial et social du sujet dans le cadre de leurs interventions.

A titre d'exemple dans l'étude SAMENTA, il est souligné que “ lorsque les relations sont conflictuelles avec les parents, lorsque le « portage » parental est faible ou inexistant, toutes les difficultés sont amplifiées : difficultés matérielles (notamment logement), affaiblissement des réseaux sociaux liés à la famille, désorientation par rapport au système de soins, difficultés à prendre « soin de soi », prises de risques accrues [...] ” [9]

De même, les événements de vie vécus durant l'enfance, auront des conséquences sur le devenir du sujet. “ Maladie, handicap, dépression, alcoolisme, accident grave, du père ou la mère, font que 48% des jeunes rencontrés pour cette étude ont pensé au suicide dont 21% sérieusement ”.[9]

Toujours selon l'étude réalisée auprès des centres des examens de santé on note que pour ces jeunes le fait d'avoir vécu une enfance malheureuse augmente de 2,5 fois le risque de souffrance psychique et de 3,5 fois le risque de suicide, il en est aussi de même des jeunes ayant fait l'objet d'une mesure judiciaire ou éducative (2,6 fois).

Les données à notre disposition au centre d'examen de santé de Pau, montrent sur la base du score EPICES que 1056 personnes de moins de 25 ans sont en situation de précarité. Par ailleurs, les établissements Palois qui hébergent cette population confirment la présence de situations de jeunes en grande souffrance, avec des problématiques psychiques importantes. Ce furent près de 100 jeunes qui furent pris en charge en 2011 sur ces structures.

Pouvoir traiter de manière « pertinente et efficace » [1] la prise en charge des jeunes précaires, implique aux professionnels de poser un regard le plus large possible dans les composantes de leurs problématiques. Les soins à eux seuls ne peuvent suffire à l'efficacité d'un tel dispositif, chaque professionnel doit être à même d'envisager chaque situation dans sa singularité, qu'elle soit sociale, familiale, physique et psychique.

Dans la démarche, d'aller vers « ces souffrances », les soignants dans les différents lieux de rencontre, devront s'appuyer sur tous les professionnels de première ligne de la communauté. Cependant cette complémentarité, exige des professionnels de santé mentale un ensemble de savoirs, de connaissance des rôles de chacun, car les attendus sont forts.

Le cadre de référence est bien celui du soin, et les travailleurs sociaux attendent cette réponse, par contre il ne faut pas oublier que ceux qui seront l'objet de cette attention soignante en sont rarement demandeurs. "La situation particulière des populations en situation d'exclusion et de précarité nécessite des formes de collaboration spécifiques entre intervenants sociaux et intervenants thérapeutiques et notamment une organisation en réseau." Pour ces jeunes, ce réseau doit valoriser le lien social "valorisation de soi (le lien de soi à soi), le lien de proximité (le lien communautaire), intégration dans des relations (lien de proximité) et la citoyenneté (lien politique)[...] ces trois formes de rapport à soi et à l'autre déterminent pour large part la santé psychique des personnes." [6]

3.3 Troubles psychiques prévalents des jeunes en situation de précarité

Dans le travail de recherche que nous menons sur le thème des troubles psychiques, nous sommes confortés dans l'idée qu'il existe peu d'écrits relatifs à cette tranche d'âge des 18-25 ans. D'autant plus si nous adossons notre recherche sur les troubles psychiques des 18-25 ans dits précaires.

Nous savons aujourd'hui, que certaines souffrances de l'adolescence vont bien au-delà de la barrière symbolique des 18 ans. L'âge de la majorité, est souvent celui retenu par la psychiatrie pour faire basculer les prises en charge des dispositifs de pédopsychiatrie, adolescents vers les secteurs adultes. Il suffit d'aller dans certaines UF de psychiatrie adulte pour être surpris par la présence de certains jeunes qui semblent ne pas être encore sortis de l'adolescence.

C'est pourquoi, nous mènerons nos recherches à partir de certains ouvrages portants sur la psychopathologie de l'adolescent pour éclairer certaines problématiques cliniques et en comprendre l'étiologie.

Avant d'aborder la question de la souffrance psychique du jeune dans le champ de la précarité, il nous paraît important de la définir dans son contexte général.

Il ne s'agit pas ici, de développer toute la clinique de manière exhaustive, mais de définir les grands « troubles » que nous pouvons rencontrer dans la pratique quotidienne de ce dispositif.

3.3.1 La souffrance psychique du jeune

Dans le rapport du groupe de travail sur « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes » (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Haut Comité de la santé publique, 2000) nous trouvons quelques éléments qui peuvent nous aider à la compréhension sur la souffrance psychique.

La souffrance psychique n'est pas constitutive de l'état normal d'un sujet mais " peut apparaître dans diverses circonstances de la vie". Dans cette définition, nous retrouvons la question du repérage et de l'accompagnement qui constitue un risque pour le sujet de « basculement » dans un ensemble de difficultés telles que " maladies somatiques, psychiques, entraver l'inclusion sociale"

En pratique, pour en comprendre les causes, il faut se pencher sur l'histoire de ce jeune pour "comprendre les interactions et les événements qui l'ont marqué et conduit à cette souffrance psychique". [11]

Ce rapport parle d'une « clinique des petits signes » qui est soulignée aussi dans le rapport sur le « mal-être » des jeunes.

Ces petits signes sont souvent relevés par des professionnels qui ne sont pas ceux de la santé mentale mais apportent un ensemble de clignotants marqueurs d'une altération psychologique du jeune. Ces signes sont qualifiés " d'hétérogènes propres aux diverses institutions intervenantes ". Il est intéressant de noter que le groupe de travail a relevé que ce sont des " jugements sur lui pour l'observateur, et non pas des signes de lui offerts à un travail d'interprétation et d'action "

Bien sûr l'école constitue le premier lieu d'apparition de ces signes, qui vont des problèmes d'apprentissage, des problèmes de comportements, de certaines conduites. Toutes ces manifestations plus ou importantes, voire inquiétantes, sont souvent le signe d'un mal être que le jeune reconnaît peu, voire dénie. Par contre, l'accumulation de toutes ces manifestations de souffrance psychique peuvent conduire à des situations de crise

Le professeur Philippe Jeammet participant à ce rapport dit :

" Pour la plupart des jeunes, il ne s'agit pas de situation de crise, mais plutôt d'un mode d'être et de fonctionnement organisé depuis des années, si ce n'est depuis l'enfance qui les conduit à fonctionner sur le mode de l'impulsivité, la rupture, les variations d'humeur, l'intolérance, la frustration, l'incapacité d'attendre, la violence contre eux et contre les

autres ... addictions comme « autothérapie » les conduit plus ou moins rapidement aggraver leur processus d'autodestruction et de coupure du monde adulte. La crise devient alors chronique et représente leur mode habituel de fonctionnement. » [11]

Cet éclairage doit constituer un axe fort dans l'action, de notre équipe mobile « jeunes 18-25 ans » car elle devra prendre en charge des situations parfois installées de très longue date, chez des sujets en rupture.

Daniel Marcelli et Alain Braconnier dans « Adolescents et psychopathologie » associent le terme de rupture à celui de crise plutôt que celui de crise et d'adolescence. Pour eux “ [...] les différents types de crise ne sont que l'expression des ruptures sous-jacentes ». La rupture s'exprimant par des crises.” [12]

Les expériences de ruptures décrites comme des « évènement mentaux » sont vécues par le sujet comme des « expériences douloureuses » mettant en cause « le monde interne » “continuité psychique, de soi, mécanismes de défense, les systèmes d'idéaux [...]”, « le monde externe » [...] les relations familiales, les liens d'appartenance à des groupes, les codes sociaux ”.[12]

Dans cette approche, nous pouvons voir se dessiner peu à peu les contours de ce public que nous serons amené à prendre en charge, à la fois des jeunes marqués par un parcours fait de difficultés, de situations de rupture ou de crises qui affectent la relation à eux-mêmes mais aussi au monde extérieur dont nous sommes. Ou alors, de jeunes frappés brutalement par des situations de crise liées à des troubles psychiatriques (dépression, états psychotiques aigus, tentatives de suicide, violence non délinquancielle.)

Pour Serge Lesourd, professeur de psychopathologie clinique, université de Strasbourg (Rhizome 38) “ l'adolescence [...] en devenant jeunesse devient un temps social autonome qui met à mal la projection dans l'avenir et le souhait d'un passage à l'âge adulte »...mais cette projection dans le monde adulte s'avère moins nécessaire qu'il est présenté comme un monde d'insécurité [...]”

Cette insécurité dont on parle ici est bien celle du lien à la fois social et relationnel (chômage, ruptures familiales...). Ce mal être qui en résulte, est souvent par un manque d'espoir dans le futur.

