

Table des matières

Introduction.....	2
Méthodologie.....	5
Le dispositif actuel.....	6
Le contexte réunionnais de la précarité et de la santé mentale.....	10
Problématique.....	20
Partie 2 : Analyse des rencontres psychosociales.....	21
Evolution du dispositif.....	29
Conclusion.....	32
Bibliographie.....	34
Annexes.....	36

Introduction

Comment faire pour créer du lien, des liens ? C'est une question essentielle posée lors des concertations interprofessionnelles de l'Equipe Mobile spécialisée en Psychiatrie (EMSP) de la Réunion.

L'EMSP¹ a pour mission de faciliter l'accès aux soins pour les personnes souffrant de troubles psychiques ou de souffrance psychique cliniquement significative et se trouvant en situation de précarité. Elle propose également, par des actions de proximité, de participer à un meilleur repérage des situations de souffrance psychique ou de troubles psychiques par les professionnels de première ligne, ainsi qu'à la lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de ces troubles.

Une réflexion permanente est réalisée autour de la création de liens des infirmiers avec des personnes en situation de précarité sociale et présentant des troubles psychiques au décours des permanences sur les lieux du social. Comment faire pour créer du lien avec des personnes qui vivent l'exclusion, en marge de la société ? Comment les aider à reprendre une place dans la communauté ? Instaurer le lien n'est pas simple chez ce public, d'autant plus lorsque vient s'ajouter au stigma de la rue, celui de la « maladie mentale ».

L'EMSP est à l'interface de trois entités et a pour ambition de faciliter les liens entre tous.

Au-delà du soin porté à établir un lien de confiance avec ce public, il est question des liens avec les partenaires du secteur social conventionné avec l'Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie. Historiquement, ces deux champs de compétences agissent de manière parallèle. Autant de sigles, de vocabulaires qui rendent la communication difficile. Dans l'équipe mobile spécialisée en psychiatrie, les partenariats sont gérés par une animatrice-réseau. Avant de prendre soin des accueillis et bénéficiaires, le lien avec les partenaires doit être facilité.

¹ Les missions de l'Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie ont été construites à partir de la circulaire DHOS/02/DGS/6C/DGAS/1A/1B N° 2005-521 du 23 novembre 2005

Un dernier lien doit être travaillé, c'est bien évidemment le lien avec le secteur sanitaire.

Depuis la création de l'EMSP en 2009, le lien a pu être engagé avec les partenaires du social, avec les partenaires du sanitaire lors des passages de relais. Effectivement, de nombreuses personnes ont été prises en charge par un service sanitaire de droit commun. Et pourtant, ces liens étaient créés mais de manière séparée. La personne ayant accès à un suivi, les travailleurs sociaux engageaient une prise en charge de réinsertion avec la personne sur un logement. Prise en charge qui parfois n'allait pas dans le sens du projet de soin de la personne. Ainsi, une structure sociale engageait des démarches avec la personne vers un logement autonome, alors que le CMP trouvait une place en Accueil familial thérapeutique (AFT). Souvent la structure sociale se plaignait auprès des professionnels de l'équipe mobile spécialisée en psychiatrie de l'investissement déployé pour « rien ». Comment éviter des prises en charges *doublons* ? Comment éviter le désinvestissement d'un des deux maillons ? Comment permettre au sanitaire et au social d'engager un travail en partenariat autour d'une situation ? Comment permettre au sanitaire et au social d'évoquer une situation ensemble ?

De nombreuses personnes ont suivi le chemin des soins, mais certaines personnes repérées par le secteur social comme présentant des comportements atypiques n'adhèrent ni à un suivi sanitaire, ni à une prise en charge sociale.

Effectivement, autour des personnes en situation de précarité se déploient de nombreux dispositifs d'aide. Nous avons constaté que certaines personnes vont entamer des prises en charge parallèles proposées par différentes structures, et finalement ne pas réellement s'y engager, s'y investir, ce qu'illustre bien la situation suivante : M. L. en hébergement temporaire est accompagnée par le travailleur social dans des démarches de réinsertion professionnelle, mais entame également un suivi avec un conseiller d'insertion sociale d'une mission locale. Deux projets sont amorcés mais finalement n'aboutissent à rien de concret. La connaissance de ces deux suivis apparaîtra grâce à l'interpellation de l'Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie suite à une identification de troubles à la fois par le conseiller mais aussi par le travailleur social.

Quel dispositif l'Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie va-t-elle mettre en place afin d'instaurer une réflexion commune, une prise en charge conjointe et complémentaire ?

D'autres personnes font sans cesse des va-et-vient entre hospitalisations et séjours dans la rue, sans réussir à accrocher à un suivi continu sur des services ambulatoires. Ainsi, M. F revenait stabilisé de ses troubles suite à une hospitalisation, une prise en charge sociale pouvait alors débiter. Mais très vite, il se trouvait en rupture de soins. Une rupture se faisait également dans le projet social.

Comment l'EMSP peut-elle venir se positionner comme interface entre le champ du sanitaire et le champ du social lors de situations complexes ?

Notre réponse depuis quelques mois est d'engager de façon plus visible une prise en charge commune et complémentaire en formalisant ce partage de compétences.

Il se construit alors un travail de lien avec les intervenants de terrain. Des rencontres psychosociales sont pensées à partir de la notion de clinique psychosociale, qui « vise à décrire des processus psychiques, intrapsychiques et intersubjectifs. Cette notion a pour fonction de délimiter un champ qui est celui de pratiques complexes se situant précisément à l'articulation du sujet et du collectif, de l'individu et du social »². La clinique psychosociale permet d'évoquer le sujet et sa souffrance psychique en lien avec une situation sociale particulière qui atteint l'individu dans toutes ses dimensions. Les rencontres psychosociales ont pour visée de « décomplexifier » ces pratiques en permettant aux différents intervenants de se rencontrer et d'échanger autour d'une situation.

Ainsi, l'EMSP organise des rencontres avec tous les partenaires œuvrant autour de la situation afin d'unifier les différentes prises en charge engagées autour de la personne.

Les objectifs de ces rencontres sont :

- reconnaître, identifier derrière "le masque de l'exclusion et de la précarité"³ les troubles psychiques avérés ou identifier des troubles psychosociaux en rapport direct avec la situation de précarité et d'exclusion
- élaborer conjointement une stratégie d'accompagnement psychosocial
- travailler l'articulation entre les différents intervenants autour de la personne présentant des troubles psychiques et étant en situation de précarité et exclusion psychosociale

² COLIN V., FURTOS J. (2005), « La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine », in *Répondre à la souffrance sociale*, Eres.

³COLIN V., FURTOS J. (2005), *Ibid*, p 18.

Méthodologie

Nous proposons d'étudier les aspects bénéfiques et les limites des rencontres psychosociales au regard de la psychologie communautaire. L'éclairage de cette approche semble pertinent par rapport à notre sujet. Effectivement, les rencontres psychosociales se font autour de situations de personnes sous double contrainte : contexte de vie et trouble psychique. Or, la psychologie communautaire, fait « le lien fait entre les contextes de vie d'une part, et le bien-être, ou le mal-être, éprouvé par les individus, d'autre part »⁴.

Pour Burton et collaborateurs, « la psychologie communautaire offre un cadre permettant d'agir auprès des individus exclus, en agissant sur le développement social et en mettant l'accent sur les valeurs de l'intervention communautaire, sur le travail participatif et sur la création d'alliances »⁵.

Et plus spécifiquement, l'approche dite de santé mentale communautaire est favorisée par l'OMS (2010)⁶ concernant l'accompagnement des phénomènes d'exclusion et de précarité sociale. Furtos avance que la santé mentale communautaire fait référence à une santé mentale « suffisamment bonne comme la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non sans révolte »⁷.

Ces rencontres psychosociales ont débuté depuis 2011 et se sont formalisées en 2012. Après une présentation du dispositif actuel et du contexte, nous pourrions poser la problématique pour ensuite y répondre par l'analyse de trois rencontres psychosociales.

⁴ SAÏAS T. (2001). Introduction à la psychologie communautaire, Dunod, Paris, p 3.

