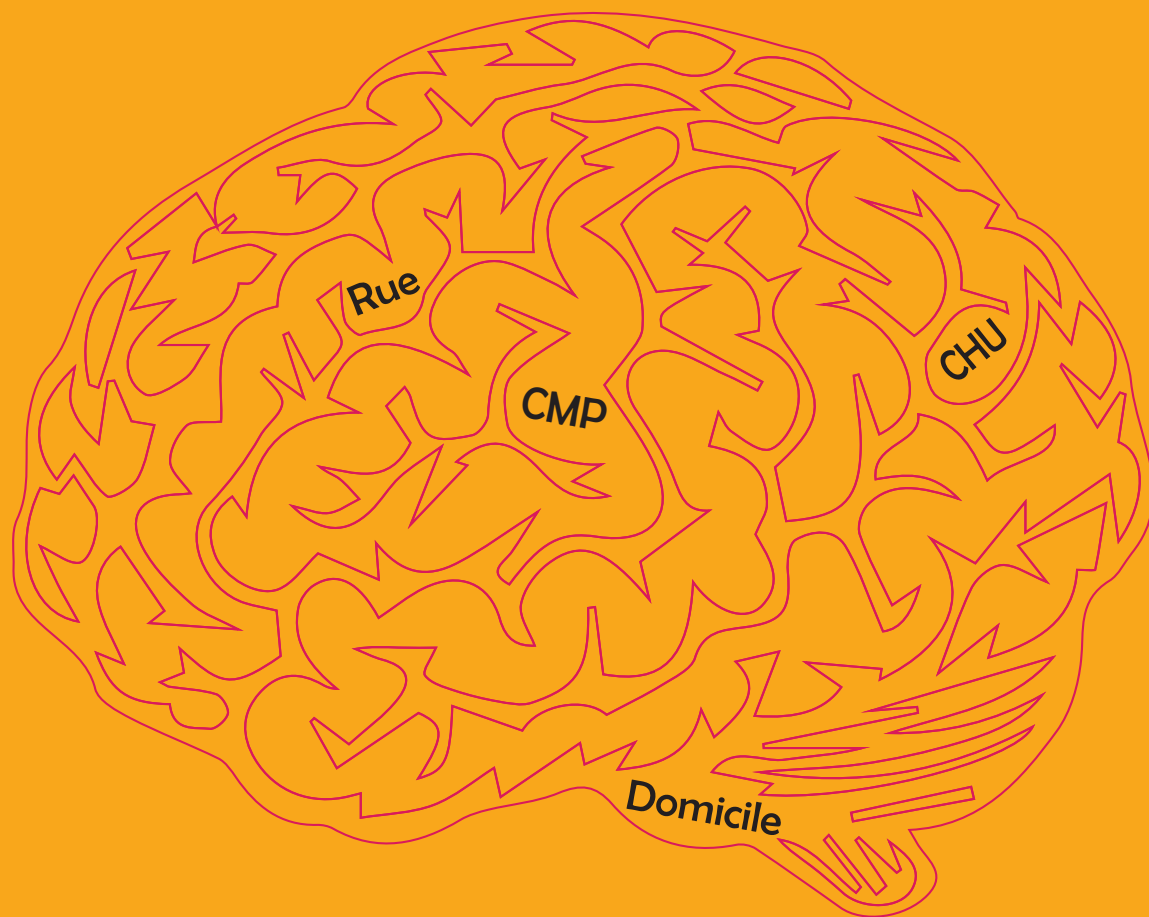


La revue de l'atelier

#5
JUILLET 2015

PSYCHIATRIE, PRÉCARITÉ ET ALLER VERS



QU'EST-CE QUE L'ATELIER ?

Afin de remplir au mieux sa mission de veille, d'accueil et d'orientation, le Samusocial de Paris a ouvert un espace d'échanges et de réflexion : l'atelier du Samusocial de Paris. Au rythme de rencontres thématiques trimestrielles, l'atelier propose aux différents acteurs de la lutte contre la grande exclusion de réfléchir sur les pratiques et représentations, savoirs et savoir-faire. La revue de l'atelier offre une trace écrite et un prolongement de ces rencontres.

SOMMAIRE

MÉANDRES	03
DOSSIER	
L'ALLER VERS EN PSYCHIATRIE	05
LE RÉSEAU DES EMPP	07
CRÉER DES RELATIONS DE CONFIANCE	08
RESTER EN POSITION DE TIERS	10
L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE	12
LE SMES : UN SUIVI SOCIAL THÉRAPEUTIQUE	12
REPORTAGE	14
INTERVENIR AU DOMICILE DE LOCATAIRES SANS DEMANDE	
ENTRETIENS	
FONCTIONNEMENT DU CPOA	19
L'ACCÈS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES DES PERSONNES TOXICOMANES	21
TÉMOIGNAGES	23

REMERCIEMENTS

Nous remercions Isabelle Andreu, Alain Mercuel, Marianne Auffret et son équipe, Raphaël Gourevitch et Catherine Péquart pour leur participation à la rencontre de l'Atelier qui s'est tenue le 8 juin 2015, Laurent Muldworf, Jean-Pierre Leguay, Jean-Luc Le Brech, Elodie Pommier, Marie Joigneaux, Hervé Garnier, Christian Douaud et Angèle Talon pour les entretiens qu'ils nous ont accordés, Luc Le Guellec pour le récit de sa journée de travail, ainsi que Lionel, David, Liliane, Patrick et André pour la confiance qu'ils nous ont accordée en nous livrant un témoignage de leur expérience de la psychiatrie.

Un grand merci également aux personnes qui ont participé à l'atelier dessin du LHSS Paul Brousse, dont nous reproduisons ici les oeuvres.

REVUE DE L'ATELIER - JUILLET 2015 -
59, RUE LEDRU ROLLIN - 94 200 IVRY-SUR-SEINE
WWW.SAMUSOCIAL.PARIS

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : CHRISTINE LACONDE • RÉDACTEUR EN CHEF : STÉPHANE DELAUNAY • RÉDACTRICE EN CHEF ADJOINTE : JULIA PEKER • DESSINS : ATELIER DESSIN LHSS P BROUSSE, S. DELAUNAY • IMPRESSION : STIPA.

MÉANDRES

En 2009, l'Observatoire du Samusocial de Paris menait une enquête sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Île-de-France, l'enquête Samenta.

Les premiers résultats estimaient à un tiers de la population les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères, une prévalence dix fois plus importante qu'en population générale, particulièrement élevée dans les dispositifs d'accueil d'urgence. L'enquête relevait également que si l'observance du traitement n'est pas moins bonne que dans la population générale, le maintien dans le soin est très problématique pour la plupart des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères.

DES SOINS AMBULATOIRES PEU ADAPTÉS

La psychiatrie de secteur qui s'est mise en place depuis les années 60 a mis fin à une psychiatrie asilaire aux effets délétères, pour proposer des soins ambulatoires ancrés sur le territoire, donnant à tous un droit d'être soignés sans être pour autant reclus dans des lieux clos, isolés de son milieu. Ce dispositif commun de la psychiatrie repose

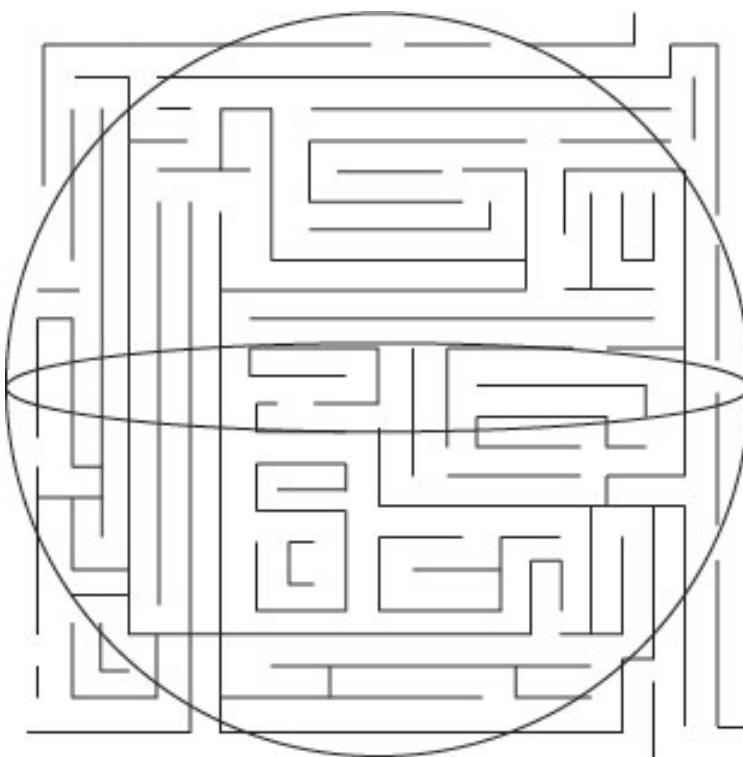
toutefois sur un certain nombre de principes de fonctionnement peu adaptés aux personnes en grande précarité : la formulation d'une demande explicite et persistante de soins, la logique de

sectorisation, la venue régulière et ponctuelle aux rendez-vous proposés par les CMP (Centres Médico-Psychologiques) où sont sectorisés les patients. Alors même qu'elle avait d'abord pour vocation de permettre l'inclusion, la psychiatrie de secteur s'est montrée peu accessible aux personnes sans logement personnel.

LA NÉCESSITÉ DE DEVELOPPER UN «ALLER VERS»

En complément du dispositif général de la psychiatrie de secteur s'est donc déployé tout un réseau d'équipes mobiles de psychiatrie pour aller vers les personnes précaires afin de les aider à accéder

aux soins psychiatriques : aller vers ceux qui n'expriment pas une demande explicite de soins, leur proposer une forme de soin souple et disponible, pour parvenir à les orienter vers le dispositif général de la psychiatrie dans la mesure du possible.



Ces équipes mobiles de psychiatrie pluridisciplinaires sont destinées à aider à la fois les personnes précaires à accéder aux soins, et les acteurs de terrain parfois démunis face à certaines situations qui pourraient relever de la santé mentale.

Ce réseau d'interfaces aux paramètres d'action variables a toutefois pour effet d'opacifier un monde du soin déjà peu lisible dans son dispositif général. La création de nouvelles équipes propose sans cesse des micro-dispositifs spécifiques, pour des micro-populations, sur de micro-territoires. Le paysage du soin est devenu tellement multiple qu'il est difficile de s'en saisir, aussi est-il important de décrire précisément les actions de ces différentes équipes.