3.3.2 La souffrance psychique et la dépression chez le jeune

Sans entrer exhaustivement dans la clinique de la dépression de l'adolescent, nous savons que ce passage vers l'âge adulte constitue une période de grands bouleversements avec parfois la présence d'un « syndrome de menace dépressive ». [12] (Marcelli et Braconnier, 2008)

En lien avec la question de la précarité nous pouvons aussi nous intéresser plus spécifiquement à la « dépression par perte d'estime de soi, la maladie d'idéal ». [12]

Pour Marcelli et Braconnier, “Ces dépressions d'infériorité se caractérisent par la perte de l'estime de soi avec le sentiment d'être nul, insuffisant, de ne pas être à la hauteur, de ne pas répondre aux aspirations (les siennes et celles des autres) ” (p.262).

Ce type de dépression, n'est pas présenté comme augurant d'un mode entrée dans la précarisation toutefois nous pouvons remarquer, que ce qui est exprimé dans cette dépression sont des éléments évoqués dans les critères de vulnérabilité relevés dans l'étude sur « mal-être, bien-être ». Dans l'approche psychopathologique faite par ces psychiatres, et dans l'étude citée précédemment, nous constatons que les place des proches, de l'environnement, et de certains évènements de la vie constituent d'autres facteurs de dépression chez ces jeunes . “ Dans le cas de la réaction anxio-dépressive, l'environnement familial et les évènements de vie [...] jouent un rôle déclenchant”. (p. 264) [12]

Ces événements de vie, importants à connaître peuvent être, conflit conjugal, séparation, divorce, maladie grave, alcool, climat de violence, décès d'un parent, dépression d'un parent, difficultés financières...

Le travail de cette équipe mobile, devra disposer d'une connaissance importante sur les syndromes anxio-dépressifs du jeune, de ses composantes, sociales et familiales.

La problématique de la souffrance psychique et l'apparition d'un syndrome anxio-dépressif, devront nous faire poser, dès la première rencontre et tout au long de la prise en charge la question de l'intentionnalité suicidaire chez ce jeune. Dans le cas d'antécédents de tentatives de suicide, un temps devra être consacré à passage à l'acte, avec le jeune et si possible son environnement. Pour rappel dans l'étude sur la santé mentale des jeunes de 16 à 25 ans en insertion, le risque de souffrance psychologique est multiplié par 1,5 et le

risque de tentatives de suicide par 2 par rapport à la population de référence (jeunes en activité professionnelle).

3.3.3 La souffrance psychique et le risque suicidaire

Dans l'étude portant sur la santé des jeunes de 16 à 25 ans (CES et missions locales, il est noté que sur la population étudiée (4282 jeunes) 32% des jeunes ont pensé au suicide de façon vague. Par contre, on peut relever que 13 à 16% des jeunes inactifs et 18% des contrats aidés ont déjà envisagé sérieusement de se suicider, versus 7% chez les jeunes en CDI.

16 à 22 % des jeunes inactifs (stagiaires en formation professionnelles, en insertion, en recherche d'emploi ou sans activité, en contrat aidé ou CDD ont déjà fait une tentative de suicide contre 8% chez les CDI.

Pour cette équipe mobile, il est évident que dans le cadre de leurs interventions, l'évaluation de l'antériorité d'idéations suicidaires anciennes ou récentes ainsi que des antécédents de passage à l'acte seront à rechercher au contact de ces jeunes.

Pour Marcelli et Braconnier, les facteurs de risques reposent sur plusieurs axes d'épidémiologie analytique : les antécédents de tentative de suicide, la présence de pathologie psychiatrique (trouble dépressif, abus de toxiques), vulnérabilité relationnelle, comportements impulsifs et agressifs, orientation sexuelle.

La place de la famille joue un rôle important dans cette prévention du risque suicidaire. Comme les antécédents familiaux de suicide et de TS qui sont à retenir également " [...] " le suicide parental multiplie par un facteur de 2 le risque de suicide chez le jeune". (p. 282) [12]

La psychopathologie parentale, comme la dépression ou l'abus de substances psychoactives, séparations et divorce, relations parentales difficiles.

Comme nous nous intéressons particulièrement aux jeunes subissant l'impact de leur environnement, Marcelli et Braconnier, nous invitent à porter une attention, sur les événements de vie stressants (ruptures, problème avec la justice, conflits), la question de la maltraitance vécue, les facteurs socio-économiques, les difficultés d'apprentissage. (Marcelli et Braconnier, 2008) [12]

Ces deux auteurs nous ouvrent un large champ d'investigations en lien avec les troubles psychiques prévalents des jeunes en situation de souffrance psychique, que nous ne pouvons développer plus dans ce travail de mémoire mais nous disposons grâce à leurs apports de vrais axes d'actions au service de ce projet.

3.3.4 Souffrance psychique et psychopathologie de la « non demande » du jeune

Dans l'introduction, du livre sur les « Equipes mobiles auprès des jeunes en difficulté » Vincent Garcin nous rappelle que ces jeunes “ [...] n'ont pas une demande explicite et mettent en échec nos dispositifs de soins classiques. Ils sont dans une non-demande, réelle ou apparente, soit parce qu'ils ne peuvent élaborer une demande, [...], qu'ils ne parviennent pas à l'exprimer ou ne savent pas l'exprimer ou qu'ils n'arrivent pas à s'inscrire dans la continuité du suivi thérapeutique. (Tordjman & Garcin, 2010 p.1).

Il est important pour notre équipe mobile qu'en plus des connaissances cliniques sur les différentes formes de souffrances psychiques doivent toujours avoir à l'esprit cette position du sujet dans la « non-demande » qui peut devenir une difficulté dans l'amorce de cette prise en charge.

Cette « non-demande » est aussi l'expression de la difficulté du jeune parfois à se tourner vers les dispositifs de soins, malgré parfois l'importance d'un passage à l'acte (TS), la présence d'un trouble anxio-dépressif ou l'installation insidieuse d'un trouble psychotique. Comme l'ajoute Vincent Garcin “Or la morbidité de ces troubles constitue l'un des problèmes majeurs [...]. L'insuffisance de l'accès aux soins pour ces situations les plus préoccupantes représente donc un véritable enjeu de santé publique [...]. [1]

Il est intéressant de retenir avec cette expérience auprès des adolescents en difficulté que le principe de l'équipe mobile, se positionne comme un dispositif de l'« aller vers » si le sujet ne vient pas à lui. « Aller vers », “« hors les murs » pour neutraliser les résistances à l'accès aux soins”. (Tordjman & Garcin, p.6). [1]

On peut retenir aussi, comme le propose le Docteur Garcin c'est que certaines étapes sont nécessaires : “ établir la confiance, créer une alliance thérapeutique et encourager l'acceptation et la compliance au traitement.” (Tordjman & Garcin, p.19). Cette rencontre

avec le jeune, est aussi le temps de la première rencontre avec son environnement présent, famille, partenaires.

Vincent Garcin, nous invite à ne jamais oublier dans le cadre des interventions des équipes mobiles, de poser la question éthique de notre responsabilité. “ le niveau de responsabilité n’est pas que d’ordre professionnel, il relève d’une éthique ” (Torjman & Garcin, p.103).

Il nous propose d’aborder cette question de la responsabilité au travers du regard philosophique de Levinas E.

Ici, la responsabilité va bien au-delà de la responsabilité professionnelle, le philosophe “entends la responsabilité comme responsabilité pour autrui [...] lorsque autrui me « regarde » j’en deviens responsable [...]” (Levinas, 1982, p.92).

L’équipe mobile que nous construisons devra avoir une connaissance très large de la problématique des jeunes en souffrance psychique allant du mal-être augurant peut être de troubles psychiques avérés, à celui de la nécessité d’orienter ces sujets vers les dispositifs de soins et ils devront aussi se confronter à cette question de la « non-demande », et en filigrane à la question éthique de la responsabilité pour autrui. Autrui étant ce jeune, son entourage, ceux qui le prennent en charge qui attendent “ la posture clinique [...] lors des interventions auprès des adolescents qui n’en n’ont pas fait la demande répond à cette question éthique, précisément parce que ces situations nous « regardent » !” (Tordjman & Garcin, p.104).

4. Le projet équipe mobile « jeunes précaires »

Ce projet de constituer cette équipe mobile dédiée aux jeunes de 18 à 25 ans au centre hospitalier des Pyrénées repose sur un ensemble de constats, mais aussi sur une demande de certaines structures d’accueil qui se trouvent confrontées avec ce public des problématiques de santé mentale.

Comme nous le soulignons en introduction, ce dispositif défendu et porté par le Docteur Pierre Godart, chef du pôle 2, trouve toute sa légitimité en raison de son engagement pour les soins en santé mentale dans la communauté mais aussi par sa connaissance parfaite du réseau.

L’opportunité que nous avons saisie aussi est qu’en 2011, dans le cadre de regroupement de certains secteurs dits classiques et d’autres transversaux, nous avons pu adosser ce

projet à cette réorganisation nous offrant ainsi une véritable plateforme pour le lancement de projets de ce type comme les soins aux jeunes en souffrance psychique mais aussi celui d'une équipe autour de l'éducation thérapeutique.