⁵ BURTON M., BOYLE S., HARRIS C., KAGAN C. (2007). « Community psychology in Britain », in S. Reich, M. Riemer, I. Prilleltensky et M. Montero (éd.), International Community Psychology (p. 219-237), New York, Springer.

⁶OMS (2010). CBR and Mental Health. In WHO. Community-Based Rehabilitation, Supplementary Booklet. <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html>.

⁷ FURTOS J. et LAVAL Cl. (2005). « Souffrir sans disparaître », in La Santé mentale en Actes, Toulouse, Erès, p. 8-38.

Le dispositif actuel

1.1 Présentation de l'Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie

L'Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie (EMSP) est une unité fonctionnelle du Service de Réhabilitation et de Réinsertion (S2R) lui-même rattaché au Pôle Intersectoriel de l'Etablissement Public de Santé Mentale de La Réunion (EPSMR). L'EMSP est composée de deux infirmiers, une psychologue, une animatrice réseau et un psychiatre coordonnateur. Sa zone d'intervention est ainsi représentée par les secteurs Ouest, Nord et Est de l'île de la Réunion.

Le cadre d'intervention de l'EMSP a été pensé à partir de la 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 œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

Pour rappel, l'EMSP⁸ a pour mission de faciliter l'accès aux soins pour les personnes souffrant de troubles psychiques ou de souffrance psychique cliniquement significative et se trouvant en situation de précarité. L'évaluation est réalisée par les infirmiers de l'EMSP au cours d'entretiens.

Des actions de proximité sont menées par la psychologue auprès des acteurs de première ligne. Des sensibilisations autour de thématiques Santé Mentale et précarité sont proposées. Elles permettent de participer à un meilleur repérage des situations de souffrance psychique ou de troubles psychiques. De plus des éclairages de situation permettent de mieux appréhender la personne et de mieux comprendre des attitudes pouvant être stigmatisantes et excluantes.

L'EMSP se fonde sur la mise en œuvre d'actions cohérentes et complémentaires entre les champs sanitaire et social. Les interventions dans le champ du social se déroulent sous

⁸ Annexe 1 p. a

couvert de conventions avec des structures œuvrant dans l'aide sociale à la précarité, ainsi nous pouvons compter comme structure partenaire la Croix-Rouge, la fondation abbé pierre, des CHRS, des CCAS, des associations d'accueil pour les personnes démunies, des Missions locales, etc.

Le principe fondamental sur lequel nous nous sommes appuyés pour construire le cadre d'intervention de l'EMSP est le suivant : la mise en place de l'équipe mobile spécialisée en psychiatrie n'a pas pour vocation d'être une équipe de soin psychiatrique spécifique pour les pauvres. Elle n'est pas là pour prodiguer les soins mais pour accompagner la personne vers une accroche vers le soin de droit commun. Elle a pour fonction d'insérer/réinsérer ces personnes vers le soin de droit commun. Ce sera alors au secteur de droit commun d'engager un projet de soin avec la personne. Construire un cadre à contrario viendrait renforcer la dynamique d'exclusion de ces personnes.

L'équipe mobile a pour mission d'intervenir auprès des personnes remplissant les trois conditions suivantes :

- être en situation de précarité sociale et d'exclusion
- présenter des troubles psychiques et/ou une souffrance psychique
- ne pas avoir accès à des soins (ou en rupture).

La volonté d'« aller-vers » se traduit par un décentrement par rapport au dispositif psychiatrique, avec la mobilisation des infirmiers en première ligne sur les structures partenaires conventionnées.

Des actions directes auprès des personnes en situations de précarité sont réalisées : dépistage et accompagnement vers les soins par les infirmiers de l'EMSP. Les actions indirectes prennent la forme d'éclairage de situations et de sensibilisations autour de formations thématiques concernant la santé mentale et la précarité assurées par la psychologue.

1.1.1 Le rôle de l'infirmier

Les infirmiers ont un rôle d'évaluation et d'orientation vers les dispositifs sanitaires adaptés lors d'entretiens pré-thérapeutiques. La dénomination « pré-thérapeutique » a pour but de mettre en relief la mission de facilitation d'accès aux soins de l'équipe et non de soins. Ces entretiens visent donc à accompagner la personne précarisée et exclue, présentant des troubles psychiques vers les soins les plus appropriés à sa situation.

La rencontre avec le public se fait sous forme de permanences sur les lieux du social conventionnés ou sous forme d'interventions mobiles. Suite à l'appel d'une structure, les infirmiers se déplaceront afin de rencontrer la personne identifiée comme présentant un trouble psychique par les intervenants de première ligne.

L'EMSP dispose de deux temps pleins infirmiers.

1.1.2 Le rôle du psychologue

Les actions menées par le psychologue de l'Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie s'adressent à tout acteur intervenant dans le champ social (travailleur social, bénévole, ...) et œuvrant dans une structure ayant signée une convention avec notre équipe.

Nous avons distingué plusieurs types d'interventions du psychologue au sein des structures partenaires conventionnées⁹.

Les objectifs avec les acteurs de premières lignes sont les suivants :

- Permettre aux professionnels du social de dédramatiser la rencontre avec les personnes ayant des problèmes de santé mentale en leur offrant apport théorique et méthodologique
- Permettre aux professionnels de la santé mentale de mieux prendre en charge la souffrance psychique engendrée par la précarité
- Faciliter et développer l'articulation entre le secteur social et le secteur sanitaire dans le but d'une complémentarité indispensable
- Mettre en place des outils communs

⁹ Annexe 2 p. b

L'EMPS dispose d'un mi-temps psychologue.

1.1.3 Le psychiatre

Le psychiatre est le coordonnateur de l'EMSP et dispose d'un tiers temps. Il participe aux réunions hebdomadaires de l'équipe. Il apporte son éclairage aux situations rencontrées. De plus, il participe au renforcement du lien avec les partenaires.

1.1.4 Le rôle de l'animatrice réseau

L'animatrice-réseau (0,5 ETP) a pour mission de développer un réel partenariat avec le secteur social dans le suivi de la population concernée. Elle s'occupe d'établir des conventions et de suivre ces dernières. De plus, elle permet de mettre une distance quant aux demandes des partenaires. Elle permet de différer les réponses. L'EMSP n'a pas pour mission de traiter les urgences.

Le contexte réunionnais de la précarité et de la santé mentale

1.2 Le secteur social

L'EMSP fonctionne sous forme de conventions avec les structures du social, ayant pour mission l'aide sociale aux personnes démunies.

Depuis 2011, le service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO)¹⁰ a été mis en place à la Réunion. Ce dispositif s'intègre à une démarche de l'état qui vise une meilleure adéquation entre l'offre d'hébergement et les demandes des travailleurs sociaux pour les personnes sans logement, une rationalisation des moyens et une simplification des démarches. Le SIAO a pour vocation de simplifier les démarches d'accès à l'hébergement et au logement

¹⁰Circulaire N° DGCS/USH/2010/252 du 7 juillet 2010 relative au service intégré d'accueil et d'orientation.

et de traiter avec équité les demandes, de coordonner les différents acteurs de la veille sociale et de l'accès au logement, de contribuer à la mise en place d'observatoire locaux.

Le SIAO gère le numéro de téléphone du 115, numéro qui permet selon les places disponibles de trouver une solution d'hébergement d'urgence. Les solutions proposées se répartissent entre trois centres d'hébergements d'urgence, des chambres d'hôtels, des places en pensions de famille, et depuis le premier trimestre de 2013, les abris de nuit de St Denis avec quatorze places pour les hommes et neuf pour les femmes. Premier lieu permettant aux personnes sans domicile d'y trouver refuge pour la nuit. Un abri n'est pas là seulement pour se protéger des intempéries.

La création du dispositif SIAO a permis d'avoir un meilleur regard sur la continuité des prises en charge. Des situations ont été identifiées comme complexes. Effectivement, des personnes font régulièrement appel à une solution d'hébergement temporaire mais n'arrivent pas à s'inscrire dans le temps d'une prise en charge de réinsertion proposée par les travailleurs sociaux des structures d'urgence.

Face à ce constat, l'assistant social du SIAO organise des réunions autour de ces situations complexes. Ces réunions ont donc pour objet de réfléchir sur les freins liés à cette prise en charge.

