

Interventions pré-thérapeutiques et soins psychosociaux*

Une équipe mobile spécialisée en psychiatrie intersectorielle à l'île de La Réunion

Muriel Croisier-Langenier
Josette Luquet Juan
Yoann Briand
Benjamin Bryden

EPSMR, 42, chemin du Grand Pourpier,
97460 Saint-Paul, La Réunion

Rubrique coordonnée par
J. Oureib, S. Parizot et Ph. Conus

Résumé. L'équipe mobile spécialisée en psychiatrie (EMSP) de l'Établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR) a été créée en 2009. Son objectif est de favoriser l'accès et la continuité des soins de droit commun aux personnes souffrant de troubles psychiques en situation de grande précarité sociale. Les interventions des professionnels sont complémentaires. Les infirmiers facilitent l'accès aux structures de soins adaptées. Le psychiatre et la psychologue forment les acteurs du social au repérage des troubles psychiques de manière précoce. La coordinatrice de réseau renforce le lien entre les différents acteurs du social, du médicosocial et du sanitaire. Un descriptif détaillé des missions de l'EMSP est exposé dans cet article ainsi qu'une situation permettant d'appréhender la pertinence de leurs actions dans un contexte socio-économique ultramarin complexe soumis à la fragilisation des supports communautaires traditionnels.

Mots clés : psychose émergente, santé mentale communautaire, équipe mobile, précarité, réseau

Abstract. Pre-Therapeutic Assistance and Psychosocial Care. A Specialized Mobile Team in Interrelated Sector Psychiatry on the Reunion Island. The mobile team specialized in psychiatry (EMSP) of the Reunion Island Public Mental Health Institution (EPSMR) was created in 2009. Its aim is to promote access and continuity of common law care for people suffering from psychiatric disorders in a situation of great social insecurity. The back-up assistance of the professional mobile teams is complementary. Nurses facilitate access to the appropriate care facilities. The psychiatrist and the psychologist train the social care participants to identify mental disorders at an early stage. The network coordinator helps to constantly maintain the link between the various social, medical and social health caregivers. A detailed description of the EMSP missions is presented in this article, as well as, an emergency situation which will permit to understand the relevance of their actions in a complex local socio-economic context subjected to the weakening of traditional community support units.

Key words: emerging psychosis, community mental health, mobile team, insecurity, network

Resumen. Intervenciones preterapéuticas y cuidados psicosociales. Un equipo móvil especializado en psiquiatría intersectorial en la isla de la Reunión. El equipo móvil especializado en psiquiatría (EMSP) del Establecimiento público de salud mental de la Reunión (EPSMR) se creó en 2009. Su objetivo es favorecer el acceso y la continuidad de la atención sanitaria de derecho común a las personas con trastornos psíquicos en situación de precariedad social. Las intervenciones de los profesionales se complementan unas a otras. Los enfermeros facilitan el acceso a las estructuras de cuidados adaptados. El psiquiatra y el psicólogo asesoran a los actores de lo social a la detección de los trastornos psíquicos de modo precoz. La coordinadora de la red refuerza el vínculo entre los diferentes actores de los ámbitos social, médicosocial y sanitario. Un descriptivo pormenorizado de las misiones del EMSP se expone en este artículo así como una situación que permita aprehender la pertinencia de su actuación en un contexto socioeconómico ultramarino complejo, sometido a la debilitación de los soportes comunitarios tradicionales.

Palabras claves: psicosis emergente, salud mental comunitaria, equipo móvil, precariedad, red

* Depuis le 1^{er} octobre 2017, le Service de réhabilitation et de réinsertion psychosociale (S2R) a été remplacé par le Centre d'appui en réhabilitation (CARe). L'équipe mobile spécialisée en psychiatrie est donc désormais adossée au CARe.