Comme cela était présenté dans les précédents chapitres nous nous sommes appuyés sur plusieurs études dont celles de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Pau (centre d'examens de santé) et des missions locales, confirmant ce qui était relevé nationalement, la présence forte de jeunes présentant des tableaux variés de souffrance psychique.

Sur la base de la précarité, nous nous sommes basés sur le score EPICES supérieur à 30, ainsi que celui de la situation des personnes éloignées du système de prévention et de soins. L'objectif étant aussi de répondre aux services de santé et sociaux, prenant en charge, les lycéens et les étudiants présentant des troubles psychiques, parfois même des pathologies psychiatriques émergentes. Il semblait important aussi comme nous l'avons fait précédemment dans ce mémoire, de penser à la fois, la problématique de la souffrance psychique, de la précarité, des pathologies rencontrées, des actions menées par ce dispositif mobile.

4.1 Données épidémiologiques sur la bassin d'intervention de l'équipe mobile

Nombre global de patients de 15 à 24 ans suivis au Centre hospitalier des Pyrénées suivis durant ces trois dernières années toutes natures de prise en charge confondues (source DIM CHP)

| Année | Nombre de patients |
|--------------|---------------------------|
| 2010 | 1415 |
| 2011 | 1436 |
| 2012 | 1552 |

Nombre de patients de 15 à 24 accueillis aux urgences psychiatriques du Centre hospitalier des Pyrénées

| Année | Nombre de patients |
|--------------|---------------------------|
| 2010 | 399 |
| 2011 | 464 |
| 2012 | 438 |

Nombre de patients de 15 à 24 par catégorie diagnostic CIM 10 global en 2012 au Centre hospitalier des Pyrénées

| Catégorie diag. principal | Année | Nombre de patients |
|----------------------------------|--------------|---------------------------|
| F00-F09 | 2012 | 6 |
| F10-F19 | 2012 | 81 |
| F20-F29 | 2012 | 95 |
| F30-F39 | 2012 | 194 |
| F40-F49 | 2012 | 539 |
| F50-F59 | 2012 | 73 |
| F60-F69 | 2012 | 187 |
| F70-F79 | 2012 | 26 |
| F80-F89 | 2012 | 45 |
| F90-F99 | 2012 | 235 |

- Le sexe ratio en 2012 est de 51,7% de filles pour 48,3% de garçons.

Situation professionnelle ou scolaire de la file active des 15-24 ans en 2012, total établissement.

| Situation | Nb de patients |
|--------------------------------------|-----------------------|
| Activité en milieu ordinaire | 146 |
| Activité en milieu protégé | 11 |
| Demandeur d'emploi | 53 |
| Sans activité | 172 |
| Sans information | 179 |
| Scolarisés classe ordinaire | 829 |
| Scolarisé classe spécialisée | 37 |
| Scolarisé établissement médicosocial | 35 |
| Scolarisé établissement sanitaire | 3 |

Situation familiale de la file active des 15-24 ans en 2012, total établissement*

| Situation | Nb de patients |
|---------------------------------|-----------------------|
| Chez un seul parent | 303 |
| Chez des parents ou des proches | 128 |
| Chez ses deux parents | 387 |
| Dans une famille d'accueil | 33 |
| En couple avec enfants | 38 |
| En couple sans enfants | 47 |
| En institution | 83 |
| Seul | 128 |
| Seul avec enfants | 4 |

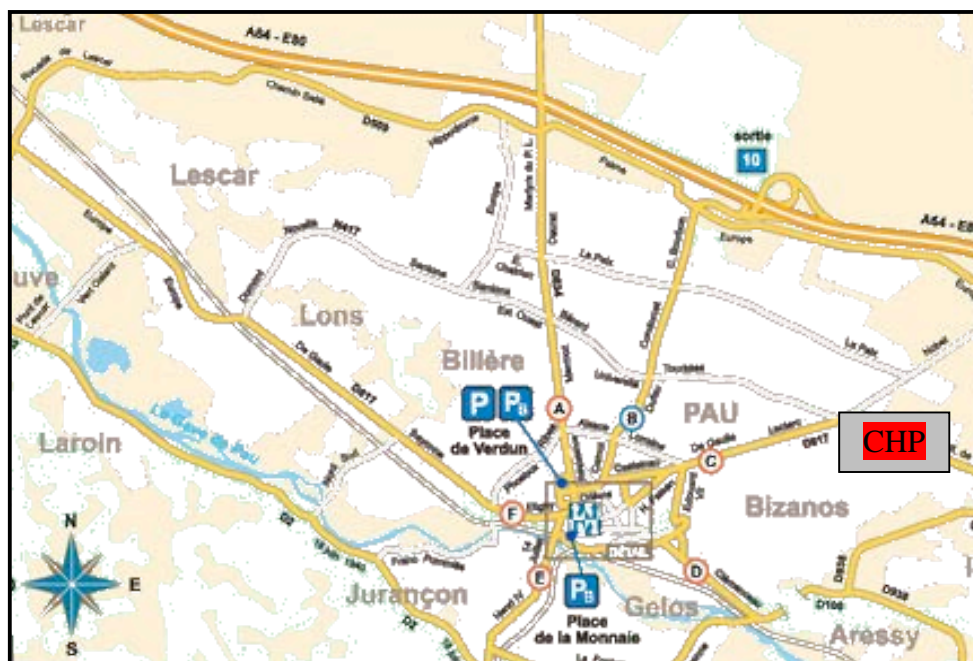
*Il est important de noter que 185 sont sans information, selon le DIM les données relatives à la situation ne sont pas toujours renseignées, parfois mal renseignées.

A partir de ces éléments épidémiologiques pour 2012, nous pouvons constater même si elle commence à partir de 15 ans que la file active est conséquente avec 1552 jeunes suivis par le Centre Hospitalier des Pyrénées.

Les données diagnostiques, de sexe, croisées aux critères de situation pourront permettre à l'équipe de dresser une typologie du public qu'elle sera probablement amenée à rencontrer. Toujours en terme de données épidémiologiques nous pouvons nous appuyer sur celles produites dans le bilan d'activité du centre d'examen de santé de Pau, qui a compté en 2012, 1056 personnes en situation de « précarité » ayant moins de 25 ans.

Par ailleurs, les structures qui hébergent des jeunes confirment la présence importante de ce public en souffrance psychique mais aussi de troubles psychiatriques avérés pour lesquels ils éprouvent de grandes difficultés à les orienter vers les dispositifs de droit commun. L'articulation avec les services sanitaires est complexe et les jeunes y sont adressés tardivement le plus souvent en situation de crise via les services d'urgences psychiatriques. Nombre de ces jeunes sont souvent connus de certains instituts, ou services de pédo-psychiatrie où ils étaient suivis avant de passer la barre symbolique de la majorité d'âge se trouvant ainsi livrés au mieux à de l'hébergement social au pire à eux-mêmes.

4.2 Définition du plan d'action : le périmètre, la population, la communauté.



Le territoire d'intervention de cette équipe au regard de son petit effectif a été volontairement limité à l'agglomération Paloise qui compte environ 150 000 habitants dont 33226 habitants entre 15 et 29 ans. (Source INSEE 2006). Le secteur de rattachement de cette équipe se situe sur un bassin de population de près de 100 000 habitants dont la ville de Pau où se trouvent toutes les structures avec qui l'équipe mobile aura à travailler.

Le centre hospitalier des Pyrénées dispose de nombreux dispositifs, participant en premier lieu à la prise en charge des adolescents, un service d'hospitalisation de 12 lits, au CMP au cœur de la ville près des 2 lycées principaux, d'un hôpital de jour. La maison des adolescents, en « co-gestion » avec l'hôpital Général. Dans ce dernier établissement, nous comptons une équipe de liaison psychiatrique en lien avec les urgences psychiatriques et l'unité de gestion de crise qui vient de ce créer en 2012.

Pour les jeunes, 18-25 ans que nous prendrons en charge, nous savons déjà, au regard des informations recueillies, auprès de nos collègues de services de pédo-psychiatrie ou de la gestion de l'urgence que certains seront sûrement issus de leur file active.

Les structures médico-éducatives, le champ social ou celui de l'éducation nationale sont déjà inscrits dans de nombreux partenariats sous forme de conventions dans lesquelles nous pourrions aisément glisser notre dispositif, ce qui répond à une demande importante du réseau.

Le travail avec le champ de la médecine ou de la psychiatrie libérale reste encore très marginal et doit constituer un axe fort de notre communication, car c'est souvent le lieu où vont consulter certains jeunes en souffrance, accompagnés de leur famille.

Afin de passer du réseau conventionnel, à un projet de santé communautaire, nous contribuons localement au projet de santé 2012-2016 validé par l'Agence Régionale d'Aquitaine.