Dans un premier temps, nous nous sommes demandées si ces réunions ne remplissent pas le même objectif que les rencontres psychosociales. Or, ces réunions ont pour but d'amener les personnes vers une réinsertion sociale, alors que les rencontres psychosociales ont avant tout un objectif de meilleur accès et/ou suivi vers les dispositifs de soins de droits communs. En revanche, un pont doit être établi car bon nombre de ces situations complexes peuvent relever d'un problème d'insertion du fait de troubles psychiques avérés et/ou d'une souffrance psychique avérée. Or, l'EMSP n'a jusqu'alors jamais été interpellée pour ces réunions. Cela s'entend afin de ne pas psychiatriser toute situation.

Il est arrivé que deux réunions soient organisées pour la même personne. Comment permettre une harmonisation ?

1.3 Les soins de droits communs

Quels sont les dispositifs de soins dans une région ? Quelles sont leur accessibilité en fonction du statut socio-économique de la personne ? Il semble important de présenter la réalité de l'offre des soins de droits communs car ce contexte a des effets sur les modes de recours aux soins.

1.3.1 Le secteur psychiatrique

En ce qui concerne la psychiatrie publique, l'île de la Réunion compte cinq secteurs de psychiatrie. L'Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion (EPSMR) compte trois secteurs et le CHU Sud Réunion prend en charge deux secteurs.

En ce qui concerne la psychiatrie privée, deux cliniques privées psychiatriques existent, une dans l'ouest et une dans le sud de l'île. Il existe une grande disparité de l'offre de soins psychiatriques privés sur l'île, une trentaine de psychiatres libéraux entre le Nord et le Sud côté ouest contre deux du Sud au Nord côté est.

1.3.2 Médecin traitant

L'EMSP travaille avec les médecins généralistes de certaines personnes précaires. Le lien est fait avec eux concernant les orientations proposées à leurs patients. Lien qui semble primordial en vue des résultats de l'étude sur la coopération entre médecine générale et psychiatrie. Effectivement, sur le territoire national« seulement 40 % des médecins se déclarent satisfaits de la qualité de leur coopération avec les secteurs de psychiatrie (Drees, 2004, 2008) : manque d'informations claires sur les missions et services proposés par les secteurs, délais de rendez-vous, absence de réponse fiable et de contacts identifiés, absence d'information et de communication relative à l'évolution du patient adressé par le médecin généraliste »¹¹.

¹¹ KANNAS S. (2011). Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? *Pluriels en santé mentale*, n° 92-93, p 2.

Aucune des rencontres psychosociales organisées jusqu'alors n'a eu pour invité les médecins traitants. L'explication est que pour la majorité des situations les personnes n'avaient pas de médecin traitant identifié. Mais pour les situations où la personne avait déclaré un médecin traitant, nous n'avons pas pensé à le convier.

Dorénavant il semble important d'être attentif à inviter le médecin traitant de la personne s'il existe de par son rôle « de pivot » dans le dispositif de droit commun.

1.4 Quelles problématiques psychiques à la rue ?

Un certain nombre de rapports et d'études tels que « Psychiatrie et Grande Exclusion » de Minard et Piel¹² ou le rapport de Joly¹³ au Conseil Economique et Social, montrent qu'à côté de la population connue et suivie des « malades mentaux » coexistent des personnes souffrant de troubles psychiques ou même psychiatriques, en raison de la précarité de leurs conditions de vie. Les pathologies mentales non traitées peuvent entraîner une désinsertion sociale. Des conditions de vie difficiles peuvent entraîner des troubles qui ne se seraient probablement jamais apparus dans d'autres contextes socio-économiques.

Cette précarisation touchant les usagers de la psychiatrie amène certains secteurs à les surprotéger, en les gardant à l'intérieur des structures psychiatriques, ou au contraire à les faire sortir sans projet, sans lien avec un service de droit commun sanitaire. Qu'en est-il du retour dans la cité ?

¹²ANTONIO B., BERAU M., CZERMAK M., MARTIN J.-P., MERCUEL A., MINARD M., PIEL E. (juin 1996). *Rapport du groupe de travail psychiatrie et grande exclusion*, Secrétariat d'Etat à l'action humanitaire d'urgence, Paris.

¹³JOLY P. (1997). Prévention et soins de maladies mentales : bilan et perspectives, Journal Officiel de la République Française 1997 N°14.

1.4.1 Les troubles mentaux et la précarité

*« L'errance sociale ne reflète qu'une errance psychique »
Mercuel A. (2012)*

La reconstruction des histoires des personnes en situation de précarité par les différents professionnels œuvrant à la rue depuis une quinzaine d'années ont mis en évidence une liste non-exhaustive de facteurs de risque d'exclusion : manifestations psychiatriques familiales, violences parentales, séparations, placements. Ces personnes construisent une relation de soi sans lien, d'où la difficulté une fois adulte à la création de liens avec les autres. A ces principaux facteurs de risque d'exclusion peuvent être ajoutés les troubles psychiatriques personnels. Ceux-ci vont venir augmenter cet effet de précarisation. Comme le rappelle Mercuel, « d'une façon générale, toute pathologie psychiatrique conduit à un risque de précarité, d'où l'intérêt du dépistage précoce et de l'instauration d'un traitement adapté, par un accompagnement psychologique et/ou par une prescription médicamenteuse »¹⁴.

L'enquête SaMentA¹⁵ a confirmé la mauvaise santé mentale des SDF et la surreprésentation des troubles psychiatriques sévères dans la rue. Un tiers des sans-abri franciliens souffre d'un trouble psychique : troubles psychotiques (13% de la population sondée, avec 8,4% de troubles schizophréniques), troubles de l'humeur et troubles dépressifs sévères (6,5%) ou troubles anxieux (12,2%). Aujourd'hui, un sans-abri sur trois présente au moins une addiction à l'alcool, à une drogue ou à un médicament détourné de son usage. Cette étude repère 17% de personnes avec un trouble psychotique chez les 18-25 ans en précarité. De plus, ce rapport avance que si les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères ont eu, pour plus des deux tiers d'entre elles, un recours aux soins psychiatriques au cours de leur vie, la majorité d'entre elles n'est plus suivie. Le maintien dans le soin s'avère problématique. Ces résultats ne diffèrent pas de ceux obtenus par Kovess et Mangin-Lazarus¹⁶.

¹⁴ MERCUEL A. (2012). Souffrance psychique des sans-abri. Vivre ou survivre, Paris : Odile Jacob, p 33.

¹⁵ SaMentA (2010). *Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France*, Observatoire du Samu social de Paris, Inserm.

¹⁶ KOVESS V., MANGIN-LAZARUS C. (1997). *La santé mentale des sans-abris à Paris: résultats d'une enquête épidémiologique*. Rev Fr Psychiatr Psychol Med ; 9 :17-24.

Face à un tel constat, l'éternelle question est : la rue rend-elle fou ou bien se retrouve-t-on à la rue parce qu'on traîne une fragilité mentale ou une pathologie psychiatrique préexistante? Ce questionnement ne fait pas l'objet de notre mémoire, mais fait lien avec l'approche de la clinique psychosociale prenant en compte la personne dans sa globalité médico-psychologique, sociale et citoyenne.

1.4.2 La souffrance psychique

Le sociologue Pierre Bourdieu¹⁷ met en évidence la « dislocation sociale » et souligne la souffrance sociale des exclus. Une souffrance profonde se retrouve fréquemment chez les personnes en situation de précarité et d'exclusion et gêne leurs efforts de réinscription dans la société. Effectivement, comme le souligne Ehrenberg, l'échec du processus d'auto-réalisation de soi entraîne une forme de « mal-être » et de « souffrance psychique invalidante »¹⁸.

Pour Colin et Furtos¹⁹, la souffrance psychique est à différencier de la maladie mentale. La maladie mentale peut-être diagnostiquée grâce au repérage d'un certain nombre de signes, de symptômes. La souffrance psychique est un état psychique cliniquement évident mais difficile à caractériser. La souffrance psychique désigne une douleur ressentie qui selon l'individu et le contexte sera plus ou moins invalidante. Tout individu peut au cours de sa vie éprouver une souffrance psychique, les personnes souffrant d'une maladie mentale peuvent également présenter une souffrance psychique dont ils se défendent à leur manière.