Correspondance : M. Croisier-Langenier
<ms.croisier-langenier@epsmr.org>

Introduction

La Réunion, département français depuis la loi du 19 mars 1946, est une île volcanique de 2512 km², située dans l'océan Indien entre Madagascar et l'île Maurice. Son peuplement, débuté en 1663, issu d'hommes et de femmes venus de plusieurs continents et archipels, est à l'origine

d'une culture créole originale et singulière. Aujourd'hui, La Réunion compte plus de 850 000 habitants qui évoluent dans un environnement économique où 30 % de la population active est au chômage et où plus de 40 % de la population vit au-dessous du seuil de pauvreté national. La situation sanitaire s'est améliorée depuis la départementalisation tandis que la modernisation et la modification des modes de vie traditionnels se sont accompagnées d'une augmentation de la prévalence de pathologies somatiques comme le diabète et l'obésité morbide. Sur le plan de la santé mentale, l'urbanisation, la densification de l'habitat et la paupérisation de certaines franges de la population ont altéré les supports communautaires traditionnels.

Précarité psychosociale et exclusion ne sont pas moins présentes sous le soleil tropical que dans les frimas métropolitains. Le contexte mondial de « crise économique » n'épargne pas l'île de La Réunion. La grande exclusion, les personnes en situation de « sans-abrisme » et les laissés pour compte « *su l'bor d'chemin* » sont des réalités qui préoccupent un tissu associatif local dynamique. Au-delà du soutien moral que ces associations apportent, elles apparaissent comme souvent démunies et en difficulté pour faire face à la souffrance psychique voire aux troubles psychiques dont souffrent parfois les personnes accueillies. C'est dans ce contexte et suite à une demande exprimée par le social au sanitaire que l'équipe mobile spécialisée en psychiatrie (EMSP) a été créée en 2009.

Présentation

L'EMSP intersectorielle de l'EPSMR a pour objectif de répondre à une mission : « favoriser l'accès et la continuité des soins pour des personnes définies comme étant en situation de grande précarité sociale, souffrant potentiellement de troubles psychiques et n'ayant pas ou plus accès à des soins de droit commun en santé mentale ». Elle s'est inscrite dans le cadre général des interventions des EMSP défini par la circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion [1].

L'EMSP est un dispositif complémentaire de type intersectoriel qui intervient à l'interface du dispositif de soin de « droit commun » et des structures sociales accueillant les personnes en situation d'exclusion sociale. Elle est destinée aux personnes en situation de précarité et d'exclusion, aux acteurs de première ligne et à un réseau formalisé de partenaires. (Mercuel, 2007) [2]. À La Réunion, l'EMSP est rattachée au Centre de soin en réhabilitation psychosociale, Unité fonctionnelle du service de réinsertion et de réhabilitation psychosociale (S2R), situé à Saint-Paul. L'EMSP partage avec le S2R une philosophie des soins marquée par la volonté des professionnels de favoriser l'autonomisation et l'accès à la citoyenneté des personnes rencontrées. Elle déploie ses interventions sur une territorialité intersectorielle (*figure 1*). Structure sanitaire orientée vers la cité précarisée, l'EMSP s'est fondée sur un partenariat conventionnel construit avec les structures sociales accueillant des

personnes en situation d'exclusion sociale (*tableau 1*). Disposant d'une dotation de l'Agence régionale de santé (ARS), l'EMSP fonctionne avec les moyens suivants : un médecin psychiatre (0,3 ETP), deux infirmiers (2 ETP), une psychologue (0,5 ETP) et une coordinatrice de réseau (0,5 ETP).

L'article présente les rôles dévolus à chacun et un cas « concret » permettant une lecture existentielle des missions précédemment présentées. Nous tenterons aussi de mettre en évidence les types de relations individuelles et partenariales ayant pu être opérants. Enfin, une critique sera tentée avec des propositions de perspectives.