Comment ce réseau d'équipes médico-sociales s'articule-t-il au dispositif de la psychiatrie générale ? Vers quoi vont ces équipes mobiles ? Comment travaillent-elles pour susciter une demande qu'elles cherchent ensuite à orienter vers le droit commun ?

.....

/// L'accès aux soins pose problème pour un certain nombre de personnes, et pas seulement les personnes sans domicile.

Isabelle Andreu, psychiatre, équipe mobile EMILI



L'ALLER VERS EN PSYCHIATRIE

Petit historique du déploiement d'une psychiatrie de proximité



La mise en place de la psychiatrie de secteur est un mouvement de santé très important du 20^{ème} siècle, qui a complètement transformé la psychiatrie publique en France. Dès avant-guerre se pose la question de l'encombrement des asiles, et la mort surnuméraire de 40 000 internés dans les hôpitaux psychiatriques pendant la Seconde Guerre mondiale, par abandon et malnutrition, accuse sans retour le caractère concentrationnaire de l'univers asilaire, et la nécessité de moderniser les hôpitaux. Dès 1949, on trouve dans la littérature psychiatrique des textes qui posent les bases du secteur psychiatrique : ancrer la psychiatrie dans le territoire, soigner les gens là où ils vivent, en leur proposant une équipe pluridisciplinaire médico-sociale. Ce mouvement milite pour une psychiatrie hors les murs de l'hôpital, inscrite dans le territoire, proposant des soins sans pour autant retrancher les patients de leur milieu et de leur famille. La circulaire de 1960 entérine cette approche nouvelle qui divise les départements en un certain nombre de secteurs géographiques, au sein desquels une équipe médico-sociale

est en charge d'assurer pour tous la continuité des soins entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation lorsque c'est possible, les soins avec hospitalisation et la surveillance de postcure pour travailler à mieux prévenir les rechutes, éviter de désadapter les malades en les reléguant dans des hôpitaux isolés, et les maintenir au cœur de leur environnement le plus possible.

Depuis, la psychiatrie de secteur s'est généralisée, avec certaines limites : les équipements sont très disparates selon les territoires, les soins ambulatoires ne sont accessibles qu'aux patients qui en font la demande et relèvent des conditions d'attribution du secteur, les visites à domicile des CMP sont rares. L'accès aux soins pour les patients qui ne formulent pas de demande explicite se fait donc à l'hôpital quand leur état le nécessite, mais depuis les années 90, la diminution drastique et continue du nombre de lits d'hospitalisation a considérablement modifié le fonctionnement de la psychiatrie : de 1989 à 2000, le nombre de lits a chuté de 43%, et cette diminution n'a pas cessé depuis. Dès lors, le soin hospitalier se resserre sur

le temps strictement nécessaire au traitement médical.

C'est dans ce contexte que sont apparues un certain nombre d'équipes mobiles de psychiatrie pour compléter le système de soin général, et notamment aller vers ceux qui trouvent difficilement accès à ce dispositif : les personnes sans domicile, les patients âgés, ceux qui souffrent de certaines pathologies ou de comorbidités. Beaucoup sont dans des interstices aveugles du dispositif.

S'OCUPER DES PERSONNES EN TRÈS GRANDE PRÉCARITÉ

Dès les années 80-90, certains professionnels ont commencé à aller vers ceux n'ayant ni domicile ni lieux de vie stables, donnant naissance de façon très empirique aux futures EMPP, Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité. Depuis 1995, une centaine d'équipes se sont ainsi développées en France, avant de voir leurs missions cadrées par la circulaire de 2005.

Les EMPP ont pour première mission d'amener ou ramener vers le soin que justifie leur état les personnes en très grande précarité : aller à leur rencontre, dans la rue, en CHRS, en LHSS et de manière générale dans tous les lieux où les gens ne sont pas dans un domicile fixe, les repérer et les évaluer afin de voir si leur état est lié à une pathologie mentale, les orienter, mettre ou remettre les gens en contact avec le CMP.

Seuls 15% des patients qui ont besoin de soins en psychiatrie en France sont hospitalisés. Le fait de vivre à la rue avec un trouble psychiatrique ne signifie pas que

les personnes devraient être hospitalisées. Les hospitalisations sous contrainte sont donc peu pratiquées.

COLLABORER AVEC LES ACTEURS DE TERRAIN

Les EMPP exercent également une mission de soutien important auprès des acteurs de première ligne pour les former à mieux accueillir les personnes souffrant de troubles psychiatriques, les informer, élaborer une dynamique décloisonnée.

.....

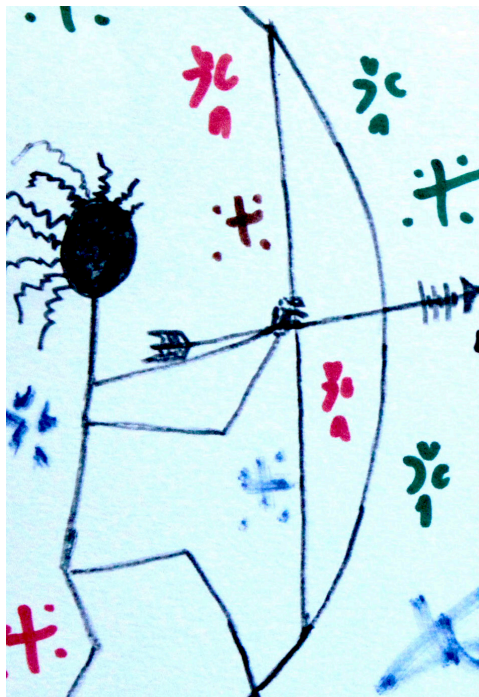
LE RÉSEAU DES EMPP

LAURENT MULDWORF, PSYCHIATRE

LAURENT MULDWORF EST PSYCHIATRE DANS L'EMPP D'ASM 13. DEPUIS 1999, IL EXERCE ÉGALEMENT AU CMP D'ASM13-PHILIPPE PAUMELLE.

Pourquoi s'est créé le réseau des EMPP ?

Dès le départ il était clair que la psychiatrie de secteur n'était pas adaptée aux personnes SDF. Ce dispositif s'adresse aux personnes qui souffrent de psychose chronique, il s'articule autour de la continuité des soins, et suppose une demande explicite. Pour les SDF, la première porte d'entrée vers la psychiatrie était le CPOA, qui désignait arbitrairement un secteur pour cinq ans et contraignait les personnes à s'y tenir. Les EMPP ont pris la suite. Elles essayent de faire entrer les SDF dans la psychiatrie de secteur et de les y maintenir. L'enquête Samenta menée par l'Observatoire du Samusocial de Paris a montré que 56% des SDF venaient de l'étranger, et que les pa-



thologies dont ils souffraient étaient avant tout des pathologies liées aux traumatismes et à l'exil. Cette frange de la population est relativement demandeuse de soins. Le plus difficile est de travailler avec l'autre partie, la petite frange de psychotiques qui sont dehors ou en centres d'hébergement depuis la fermeture de 2/3 des lits d'hospitalisation. Une grande partie de la population SDF souffre de comorbidités très complexes : addictions, troubles de la personnalité, ruptures biographiques. C'est avec eux que le soin est le plus difficile.

Dans quelle mesure estimez-vous que les SDF accèdent aux soins aujourd'hui ?

La moitié d'entre eux ne sont pas soignés du fait d'une certaine mauvaise volonté des secteurs psychiatriques d'une part, qui ont une forme de réticence à s'encombrer de ces patients très difficiles à suivre, et du fait de la mauvaise volonté des malades d'autre part. L'absentéisme aux rendez-vous, les ruptures de soins sont la règle. «L'aller vers», ce n'est pas seulement le point de départ. Il faut tout le temps aller vers ces personnes, attraper au vol une demande souvent très volatile. Soigner des SDF

est aujourd'hui encore un engagement militant.

Combien de personnes voit l'EMPP ?

304 par an, rencontrées principalement dans les CHRS du 13ème. Environ 50% sont orientées en centres de soin, une quinzaine sont hospitalisées.

En quoi consiste votre travail quotidien ?

Beaucoup à faire du lien avec les équipes, à prendre soin de celles qui sont en première ligne. Le plus difficile, ce sont les situations d'urgence avec agitation sous l'emprise de l'alcool, la fidélisation au traitement et au sevrage. Ce travail d'accompagnement demande beaucoup de temps.

Quelle est la part du psychiatre dans l'EMPP ?

En théorie 0,2 équivalent temps plein. Dans la pratique, c'est presque un mi-temps. Nous sommes 3 psychiatres sur ce poste. C'est à la fois un travail clinique et un travail auprès des équipes, et de lien avec les partenaires, les institutions, les élus.



CRÉER DES RELATIONS DE CONFIANCE

JEAN-PIERRE LEGUAY, PSYCHOLOGUE

JEAN-PIERRE LEGUAY EST PSYCHOLOGUE À L'EMPP D'ASM 13 DEPUIS 2008. L'ÉQUIPE COMPTE 0,2 ETP DE TEMPS MÉDICAL, 1 ETP D'ASSISTANT SOCIAL ET 1 ETP DE PSYCHOLOGUE. ELLE COUVRE EXCLUSIVEMENT LE 13^{ÈME} ARRONDISSEMENT DE PARIS, QUI COMPTE 30% DES STRUCTURES D'HÉBERGEMENT PARISIENNES.

Comment travaillez-vous ?

Nous travaillons beaucoup avec les structures d'hébergement de l'arrondissement : centres d'hébergement, maisons maternelles, habitats précaires, foyers étudiants. Nous y tenons parfois des permanences, nous intervenons à leur demande quand ils ont des problèmes avec leurs résidents, sur signalement des

maraudes. Notre spécificité, c'est que nous sommes hébergés par le CMP, les relations sont ainsi plus fluides pour les personnes qui ont besoin d'être vues en urgence.

Vous recevez les personnes dans vos locaux ?

Oui, nous recevons sur rendez-vous, avec plus de souplesse que le CMP souvent sur-

chargé. Nous nous déplaçons également.

Faites-vous des suivis ?

En théorie, les EMPP n'ont pas pour mission de faire des suivis mais d'amener les personnes vers le droit commun. Toutefois, je suis sept ou huit personnes avec lesquelles j'ai créé une relation de confiance. Certaines sont suivies par le



psychiatre du CMP pour les médicaments, mais le travail psychique se fait avec moi. C'est un choix d'équipe de nature éthique, et il en va de même pour les questions sociales.

Avez-vous des difficultés à sectoriser les personnes ?