Ce P.R.S comporte cinq priorités dont particulièrement pour ce qui nous concerne : la politique de santé mentale, dont l'accès aux soins des populations en situation de précarité. Les contrats locaux de santé de territoire Béarn et Soule ont retenu six actions dont la mise en place d'un réseau de santé mentale. Cette opportunité, constitue pour tous nos dispositifs dont celui pour les jeunes précaires ou en souffrance psychique un véritable levier d'inscription dans le champ communautaire.

4.2 Plan d'action, attendus et évaluation

4.2.1 Action N° 1 : La constitution de l'équipe (profils et objectifs)

Pour rappel du constat fait en amont de ce projet, le champ médico-social trouvait, face aux problématiques liées aux jeunes en souffrance psychique, que “ les équipes de soins ne sont pas mobilisées à temps”. Le travail de prévention se heurte, à des habitudes de travail trop clivées entre le champ sanitaire et les dispositifs du champ médico-social. Après de longue périodes de prise en charge, certains jeunes quittent ces dispositifs type ITEP, ou IME, se retrouvent en rupture avec tous ces dispositifs et repérés par les dispositifs sociaux, centres d'hébergement...

“C'est une des raisons qui rendront nécessaire la présence dans l'équipe d'un travailleur social (assistante sociale) qui connaisse bien le milieu social et qui facilite le lien.”

“Le psychiatre, les infirmiers devront être des agents de liaison entre les structures extérieures établissements de soins (CMP, Hôpital de Jour, CATTP, Maison des Adolescents, etc.) et l'intérieur (SAAU, Centre de Crise, unités d'Hospitalisation Complète).” (Cf. Annexe 1)

L'équipe soignante appuyée par la présence d'un psychologue aura un rôle aussi d'information, de soutien, voire de formation aux équipes de première ligne confrontées à des jeunes présentant des souffrances psychiques, des troubles avérés.

Composition de l'équipe :

- Un psychiatre à ½ temps
- Un psychologue à ½ temps
- Un infirmier à temps complet
- Un assistant social à ½ temps

Compétences et objectifs attendus pour cette équipe (Cf. Annexe 1).

- Connaître les problématiques liées à la souffrance psychique de ces jeunes (soignants) ;
- Connaître l'ensemble des intervenants et des dispositifs existants ;
- Savoir faire les liens entre les différents acteurs
- Savoir définir les modalités d'action les plus opérantes pour chacune des situations

Pour ce qui est des objectifs opérationnels :

- Définir les modalités thérapeutiques les plus opérationnelles ainsi que les acteurs à mobiliser.
- Cette équipe devra coordonner l'ensemble des acteurs. Eviter la multiplicité des acteurs et les clivages entre les différents intervenants et établissements du champ social, sanitaire et médico-social

Il reviendra à cette équipe, particulièrement au psychiatre :

- De définir les modalités les mieux adaptées (technique d'intervention, lieu des soins)
- De faire de l'information auprès des jeunes, des aidants, des professionnels et des parents ;
- De faire systématiquement des consultations au début de l'hospitalisation complète et en sortie d'hospitalisation complète
- D'éviter les situations de rupture, les rechutes, les pertes de vue
- Eviter des séjours hospitaliers trop longs aux effets délétères

4.2.2 Action N°2 : présenter le projet et relever les attendus aux partenaires externes et internes

Le 8 février 2013, une première rencontre fut organisée pour présenter le projet «jeunes précaires » et aussi profiter de cet instant pour rapprocher nos constats de ceux de nos partenaires et recueillir leurs attendus.

Cette réunion, rassembla 30 personnes responsables ou acteurs des dispositifs chargés de la prise en charge des jeunes en difficultés que ce soit au niveau éducatif, sanitaire, ou social.

Au terme de la présentation du projet, nous avons pu relever un ensemble d'attendus convergents et certaines demandes plus spécifiques.

La question de la rupture dans les prises en charge. Pour les dispositifs prenant en charge les jeunes avant 18 ans, comme les services de pédo-psychiatrie et adolescents, la problématique liée à la rupture de soins sont un facteur important du besoin de lien entre eux et ce dispositif 18-25 ans. Pour la plupart des professionnels présents, il est souligné que dans leurs suivis, ils ont une file active non négligeable de jeunes présentant des troubles psychiques importants, issus, soit des structures type ITEP, IME, soit des services d'éducation spécialisés.

Ces symptômes se traduisent par des comportements qualifiés de « border-line », des débordements à type de violence, face auxquels les professionnels se trouvent très démunis.

Certains de ces jeunes semblent « échapper à tout », « difficile à récupérer », ils ont bénéficié de longues prises en charge mais se trouvent dans des situations « catastrophiques », parfois « retrouvés » dans le secteur médico-social ou le secteur pénitentiaire.

Pour la PASS psychiatrique, on note une augmentation de ces jeunes dans la rue, en situation de grande précarité, au niveau des points d'accueil, ou des CHRS. Pour une directrice d'une association chargée, d'un CHRS (OGFA) et un d'un centre d'hébergement pour ces jeunes (Ferme Saint Joseph), cette population est très démunie, avec peu de ressources familiales. Ces longues périodes de rupture se traduisent par un fort sentiment de défiance vis-à-vis des institutions posant la question de la fiabilité des intervenants sur la durée. Pour la Maison de la

Solidarité Départementale, les situations sont très complexes, avec en plus de grandes difficultés économiques.

Quels sont les besoins de cette population ? Il est difficile de savoir ce qu'ils veulent vraiment, par contre on sait que parmi les jeunes rencontrés au Centre Communal d'Action Sociale, ceux qui ont eu un parcours multiple de type, Aide Sociale à l'Enfance, instituts divers, éducation spécialisée, ils ne veulent plus avoir à faire à ces dispositifs. Lors de cette rencontre, on peut noter que personne ne s'est réellement positionné du côté de la demande du jeune, ce qui nous conforte sur un travail de fond à mener sur la question de la non demande.

Quels sont les attendus des différents partenaires par rapport à ce dispositif ?

Majoritairement, les partenaires pensent que ce projet devrait avoir un rôle de continuité, de maillage, de relais, de fil conducteur pour éviter les situations de rupture. Pour eux, ces jeunes ont besoin d'être accompagnés, de rencontrer d'autres professionnels afin d'éviter ces situations de rupture et les hospitalisations. L'idée de maillage avec cette équipe est posée comme essentielle dans la prévention de ces situations décrites comme « dramatiques ». Pour certains, la coordination entre tous ces dispositifs, doit être formalisée. Les représentants du service civique (UNICITE) qui comptent parfois dans leurs jeunes des individus en difficulté, expriment le besoin de rencontres et de discussions avec les professionnels de la santé.

En synthèse de cette première rencontre, il a pu être dégagé quelques besoins, à partir des différents échanges :

- Une meilleure coordination entre les différentes structures et les professionnels qui les composent. Avec des demandes de consultations, de « diagnostic de situation ».
- Une inscription des prises en charge dans une logique de projet, définissant le rôle et la place de chacun.
- Formaliser les interfaces entre les différents dispositifs sachant que certains sont déjà bien organisés comme celui de la mission locale et du centre de santé de la CPAM des Pyrénées Atlantiques.

- Repérer ces jeunes, évaluer la présence ou non de troubles psychiques.
- Disposer d'outils pour prévenir les situations de crises. Envisager l'hospitalisation qu'en dernier recours.
- Favoriser au maximum, si l'hospitalisation est nécessaire, des durées de séjour les plus brèves possibles.
- Renforcer le travail en amont et en aval avec les unités d'hospitalisations. (services adolescents, adultes)

Les axes de travail proposés lors de cette rencontre, dès la constitution de l'équipe sont :

- Recenser des différentes ressources communautaires impliquées dans le dispositif.
- Mettre en œuvre des outils de prévention et de dépistage entre les différents acteurs du réseau.
- Définir les limites de l'action propre à chaque dispositif (limites de compétences)
- Définir les besoins en d'information ou de formation pour les professionnels
- Construire les outils d'évaluation des partenariats, et des prises en charge (quantitativement et qualitativement), conventionner si ce n'est pas fait. Si les conventions existent, inscrire les liens avec ce dispositif par avenant.

4.2.3 Action N°3 : constitution de l'équipe et modalité d'interventions

Le 15 juin 2013, après avoir procédé aux appels à candidatures habituels nous avons constitué l'équipe mobile, composée comme prévu d'une assistante sociale disposant d'une expérience d'exercice dans le réseau palois, de soignants avec une infirmière ayant travaillé au sein de l'équipe précarité de notre service et d'une psychologue clinicienne issue du CMP de notre pôle. Pour l'heure le psychiatre reste à recruter. Le chef de pôle assura cette vacance médicale. Avec ce dernier, nous superviserons, au départ, le lancement de ce dispositif, et

rencontrerons autant que nécessaire les responsables des structures avec qui nous serons amenés à conventionner.