Les infirmiers (IDE)

Émissaires du soin en santé mentale dans les structures sociales, les deux IDE de l'EMSP développent une observation participante à même de permettre la rencontre avec certains des accueillis du social. « Aller au-devant » sans obliger, pour, et à partir d'une évaluation psychosociale, tenter de proposer un accompagnement individualisé vers les soins. L'accroche peut advenir au travers de deux types de modalité d'intervention. L'intention de l'accroche est de permettre la ou les rencontre(s) « pré-thérapeutique(s) », support de stratégies individuelles d'accompagnement vers les soins. Les observations infirmières réalisées dans les structures sociales partenaires sont partagées en équipe pluri-professionnelle lors des rencontres hebdomadaires de l'EMSP.

Le rôle propre de l'IDE au sein de l'EMSP est de rencontrer des personnes accueillies dans les structures sociales partenaires, de réaliser des entretiens « pré-thérapeutiques » à visée d'évaluation psychosociale pour, après validation pluri-professionnelle, orienter et accompagner les personnes rencontrées vers les structures sanitaires adaptées à leur situation.

Trois modalités d'intervention ont pu être mises en place :

– *Les permanences* : adaptées à la temporalité du mode existentiel du public accueilli, les permanences dans les structures sociales partenaires permettent d'inscrire la présence de l'EMSP dans le champ du social. Leur fréquence est définie par convention et doit tenir compte de l'effectif limité de l'EMSP.

– *Les interventions mobiles* : Les interventions mobiles permettent un entretien d'évaluation et sont réalisées suite à une demande téléphonique des partenaires. L'EMSP s'engage à ce qu'un IDE puisse se rendre sur la structure dans les 72 heures.

– *Les maraudes* : Une troisième modalité d'intervention est venue s'ajouter en 2014, suite à une demande de la Direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et de l'ARS : les « maraudes ». En 2014, une expérimentation de la maraude a été réalisée. Les IDE ont intégré les équipes de bénévoles de la Croix-Rouge française lors de leurs tournées auprès des personnes en situation de sans-abrisme. Cette évaluation a permis plusieurs accroches et entretiens pré-thérapeutiques sur les structures et a validé l'intérêt de cette modalité d'intervention qui se poursuit à ce jour.