Non, depuis six mois, une nouvelle mesure a été décidée par le CPOA : toute personne résidant dans une structure d'hébergement depuis plus de trois mois est sectorisée d'office sur l'arrondissement de la structure, sans avoir besoin de passer par le CPOA. Cela vaut également pour les personnes qui dorment dehors mais ont un bassin de vie bien

■ ■ En l'absence de réponse du secteur, les gens n'ont que SOS Psychiatrie à 150 € la visite.

installé sur l'arrondissement. La politique de secteur a un fort ancrage dans le 13ème, puisque Philippe Paumelle l'a beaucoup portée dans les années 50, critiquant la maltraitance des patients internés. Il a créé l'Association de Santé Mentale du 13ème en 1958, avec pour objectif des solutions thérapeutiques hors des murs de l'hôpital, au plus près du bassin de vie et de la réalité quotidienne des personnes, en lien avec leur quartier.

Le CMP Philippe Paumelle a-t-il une dimension mobile ?

Il l'a eu, mais aujourd'hui il y a moins de visites à domicile du fait de la surcharge de travail. La psychiatrie de proximité est essentielle : beaucoup de familles sont confrontées à la maladie mentale, appellent le CMP de leur arrondissement qui propose des rendez-vous à plusieurs mois, alors que les personnes sont en crise. De

ce côté-là il y a une vraie faille du secteur. Il nous arrive souvent de donner un coup de main au CMP et d'intervenir en urgence à domicile pour hospitaliser une personne en état de crise majeure. En théorie, le CPOA peut se déplacer dans certaines circonstances, mais c'est très rare, et en l'absence de réponse du secteur, les gens n'ont que SOS Psychiatrie à 150€ la visite ! Une des vraies failles de la psychiatrie, c'est de ne pas répondre à la détresse des familles.

Avez-vous des exemples de personnes que vous suivez ?

Il y a un homme arrivé en centre d'hébergement après une longue période de vie dans sa voiture. Le centre me l'a adressé, très déprimé, sur la réserve. A priori cette personne n'avait pas besoin de traitement mais de thérapie. Je le vois maintenant toutes les semaines depuis trois ans, il a

fait un vrai travail psychique, va beaucoup mieux et a repris un travail.

Je suis également depuis deux ans une jeune femme qui vit en foyer étudiant, et n'a jamais pris de traitement autre qu'un somnifère. Lorsque je l'ai rencontrée, elle avait des pratiques à risques, comas éthyliques, rapports sexuels non protégés, aujourd'hui elle a un master2 de la Sorbonne, et continue ses études pour une spécialité. Une autre, étudiante, dormait dans le local-poubelles de l'université, elle est venue d'elle-même nous voir en trouvant notre numéro dans un guide. Elle était dans un état de grande mélancolie, restait sans manger plusieurs jours. Cette jeune femme est sectorisée, mais elle aussi a besoin de suivi psychologique et pas seulement d'un traitement.



RESTER EN POSITION DE TIERS

JEAN-LUC LE BRECH, ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL

JEAN-LUC LE BRECH EST ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL DANS L'EMPP MAISON BLANCHE DEPUIS 2002.

Quelle est la mission des EMPP ?

Elle est double : aller vers les personnes en situation de précarité, faire un travail d'évaluation et d'orientation vers les lieux de soin quand c'est nécessaire, et proposer une aide aux aidants dans les structures qui accueillent ces personnes afin d'améliorer la prise en charge.

Nous faisons beaucoup d'après-soutiens dans les centres d'hébergement, les accueils de jour, les maisons relais en intervenant dans les réunions d'équipe pour réfléchir au positionnement, soutenir l'accompagnement, suggérer des postures dans la manière de guider la prise en charge.

Nous avons également pris le parti de répondre aux demandes du SSDP et du CASVP pour pallier le peu de visite

à domicile des CMP. Il y a une vraie défaillance institutionnelle de ce côté-là.

Comment pratiquez-vous «l'aller-vers» ?

Nous intervenons à la demande des maraudes, des accueils de jour, des administrations, des hôpitaux. Chaque année nous comptons entre 100 et 120 services demandeurs, pour 300-350 signalements différents. La difficulté n'est pas d'entrer en relation avec les personnes mais de dépasser le vernis du « tout va bien ».

Faites-vous du suivi ?

Nous voyons les personnes le nombre de fois nécessaire pour comprendre la situation, saisir les dysfonctionnements, voir quelles sont les difficultés de la personne, quelles réponses nous pouvons lui apporter pour apaiser son quotidien et le rendre plus confortable, mais nous ne faisons pas de prise en charge.

Nous intervenons toujours en position de tiers. L'enjeu pour nous est d'orienter, s'il peut y avoir du soin. Rester trop longtemps sur une situation peut participer de l'échec. De toute façon nous ne pouvons pas être aussi performants qu'un vrai lieu de soin.

Si rien n'est possible, il peut arriver que nous nous retirions pour revenir un an après, à un moment qui sera peut-être plus propice.

Comment faites-vous pour que le lien soit possible à des échéances si éloignées ?

Nous restons disponibles pour donner au service demandeur des conseils dans son accompagnement. Sur 300 signalements annuels, un tiers sont des situations connues antérieurement.

Vers quel type de soin orientez-vous ?

Le soin au sens large, parfois le soin psychiatrique, mais souvent aussi le soin somatique. Nous n'orientons pas systématiquement vers un suivi psychiatrique les personnes qui ont des troubles avérés. Si la personne ne dysfonctionne pas dans son espace de vie, et que la situation peut être tenable, souvent il vaut mieux ne pas briser cet équilibre qui a une fonction protectrice, surtout s'il n'y pas de perspective de changement de cadre de vie prochain et durable. Plus la personne est isolée, installée dans la rue, plus le projet de soins sera difficile à mettre en place. Pour des personnes depuis longtemps installées en rue, il est rare que nous fassions directement des orientations vers le CMP. Souvent

■ ■ Sur 300 signalements annuels, un tiers sont des situations connues antérieurement.

VIGNETTES CLINIQUES

il y a d'autres comorbidités, nous passons alors plutôt par l'hôpital général ou par les centres d'addiction quand les personnes ont des consommations, c'est un biais qui permet parfois d'aller vers ce qui est acceptable en terme de soins par la personne.

Quand il n'y a ni problème somatique ni problème d'addiction, on travaille plus sur l'aspect psychique, mais toujours avec l'idée de travailler sur un mieux-être.

Faites-vous parfois des prescriptions ?

Jamais, pour être sûrs de rester toujours en position tierce. Certaines EMPP le font, y compris des injections retard, pas nous. Il est préférable de médiquer le moins possible lorsque les personnes sont à la rue : le délire a une fonction protectrice, d'un point de vue psychique mais aussi parce que les personnes délirantes se font moins agresser.

De même, nous faisons rarement d'ouverture de droits, car c'est plus efficace si les démarches démarrent là où elles pourront se poursuivre.

Mr P

Nous avons rencontré Mr P il y a un an, il vivait dans un centre d'hébergement du 18^{ème} et subissait un fort sentiment de persécution, qui nuisait beaucoup à sa cohabitation avec les autres résidents. Nous l'avons rencontré pour tenter d'atténuer les tensions dans le centre, et au vu des troubles, lui avons proposé de discuter avec un psychiatre pour réfléchir à ce qui lui arrivait, voir s'il pourrait prendre un traitement qui lui permettrait d'être moins parasité et de vivre un quotidien plus facile. Comme il était depuis trois mois dans le centre, nous avons réussi à négocier avec le CMP, mais Mr P a refusé le rendez-vous.

Quelque temps plus tard, la situation n'étant plus tenable, le centre a renégo-cié avec lui une orientation vers le soin, en arguant du fait qu'il ne pourrait pas maintenir son hébergement s'il ne faisait rien. L'idée était déjà qu'il accepte de nouveau de nous rencontrer. Après un an, Mr P a fini par aller au CMP, craignant de perdre sa place. Nous l'avons rassuré autant que possible : sur ses troubles, sur ce qu'était un CMP, un psychiatre, en lui disant qu'il n'aurait peut-être pas de traitement. Nous lui avons également proposé de l'accompagner à son RDV avec le médecin. L'accroche s'est faite, et il a finalement accepté le traitement que le psychiatre lui a proposé. Parfois les accompagnements vers le soin psy-

chiatrique fonctionnent, en général il faut l'alliance de plusieurs personnes qui vont dans le même sens, c'est très compliqué si on est isolé.

Mr A

Signalé par un accueil de jour, Mr A n'a d'abord pas voulu nous rencontrer. Suite à des actes de violence en accueil de jour, la police a dû intervenir, et Mr A a été hospitalisé 48h sous contrainte à Maison Blanche avant de retourner à la rue. Nous l'avons alors rencontré à la porte de l'accueil de jour, où il passait beaucoup de temps. Nous avons refait un accompagnement au CPOA avec son accord, pour qu'il soit hospitalisé. Après un bon mois, lorsqu'il est sorti de l'hôpital, nous l'avons soutenu dans ses soins ambulatoires en l'accompagnant au CMP. Nous allions le chercher à l'accueil de jour, et dans les trois mois qui ont suivi, nous avons trouvé une place d'hébergement en insistant auprès du SIAO. Il y est depuis maintenant deux ans, il va toujours au CMP, mais uniquement si nous maintenons l'accompagnement. Malgré tous nos efforts pour rester en position de passeur, nous restons l'équipe référente pour lui. Nous sommes toujours très vigilants à ce que la personne investisse l'espace où elle est accueillie. Lorsque Mr A a été hospitalisé nous ne sommes pas allés le voir, pour ne pas parasiter le lien avec l'hôpital car c'est sur ce lieu que le soin pourra être opérant.

L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

ÉLODIE POMMIER, PSYCHOLOGUE

ELODIE POMMIER INTERVIENT DEPUIS QUATRE ANS AU SAMUSOCIAL DE PARIS EN TANT QUE PSYCHOLOGUE DU RSP, LE RÉSEAU SOUF-FRANCE ET PRÉCARITÉ. ELLE REÇOIT UNE FOIS PAR SEMAINE AU CENTRE D'HÉBERGEMENT ROMAIN ROLLAND LES PERSONNES ACCUEIL-LIES EN URGENCE ET EN CONTINUITÉ.

***Voyez-vous plutôt des per-
sonnes accueillies en conti-
nuité ou pour une nuit ?***

Les deux. Parfois il y a telle-
ment de personnes en urgence

que je n'ai pas le temps de voir
celles qui sont stabilisées.