1.4.3 Les spécificités réunionnaises

A la Réunion, de nombreuses communautés cohabitent ainsi que différentes religions comme le catholicisme, la religion tamoul²⁰, l'Islam. Ces différentes croyances viennent apporter leurs explications aux différents signes que la psychiatrie nomme symptômes de pathologie. L'Islam avance la présence de djinns, les Tamouls évoquent des sorts ou des rites non respectés. L'accompagnement vers des dispositifs de soins doit bien-entendu prendre en compte ce contexte culturel.

¹⁷ BOURDIEU P. (1993). *La Misère Du Monde*, Paris : Seuil.

¹⁸ EHRENBURG A. (1995), *L'individu incertain*, rééd. Hachette, coll. « Pluriel », 1999.

¹⁹ COLIN V., FURTOS J. (2005), *op.cit.*, p. 23.

²⁰ La religion Tamoul est une religion issue de l'hindouisme

Au niveau du public précarisé, il a été identifié bon nombre de personnes venant de métropole pensant qu'une vie marginale est plus aisée à la Réunion. D'autres en ruptures familiales viennent chercher le soleil des tropiques et tombent vite dans une désillusion liés aux contraintes administratives et financières similaires à leurs vies d'avant. Un sentiment d'enfermement est alors ressenti du fait de l'impossibilité financière d'un retour en métropole.

De plus, nous rencontrons des personnes souffrant de pathologie mentale en rupture de soins du fait de voyages pathologiques. Le lien est réalisé avec les partenaires du sanitaire de métropole.

Comme bon nombre de secteurs en France, certains secteurs de psychiatrie de la Réunion sont désertés par les psychiatres. Manque de temps sur les CMP, psychiatres qui ne restent que quelques mois, ce manque de temps médical entraîne des difficultés dans les orientations mais également dans la continuité des soins. Ainsi, M. S. a arrêté d'aller au CMP suite au départ de son psychiatre vers la métropole.

1.5 L'organisation actuelle des rencontres psychosociales

Pour rappel, les rencontres psychosociales ont été pensées à partir de la notion de clinique psychosociale, qui « vise à décrire un processus psychique, intrapsychique et intersubjectif. Cette notion a pour fonction de délimiter un champ qui est celui de pratiques complexes se situant précisément à l'articulation du sujet et du collectif, de l'individu et du social »²¹. La clinique psychosociale permet d'évoquer le sujet et sa souffrance psychique en lien avec une situation sociale particulière qui atteint l'individu dans toutes ses dimensions. Les rencontres psychosociales ont pour visée de « décomplexifier » ces pratiques en permettant aux différents intervenants de se rencontrer et d'échanger autour d'une situation.

L'organisation des rencontres psychosociales vont dans le sens des recommandations du rapport de la santé des personnes sans chez soi²². Il a pour objectif d'identifier les difficultés

²¹ V.COLIN & J.FURTOS, « La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine », in *Répondre à la souffrance sociale*, Eres, 2005.

²²GIRARD V., ESTECAHANDY P., CHAUVIN P. (2009). *La santé des personnes sans chez soi, plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*, rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports.

et les freins existant dans les dispositifs actuels pour un accès aux soins de ce public. Il permet également d'identifier les leviers d'action susceptibles de rendre plus opérationnelle la prise en charge de ces publics en grande précarité, tant dans le champ du somatique que du soin psychique. Il pose l'importance du partenariat entre les secteurs de psychiatrie et le secteur social.

De plus, ces rencontres psychosociales ont pour visée pratique de s'appuyer sur les théories amenées par la santé communautaire. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé communautaire est un « processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités ».²³

1.5.1 Objectifs

- 1) Reconnaître, identifier derrière "le masque de l'exclusion et de la précarité" les troubles psychiques avérés ou identifier des troubles psychosociaux en rapport direct avec la situation de précarité et d'exclusion
- 2) Elaborer conjointement une stratégie d'accompagnement psychosociale
- 3) Travailler l'articulation entre les différents intervenants autour de la personne présentant des troubles psychiques et étant en situation de précarité et exclusion psychosociale.
- 4) Créer un contexte permettant à la personne de prendre part à cette réflexion et d'affirmer ses compétences de façon à ce qu'elle ait une plus grande maîtrise de son projet de vie (que ce soit concernant sa santé ou sa réinsertion), autrement dit une logique d'empowerment. Vincent compare le processus d'empowerment à un processus d'affirmation de compétences. « Ces compétences sont déjà présentes, mais les

²³ OMS, 1986.

expériences précédentes et les contextes de vie font que les personnes ont du mal à les utiliser »²⁴

Il s'agit de chercher à réinscrire la personne dans une temporalité, en commençant par le temps présent, en lui offrant les conditions lui permettant de se raconter, permettre l'énonciation de soi et du parcours d'errance. De plus, la présence de la personne permet de répondre aux questions du secret partagé. Que partageons-nous ? Que faut-il taire ? La personne, par sa présence ou son accord est garante de ce qui sera dit sur elle.

1.5.2 Fonctionnement

Une présentation de la problématique psychosociale d'une personne ayant des troubles psychiques, se trouvant en situation de précarité et d'exclusion, n'ayant jamais eu accès aux soins ou en rupture de soins est introduite.

Une réflexion commune et complémentaire s'engage afin de réaliser une évaluation psychosociale de la situation et de potentialiser les actions spécifiques des acteurs sanitaires et sociaux en vue d'apporter un meilleur accès et une meilleure continuité des soins, et de ce fait favoriser un processus d'intégration sociale.

1.5.3 Mise en pratique organisationnelle

Les personnes invitées à ces rencontres psychosociales sont : l'utilisateur, un membre de la structure sociale ou des structures sociales ayant un lien avec la personne, une IDE de l'EMSP et dans le cas d'un passage de relais ou de rupture de soins répétées: un représentant des services sanitaires de droits communs. La durée de rencontre est de trente minutes à une heure.

²⁴ VINCENT M.-A.. (2011). *Promotion de la santé et empowerment*. Dans SAÏAS T., Introduction à la psychologie communautaire (p 71-84). Paris : Dunod. p 79.

L'organisation et les invitations des partenaires sont faites par l'EMSP. Ces rencontres ne peuvent se mettre en place que sous réserve de l'information donnée par une IDE de l'EMSP à la personne concernée et de son accord.

Le choix de la situation présentée lors d'une rencontre psychosociale est débattu et décidée lors de la réunion hebdomadaire de l'EMSP. Les situations peuvent être proposées par :

- 1) un membre de l'EMSP
- 2) Les partenaires sociaux
- 3) Les partenaires des services du sanitaire

L'organisation se déroule de la manière suivante :

- 1) Validation du choix d'une situation lors de la réunion hebdomadaire de l'EMSP
- 2) Fiche « organisation » de la rencontre psychosociale à remplir²⁵
- 3) Appel du médecin responsable de la prise en charge de la situation par le psychologue de l'EMSP ou le psychiatre coordonnateur de l'EMSP
- 4) Envoi de mails d'invitation par l'animatrice réseau de l'EMSP aux partenaires sociaux avec le lieu et la date de la rencontre psychosociale

Les rencontres psychosociales sont un développement de situations complexes, elles ne doivent pas être organisées dans l'urgence. Au début, les acteurs du social ou du sanitaire nous interpellaient afin de se rencontrer dans une certaine urgence. Or, la terminologie « psychosociale » renvoie bien à la « la prise en compte d'une souffrance psychique qui s'exprime sur les lieux du social »²⁶. Elle n'exclut pas, évidemment, le lieu de l'hôpital lorsque cette souffrance arrive et y est prise en charge, mais se propose de ne pas la prendre en compte uniquement lors de sa médicalisation, voire de sa psychiatisation.

Dans le cadre de l'approche communautaire, cette organisation ne suit-elle pas une organisation pyramidale allant à l'encontre de l'organisation horizontale prônée par la psychiatrie communautaire ? N'est-ce pas nécessaire dans un premier temps afin de susciter un questionnement, une demande de la structure sociale, du sanitaire ?