A cette date, l'équipe a été réunie pour, à la fois fixer les objectifs avec 2 axes principaux, aller à la rencontre des partenaires du réseau, informer les services internes à l'hôpital et préparer la rédaction d'une plaquette décrivant ce nouveau dispositif (annexe 2).

Un autre axe est celui des modalités d'interventions.

Les professionnels retenus disposent d'une expérience clinique solide, cependant dès les premières situations rencontrées, des temps de régulation devront se mettre en place. Analyser la nature de la demande, le demandeur, la situation du jeune, la problématique à la fois clinique, sociale, familiale. La réponse apportée, les préconisations et/ou orientations proposées, ainsi que le suivi.

Sur le mode d'intervention, nous pouvons nous appuyer sur les différentes expériences présentées en synthèse de cet ouvrage par Sylvie Torjman, sur les équipes mobiles adolescents en difficulté. [1]

Comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises il s'agira de s'inscrire dans une dynamique d'aller vers le jeune en difficulté. L' "aspect valorisant et narcissisant" de cette démarche, a un effet reconnu comme très mobilisateur chez le jeune. Les interventions sont réalisées en binôme, en lien avec la pluridisciplinarité de cette équipe mobile, mais aussi " permettre de croiser les regards différents" sur les situations. (Tordjman & Garcin, p.160-161).

Le travail en réseau doit être mis en œuvre, à la fois pour les équipes qui la composent mais aussi pour le jeune dans la dimension « travail sur les liens et sur la mobilisation des représentations ».

Le travail sur la crise, doit être envisagé sous toutes ses formes, à la fois sur la nature de l'intervention et sur celle des réponses. Dans la notion de crise, apparaît en filigrane la temporalité des interventions. La réactivité de cette équipe doit être, une de ses caractéristiques principales, non seulement parce qu'elle est souhaitée par les partenaires, mais qu'elle participera de sa reconnaissance. En situation de crise, et en fonction des troubles présentés, l'équipe pourra mettre en place, un suivi plus soutenu, avec plusieurs rencontres avec le jeune et les tiers demandeurs. Si c'est nécessaire, « l'accompagner » vers, pendant et après une hospitalisation.

Ce dispositif, devra se montrer disponible, réactif, et aussi créatif. En capacité, d'offrir à ces jeunes des alternatives différentes, aux pratiques soignantes habituelles. Il s'agit aussi de rassurer les professionnels, de leur donner grâce à ce soutien, des possibilités de se confronter aux situations complexes ou de crise sans forcément passer par l'hospitalisation. La dimension de prévention, d'information, de formation fait partie intégrante des missions des professionnels constituant ce dispositif mobile.

Pour l'aider dans ces missions l'équipe dispose d'un bureau mutualisé, de salles de réunion et d'un secrétariat dans notre nouveau CMP, au plus près d'un autre dispositif mobile, l'équipe d'addictologie (EMAPP), ainsi que des autres services comme les consultations d'urgence et de crise (SAAU et UGC) et les équipes soignantes ambulatoires du pôle 2. A ce jour, la plupart des partenaires du réseau sont contactés, et des rencontres avec leurs équipes respectives sont programmées, pour définir les modalités d'intervention de cette équipe mobile auprès des jeunes signalés.

4.2.4 Action N°4 : conjuguer l'implantation de ce dispositif avec une démarche communautaire

Comme cela a été évoqué à plusieurs reprises dans ce travail, le Docteur Pierre Godart s'est inscrit, depuis plusieurs dizaines d'années, dans une démarche communautaire par la mise en place de partenariats novateurs avec le réseau médico-social au travers des soins de réhabilitation, de logements associatifs, de dispositifs transversaux comme les soins de précarité et de l'organisation bimensuelle de rencontres avec les équipes sociales et sanitaires sous le titre de « séminaire de clinique psycho-sociale ».

A ce jour, nous déplorons l'absence d'un réseau de santé mentale sur le département sur sa partie Béarn Soule. Cependant à l'initiative de la conférence de territoire Béarn et Soule, nous avons participé sur ce dernier semestre aux diverses réunions du groupe de cadrage « santé mentale », dont l'action première vise à la mise en place de réseau de santé mentale. (Annexe 2)

Par les prémices de constitution de ce réseau de santé mentale, et la formation d'un groupe de pilotage, nous comptons pouvoir inclure ce modèle de soins communautaires tel que le dispositif à l'intention des jeunes en souffrance psychique. L'objectif d'une meilleure lisibilité de l'offre de soins en santé mentale, de coordination, de fluidité du parcours de santé des usagers, présentant des situations complexes, répond parfaitement aux attendus de cette équipe.

Le constat d'absence d'une cartographie précise des dispositifs et services existants sont un écueil important à l'efficacité dans la prise en charge des individus présentant des problèmes de santé mentale. L'opportunité de ce réseau en santé mentale peut être renforcé par la présence d'intervenants qui vont au delà des champs sanitaires et sociaux, comme la présence d'usagers, de représentants des familles, des financeurs et d'élus.

L'agglomération de Pau, via le Groupement d'intérêt public de développement social urbain (GIP-DSU) en 2011 avait posé les premiers constats par le biais d'une enquête sur l'accès aux soins, démontrant la préoccupation des élus sur le sujet dont celui sur l'offre de soins et tout particulièrement envers les jeunes en difficulté.

4.2.5 Les outils d'évaluation de ce dispositif

Comme tout établissement de santé, l'activité de cette équipe sera suivie par le DIM au titre du RIM- PSY soit par les actes saisis de l'activité ambulatoire (EDGAR) ou par les actes de missions d'intérêt général (MIG), pour ce faire un code UF est déjà attribué.

Si quantitativement, nous sommes assez expérimentés, nous devons qualitativement être plus exhaustifs car le travail dans la communauté exige des outils partagés, dont nous devons faire état dans les conventions ou les avenants.

Des partenaires comme la CPAM via le centre de santé, réalise des bilans d'activité croisés par exemple avec l'équipe d'addictologie, nous devons en faire de même pour ce dispositif. Idem, pour des associations comme l'OGFA et l'équipe précarité. Ces évaluations doivent nous permettre de voir la nature des demandes, de qui elles proviennent, le type de réponse apportée et dans quel délai ; le lieu de ces rencontres, la fréquence, et leur cadre.

Dans le cas d'hospitalisation, comment sont-elles organisées, avec qui, la durée de la prise en charge et le suivi instauré ? La sortie devra faire l'objet d'une fiche de liaison, avec la nature du relais mis en place et les références institutionnelles (HC, ambulatoires) ou sur le réseau.

Les actions d'information, de formation feront l'objet d'un cahier des charges, de grilles d'évaluations ainsi que de notes de synthèse rédigées par les intervenants. Par le centre de formation de l'établissement nous pouvons envisager la participation aux journées nationales des équipes mobiles, afin de s'enrichir des expériences d'autres dispositifs similaires.

Au terme, de chaque année d'exercice, une rencontre sera organisée avec tous les partenaires pour présenter les résultats de ce dispositif, procéder aux réajustements nécessaires. Cette rencontre fera l'objet d'un procès verbal dont la synthèse sera présentée en conseil de pôle.

5. Discussion

Par ce dispositif spécifique au service du public des 18-25 ans, nous pensons pouvoir renforcer le travail de prévention en santé mentale. Un des avantages principaux sera de mettre tout en œuvre pour éviter les hospitalisations par des interventions dans la communauté ciblées sur une population peu demandeuse, victimes de leur mal-être. Comme nous l'avons vu dans ce DIU, nous savons que les troubles psychiques sont porteurs de nombreuses représentations négatives et de stigmatisation. Cette tranche d'âge est souvent le moment de l'entrée dans des pathologies psychiatriques. Tous les cliniciens s'accordent à dire que la prise en charge précoce des ces troubles, un accompagnement individualisé, constitue une chance pour ces jeunes sujets, de mieux vivre leur maladie. Ces interventions doivent permettre au sujet en souffrance, à leur environnement, familial ou social, de ne pas se sentir isolé. Eviter que la crise ne soit pas que la seule porte d'entrée, vers les soins. Comme le soulignait Bernard Jacob lors de son intervention au DIU, il s'agit de "prendre en compte la multiplicité des cibles : patients, familles, psychiatres, médecins somaticiens [...] acteurs communautaires".

C'est dans cette action sur la communauté au sens de "la promotion de la compétence de ses membres par leur regroupement, l'information et la production d'outils, de dynamiques" (Thomas Saïas, intervention DIU) que doit se développer l'empowerment collectif. Ce psychologue communautaire, insiste sur la question de la solidarité qui doit "permettre de faire émerger les solutions aux problèmes rencontrés par les membres de la communauté". Nous croyons que par cette démarche d'aller vers le sujet et la communauté, nous pourrions offrir les outils et la dynamique nécessaire à l'atteinte de ces objectifs.