***Y a-t-il des personnes qui
ne voient pas d'autre psy-
chologue ou psychiatre que
vous ?***

Soit je rencontre les personnes
une fois et j'arrive à les orien-
ter vers le soin très rapide-
ment, soit c'est trop long et de
fait un suivi se met en place
avec moi. Souvent il est très
pénible d'avoir à se raconter
encore une fois auprès d'un
nouveau professionnel. Cer-
tains ne veulent pas aller vers
le soin et font de fait un suivi

avec moi. D'autres vont au CMP
voir le psychiatre une fois par
mois, mais l'alliance thérapeu-
tique s'est faite ici. Beaucoup
ne voient que moi depuis
longtemps. Par exemple, nous
suivons depuis une dizaine
d'années une personne qui
fréquente l'ESI mais ne vient
jamais en centre d'héberge-
ment. A mon arrivée, nous
allions la voir de manière infor-
melle mais régulière sur son
lieu de vie, puis nous lui avons
proposé de venir nous voir au
CMP du 12^{ème} où le RSP est
hébergé. Depuis, elle n'a ja-
mais raté un rendez-vous, en

revanche elle refuse formelle-
ment d'aller au CPOA pour être
sectorisée sur un CMP, car pour
elle le psychiatre est associé au
fait d'être fou. Elle se contente
d'aller voir le psychiatre du RSP
de temps en temps quand elle
ressent le besoin de médica-
ments pour dormir, mais ce se-
rait bien d'avoir le point de vue
d'un psychiatre pour avancer,
car cette personne est envahie
d'angoisses.

Pourquoi ce blocage ?

Sans doute parce qu'une ren-
contre a eu lieu avec moi, mais
peut-être que si un psychiatre

LE SMES : UN SUIVI SOCIAL THÉRAPEUTIQUE

Le SMES est une équipe mobile psychia-
trie précarité qui couvre les 5^{ème}, 6^{ème},
14^{ème}, 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements ain-
si que le Bois de Boulogne, les voies sur
berge de ces arrondissements et le péri-
phérique de la Porte Maillot à la Porte de
Gentilly. Marie Joigneaux, l'actuelle assis-
tante sociale de l'équipe, explique qu'elle
suit des personnes souffrant de troubles

psychiques qui doivent faire face à des si-
tuations sociales complexes. Sans prise en
charge sociale, leur état psychique se dé-
graderait. Au niveau social, ces personnes
bénéficient d'un accompagnement situé
soit dans les structures qui les ont orien-
tées (accueils de jour, centres d'héberge-
ment, équipes de maraudes...), soit dans
les services de psychiatrie de secteur

vers lesquels elles sont orientées. Dans
certaines situations complexes, il arrive
parfois que l'équipe du SMES doive main-
tenir le lien durant le temps nécessaire et
suffisant pour accéder ultérieurement aux
soins du secteur de psychiatrie. Pour ces
personnes, une prise en charge sociale
intensive est proposée au sein même du
service.

VIGNETTES CLINIQUES

venait au-devant de cette personne et qu'une sectorisation informelle avait lieu, cela fonctionnerait très bien.

Et avec l'EMPP faites-vous des tournées de rue ?

Plus aujourd'hui. J'interviens à l'ESI Saint Martin, à la Halte Femmes et au Palais de la Femme où j'anime des groupes de parole, qui prennent parfois la forme d'ateliers d'esthétique et qui fonctionnent très bien. Les femmes parlent beaucoup. Certaines refusaient de nous parler avant, mais le lien a pris grâce à l'atelier esthétique.

.....

Mr C

Mr C a été hospitalisé il y a quelques années en psychiatrie à Sainte-Anne à la suite d'une bagarre. A l'époque, l'équipe du SMES a été interpellée en soutien du service d'hospitalisation, démuni face à la précarité de cette personne. Mr C a été longuement soutenu psychologiquement par l'infirmière du SMES, et accompagné parallèlement par l'assistante sociale pour ses problèmes administratifs. En sortant de l'hôpital, il a été admis dans un centre d'hébergement, puis s'est très rapidement « débrouillé » pour trouver un studio en banlieue. Bien qu'il soit censé aller au CMP de sa ville, il ne s'y est jamais rendu. Avec l'EMPP, les rencontres sont plus informelles, pas toujours bien assimilées « à de la psychiatrie ». Après plusieurs mois, il a rappelé l'infirmière, qui l'a trouvé très déprimé. Il n'avait pas pu faire renouveler son titre de séjour, et n'avait pas fait sa déclaration de revenus. Cet homme qui a toujours conservé une excellente présentation ne sait ni lire, ni écrire. Il avait rencontré l'assistante sociale de sa commune de résidence mais s'était fâché avec elle.

Depuis quatre ans, tout mon travail consiste à l'aider à élaborer des stratégies pour sortir de sa situation d'impuissance en le soutenant dans l'accomplissement de ses démarches sociales, en l'aidant à adapter son comportement à

ses interlocuteurs, et en encourageant ses essais de lecture et d'écriture.

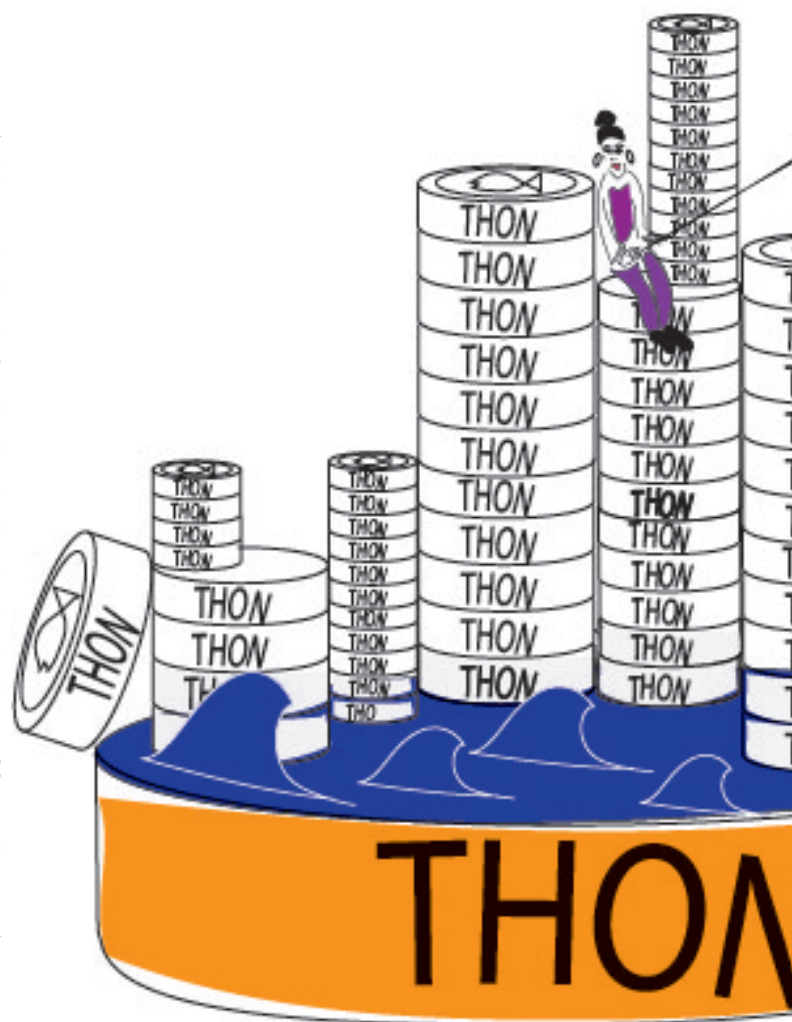
Aujourd'hui, sa situation s'est bien améliorée. Son moral est meilleur, il peut recommencer à faire des projets, ses douleurs s'estompent. Il fait renouveler son titre de séjour pour la cinquième année consécutive. Après des années sans revenus officiels, il vient de faire valoir ses droits à la retraite et entreprend des travaux dans son studio.

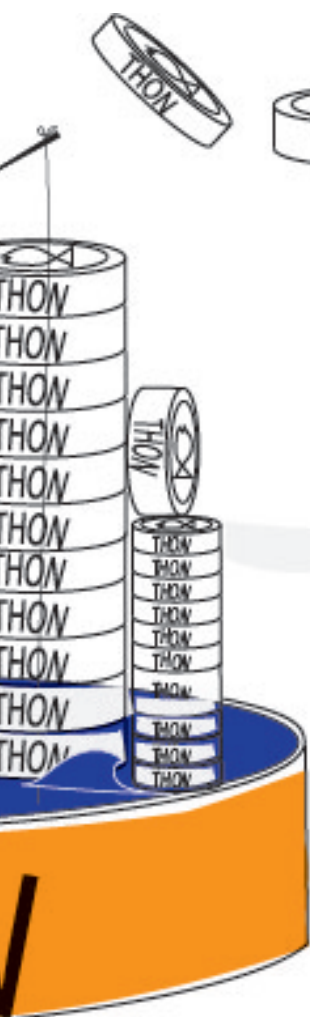
Les contacts avec son infirmière référente sont très espacés, l'ensemble des démarches et du soutien reçu au niveau social a incontestablement participé d'un soin thérapeutique.

REPORTAGE

INTERVENIR AU DOMICILE DE LOCATAIRES SANS DEMANDE

L'ÉQUIPE MOBILE D'AURORE A ÉTÉ CRÉÉE EN 2013 EN RÉPONSE À UN APPEL À PROJETS DE LA DIHAL, POUR RÉPONDRE AUX DIFFICULTÉS QUE LES BAILLEURS SOCIAUX POUVAIENT AVOIR AVEC CERTAINES PERSONNES QUI RELÈVERAIENT PEUT-ÊTRE DE LA SANTÉ MENTALE : DES GENS SANS DEMANDE MAIS AVEC UN DOMICILE, DANS UN INTERSTICE QUE LE SYSTÈME NE PRENAIT PAS EN CHARGE. TOUS LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE SONT PSYCHOLOGUES, ILS INTERVIENNENT À L'INTERFACE ENTRE LE MONDE SOCIAL, INQUIET, ET LE MONDE MÉDICAL EN ATTENTE D'UNE DEMANDE D'AIDE QUI NE VIENT PAS. LES SITUATIONS SONT TRÈS VARIÉES, MAIS LES LOCATAIRES CONCERNÉS SONT POUR 60% DES FEMMES, DE TOUS ÂGES MAIS AVEC UNE PRÉDOMINANCE DE PERSONNES DE 50 À 70 ANS. LES SIGNES PSYCHO-SOCIAUX LES PLUS FRÉQUENTS SONT UNE FORTE PRÉSENCE D'ADDICTIONS, DES SYNDROMES DE DIOGÈNE (ACCUMULATION D'OBJETS OU DE DÉCHETS), DES DYSFONCTIONNEMENTS DU SYSTÈME FAMILIAL, ET SOUVENT DES PROCÉDURES DE CONTENTIEUX AVEC LE BAILLEUR, SOIT POUR DETTE SOIT POUR TROUBLE DU VOISINAGE. DETTE, TROUBLES DU VOISINAGE ET INSALUBRITÉ SONT ABORDÉS COMME DES SIGNES CLINIQUES À PARTIR DESQUELS PEUVENT S'ÉLABORER DES STRATÉGIES DE SOIN, POUR DÉSENCLAVER DES PERSONNES TRÈS REPLIÉES.