²⁵ Annexe 8 p. j

²⁶FURTOS J. et coll. (2008). *Les cliniques de la précarité. Contexte Social, psychopathologie et Dispositifs*, Issy-les Moulineaux : Masson.

Problématique

De nombreux dispositifs se mettent en place de via les différents acteurs du social afin d'harmoniser les prises en charge des situations complexes. Ainsi, le SIAO organise des rencontres autour de situations où les personnes n'adhèrent à aucun projet de relogement. Des réunions de premier accueil sont organisées dans les villes de St Denis, St Paul, St Benoît. Initiatives encouragées mais la psychiatrie n'est que très peu invitée. Le signal est très souvent donné lorsque la situation a basculé dans l'urgence. Les acteurs du social interpellent alors l'EMSP qui ne peut alors qu'accompagner les structures vers les démarches de soins sous contraintes. Ces soins sous contraintes sont alors nécessaires mais viennent renforcer les représentations négatives des soins psychiatriques chez ces personnes. L'intervention de l'EMSP à travers les rencontres psychosociales vient poser la question de la Santé Mentale dans les prises en charge.

En quoi ces rencontres psychosociales peuvent-elles permettre d'éviter que les situations se dégradent ? En quoi vont-elles favoriser une meilleure continuité des soins ? En quoi ce dispositif va-t-il contribuer à une meilleure insertion dans le soin et plus largement à une meilleure insertion sociale ?

En créant une réunion supplémentaire, ne vient-on pas encore alourdir le parcours de la personne et alourdir le planning des intervenants au risque qu'ils ne viennent pas ?

Ces personnes ne viennent pas par erreur présenter leur souffrance psychique sur les lieux du social. Ils ne se confieraient pas spontanément à des professionnels de la psychiatrie, ils pourraient même en récuser la possibilité. Les intervenants de première ligne (acteurs du social) sont donc mis en position de répondre à cette souffrance psychique par une attitude compréhensive pour y répondre.

Les effets de la souffrance psychique pour la personne aidée, empêchent l'insertion dans le présent ; comment avoir un avenir, la possibilité même de l'avenir ? Sur les intervenants, l'effet de la souffrance psychique est de les amener à un degré de malaise et d'indétermination professionnelle qui nécessite une réflexivité et fonde les pratiques de santé mentale en réseau. Le mal-être des intervenants fait partie de la clinique psychosociale. En quoi ces rencontres psychosociales vont-elles venir comme aide, comme suppléance à l'action

des acteurs du social ? Comment ces rencontres contribuent-elles au travail en réseau du sanitaire et du social ?

L'utilisateur est invité lors de ces rencontres psychosociales. Ces réunions en incluant la personne ne va-t-elle pas contribuer au développement de l'« empowerment » de cette dernière ? Selon l'OMS, l'empowerment permet de corriger les inégalités de pouvoir et ainsi de permettre aux personnes souffrant de ces inégalités d'avoir le pouvoir de les changer. Les compétences psychosociales sont définies en 1993 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement ».

Selon l'OMS, il existe cinq binômes de compétences psychosociales :

1. Savoir résoudre les problèmes/Savoir prendre les décisions
2. Avoir une pensée créative/Avoir une pensée critique
3. Savoir communiquer efficacement/Être habile dans les relations interpersonnelles
4. Avoir conscience de soi/Avoir de l'empathie pour les autres
5. Savoir gérer son stress/Savoir gérer ses émotions

Ces rencontres psychosociales permettront-elles à la personne de développer ses compétences ou de les reconnaître comme appartenant à soi ?

Partie 2 : Analyse des rencontres psychosociales

1.6 Situation de M. Y

M. Y. est un monsieur sans domicile fixe, fréquentant la ville J.. Il se rend régulièrement dans une association donnant des repas le midi (à consommer sur place ou à emporter) et permettant de prendre des douches. Cette association fonctionne grâce au bénévolat. Seule la secrétaire est salariée afin de gérer principalement les inscriptions pour bénéficier des repas mais également pour gérer la partie domiciliation. Dès les premières

actions de l'EMSP au sein de cette association, les bénévoles interpellent l'équipe concernant la situation de M. Y.. Les intervenants de première ligne ont repéré chez lui des comportements « bizarres », « il parle seul », « il marmonne, on ne comprend pas ce qu'il dit ». Selon les bénévoles, M. Y. est parfois hospitalisé sous contrainte à l'EPSMR, « il est beaucoup mieux après », et interrogent le manque de continuité des soins : « pourquoi il n'y a pas de suivi après l'hôpital ? ».

Depuis des années, M. Y. fait des allers-retours entre hospitalisations sous contrainte et vie à la rue. Les infirmières de l'EMSP ont des difficultés à entrer en relation avec lui pour débiter des « entretiens pré-thérapeutiques ». Lors d'une hospitalisation, les premiers liens se font avec M. Y., les infirmières l'ont rencontré avec l'équipe du secteur. A son retour sur la structure sociale, les « entretiens pré-thérapeutiques » s'instaurent. Peu à peu, M. Y. accepte un accompagnement vers le CMP le plus proche de son lieu de vie, d'autres diront son lieu d'errance. Le CMP le refuse alors mettant en avant que ce monsieur ne relève pas de leur secteur.

Effectivement, au-delà de sa dénomination sociale de « sdf », M.Y. est étiqueté par la psychiatrie de « hors secteur ». Il existe dans le fonctionnement de l'EPSMR, une tournée de « hors secteur ». Chaque semaine un secteur est attribué pour l'accueil des « hors secteur », après un certain temps d'hospitalisation ce « hors secteur » sera affecté à ce secteur. C'est ainsi que M. Y. dépendait du secteur 1. Or, le CMP du secteur 1 est à 30km de son lieu de vie.

La situation semble complexe voir nouée, les deux secteurs se renvoyant la prise en charge de M. Y..

C'est lors d'une énième hospitalisation sous contrainte, que l'EMSP décide d'organiser une rencontre psychosociale²⁷ suite à la sollicitation d'un médecin nouvellement affecté sur ce secteur. M. Y. n'était pas présent lors de cette rencontre car non stabilisé, mais le secteur l'en a informé.

²⁷ Annexe 3 p. e

1.6.1 Points forts

La rencontre psychosociale a mis en avant les difficultés de mettre en place un projet thérapeutique compatible au mode de vie de Monsieur.

Des informations sociales connues concernant M.Y. ont été échangées. Les acteurs de première ligne ont ainsi donné les coordonnées sa tutelle, les professionnels du sanitaire ignoraient alors cette mesure de protection judiciaire.

Un projet a été établi. M. Y. a été dirigé vers le service intersectoriel de réhabilitation et de réinsertion psychosociale. M. Y. est toujours actuellement pris en charge par ce dispositif. Ce service étant également intersectoriel, lorsque M. Y. aura atteint son objectif principal en lien avec son projet de vie, le relais sera réalisé avec le CMP du secteur de son lieu de vie.

1.6.2 Difficultés

Rappelons que M.Y. n'a pas assisté à la rencontre psychosociale, allait-il malgré tout se saisir de l'orientation pensée par les différents partenaires ? L'orientation a été amenée par le médecin ainsi que l'équipe du secteur. Un compte-rendu a été remis à M. Y. et il a été admis dans le service.

Régulièrement, les bénévoles de l'association demande des nouvelles de M. Y.. Ce dernier passe parfois à l'association. Ceux-ci semblent avoir peur de son retour à la rue en lui disant « retourne à l'hôpital, ils vont t'aider à avoir un logement ». Chaque professionnel insiste sur le lien de confiance qu'il a établi avec la structure et qui semble avoir contribué à l'adhésion à ce projet de réhabilitation psychosociale.

La difficulté pour M.Y. était de le réinsérer dans un parcours de soins alors que depuis des années il se trouvait en situation d'errance. Actuellement, la prise en charge de réinsertion psychosociale reste complexe du fait de sa difficulté à entrer en relation avec les autres. L'accompagnement éducatif est mis en place afin de développer ses habiletés sociales.

Il est encore difficile de pouvoir réunir autour de la table M.Y. et les différents professionnels afin de réfléchir sur son parcours de réhabilitation. Pourtant sur le plan clinique, M. Y. est plus stable.