Dans le cadre de ce travail, il subsiste encore des inconnues comme par exemple celui de l'empowerment individuel chez ces sujets jeunes, souvent en rupture avec la société et les adultes qui la compose. Nous n'avons pas ici traité de la question de l'insertion de ces jeunes qui constitue pour le secteur sanitaire une mission qui ne lui est pas dévolue, cependant nous pouvons accompagner les équipes sociales par la restauration chez ces sujets de certaines compétences. Comment restaurer les habiletés sociales, l'estime d'eux-mêmes, la confiance en soi qui sont les vecteurs d'un mieux-être vers l'insertion sociale ? Nous avons vu, que ces

jeunes ont eu souvent à subir de nombreuses épreuves et éprouvent de grandes difficultés pour accepter l'aide de tiers.

Il s'agit là d'un des principaux inconvénients dans notre démarche auquel va se heurter inévitablement cette équipe. L'arrivée de ces soignants dans les structures demandeuses va être lourde d'attentes en résultats et explications. Il est fort probable que se sont les situations les plus critiques qui seront présentées à l'expertise clinique de ces professionnels, d'où l'importance de disposer de stratégies d'interventions solides, bien anticipées. L'absence d'un psychiatre encore à ce jour, peut constituer un autre handicap, d'où l'importance de temps de régulation d'équipe avec le chef de pôle. Serge Kannas lors de son intervention du DIU, propose quelques pistes qui peuvent nous être utiles, en premier lieu bien travailler "l'évaluation de l'état clinique, en second lieu évaluer et mobiliser le réseau (famille, amis, professionnels, repérer les personnes sur ou sous impliquées, apprécier la capacité de changement) "en dernier lieu "élaborer des hypothèses de crise (ajuster l'indication d'hospitalisation en proposant des alternatives de soins autres). Et si nécessaire proposer une thérapie de crise, en réduisant les tensions, soulager le sujet en souffrance et son entourage, faciliter le travail avec et par le système". Pour lui dans son expérience du dispositif ERIC, la prise en charge ne peut s'envisager qu'en travaillant dès le début la question primordiale du relais par le contact et l'information précoce des personnes impliquées.

En conclusion, nous voyons à partir de la mise en place de ce dispositif que la prise en charge des jeunes 18-25 ans en souffrance psychique, ne peut s'inscrire que dans une démarche communautaire. La psychiatrie, porteuse de ce projet, doit assumer sa part du travail clinique, mais elle doit être aussi à l'initiative, de cette rencontre avec tous ses partenaires, au bénéfice de ceux dont ils ont ensemble la responsabilité, au sens éthique du terme.

Pour ces jeunes, comme cela été dit, il existe une véritable défiance, vis-à-vis des adultes, du monde des soins psychiques, que certains côtoient depuis leur enfance. Les services médico-sociaux sont aussi frappés par cette défiance, et les représentations qu'ils ont sur le secteur sanitaire et la maladie mentale ne sont pas très éloignées de celles des jeunes. Les liens sont difficiles, les suivis en pointillés, et l'accessibilité aux soins complexe.

Par ce dispositif, nous avons la conviction de construire localement une nouvelle pratique dans les soins communautaires. Par ce mémoire mon objectif, de présenter les actions menées dans la construction de cette équipe, d'aller chercher aussi des expériences similaires comme celles autour des adolescents, de réunir les grands concepts sur la précarité, la souffrance psychique mais aussi dans le cadre de la psychiatrie d'apporter l'éclairage clinique nécessaire à ce travail. Au terme de ce travail, nous serons avec ce dispositif, au début de sa mise en route au sens des interventions directes auprès des jeunes précaires ou non, du moins présentant une souffrance psychique. et nous pourrons nous mettre à l'épreuve d'une action communautaire, qui nous l'espérons nous ouvrira des perspectives multiples au service des usagers.

Bibliographie

- [1] GARCIN V. et TORDJMAN S. (2010). Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté Paris : Masson
- [2] ANZIEU D., MARTIN J.Y., (1990) La dynamique des groupes restreints Paris PUF
- [3] Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en oeuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie
- [4] MERCUEL A., ARVEILLER J.P. , (2012) Santé mentale et précarité Paris : Lavoisier
- [5] WRESINSKI J. (1987) Grande pauvreté et précarité sociale et économique. Paris : Journal officiel
- [6] LAZARUS A., STROHL,H (1995) Une souffrance qu'on ne peut plus cacher : rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale ». Paris : la documentation française.
- [7] GUIDE PRECARITE ET SANTE MENTALE (2010) : Repères et bonnes pratiques. FNARS
- [8] FURTOS J. (2007) La souffrance psychique d'origine sociale. Lyon : revue Mental'idées
- [9] ETUDE SAMENTA (2010) : observatoire de la santé Rhône-Alpes. Lyon : RHIZOME 38
- [10] ETUDE SANTE MENTALE DES JEUNES (2010) *Bien-être, mal-être, mieux vous connaître*. Missions locales et Centre d'examens de santé CPAM
- [11] Rapport (Février 2000) du groupe de travail sur " LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES " Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Haut Comité de la santé publique
- [12] MARCELLI D. et BRACONNIER A., (2008) , Adolescence et psychopathologie Paris : Masson
- [13] LEVINAS E. (1982) Ethique et infini Paris : le livre de poche

ANNEXES

ANNEXE 1



**EQUIPE MOBILE DE PSYCHIATRIE POUR LE DEPISTAGE,
LES SOINS, LA COORDINATION, DES ACTIONS D'INSERTION
AU PROFIT DES JEUNES EN SITUATION DE PRECARITE**

Pôle 2

☎ 05 59 80 93 02 – fax :05 59 80 95 34

26 juin 2012

1. DÉFINITION DES BESOINS

PUBLIC CONCERNÉ

Le public concerné est celui des jeunes de 18 à 25 ans. Bien évidemment, ces limites ne sont pas étanches ; il y a des problématiques qui s'annoncent difficiles avant 18 ans et d'autres pour lesquelles les actions de soins et de coordination dépasseront 25 ans. Dans plusieurs études de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (centre d'examen de santé) et des missions locales, la moyenne d'âge est de 21 ans et la fourchette des interventions se situe entre 14 et 35 ans.

C'est un public fragile du point de vue psychiatrique ou du point de vue de la souffrance mentale (cf. infra.), même s'il est parfois difficile de définir des critères d'inclusion ou d'exclusion.

Du point de vue de la précarité, nous retiendrons les personnes dont le score *EPICES*¹ est supérieur à 30, mais nous retiendrons également, comme le fait la Sécurité Sociale dans son *article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1992*, les personnes éloignées du système de prévention et de soins. Ce sont les chômeurs, les bénéficiaires du RSA, les bénéficiaires de contrats aidés, les bénéficiaires de la CMU et les SDF. Nous pouvons également retenir les publics dans des programmes d'insertion. Nous n'oublierons pas les étudiants qui pourraient nous être adressés par les services sociaux universitaires ou les jeunes, débutant des troubles psychiatriques, qui sont en difficulté dans leur famille et pour lesquels notre organisation actuelle est en difficulté.

DONNÉES CHIFFRÉES

À partir du bilan du centre d'examen de santé de Pau, nous pouvons affirmer qu'il existe au moins 1056 personnes en situation de « précarité » ayant moins de 25 ans.

Heureusement, toutes ces personnes ne souffrent pas de troubles psychiques, mais les données épidémiologiques² nous permettent d'affiner les chiffres. En effet, plusieurs études donnent un certain nombre de pourcentages similaires concernant les diagnostics les plus souvent rencontrés :

- Les troubles de la personnalité sont les plus nombreux avec 46 % des hommes et 21 % des femmes ;
- Les troubles addictifs concernent 37 % des personnes ;
- Les troubles psychotiques concernent 16 % des personnes ;
- Les risques suicidaires concernent 16 % des personnes ;
- Les troubles dépressifs concernent 9 % des personnes ;
- Les troubles anxieux concernent 9 % des personnes ;

¹ Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examen de santé

² Étude SAMENTA ; l'observatoire régional de la santé Rhône-Alpes in RHIZOME numéro 38 avril 2010

Il existe également des personnes présentant des retards mentaux en raison des comorbidités, nous sommes en difficulté pour chiffrer le nombre exact de personnes concernées par les interventions de l'équipe mobile au profit des jeunes en situation de précarité. Nous sommes vraisemblablement proches de 500 à 600 personnes, surtout si l'on y rajoute les jeunes précarisés par les troubles psychiatriques débutants. Les chiffres donnés par les établissements hébergeant ces jeunes nous confirment l'importance de ces populations en grande difficulté et leurs pathologies. Ainsi, la « Ferme Saint-Joseph » et « la Margelle », gérées par l'OGFA³, ont reçu en hébergement cent jeunes présentant des pathologies sévères. D'autres sont pris en charge dans les CHRS.