Afin de ne pas perturber les visites de l'équipe par notre présence, nous avons demandé à Luc le Guellec de nous raconter sa journée de travail.

9h je rejoins mon collègue au bureau, et nous allons rendre visite à Mr P, actuellement hospitalisé en clinique.

Notre première rencontre avec cette personne date du mois de janvier. La conseillère sociale du bailleur nous avait contactés suite à des plaintes de voisins, importunés par des problèmes d'hygiène. Mr P étant très difficile à joindre, nous l'avons averti de notre venue par le biais de sa conseillère sociale, qui lui avait envoyé un courrier, mais à cette première visite nous avons fait chou blanc, Mr P était absent.

Quelques semaines plus tard, après un nouveau courrier, nous avons pu le rencontrer chez lui. L'appartement était sens dessus dessous, envahi de déchets et de nuisibles. Mr P nous a accueillis très simplement, en fumant un cigare, sans crainte apparente et sans rejet. Il s'est allongé par terre sur deux coussins du canapé renversé, et nous a invités à nous asseoir dans la cuisine ; nous avons pris les chaises de la cuisine pour être face à lui. Il nous a un peu parlé de son passé de

musicien et de son état de fatigue. Nous lui avons expliqué que nous étions là à la demande du bailleur social, inquiet de sa situation, et lui avons offert notre écoute. De manière générale, nous arrivons avec une offre d'écoute que nous essayons de rendre soignante, quelque chose de tiers entre les mesures concrètes de l'aide sociale et des mesures de soin éventuellement médicamenteuses. Au vu de la réalité psychique de Mr P, il nous est apparu que cet entre-deux serait la meilleure position à tenir avec lui. Nous avons proposé de revenir 15 jours plus tard, et mon collègue a noté le rendez-vous sur un papier que Mr P a plié en quatre. J'ai tout de suite pensé qu'il allait le perdre. 15 jours plus tard, nous avons trouvé porte close. Nous avons appelé une amie de Mr P croisée la fois précédente, qui semblait très présente dans ses affaires. Il se trouve qu'il était chez elle, nous l'avons donc rejoint, et avons mené l'entretien à quatre. Ils nous ont raconté qu'ils s'étaient rencontrés au CMP. Mr P nous a reparlé de sa fatigue, nous lui avons proposé un rendez-vous avec un médecin du CMP, mais comme il n'avait pas vraiment de demande, le CMP n'est

■ ■ Notre rôle est de faire émerger une demande, et d'être en position de passeur pour transférer cette demande sur un service de soin.

pas intervenu. Nous étions là dans notre rôle de relais, ou de « passeurs », mais sans doute était-il trop tôt.

Peu de temps après, Mr P a fait une chute qui l'a conduit à l'hôpital. Nous sommes allés le voir sans qu'il investisse apparemment notre lien, disant que tout allait bien. Hier, nous lui avons rendu visite dans une clinique où il se repose. Il était prévenu de notre visite mais ne nous attendait pas particulièrement, comme toujours. Il nous a fait toutefois un accueil un peu plus amical que d'habitude, et il semblait moins fatigué. Comme sa tutrice a programmé un nettoyage de son appartement pendant l'hospitalisation, nous avons proposé d'être présents ce jour-là, il était d'accord. Ce nettoyage était en discussion avec la tutrice depuis longtemps. Mr P semblait vivre cela d'une manière très passive et désintéressée, et personne ne manifestait de réel souci de ce qu'il pourrait en penser ; étant donné l'état du logement, l'action apparaissait comme « forcément bonne », mais on sait par expérience que ce n'est pas toujours aussi évident pour le locataire.

Chaque fois que nous avons vu Mr P, c'était dans un endroit différent. C'est un suivi très mobile, il faut le suivre au sens littéral du terme pour garder le lien. Avec

lui, j'ai toujours le sentiment qu'on est à la dérive, mais je crois qu'il est important d'accepter de ressentir ça, parce que c'est probablement un miroir de ce qu'il vit lui-même, même s'il n'en dit rien.

10h30 nous sortons de la clinique. Nous avons prévu d'aller voir une nouvelle personne dont j'ai entendu parler il y a trois mois, mais pour laquelle

je ne voulais pas me précipiter. Très craintive, repliée dans un logement très encombré, Mme D appelait régulièrement la conseillère sociale du bailleur en menaçant de se suicider. Après nous être réunis avec les différents intervenants, nous avons organisé un rendez-vous à domicile avec la conseillère. Un point d'étape organisé avec les services de la ville, les services psychiatriques et le pôle social du bailleur a fait ressortir le sentiment d'impuissance de tout le monde, et les intervenants ont convenu de rester en retrait jusqu'au prochain point où l'on évaluera la situation après l'introduction de l'équipe mobile. Mme D refuse le contact à tout le monde sauf à la conseillère sociale, nous avons décidé d'aller la voir à domicile à deux - la conseillère et moi.



11h Je retrouve la conseillère sociale et nous entrons dans le grand HLM en briques rouges où vit Mme D. Celle-ci nous ouvre sans dire un mot, méfiante, et commence à nous raconter sur le palier une intervention traumatisante de la police quelques jours plus tôt, de manière assez incohérente. J'insiste sans grand succès pour continuer cette discussion à l'intérieur, et nous nous glissons finalement tant bien que mal dans l'entrée qui donne directement sur la cuisine, et sur la porte close d'une salle de bain que Mme D dit condamnée. L'appartement est très encombré. Dans l'entrée des piles de journaux, dans la cuisine des piles de boîtes de thon, en plus d'un tas d'autres d'objets divers. La situation est vraiment débordante, nous sommes confinés dans l'espace étroit de cette entrée sans pouvoir faire le moindre mouvement, et pris dans le flot de ses paroles. Mme D continue à raconter toutes sortes d'histoires de complot très paranoïaques, à un moment elle fait mine de s'évanouir, je la rattrape. C'est très difficile de trouver quelle parole pourrait être apaisante, et son état de santé est inquiétant : elle est

très maigre, dénutrie même, ce dont elle rend ses voisines responsables. Comme elle menace de mourir si elle n'est pas relogée, nous n'avons pas d'autre choix que d'essayer d'établir un lien à partir de cette demande de relogement, en disant que nous l'avons bien entendue mais qu'il y a un protocole qui risque de prendre du temps ; ce qui nous permettra d'en dégager.

12h Nous partons très difficilement de chez Mme D, lessivés. La conseillère sociale a été très accaparée par la massivité de l'angoisse de la locataire. J'espère que petit à petit nous pourrons établir un lien de confiance qui permette un transfert de la locataire sur notre équipe pour décharger la conseillère sociale, et à terme accompagner la locataire vers des soins.

14h Retour au bureau. Dans les moments où nous ne sommes pas en visite à domicile ou en réunion chez des partenaires, il nous reste en général un travail assez conséquent, qui consiste soit à faire la liaison

avec les partenaires, soit à faire des entretiens au téléphone avec les personnes suivies.

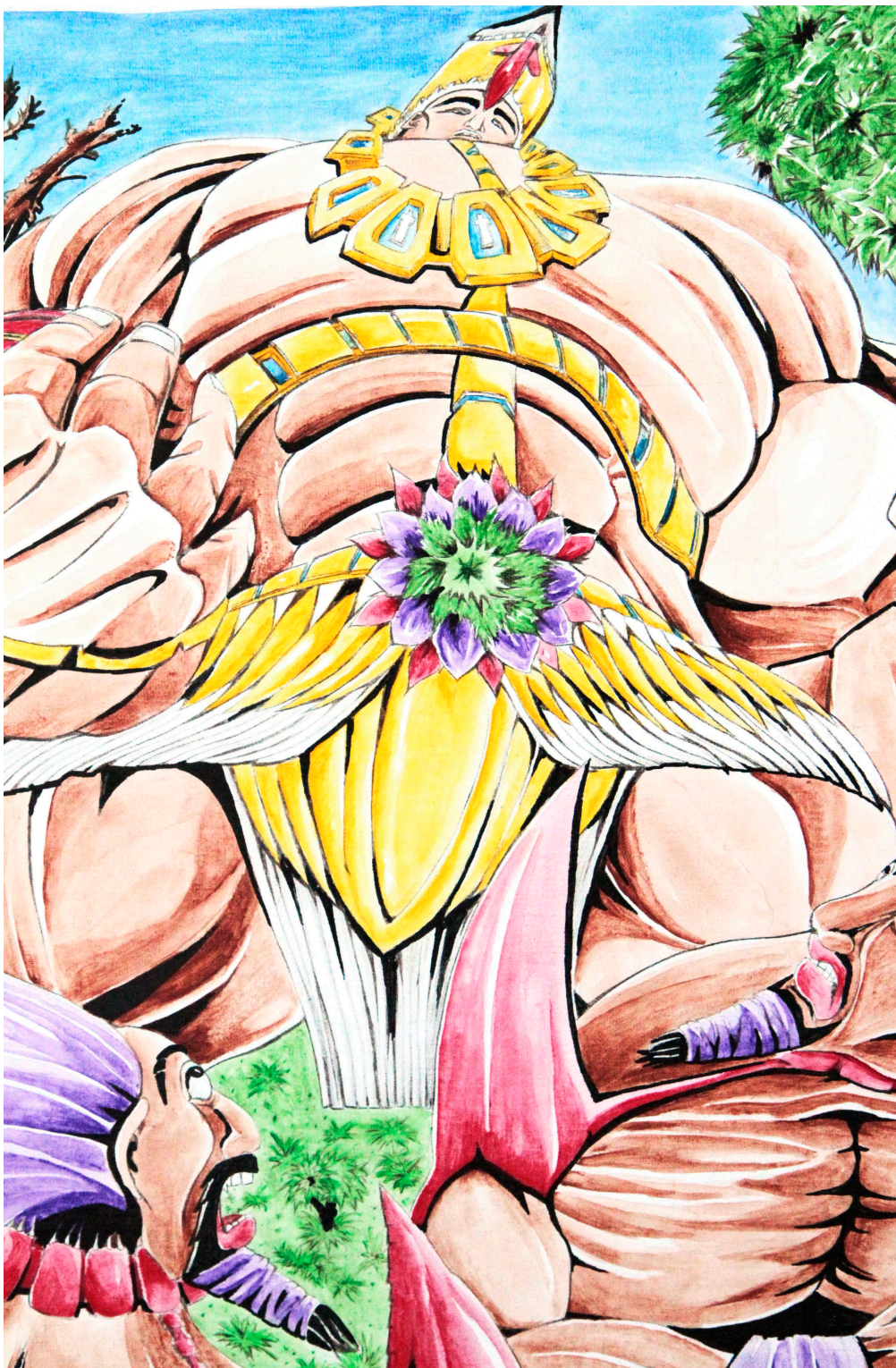
Le travail avec les partenaires est extrêmement important, parce qu'on part d'une demande du social, et parce qu'en tant que psychologues, notre rôle n'est pas de répondre aux demandes d'aides sociales des personnes suivies. Notre fonction est plutôt de faire parler les personnes sur cette demande quand il y en a une, ce qui est loin d'être toujours le cas, et d'essayer de comprendre avec eux ce que ça leur fait d'être ou de ne pas être aidé, et comment ça s'inscrit dans leur histoire.