Si la seule présence de M.Y. avait été nécessaire au déroulement de la rencontre psychosociale, aucune réflexion conjointe n'aurait été posée. Aurait-il eu accès à une continuité de soins et à une prise en charge de réhabilitation psychosociale ?

Mercuel pose la question « aider au plus vite ceux arrivés récemment à la rue, puisque l'aide est plus légère à mettre en place, ou aider ceux qui y sont installés depuis très longtemps ? »²⁸. Effectivement, les personnes depuis peu à la rue acceptent plus facilement ce type de rencontre que les personnes précarisées depuis des années. Il semble donc souhaitable que la personne soit présente lors des rencontres psychosociales mais cela ne doit pas être la seule condition. En revanche, la condition sine qua non est bien entendu sa connaissance de cette concertation et son invitation. Même sans sa présence, sa participation peut-être implicite de par le compte-rendu qui lui sera remis.

1.7 Situation de M.S

M. S. est une personne connue depuis le début des actions de l'EMSP. Il a débuté son parcours en psychiatrie à l'âge de 17 ans. Il semble que son parcours de précarité ait débuté suite au décès de sa mère. Alors qu'elle gérait tout jusqu'alors (démarches administratives, et compliance au suivi psychiatrique), M. S. se retrouve alors à l'âge de 38 ans endetté et en rupture de soins. Un travail assez long mais bénéfique a été entrepris par les IDE vers une reprise de lien avec le secteur psychiatrique. Lors des interventions psychologue d'« éclairage de situations », un travail d'information est entrepris afin de permettre à l'équipe de mieux comprendre les comportements agressifs de M.S. en lien avec des difficultés de gestion de la frustration. La visée est donc de permettre à l'équipe de changer son regard (déstigmatiser) sur M.S. et d'adapter leur posture. L'équipe sociale de la structure suite à l'amélioration clinique de M. S. en lien avec sa reprise de soins psychiatrique a orienté Monsieur vers un dispositif d'accès au logement type CHRS.

Il a tenu ainsi environ deux ans. Depuis quelques mois, M. S. fréquente à nouveau les lieux d'accueil des personnes en situation de précarité et d'exclusion de sa commune.

²⁸ MERCUEL A. (2012). *op.cit.*, p 79.

La question amenée lors du rapport sur la santé des personnes sans chez soi²⁹ se pose. Ce Monsieur a effectivement un domicile mais a-t-il un « chez soi » ? Quel investissement a-t-il pu entreprendre ? N'est-ce pas juste une adresse administrative ? « La question du « chez soi » renvoie à la citoyenneté (notamment au respect des droits fondamentaux et constitutionnels) et à l'accomplissement d'une vie pleine et entière, et pas seulement à la protection contre les intempéries ou à des logiques de survie.

La rencontre psychosociale³⁰ de M.S. met en avant deux objectifs pour une meilleure prise en charge: l'appropriation psychique de son domicile par Monsieur et une meilleure continuité des soins.

1.7.1 Développement de l'empowerment

M. S. ne s'est pas rendu à cette rencontre psychosociale. Alors que les IDE ne l'avaient pas croisé sur les structures depuis son hospitalisation, deux jours avant la rencontre prévue, M. S. vient de lui-même voir une IDE sur un lieu de permanence. Il explique qu'il accepte qu'on se réunisse pour parler de sa situation mais ne se sent pas de venir car tous ces professionnels autour d'une table l'impressionnent. M.S. semble « être dans une illusion d'incompétence (Langer, 1979) »³¹.

Or, lorsque l'infirmière de l'EMSP livre le compte-rendu à Monsieur, celui-ci est mécontent de la phrase explicitant son absence :« M. S. s'est excusé de ne pas être présent pour cette réunion en mettant en avant son inquiétude de se retrouver face aux professionnels mais a accepté que la rencontre ait lieu »³². Avons-nous mal retranscrit ses propos ? Dans tous les cas, il semble intéressant que M.S. à travers la lecture du compte-rendu en présence de l'infirmière, puisse exprimer son point de vue et critiquer ce qui a été dit en son absence, donc avoir une pensée critique (une composante d'un des binômes des compétences psychosociales selon l'OMS). L'infirmière met en avant qu'en étant présent il aurait pu rectifier ou préciser les choses dites à son sujet. Elle a mis en avant sa compétence à se connaître, c'est-à-dire une

²⁹GIRARD V., ESTECAHANDY P., CHAUVIN P. (2009).*op.cit.*, p 1.

³⁰ Annexe 4 p. f

³¹ VINCENT M.-A. (2011). *op.cit.*, p 79.

³² Annexe 4 p. f

connaissance de lui que ne peuvent avoir les professionnels et donc l'importance de sa voix face aux professionnels.

1.7.2 Liens avec le secteur social

Lors de la lecture du compte-rendu, M.S. a pointé l'absence des structures sociales. Il a confié « se sentir rejeté de leur part ». Traits paranoïaques, réalité ? L'accueil de M. S. reste difficile pour les acteurs du social de par des comportements agressifs consécutifs à des sentiments de persécution.

Un travail est réalisé lors des interventions psychologue sous la forme d'éclairage de situations. Alors que M.S. était régulièrement exclu des lieux d'accueil de petit-déjeuner ou repas, celui-ci malgré des comportements compliqués à gérer dans une collectivité ne subit plus ce type de « punition ». Malgré tout, l'investissement des partenaires dans le projet de Monsieur reste limité.

Un compte-rendu a été envoyé à chaque association afin de les inclure malgré tout dans la prise en charge de Monsieur. Aucun retour n'a été effectué.

1.7.3 Continuité des soins

A l'heure actuelle, deux mois après cette rencontre psychosociale. M. S. est toujours en rupture de traitement. Mais, M. S. a raccroché avec le soin car il retourne à ses rendez-vous au CMP avec son psychiatre et l'assistante sociale. Le psychiatre, lors d'un échange téléphonique, a mis en avant le côté bénéfique de cette réunion, permettant à chacun de se positionner dans la prise en charge. Selon lui, la rencontre psychosociale a été un levier pour développer un lien de confiance avec M. S., levier alimenté grâce au lien de confiance créé avec les infirmières de l'EMSP depuis quatre ans. Actuellement, il travaille sur l'émergence d'une alliance thérapeutique avec M.S..

1.8 Situation de M.L.

M.L. est un jeune de 19 ans. L'EMSP est interpellé la première fois par son conseiller à

la mission locale ouest. Ce dernier aurait présenté des troubles du comportement lors d'une formation, entraînant son interruption.

Une infirmière de l'EMSP le rencontre alors dans les locaux de la MIO. M. L. exprime de fortes angoisses, des idées noires. L'infirmière décide de fixer un nouveau rendez-vous. Au fur et à mesure des entretiens « pré-thérapeutiques », des éléments allant vers l'hypothèse d'une entrée dans une pathologie psychiatrique est avancée. Effectivement, des éléments de dépersonnalisation émergent et M.L. dit entendre des voix. Il refuse tout lien avec le CMP. Mais il accepte de continuer les entretiens « pré-thérapeutiques ».

Une structure d'accueil familial temporaire contacte l'EMSP en demandant une intervention mobile pour un Monsieur présentant des bizarreries et présentant un repli interpellant de plus en plus l'accueillante familiale. A la prise de rendez-vous, surprise de l'équipe, il s'agit de M.L., celui-ci était resté très flou sur ses conditions d'hébergement. La coordinatrice sociale de M.L. ignorait quant à elle sa prise en charge par la mission locale. De son côté, elle l'accompagnait dans des démarches vers le pôle emploi.

Les entretiens pré-thérapeutiques continuent alors dans les locaux de la mission locale avec un lien avec les différents partenaires. L'infirmière accompagne M.L. en vue d'un passage de relai vers un psychiatre du CMP au regard des signes croissants allant dans le sens d'une pathologie psychiatrique. M. L. arrête de venir aux rendez-vous. Les semaines passent et selon les partenaires autour de M.L. son état se dégrade. Il est alors décidé d'organiser une rencontre psychosociale³³.