Les schémas départementaux de l'enfance et de l'autonomie mettent en évidence l'importance des besoins, le désarroi des travailleurs sociaux et les défauts d'articulation entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Le nombre de ces jeunes dans les « files actives » du CHP reste relativement faible (N= 140). Ces jeunes patients proviennent davantage de la continuité de la filière médicale (pédopsychiatrie, services ados, psychiatrie adulte). Un certain nombre de jeunes sont sortis des IME ou IR ou ou ITEP ou d'une scolarité dite normale (mais dans des circuits aménagés).

Il existe également beaucoup de jeunes qui tombent malades dans cette tranche d'âge. Que le début des troubles soit insidieux ou brutal, il est rare que les soins soient engagés et surtout poursuivis comme il serait nécessaire du point de vue des « bonnes pratiques ». Les modalités des soins actuels sont le plus souvent :

- Des soins en période de crise aux urgences ou en hospitalisation de courte durée,
- Puis une sortie qui précède une perte de vue jusqu'à une nouvelle réhospitalisation.

RAPPEL DES OBJECTIFS DE LA LOI DE SANTÉ PUBLIQUE

Deux objectifs de cette loi nous concernent :

- La réduction de la précarité des personnes présentant des troubles psychotiques ;
- La diminution du nombre de personnes en situation précaire sans soins psychiatriques.

2. OBJECTIF DU PROJET

CRÉATION D'UNE ÉQUIPE MOBILE SPÉCIFIQUE COMPRENANT :

- Un psychiatre à temps complet
- Un psychologue à temps complet
- Un infirmier à temps complet

³ OGFA : Organisation de Gestion des Foyers Amitiés de Pau

- Un assistant social

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

1. Prévention des troubles par le dépistage des jeunes en situation de fragilité psychologique risquant décompenser ; cela se fera en travaillant en coordination avec les établissements sociaux :
 - a. L'ensemble des CHRS de la zone desservie, Le SIAO, la ferme Saint-Joseph ;
 - b. L'ensemble des foyers ;
 - c. La Maison de la Solidarité Départementale ;
 - d. Les MECS (Maison d'Enfants à Caractère Social) ;
 - e. Les lycées et universités ;
 - f. Les institutions de prévention comme l'oeuvre de l'abbé Denis, Pyrénées Action Jeunesse ou l'ABS ;
 - g. les Foyers de Jeunes Travailleurs
2. Un travail de lien avec les services de soins :
 - a. Les CMP Adolescents et Adultes ;
 - b. La Maison des Adolescents ;
 - c. Le Service Adolescents et le Mont Vert du Pôle Pédopsychiatrie du CHP ;
 - d. Le SAAU, Centre de crise et les Unités d'Hospitalisation Complète ;
 - e. Le Service de Pédiatrie
3. Cette équipe devra initier les premiers soins, définir les modalités thérapeutiques les plus opérationnelles ainsi que les acteurs à mobiliser (cf. ci-dessus).
4. Cette équipe devra coordonner l'ensemble des acteurs. Une des raisons de l'inefficacité de nos actions est la multiplicité des acteurs et les clivages entre les différents intervenants et établissements du champ social, sanitaire et médico-social. Séparément nous sommes le plus souvent en difficulté, ensemble nous pouvons soigner et accompagner dans de bonnes conditions. Ce travail est complexe, multisite, multiculturel. Les usagers, très souvent, s'adressent à la mauvaise porte et ne sont pas bien réorientés.
5. Il reviendra à cette équipe, particulièrement le psychiatre :
 - a. De définir les modalités les mieux adaptées (technique d'intervention, lieu des soins)

- b. De faire de l'information auprès des jeunes, des aidants, des professionnels et des parents ;
- c. De faire systématiquement des consultations au début de l'hospitalisation complète et en sortie d'hospitalisation complète
- d. D'éviter les situations de rupture ;
- e. D'éviter les rechutes.

Deux écueils doivent être évités :

- La perte de vue d'un patient qui risque une marginalisation croissante ;
- Des séjours hospitaliers trop longs entraînant une institutionnalisation déficitaire.

DÉFINIR UNE ORGANISATION

L'objectif est de créer une petite équipe avec psychiatre, psychologue, infirmier, assistante sociale qui devra :

- avoir une compétence sur les différentes problématiques de ces jeunes (particulièrement le psychiatre et le psychologue) ;
- bien connaître l'ensemble des intervenants et des dispositifs existants ;
- Faire le lien entre les différents acteurs ;
- Définir les modalités d'action les plus opérantes pour chacune des situations.

Pour ce qui concerne le champ social, il faut retenir que le plus souvent, les équipes de soins ne sont pas mobilisées à temps. Tout le travail de prévention ne peut être réalisé faute de lien avec les équipes éducatives, en raison également des habitudes de travail des uns et des autres. C'est une des raisons qui rend nécessaire la présence dans l'équipe d'un travailleur social (assistante sociale) qui connaisse bien le milieu social et qui facilite le lien.

Pour ce qui concerne le champ médico-social : les sorties d'IME et d'IR, malgré le travail d'une équipe comme celle du SIFA, peuvent être l'occasion de perdre de vue certains jeunes à risque. Inversement, il est nécessaire de bien connaître les établissements médico-sociaux adultes ainsi que le rôle de la MDPH pour réussir une réorientation après un séjour hospitalier. Il existe beaucoup trop de jeunes qui se retrouvent dans les circuits sociaux (CHRS), alors qu'ils seraient plus adaptés dans des établissements de ce style. Secteur sanitaire : il y a un grand besoin de « management care » avec ces jeunes qui sont capables de se faire oublier ou qui deviennent des « incasables ». Le psychiatre, les infirmiers devront être des agents de liaison entre les structures extérieures établissements de soins (CMP, Hôpital de Jour, CATTP, Maison des Adolescents, etc.) et l'intérieur (SAAU, Centre de Crise, unités d'Hospitalisation Complète).

Une attention particulière doit être portée sur les jeunes patients débutants des troubles psychotiques (psychose processuelle). Ce sont des jeunes qui ont beaucoup de mal à accepter la maladie. Il en va de même parfois pour leurs parents. Lorsqu'il existe une

comorbidité addictive, ces troubles sont considérés comme induits et il y a une augmentation des délais avant la prise en charge.

RÉSULTATS ATTENDUS

La mise en place de cette Equipe mobile de soins travaillant en réseau doit permettre :

- La diminution du nombre de jeunes en dehors des soins dans les établissements sociaux (CHRS⁴, Ferme Saint-Joseph, Foyer de Jeunes Travailleurs, « Point d'Eau », SIAO ;
- La diminution du nombre de jeunes psychotiques en rupture de soins ;
- La diminution des délais d'attente entre l'apparition des troubles (ou la réapparition) et la mise en place des soins conformes au référentiel de la HAS.

3. CONCLUSION

L'évolution de notre société, l'évolution des systèmes familiaux et de solidarité, s'accompagnent de grandes difficultés psychiatriques ou de santé mentale pour un nombre important de jeunes qui sont précarisés, en insertion difficile ou dans des formations inadaptées.

Par ailleurs, un certain nombre de malades débutant des troubles psychotiques se marginalise.

Les risques d'aggravation des troubles, de poursuite de comportements d'errance, de mort prématurée, sont élevés et il est nécessaire de se mobiliser pour ces jeunes.

L'organisation classique des soins psychiatriques en spécialité médicale, trop centrée sur ses outils traditionnels (hospitalisation, consultations, pharmacologie, psychothérapies), ne permet pas pour le moment de répondre correctement à leurs besoins en dehors des périodes de crise.

Une équipe mobile destinée à prévenir, à orienter vers les soins les plus adaptés, à coordonner l'ensemble des acteurs, devrait permettre une amélioration de leur prise en charge et de leur qualité de vie sur le territoire desservi par le CHP.