Les heures au bureau sont aussi des moments pour des appels de personnes que l'on suit. Parfois il y a des personnes pour qui la rencontre physique peut être très angoissante et qui préfèrent passer par le téléphone. L'autre jour par exemple, j'ai eu au téléphone une patiente qui sort peu de chez elle, assez isolée, qui nous appelle beaucoup la conseillère sociale et moi. Elle a mené la discussion à bâtons rompus sur ses problèmes de CAF, le dernier spectacle qu'elle est allée voir au théâtre, ses courses, et au milieu de tout ça, m'a livré des morceaux de son histoire douloureuse. Ce n'est pas évident de recevoir des « bouts » d'une histoire qu'on ne connaît pas, au milieu d'un papotage sur les meilleurs primeurs de Paris. Au bout d'un moment je l'ai ramenée sur la question du transport : elle a peu d'argent mais ne se déplace qu'en taxi... j'ai suggéré qu'il y avait d'autres so-

Il y a des personnes pour qui la rencontre physique peut être très angoissante.

lutions. Mais elle a explosé de colère, en disant qu'elle avait déjà essayé d'autres solutions mais que ça lui avait coûté plus cher encore. Elle m'a traité de tous les noms et elle a raccroché. Heureusement, elle a rappelé peu de temps après, s'est excusée, et a repris son papotage. C'était un vrai moment clinique qui m'a permis de comprendre plus finement ce qui se jouait pour cette dame, j'en ai rediscuté après avec la conseillère sociale pour ajuster notre positionnement.

On ne travaille jamais seul : nous avons beaucoup d'échanges dans l'équipe, formels ou informels. Nous prenons aussi le temps, tous les jeudis matin, de discuter des situations en groupe. C'est aussi le moment pour discuter de notre organisation, de notre positionnement institutionnel, des points d'achoppements rencontrés et de nos perspectives. Toutes les trois semaines, une psychanalyste vient pour un temps de supervision ; c'est un temps très précieux, parce qu'il est complètement dédié à rentrer plus profondément dans les dynamiques à l'œuvre dans chacune des situations.



ENTRETIENS

FONCTIONNEMENT DU CPOA, ACCUEIL DES PATIENTS SANS DOMICILE ET LOGIQUE DE SECTORISATION

Dr RAPHAËL GOUREVITCH, Chef de service CPOA

Le CPOA (Centre Psychiatrique d'Orientation & d'Accueil) est un service d'urgence régional situé au sein de l'hôpital Sainte-Anne. Il traite les demandes de soins en urgence, 24h/24, 7 jours/7. Il propose également des orientations et conseils téléphoniques. Les consultations et les soins y sont entièrement gratuits. Le CPOA accueille toute personne de plus de 16 ans qui se présente, quels que soient son domicile et les circonstances. Il s'efforce de traiter la crise par la consultation, voire une hospitalisation brève, d'orienter secondairement vers une consultation ambulatoire ou une hospitalisation libre ou sans consentement, selon l'état du patient.

Qui sont les patients sans domicile accueillis au CPOA ?

Une enquête menée en 2014 a permis de mieux apprécier la part et le profil des personnes sans domicile accueillies au CPOA. Sur 659 observations, 80 personnes étaient sans domicile fixe, ce qui représente près de 15% de la patientèle. La majorité sont des hommes, sans emploi et

de faible niveau éducatif, d'âge moyen. Ils viennent souvent d'eux-mêmes, ou sont adressés par d'autres services d'urgence, parfois accompagnés par des services d'aide. Peu sont adressés par la police, pas plus que dans la population générale. Ils se présentent par ailleurs très peu le week-end et la nuit, ce qui laisse à penser qu'ils viennent souvent immédiatement après un conseil donné par une association. Peu de personnes ont des suivis, soit actuels, soit anciens : le CPOA est donc souvent la porte d'entrée pour la psychiatrie.

Les motifs de consultations des personnes sans domicile sont assez classiques : idées

dépressives, angoisse, idées délirantes, très peu font des demandes spontanées autour de l'alcool. Les diagnostics les plus fréquents à la sortie du CPOA sont dépression, schizophrénie et troubles de l'adaptation, souvent associés à des problèmes d'alcool et de drogues ; en revanche le diagnostic de trouble de la personnalité est peu évoqué.

Le séjour des personnes sans domicile au CPOA se passe de façon comparable au reste de la population : il n'y a pas plus d'hospitalisation au sortir du CPOA que pour la moyenne de la population générale (et même plutôt moins), et lorsque c'est le cas, les hospitalisations ne se font pas particulièrement sous contrainte.

Il convient de ne pas hospitaliser par défaut de situation sociale.

N'avez-vous pas l'impression d'un mélange complexe entre des attentes parfois disproportionnées et une grande méfiance envers la psychiatrie ?

Il y a souvent un grand écart entre une certaine méfiance à l'égard de la psychiatrie, aussi bien de la part des patients que des associations qui les accompagnent, et paradoxalement des attentes en décalage

avec les réponses qu'on peut donner face à ces situations. Le CPOA peut se donner du temps, garder les patients en consultation prolongée, voire pour de brèves périodes d'hospitalisation, contacter les autres intervenants lorsqu'il y en a. Les difficultés rencontrées peuvent être en lien avec les comorbidités alcooliques, des états somatiques désastreux qui peuvent passer au premier plan, et des problèmes d'instabilité qui mettent en échec les suivis proposés. Il faut retenir qu'en matière de soins psychiatriques, l'enjeu tourne moins souvent autour d'une éventuelle hospitalisation que de la mise en œuvre d'un suivi ambulatoire durable.

Par ailleurs, la demande de soins psychiatriques peut masquer une demande d'hébergement... laquelle lorsqu'elle est mise en avant ne doit pas faire oublier l'éventuelle nécessité de soins psychiatriques ! Lorsqu'une indication d'hospitalisation est discutée, il est tenu compte des capacités d'étayage de l'entourage : les décisions ne peuvent être les mêmes pour une personne ayant des proches pour surveiller l'évolution et la prise du traitement par exemple, et pour une personne sans domicile et sans soutien d'aucune sorte. Il convient donc de ne pas hospitaliser par défaut de situation sociale, mais il faut veiller aussi à ne pas être trop « méfiant » à l'égard des demandes d'hospitalisation venant d'une personne sans domicile.

Le centrage de la psychiatrie sur l'hôpital a produit l'idée que le soin

c'était l'hospitalisation, mais c'est une idée dont il faut se défaire. Le soin ambulatoire est un soin à part entière, et l'hospitalisation n'est qu'un épisode dans un parcours de soins. C'est le lien qui se crée de façon durable avec les équipes soignantes en ambulatoire qui fait le vrai soin.

Quelles sont les règles de sectorisation ?

Les règles de sectorisation sont d'abord un instrument d'inclusion dans les soins psychiatriques, et pourtant ces règles de sectorisation sont souvent mal comprises, et perçues comme excluantes. Il n'y a de

difficultés que marginales pour les personnes ayant un lieu de résidence stable et bien identifié. Le CPOA attribue un secteur pour les patients à domicile indéterminé en région parisienne (DIRP) : les patients SDF, et ceux qui sont de passage en région parisienne avec un domicile hors Paris. Une fois qu'un secteur est attribué, il est valable pour 3 ans à compter du dernier acte de soins (ambulatoire ou hospitalier), afin de faciliter la continuité des soins. Bien sûr, rien n'interdit à une autre équipe de recevoir un patient sectorisé ailleurs.

Les critères d'attribution d'un secteur ne sont pas arbitraires : nous essayons dans la majorité des cas de favoriser l'adéquation entre le territoire desservi par le secteur et l'environnement de vie du patient, que ce soit l'association qu'il fréquente, l'hôpital où il est suivi pour une pathologie chronique, le domicile d'un aidant naturel, ou l'endroit où il a ses habitudes de vie. Il y a parfois des contingences locales qui affectent ces critères, mais à la fin de l'année, tous les secteurs se voient attribuer un nombre équitable de patients DIRP, à une ou deux unités près.

.....



L'ACCÈS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES DES PERSONNES TOXICOMANES

Dr CATHERINE PÉQUART, Psychiatre, Directrice de l'association Charonne

En 2009, l'enquête Samenta estimait à trois sur dix les personnes en grande précarité présentant des conduites addictives. La littérature scientifique très fournie sur les phénomènes de comorbidité a largement souligné l'association de problèmes psychiatriques, d'addiction et de précarité, mais bien qu'ils aient de nombreux patients en commun, les secteurs de soins d'addictologie et de psychiatrie ont des difficultés à articuler leurs pratiques.

Comment les usagers de drogue sont-ils accueillis dans les services de psychiatrie ?

Les patients dont l'alcoolisme ou la toxicomanie ont des manifestations trop difficiles à gérer sont souvent considérés comme indésirables dans les services de psychiatrie du fait de leur psychopathologie.

Au Canada, ils sont parfois désignés par l'éloquent acronyme de GOMER : Go Out My Emergency Room. Le dialogue entre psychiatrie et addictions est assez rare, les pratiques communes quasiment inexistantes. Des interfaces alternatives au dispositif psychiatrique se sont créées pour les usagers de drogues, mais ces interfaces n'ont pas vraiment permis de ramener vers les services psychiatriques de droit commun les personnes en situation d'addiction, et les services psychiatriques peinent toujours à comprendre les problèmes des usagers de drogue. Les CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) épongent beaucoup de soins psychiatriques mais ne sont pas des structures de soins psychiatriques, et ils comptent de moins en moins de psychiatres.