1.8.1 Qui inviter ?

Si les invitations du secteur social ne font pas de doute, l'équipe se questionne sur les invitations à réaliser du côté sanitaire. M. L. n'a encore eu aucun lien avec la psychiatrie. Un représentant du CMP accepterait-il de se déplacer, de donner du temps pour une situation inconnue qui, pourtant si M.L. adhère, deviendra la leur ?

Finalement, aucune invitation n'est envoyée au CMP. N'avons-nous pas été sous l'influence de nos représentations ? Si un représentant s'était déplacé, cela aurait pu faciliter

³³ Annexe 5 p g.

le relais. M.L. aurait pu mettre un visage sur un des professionnels du CMP. Le CMP aurait déjà connu la situation.

En interrogeant cette situation dans ce mémoire, l'idée émerge également que nous aurions pu inviter le médecin traitant de M.L..De plus, quand bien-même ces personnes ne seraient pas venues, nous aurions envoyé des comptes-rendus permettant déjà de l'inscrire dans un réseau communautaire.

Effectivement, ces rencontres sont censées améliorer le travail partenarial autour d'une personne afin d'améliorer différentes dimensions : citoyenne, santé, insertion,...Le non-lien de la personne avec le secteur sanitaire doit-il être un frein à ces rencontres ? La réponse est négative. Rappelons que l'enjeu principal de l'équipe mobile spécialisée est de faciliter l'accès aux soins. Or, l'organisation de rencontres psychosociales semble être un outil intéressant pour venir alerter le secteur sanitaire de situations complexes.

1.8.2 L'empowerment

L'empowerment de M.L. semble se développer au fur et à mesure de la rencontre, que ce soit dans son positionnement concernant la prise en charge sociale mais aussi sanitaire.

Selon N. Daumerie³⁴, inclure les usagers de santé mentale dans des projets, associations, dispositifs en tant que partenaire permet : de valoriser leurs connaissances, aptitudes et compétences, de favoriser leur implication dans la cité avec la population, de les rendre acteurs de la lutte contre la stigmatisation et de participer aux programmes de prévention et de soins en santé mentale.

Effectivement, alors que M.L. reste très silencieux, les relances pour écouter son point de vue semble le mettre en confiance. A la fin de la rencontre, il décide de se réinscrire dans la prise en charge sociale et sanitaire en donnant de lui-même son numéro de téléphone.

³⁴ DAUMERIE N. (2011). *L'empowerment en santé mentale : recommandations, définitions, indicateurs et exemple de bonnes pratiques*, La Santé de l'homme, n°413, pp. 8-10.

1.8.3 La prise en charge sociale

La rencontre psychosociale a eu lieu alors que le deuxième renouvellement de placement arrivait à son échéance. M.L. n'a pu accéder à un logement personnel, il s'est retrouvé en pension de famille. Il a alors stoppé la prise en charge mission locale et les entretiens avec l'infirmière. Nous n'avons actuellement plus de ses nouvelles.

Evolution du dispositif

1.9 La personne au centre du dispositif

Les rencontres psychosociales ont l'avantage d'impliquer la personne. Dans son parcours, il est encore rare qu'elle soit au centre des concertations qui la concernent.

Ces rencontres psychosociales viennent permettre l'émergence, voir le développement de l'empowerment de la personne exclue et présentant des troubles psychiques.

1.10 La demande

Actuellement, les rencontres psychosociales répondent à des demandes des équipes du social, des équipes du sanitaire ou de l'EMSP. Pour être organisées, les demandes émanant des partenaires doivent être validées par l'EMSP. Notre dispositif, alors qu'il se veut d'aider la personne à mieux s'intégrer dans la cité selon un réseau communautaire, ne répond-il pas un fonctionnement pyramidal régit par l'EMSP ? Comment permettre un fonctionnement horizontal où chaque partenaire serait acteur dans ces rencontres ?

Pour rappel, le SIAO, de son côté a également son fonctionnement de réunion. Comment mieux coordonner les actions de chacun ? Comment améliorer la mise en réseau communautaire ? Pour M.S. la demande a émergé de l'EMSP, le secteur sanitaire s'en est saisi mais pas les partenaires sociaux. N'est-ce pas dû à un manque d'échanges en réseau pour évoquer les situations ? Il existe des temps d'échanges autour des situations menées par la psychologue de l'EMSP. Mais n'y aurait-il pas nécessité de temps de concertation communs entre les différents partenaires sociaux ? Temps au cours desquels pourraient émerger conjointement des orientations pour les rencontres psychosociales.

A quel moment pourrions-nous instaurer ces réunions ?

Il existe des réunions de premier accueil pour trois villes incluent dans chaque secteur de l'EPSMR. Lors de ces réunions sont abordées les problématiques d'accueil des personnes sans domicile, sans logement. Ne serait-ce pas dans ces temps que les situations complexes pourraient être abordées pour ensuite décider ou non d'une rencontre psychosociale ? A cette réunion n'assistent que les structures de premier accueil des personnes sans domicile fixe (lieux d'accueil de journée) mais pas les CHRS. De plus, mis à part l'EMSP, les secteurs de psychiatrie n'y sont pas invités.

Les conseils locaux de santé mentale semblent répondre à notre questionnement. Effectivement, tous les partenaires sociaux et sanitaires y sont invités et le CLSM a la possibilité d'organiser des réunions autour de situations complexes et mettant en difficulté les professionnels. Les rencontres psychosociales pourraient être réfléchies et proposées dans ce cadre.

A la Réunion, aucun Conseil local de Santé Mentale n'a été créé à ce jour. Il devrait bientôt en exister un sur la commune de St Paul.

Au regard de l'analyse des rencontres psychosociales, l'impact sur la prise en charge n'est pas toujours celui escompté. Elles n'apportent pas forcément de solutions miraculeuses, mais l'avantage est qu'elles permettent l'ouverture à un questionnement. Ainsi, M.L., encore en prise à sa difficulté à reconnaître ses besoins sur le plan sanitaire et social, est donc dans l'impossibilité à formuler une demande. Mais doit-on attendre la demande de la personne ? Il y a navigation entre ingérence de principe et attente de demande d'aide.

Une rencontre psychosociale doit-elle se maintenir si la personne ne vient pas ? Il semble qu'il reste important que la personne soit informée et accepte qu'un compte-rendu lui soit fourni.

1.11 La temporalité

Les rencontres psychosociales ne doivent pas s'organiser dans l'urgence. Effectivement, « le temps à proprement parler n'est pas un facteur en lui-même, puisqu'en fait, c'est ce qui se

joue pendant le temps que dure l'action et ce qui permet que les nœuds se défasse véritablement. Il n'empêche que c'est un aspect à prendre en considération quand on co-construit un projet de promotion de la santé selon un principe d'*empowerment*. Il faut en effet du temps pour que les résidents et les professionnels du CHRS puissent arriver à donner un sens à la situation problématique, à mobiliser leurs ressources, à développer leurs compétences, à s'ajuster aux évolutions qu'ils perçoivent »³⁵.

Lors de la réponse au questionnaire d'évaluation des rencontres psychosociales, le travailleur social de M. L. évoque l'importance de mettre en place ce type de rencontre au début de la prise en charge et de « ne pas attendre un état de crise »³⁶. Il est difficile d'évaluer une urgence, professionnels du sanitaire et professionnels du social ayant une grille d'évaluation de l'urgence différente. N'y a-t-il pas des temps intermédiaires aux rencontres psychosociales à proposer ? Il serait intéressant d'accompagner des temps de réflexion sur la situation spécifiquement avec l'infirmier de l'EMSP et le psychologue de l'EMSP. Dans un temps ultérieur, lorsqu'une réflexion a été engagée par les différents professionnels, l'utilisateur, le partage de celles-ci se ferait lors de la rencontre psychosociale avec tous les partenaires.

1.12 Du soin ?

Il est intéressant de se pencher sur le terme « clinique communautaire », « la visée n'est pas d'abord thérapeutique, même si elle a des effets thérapeutiques »³⁷. Nous voyons que ce travail en réseau peut avoir des effets sur le projet de soin de la personne.