⁴ Castilla, Mariana, Marilys, Sainte-Anne, foyer Massabielle

ANNEXE 2

| | | |
|---|--|---|
| pilote potentiel | A définir | |
| public cible | Professionnels du territoire Usagers | |
| partenaires associés | Ensemble des acteurs de la santé mentale du territoire de santé. | |
| Constats | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ⌘ Problèmes de lisibilité de l'offre et des dispositifs existants. ⌘ Points de rupture dans le parcours de santé des usagers du système de santé dus à des difficultés dans la coordination des acteurs. ⌘ Problèmes de communication entre les acteurs. ⌘ Multiplication des intervenants auprès de certains usagers qui entraînent une répétition des actes et une lassitude chez l'utilisateur. ⌘ Une dynamique de travail en réseau existante à partir des services du CHP. | | |
| Objectifs de l'action | | Références PRS |
| Mettre en place un réseau de santé mentale. <ul style="list-style-type: none"> ⌘ Améliorer la lisibilité de l'offre en santé mentale. ⌘ Améliorer la coordination et le partage d'information entre les acteurs du champ de la santé mentale. ⌘ Fluidifier le parcours de santé des usagers présentant une situation complexe. | | SROS : <ul style="list-style-type: none"> ⌘ Volet Psychiatrie et prise en charge des addictions (Obj 2, 3 et 4) SRP : Volet PPS (Axe1, obj.2 - Axe2, obj.5 et 7) Axe transversal : Santé mentale |
| Descriptif de l'action | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ⌘ Mettre en place un Comité de Pilotage chargé d'élaborer un cahier des charges et d'identifier la structure porteuse du réseau. ⌘ Réalisation d'un état des lieux et une cartographie des services et dispositifs existants par filières identifiées (insertion : logement et emploi, public jeune, addictions, périnatalité, gérontologie, précarité, soins de premier recours). ⌘ Mutualisation d'outils, mise en place de formation commune. ⌘ Travail sur la circulation des informations et sur la nature des informations sociales à transmettre entre professionnels. ⌘ Identification d'un intervenant pivot en charge de coordonner le parcours de santé des usagers présentant une situation complexe. | | |
| Suivi de la mise en œuvre | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ⌘ Action à valoriser dans le cadre du Contrat Local de Santé de l'agglomération de Pau dans un premier temps. ⌘ Mise en place d'un Comité de pilotage pour définir le cahier des charges du réseau de santé mentale. | | |
| Ressources | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ⌘ Le travail de réseau réalisé par le Pôle 2 du Centre Hospitalier des Pyrénées sur certaines filières et en cours de formalisation sur d'autres. ⌘ Les diagnostics existants réalisés sur le territoire (GIP-DSU de l'agglomération de Pau, ...) | | |
| Enjeux / Impacts | | |
| <p>Ce réseau de santé mentale devra permettre à terme une meilleure articulation entre les différentes structures et un décloisonnement des champs hospitalier / médico-social / social / prévention / premier recours autour des problématiques de santé mentale.</p> <p>L'identification d'un intervenant pivot "gestionnaire de cas" permettra de fluidifier les parcours de santé des usagers présentant une situation complexe.</p> | | |

ANNEXE 3

Equipe Mobile Jeunes en Souffrance Psychique

Dispositif intersectoriel constitué d'une équipe pluridisciplinaire et rattachée au pôle 2, intervenant auprès des jeunes précoces (18-25 ans) et présentant des troubles psychiques, sur Pau et son agglomération.

Nous nous déplaçons auprès des jeunes signalés par les partenaires afin de favoriser l'accès aux soins psychiatriques.

Ainsi, nous pouvons rencontrer le jeune « hors des murs » de l'hôpital. Ce mouvement « d'aller vers » permet d'aller au plus près du jeune, de sa famille et de son environnement.

Nous intervenons également auprès des équipes de soins intra et extra-hospitaliers.

Objectifs

- ▶ Prévenir l'émergence des troubles psychiques.
- ▶ Faciliter l'accès aux soins en psychiatrie des jeunes en situation de souffrance psychique.
- ▶ Préserver le risque de rechute.

Missions de l'E.M.J.S.P.

LA PREVENTION

- ▶ Prévenir et évaluer les pathologies émergentes des jeunes en grande difficulté.
- ▶ Prévenir les ruptures de soins auprès des jeunes qui n'ont pas de demande explicite et qui pourtant ont besoin de soins.

LE TRAVAIL EN RESEAU

- ▶ Travailler en lien avec les partenaires du champ social, sanitaire, médico-social, judiciaire et de l'enseignement.
- ▶ Coordonner et orienter les actions - dans une fonction d'interface entre le Centre Hospitalier des Pyrénées et les partenaires - afin que le jeune accède aux soins les plus adaptés à ses difficultés.

L'ACCES AUX SOINS

- ▶ Assurer une coordination dans la prise en charge entre les secteurs de psychiatrie et les différents partenaires.

Modalités d'intervention

L'Equipe Mobile Jeunes en Souffrance Psychique est un dispositif complémentaire d'accès aux soins et d'accompagnement.

L'équipe joue un rôle de liaison, en amont auprès d'un réseau de professionnels, permettant de repérer les jeunes en difficultés sociales et en souffrance psychique, et en aval auprès des partenaires, mettant en place des suivis thérapeutiques.

L'équipe intervient à la demande des partenaires là où se situe le jeune.

L'équipe peut proposer :

- ▶ des entretiens individuels auprès des jeunes dans leur environnement (institution, rue, domicile, etc.) ;
- ▶ un soutien et une information auprès des partenaires ;
- ▶ un travail en lien, d'articulation, de réseau, afin de favoriser un suivi global du jeune.

Composition de l'équipe

▶ **Magali CHAUSSIN**
Infirmière

▶ **Sarah MONNERAUD**
Assistante sociale

▶ **Laetitia SILVA**
Psychologue clinicienne

Un psychiatre rejoindra cette équipe prochainement.



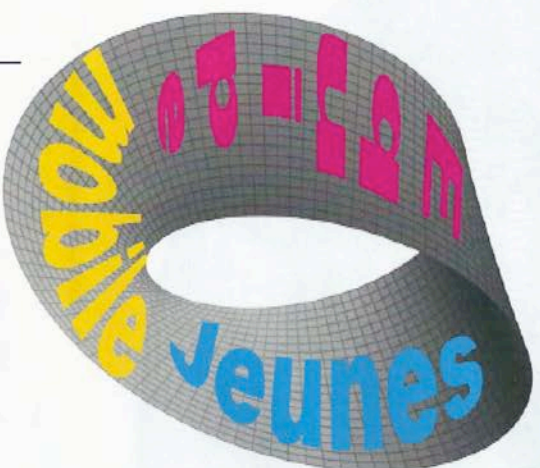
E.M.J.S.P.
Centre Henri Duchêne
29 avenue du Général-Leclerc - 64039 PAU cedex
Téléphone : 05 59 80 93 20
Portable : 06 26 82 77 49
Courriel : emjsp@chpyr.fr



L'E.M.J.S.P. est située dans le Centre Henri Duchêne à l'extérieur et devant le Centre Hospitalier des Pyrénées (bâtiment marron).

- ▶ Rejoindre le C.M.P. en bus : lignes de bus T1, P10, C13 et C14
- ▶ Accès direct pour les voitures sans rentrer dans l'hôpital, parking dédié.

Mise en forme : S.G.A.M.C. du C.H.P. - juillet 2013
Impression : Imprimerie du C.H.P.



E.M.J.S.P.
Equipe Mobile Jeunes en
Souffrance Psychique

Un dispositif complémentaire
d'accès aux soins et
d'accompagnement pour les
jeunes de 18 à 25 ans en
situation de précarité.

Centre Henri Duchêne
29 avenue du Général-Leclerc
64039 PAU cedex



La mise en place d'une équipe mobile de psychiatrie pour le dépistage, les soins, la coordination, des actions d'insertion au profit des jeunes en situation de précarité constitue une expérience nouvelle du fait du public ciblé celui des 18-25 ans.

Dans ce domaine il existe peu d'expériences, en dehors des équipes mobiles pour les adolescents. Pourtant le mal-être, la souffrance psychique des jeunes adultes est souvent mise en exergue, dans de nombreuses études, ouvrages ou publications.

Ces souffrances psychiques s'expriment au cœur de la communauté, conduisant à la mise en échec des équipes éducatives ou médico-sociales qui les accueillent. Les services de psychiatrie sont interpellés lors de la crise. Les situations de violences, les conduites toxicomaniaques, les tentatives de suicides sont autant de manifestations qui mènent ces jeunes vers des hospitalisations souvent plus délétères qu'efficaces faute d'accompagnement et de leur « non- demande ». La prévention des situations de crise, l'accompagnement des états de souffrance psychique, hors les murs, au plus près du lieu d'expression, doivent apporter des solutions efficaces dans ces prises en charge.

Dans ce mémoire, nous nous proposons de décrire la mise en place de cette action de constitution d'une équipe mobile dédiée à ce public, de présenter la genèse de ce projet et les constats qui nous ont conduits à le porter.

Afin de mieux définir le cadre de ces interventions, nous étudierons les grands principes qui guident le travail des équipes mobiles. Au travers de différentes expériences, nous nous pencherons sur les notions de précarité et tout particulièrement celle des jeunes.

La clinique de la souffrance psychique sera aussi traitée afin de mieux cerner la typologie des troubles prévalents à cette population.

Nous présenterons à partir, des données épidémiologiques, du recensement des jeunes en difficultés rencontrés par nos partenaires, les différentes actions menées et attendus pour établir localement, notre équipe mobile.

A partir, de toutes les connaissances acquises, lors ce DIU, nous verrons comment, nous allons profiter de ce travail pour participer à la création d'un réseau et mener à bien notre objectif de créer une dynamique communautaire en santé mentale dans notre bassin d'intervention.

Mots clefs : jeunes précaires, souffrance psychique, équipe mobile, réseau, « aller-vers »