En créant des interfaces addiction-psychiatrie, l'hôpital psychiatrique est finalement intervenu pour externaliser l'offre plus que pour l'intégrer : il y a là un vrai chantier à construire pour tricoter des espaces de collaboration.

A quoi tient cette difficulté à intégrer le social dans la psychiatrie ?

Le secteur de soins en toxicomanie s'est construit à côté du dispositif psychiatrique, et cette différenciation initiale semble avoir du mal à être dépassée. Les équipes de soin en toxicomanie sont

médico-sociales et non sanitaires, et leurs équilibres sont différents de ceux qui priment dans le monde sanitaire de la psychiatrie : psychologues, médecins et travailleurs sociaux pèsent d'un poids égal. La psychiatrie en revanche est une spécialité médicale, et les structures psychiatriques sont gérées par du sanitaire, mettant le social à l'écart. Si les dispositifs étaient médico-sociaux, ils répondraient mieux aux besoins des personnes, mais il faudrait que les rapports soient plus interdisciplinaires.

.....

|| Si les dispositifs étaient médico-sociaux, ils répondraient mieux aux besoins des personnes.

INTERVIEW CROISÉE

ELP : ÉQUIPE DE LIAISON MOBILE PSYCHIATRIQUE

ELP est une Equipe de Liaison mobile Psychiatrique de Maison Blanche, spécialisée dans le champ des addictions adultes, intervenant dans les structures du secteur médico-social pour évaluer et orienter les patients aux problématiques psychologiques et addictives.

Comment définissez-vous ELP ?

Dr Garnier, psychiatre : l'équipe a été mise en place pour aller au-devant des personnes qui prennent des drogues, qui semblent être en souffrance psychique, et sans soin ou en rupture de soin. Cette équipe s'est montée en 2000, à la demande de plusieurs structures : Charonne, La Terrasse, Ego, la Mairie et les CMP du 18ème, des associations de quartiers. Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire (secrétaire, travailleurs sociaux, infirmières, médecins psychiatres), se déplaçant sur des structures extérieures, (CAARUD, CASPA, Services médicaux, prisons, etc...). Ces consultations, en dehors de nos locaux, en s'appuyant sur les équipes demandeuses, permettent de faire connaissance, d'écouter la souffrance et la demande du sujet, et souvent d'orienter vers le soin. Nous accompagnons la personne, si besoin physiquement, que ce soit vers un CMP, en CSAPA, au CPOA, à l'hôpital, parfois aussi vers un centre de soins somatique.

Christian Douaud, cadre de santé :

Notre équipe est médicalisée, mais pas trop. Quand nous donnons un traitement, ce n'est jamais pour des périodes longues. Nous proposons des accompagnements, prenons le temps de discuter; Certains viennent tous les jours ici, nous essayons d'être souples avec les rendez-vous. Les patients les plus précaires sont suivis au quotidien, en plus des médecins, par les infirmiers et les assistantes sociales. Cet aspect social est trop souvent négligé en psychiatrie.

Angèle Talon, assistante sociale :

Notre rôle est d'établir une relation d'aide en vue d'évaluer la situation et d'orienter, si besoin, vers les structures de soins adaptées. Lors des premières rencontres, les personnes ne sont pas toujours en demande de soins, mais avant tout en demande d'écoute active. L'informel et le lien social font partie de nos outils dans nos missions.

Comment articulez-vous votre travail avec le secteur ?

Christian Douaud : Le CSAPA offre des réponses sur le terrain de l'addiction, mais quand une personne présente des troubles psychiatriques, on essaye de l'orienter vers le CMP. La sectorisation sur un CMP est indispensable quand on pense qu'une hospitalisation est envisageable. Souvent l'urgence peut être ré-

glée par une écoute, mais parfois une demande d'hospitalisation permet à notre équipe de poser un acte, de montrer nos limites et de faire bouger les choses. C'est bien d'avoir deux lieux distincts et complémentaires, un pour l'addiction et un pour les problèmes psychiatriques, pour que le patient n'ait pas toutes ses demandes dans le même lieu. Toutefois, les gens accrochent davantage ici, où on reçoit vite, avec des accompagnements socio-infirmiers et des activités au cours de la semaine. La sectorisation a permis une grande humanisation de la psychiatrie mais les CMP sont aujourd'hui de moins en moins dans le lien, souvent du fait d'une surcharge de travail et d'un manque de personnel.

En quoi consiste le travail d'infirmier psychiatrique ?

Christian Douaud : À construire une relation thérapeutique, et il y a un gros travail de réseau pour aller vers les structures, amener les personnes vers les structures adaptées.

TÉMOIGNAGES

LIONEL

« Je suis suivi par le SMES depuis plus de 10 ans, par le Dr M., et par Sylvie, l'infirmière. Avant Sylvie, j'étais suivi par une autre infirmière, mais le contact était difficile, j'ai coupé le cordon.

A un moment je n'allais presque plus au SMES, et puis un matin dans la rue je me suis réveillé avec la jambe gonflée, j'ai marché jusqu'à un accueil de jour en boitant. Quand je suis arrivé, il y avait l'infirmière du SMES qui m'a fait les premiers soins, et depuis ce temps je suis toujours son patient.

C'est vous qui allez au SMES ?

Oui, ils sont dans un pavillon de Sainte-Anne, j'ai l'habitude d'y aller, on discute, parfois on rigole. Sylvie m'a vu dans toutes sortes d'états, énervé, ivre. La rue, ça détruit le corps et l'esprit, on y perd ses repères parfois, il y a l'alcool, les bagarres, le 115 tous les soirs. Maintenant je suis stabilisé au CHU Romain Rolland depuis un peu plus d'un mois. Tout doucement avec le SMES on parle, ils voient que mon état s'améliore. Je ne bois plus depuis deux semaines et je ne pense plus à l'alcool. J'ai aussi un suivi en addictologie à Sainte-Anne.



A quel rythme les voyez-vous ?

Habituellement une fois par semaine. Parfois pendant des mois je n'y vais plus, j'en ai marre d'aller faire du blabla et des rendez-vous. Quand je suis très fatigué je m'enferme, vous pouvez venir avec une pioche, vous n'arriverez pas à creuser.

Et le CMP ?

On m'a proposé mais j'ai refusé, je ne veux pas faire le SMES et le CMP en même temps. Au CHU Romain Rolland, je peux voir un psychologue tous les lundis. Avant de connaître le SMES j'allais dans un CMP, on me donnait des médicaments et au revoir. A l'époque, j'ai fait plusieurs tentatives de suicide, dont une m'a plongé dans un coma artificiel pendant 57 jours.

Pourquoi ça ne vous dit rien les CMP ?

Je parlais et le psychiatre faisait des ordonnances. Moi, je veux un dialogue. Un jour j'ai voulu tout casser, ils m'ont mis à Maison Blanche, dans un hôpital fermé. Vous êtes dans un pyjama pendant les deux premières semaines, pas le droit de sortir, de téléphoner, j'étais bourré au tertian. Non vraiment ça ne me dit rien les CMP, il faudrait raconter encore ma vie, ça me fatigue, je deviens tendu à force de me répéter.

Vous avez rencontré des équipes mobiles de psychiatrie quand vous étiez dans la rue ?

Non.

Et avec le SMES, vous avez toujours de bons contacts ?

Il y a eu des moments chauds. Une fois, je n'avais presque pas dormi, j'étais agressif, et j'ai cassé un carreau. Ils m'ont sorti par la peau des fesses. Quand je suis revenu des semaines plus tard, ils n'avaient pas changé le carreau pour me montrer mon acte.

Vous ressentez le besoin d'une hospitalisation en psychiatrie parfois ?

Oui, mais c'est toujours pareil, ils vous reçoivent gentiment, puis c'est les médocs du matin au soir. Je m'ennuie et j'ai envie de partir. Ça m'est arrivé quelques fois, au début à la demande de quelqu'un d'autre, puis à ma demande.

Vous auriez des suggestions à faire ?

Qu'on puisse faire des chantiers, qu'on s'occupe l'esprit. Je sais qu'il y en a, à Sainte-Anne, une fois, j'ai failli en faire.

.....

|| Moi, je veux un dialogue.

DAVID

« J'ai été hospitalisé à Henri Ey pour dépression sévère. Là-bas, je me sentais comme en prison : tous les jours c'est la même chose, vous êtes dans votre chambre, des gens se promènent dans le couloir avec leurs problèmes, on mange, on a un tout petit espace pour fumer, tout est sous caméra, on ne peut descendre qu'à certaines heures, ça me déprimait encore plus. Les médicaments m'aidaient à dormir, à rester calme, mais avec ce

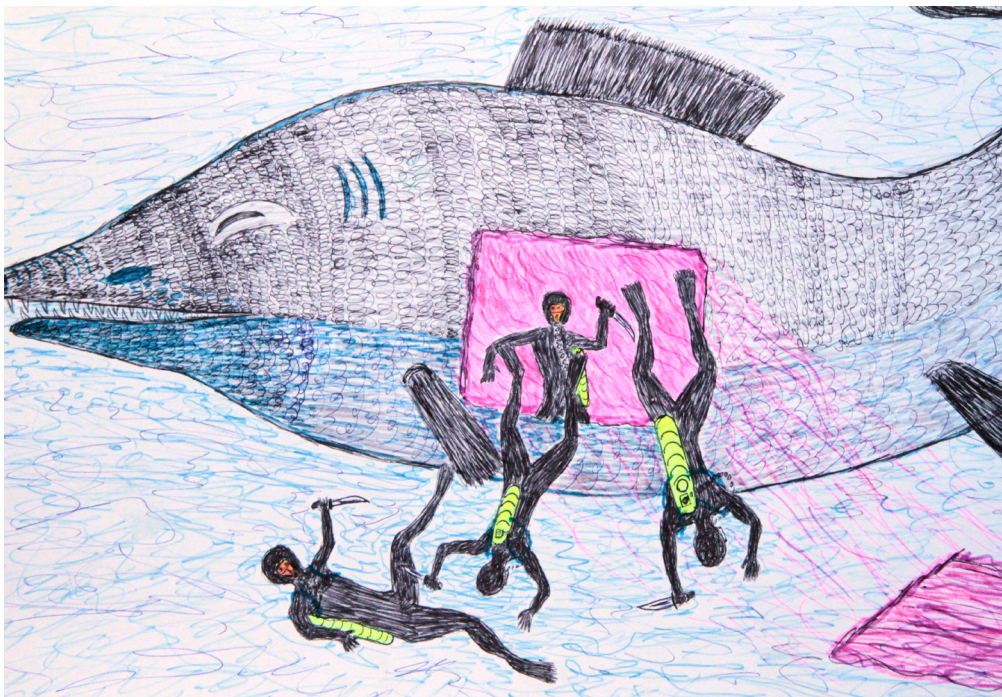
système de vie je me sentais enfermé.