Les rencontres psychosociales permettent de mettre en relief la singularité de la situation, pour la personne elle-même, mais également pour tous les partenaires du réseau. Ainsi comme l'avance Mercuel « cette diversité ne peut se caractériser par une seule tournure et il serait plus opportun pour s'extraire des schémas dogmatiques de s'en tenir aux singularités des êtres plutôt qu'à une généralisation dangereusement réductrice »³⁸. N'est-ce pas cette prise en compte par le réseau communautaire qui aurait des effets thérapeutiques ?

³⁵ VINCENT M.-A. (2011).*op.cit*, p 80.

³⁶ Annexe 4 p.f

³⁷ CORRAL N., THOMAS N. (2011).*Promotion de la santé et empowerment*. Dans SAÏAS T., Introduction à la psychologie communautaire (p 109-122). Paris : Dunod. p 114.

³⁸ MERCUEL A. *op.cit*. p 21.

Conclusion

Les rencontres psychosociales semblent permettre un travail en réseau communautaire. Elles permettent d'élaborer des relations favorisant l'accueil, l'insertion et l'accès aux soins, en impulsant la mise en réseau, sur un territoire donné, des participants des deux champs et de leurs structures.

Les rencontres psychosociales atteignent bien l'objectif d'assurer une réflexion commune autour d'une situation et d'envisager des stratégies de prise en charge complémentaires. Elles ne sont pas là pour apporter une solution mais pour faciliter la conscientisation, de permettre aux personnes en situation de précarité et d'exclusion présentant un problème de santé mentale et aux professionnels d'avoir un regard informé et critique sur une situation problématique. Wallerstein³⁹ définit l'empowerment comme un « processus d'action sociale par lesquels les individus, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leurs vies en changeant leur environnement social et politique pour accroître l'équité et améliorer la qualité de la vie ». Les rencontres psychosociales semblent agir sur l'empowerment de la personne. Elles semblent également agir sur l'empowerment des institutions. Effectivement, le fait d'évoquer des pratiques autour de situations semblent renforcer l'estime des institutions quant à leurs actions. Avant une rencontre psychosociale, un professionnel du social semblait démuni quant aux objectifs à poser avec une personne suivi depuis peu. La rencontre psychosociale a mis en avant ses compétences spécifiques dans la prise en charge de cette personne et complémentaire avec le secteur sanitaire. Il serait néanmoins intéressant d'évaluer l'impact de ces réunions sur l'empowerment des institutions sanitaires et sociales.

Du point de vue organisationnel, pour se placer dans une dynamique de réseau communautaire, la création de CSLM semble être l'espace le plus indiqué pour la mise en place de ces rencontres psychosociales.

Lors de ce travail, des fiches évaluatives des rencontres psychosociales⁴⁰ ont été envoyées aux partenaires et usagers présentés dans cet écrit. Du fait de l'envoi tardif de ces questionnaires, un seul⁴¹ nous a été retourné. Le travailleur social questionne le partage du

³⁹ WALLERSTEIN N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ?*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

⁴⁰ Annexe 6 p. h

⁴¹ Annexe 7 p. i

secret professionnel dans le partenariat entre le social et le sanitaire. Cette question n'a été abordé que succinctement dans cet écrit. La présence de l'utilisateur nous semble être le gage de ce qu'il souhaite partager ou non avec les différents intervenants que ce soit au niveau des informations médicales et sociales. Mais, au vu ce retour, cet intervenant du social est dans l'attente d'une meilleure connaissance de la pathologie de la personne. Des interventions de sensibilisation autour du secret professionnel sont réalisées. Comment démystifier le secret professionnel médical ? Quels outils communs pourraient être utilisés pour échanger au mieux dans le respect du secret professionnel, discrétion professionnelle de chaque corps de métiers ?

Bibliographie

ANDERSON J.-M. (1996). *Empowerment patients: Issues and Strategies*, Social Sciences Medicine, Vol.43 n°5 pp. 697-705.

ANTONIO B., BEREAU M., CZERMAK M., MARTIN J.-P., MERCUEL A., MINARD M., PIEL E. (juin 1996). *Rapport du groupe de travail psychiatrie et grande exclusion*, Secrétariat d'Etat à l'action humanitaire d'urgence, Paris.

BERNARDET P., DOURAKI T., VAILLANT C., *Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe*. Paris, Erès, 2002.

BRICKNER PW, MC ADAM JM, TORRES RA, et al. Providing health services for the homeless: a stitch in time. *BulNY Acad Med* 1993; 70: 146-70.

BOURDIEU P. (1993). *La Misère Du Monde*, Paris : Seuil.

BURTON M., BOYLE S., HARRIS C., KAGAN C. (2007). « *Community psychology in Britain* », in S. Reich, M. Riemer, I. Prilleltensky et M. Montero (éd.), *International Community Psychology* (p. 219-237), New York, Springer.

Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005

Circulaire n° DGCS/USH/2010/252 du 7 juillet 2010 relative au service intégré d'accueil et d'orientation.

DAUMERIE N. (2011). *L'empowerment en santé mentale : recommandations, définitions, indicateurs et exemple de bonnes pratiques*, La Santé de l'homme, n°413, pp. 8-10.

EHRENBERG (1995), *L'individu incertain*, rééd. Hachette, coll. « Pluriel », 1999.

FURTOS J. et LAVAL Cl. (2005). *Souffrir sans disparaître*, in *La Santé mentale en Actes*, Toulouse, Erès, p. 8-38.

FURTOS J. et coll. (2008). *Les cliniques de la précarité. Contexte Social, psychopathologie et Dispositifs*, Issy-les Moulineaux : Masson.

GABORIAU P., TERROLLE D. (2003). *Ethnologie des sans-logis : étude d'une forme de domination sociale*. Paris, L'Harmattan.

GIRARD V. (2004). *Visite à domicile chez des sans domicile. Approche anthropologique et clinique du travail de rue à New Heaven (Etats-Unis)*. Marseille, Faculté de médecine, Thèse de doctorat en médecine.

GIRARD V., ESTECAHANDY P., CHAUVIN P. (2009). *La santé des personnes sans chez soi, plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*, rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports.

GOUDET B. (2005). *Prise en charge en médecine de ville des personnes en situation de précarité. Etude de faisabilité*, Toulouse.

JOLY P. (1997). Prévention et soins de maladies mentales : bilan et perspectives, Journal Officiel de la République Française 1997 N°14.

KOVESS V., MANGIN-LAZARUS C. (1997). *La santé mentale des sans-abris à Paris: résultats d'une enquête épidémiologique*. Rev Fr Psychiatr Psychol Med ; 9 :17-24.

LAVAL C. (2009). La santé mentale en train de se faire. A la recherche d'un sens démocratique. *Revue CREA PACA-CORSE "Autour de la question du sens"*. Repéré à l'URL : www.orspere.fr/IMG/pdf/Microsoft_Word_-_PACA_2.pdf

MERCUEL A. (2012). *Souffrance psychique des sans-abri. Vivre ou survivre*, Paris : Odile Jacob.

OMS (2010). CBR and Mental Health. In WHO. Community-Based Rehabilitation, Supplementary Booklet. <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html>.

PEGON G. (2011). *Le traitement clinique de la précarité. Collectifs d'intervention, parcours de vulnérabilité, pratique de care : l'exemple du Carrefour Santé Mentale Précarité du département de l'Ain*, thèse d'anthropologie et de sociologie, université Lumière Lyon 2. Disponible sur http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2011/Pegon_G.

PIEL E., ROELANDT J._L. (2001). *De la Psychiatrie vers la Santé Mentale*, rapport de Mission. Disponible sur <http://www.spep.fr/rappelroel.pdf>.

QUESEMAND ZUCCA S. (2007). *Je vous salue ma rue. Clinique de la désocialisation*, Stock.

De RIVOYRE F. et coll. (2001). *Psychanalyse et malaise social : désir du lien ?*, Ramonville Saint-Agne : Erès.

SAÏAS T. et coll. (2011). *Introduction à la psychologie communautaire*. Paris : Dunod.

SaMentA (2010). *Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France*, Observatoire du Samu social de Paris, Inserm.

VERGER M.-C. (2000). *Lorsque le travailleur social n'idéalise plus la psychiatrie*, in Rhizome, n°1.

WALLERSTEIN N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ?, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Annexes