Où étiez-vous suivi avant ?

Au Comede.

Comment avez-vous identifié le Comede ?

Par un ami. En arrivant en France en 2012, j'ai fait une demande d'asile, j'étais d'abord en foyer puis en CADA, puis quand j'ai été débouté plus rien. Je me suis retrouvé à la rue, j'appelais le 115, parfois j'avais une place à la Boulangerie, sinon je dormais dehors.



Vous alliez voir régulièrement un psychologue au Comede ?

Les rendez-vous les plus espacés étaient toutes les deux semaines. Je craquais beaucoup à l'époque, surtout quand je marchais toute la nuit sans dormir. J'avais trop de peurs : pas de toit, être refoulé. Quand t'as rien, ça travaille dans la tête. J'ai vécu au Congo chez un oncle, sans l'affection de mes parents, très jeune j'ai dû me débrouiller, je n'ai pas pu faire d'études et j'ai passé une année en prison. Ici en France, je me retrouvais dehors sans

aide. Je parlais tout seul. Toute la journée, il fallait rappeler le 115, j'avais des idées noires. Un jour, le psychologue du Comede m'a fait hospitaliser.

Avant d'être hospitalisé, vous preniez des médicaments ?

Oui, mais pas autant. Quand je suis sorti de l'hôpital j'étais sonné, j'ai appelé le 115, ils m'ont proposé la Boulangerie mais je ne pouvais pas y aller, c'était trop dur. Le lendemain, heureusement, ils ont envoyé une maraude qui m'a emmené à Montrouge, où ils m'ont ins-

|| Les médicaments, ça aide, mais ça ne suffit pas.

crit en continuité.

Vous allez au CMP ?

Oui, quand je suis sorti de Henri Ey ils m'ont donné rendez-vous dans le 17^{ème}. Je vois régulièrement le psychiatre et l'infirmière. Au centre d'hébergement, je vois aussi le psychologue, et j'ai repris avec le Comede également.

Quelle différence d'approche entre le CMP et le Comede ?

Le psychiatre du CMP donne les médocs, le psychologue du Comede permet de parler. Les médicaments ça aide, mais ça ne suffit pas.

.....

LILIANE

« La première fois que j'ai connu la vraie psychiatrie, je veux dire l'internement en milieu fermé, j'étais mineure. J'avais 17 ans, aujourd'hui, j'en ai 52. J'avais demandé à ma mère qu'elle me fasse enfermer pour arrêter la drogue.

Comment s'est passé l'internement ?

C'était très dur, mais aujourd'hui l'hôpital c'est encore plus dur. On vient dans votre chambre vous faire des piqûres d'aldol qui vous endorment, sans prévenir, alors que l'aldol c'est pour les grands fous. Quand on veut récupérer ses affaires, ce n'est jamais

la bonne heure, c'est compliqué pour fumer.

Aujourd'hui, à l'hôpital, on mélange tout le monde, les toxicos avec ceux qui ont de vrais problèmes psychiatriques, il y a des voleurs qui font votre casier, parce qu'un toxico qui a besoin d'un shoot, il va voler, il y en a qui vous font des attouchements pendant la nuit. Ils devraient faire des sections pour les toxicos, mettre les dépressifs entre eux. A Ville-Evrard, je dormais avec les deux mains autour du cou, il y avait avec nous de grands fous nus qui mangeaient leurs excréments. La psychiatrie ce n'est ni pour les toxicos ni pour les

dépressifs. Moi, j'ai très peur là-bas, surtout qu'avec les traitements qu'ils vous donnent, on est assommés.

Dernièrement, je suis retournée à l'hôpital pour dépression, pour me reposer.

Vous étiez consentante pour l'hospitalisation ?

Oui, j'étais épuisée, c'est le seul lieu où je peux me reposer.

Vous avez un suivi au CMP ?

J'y suis allée, mais on me propose des cachets qui n'ont rien à voir avec mes problèmes. Il n'y a pas de groupe de parole.



Tout le monde est au même régime, vous y allez pour qu'on vous pique, on décide pour vous, on vous met le plus amorphe possible. Les toxicos, on leur fait peur, et eux, ils abusent de leur statut.

Vous n'avez jamais eu de suivi qui vous convienne ?

Si, dans un service d'addiction à Fernand Vidal, on n'était pas mélangés.

A La Terrasse, ça se passe bien ?

Très bien, on a des ateliers lectures, des

sorties, on part en vacances, on peut voir des assistantes sociales, prendre sa méthadone. C'est de la psychiatrie mais c'est ouvert d'esprit, on accepte tout le monde avec ses différences, on vous redonne envie d'être quelqu'un. T'as le produit et l'écoute, ils vous aident à sortir de la drogue, à chercher un appartement, tu vois les gens mais dans un autre contexte, on fait des trucs ensemble pas pour se camé. C'est la psy mais on n'a pas l'impression d'être en psy.

PATRICK

J'ai été hospitalisé à Maison Blanche, après une surconsommation de cannabis, qui a déclenché une schizophrénie paranoïde.

Comment avez-vous vécu l'hospitalisation ?

Ces deux mois ont été une période difficile de ma vie, je ne comprenais pas ce qui m'arrivait. On m'a mis trois jours en chambre d'isolement puis dans un service normal, avec un traitement à l'aldol, mais je suis quelqu'un de joyeux et je le suis resté malgré la maladie.

Vous avez un suivi en CMP ?

Oui, j'y vais une fois par mois, ça me convient bien comme ça. C'est utile, mais les psychiatres n'ont pas le temps d'écouter

les patients. Ils nous reçoivent trois minutes, donnent une ordonnance et au revoir. Moi j'aimerais pouvoir parler.

Vous leur avez exprimé ce besoin de parler ?

Non, compte tenu de l'attitude générale je n'ai pas fait cette démarche, je ne me sens pas assez en confiance.

Comment avez-vous connu La Terrasse ?

Par un copain il y a 20 ans. J'ai consommé du cannabis pendant 25 ans, et c'est ici que j'ai pris conscience que j'étais toxicomane. J'ai d'abord rencontré le psychologue et l'assistante sociale, qui m'ont proposé un hébergement en hôtel au mois, ça faisait quatre ans que j'étais à la rue.

A La Terrasse, ça se passe bien ?

Oui, j'ai arrêté ma consommation depuis trois mois sans rechute. J'ai des ateliers presque tous les jours : prise de conscience du corps, jardin, on nous a confié des graines à faire pousser, aujourd'hui nous allons aux catacombes.

Comment votre maladie a-t-elle évolué ?

Le traitement atténue mais ne guérit pas. J'ai été hospitalisé à plusieurs reprises, mais les crises sont moins violentes que la première fois.

Comment vivez-vous vos hospitalisations ?

A l'hôpital, j'ai l'impression de vivre au milieu d'âmes per-

dues qui errent dans un train fantôme. C'est rassurant parce que j'ai conscience de la maladie, je sais que je suis soigné.

Quand vous êtes en période de crise vous prenez contact avec le CMP ?

Avant je me laissais partir quand je sentais venir la crise. Aujourd'hui j'anticipe : je contacte mon CMP, je vais voir en urgence une infirmière avec qui je suis en confiance.

Vous avez donc aussi des liens de confiance au CMP ?

Oui il y a les secrétaires, les infirmières, mais dans l'ensemble c'est très froid, on manque d'accompagnement, et leur fonctionnement n'est pas très pratique : pour voir le médecin c'est le matin,

Vous êtes en confiance ?

Oui, et donner sa confiance, c'est pas tous les jours. Si quelqu'un déconne il le dit, quand il prend trop de cachets par exemple, du coup ils le font venir plusieurs fois par semaine. C'est enrichissant de venir, de voir ceux qui s'en sortent. Des endroits comme ça pour les gens fragiles, il n'y en a pas beaucoup.

.....

pour l'assistante sociale c'est l'après-midi, ça nous oblige à être disponible tout le temps. Un jour, ils m'ont changé de traitement, je me suis mis à grossir énormément, ils ne m'avaient pas prévenu. C'est important de tenir le patient au courant de l'évolution et du pourquoi du traitement. À La Terrasse, je trouve tous ces compléments d'informations, j'ai le temps de parler avec la psychiatre, la relation est mieux définie.

.....

/// Donner sa confiance, c'est pas tous les jours.

ANDRÉ

« J'ai été hospitalisé un an à Sainte-Anne. C'est là que j'ai découvert la psychiatrie, c'était il y a deux ans. Je voyais des mouches, j'entendais des voix.

Vous avez vécu longtemps avec ce problème à la rue ?

Non, je suis parti directement à Lariboisière, de là ils m'ont envoyé à Sainte-Anne.

Vous aviez déjà été en lien avec la psychiatrie ?

Non, j'avais déjà entendu l'expression « on va t'envoyer à Sainte-Anne », mais je n'avais aucun contact avec la psychiatrie.

L'hospitalisation s'est bien passée ?

Oui, je n'ai pas à me plaindre. Je prenais beaucoup de médicaments, je n'osais pas

trop sortir. En revanche on est très mélangés, on ne sait pas trop qui ont est.

Que s'est-il passé à la fin de l'hospitalisation ?

Je suis retourné à la rue. Ils m'ont dit que c'était terminé, ils ne m'ont pas donné d'ordonnance ni rien. Je ne comprenais pas ce qui se passait. L'assistante sociale a appelé le 115, ils m'ont donné trois jours au CHU Oscar Roty puis je suis sorti. J'ai rappelé le soir, j'ai dormi dehors, puis au bout d'un moment j'ai eu une place en long séjour à Oscar Roty.

Vous avez été orienté au CMP ?

Oui, j'y vais pour aller chercher mes médicaments. D'abord, c'était une fois par mois, puis une fois tous les deux mois, et aujourd'hui une fois tous les trois mois. C'est très rapide quand j'y vais.

Ça vous convient ?

Oui, parce qu'ici je suis stabilisé.

On vous a expliqué votre maladie ?

Non, on m'a donné des médicaments.

.....



L'atelier



PROCHAINE RENCONTRE DE L'ATELIER

PARTICIPATION : LE POUVOIR D'AGIR ?

Plus d'informations sur www.samusocial.paris
Inscriptions : communication@samusocial-75.fr