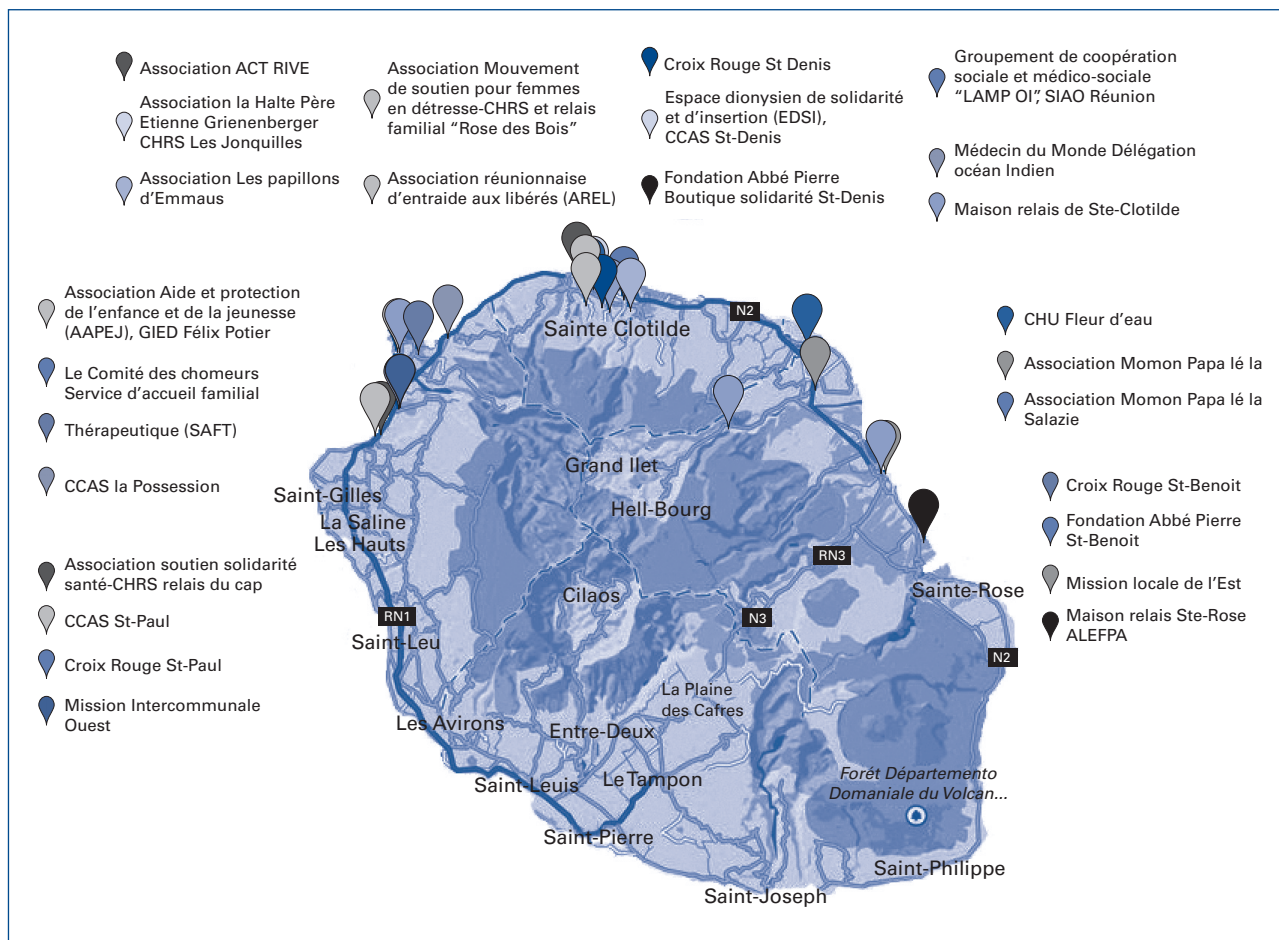


Figure 1. Carte du tissu partenarial intersectoriel.

La première rencontre avec la personne accueillie

La première rencontre sur les structures sociales ne va pas de soi. Elle est primordiale et nécessite une stratégie interindividuelle complexe. La rencontre de professionnels en santé mentale sur une structure dédiée au social peut être perçue comme intrusive par un public parfois méfiant, réticent vis-à-vis de la psychiatrie. Souvent réalisée dans des lieux collectifs, elle est déterminante dans la qualité de l'accroche et demande à l'IDE des compétences variées. Disponibilité, empathie, non-jugement et quelquefois humour facilitent ce premier échange. L'IDE doit faire preuve d'adaptabilité et d'inventivité pour susciter suffisamment d'intérêt et d'envie chez son interlocuteur pour faire émerger une possibilité d'entretien pré-thérapeutique.

Les entretiens pré-thérapeutiques

Le cadre des entretiens, soumis au secret professionnel, est d'emblée expliqué à la personne. L'IDE propose la réalisation des entretiens dans un cadre plus adapté, dans un des bureaux mis à disposition. Les entretiens pré-thérapeutiques sont répétés autant que nécessaire. Ils doivent permettre d'évaluer le contexte psychosocial, de repérer les symp-

tômes psychiques, de tenter de comprendre le parcours existentiel de la personne en essayant de dégager les intrications entre la psychopathologie et l'impact individuel du processus de précarisation. Les éléments recueillis sont partagés avec l'équipe pluri-professionnelle de l'EMSP lors d'une rencontre hebdomadaire et ont comme finalité la mise en œuvre de stratégies individuelles visant à orienter et à accompagner si besoin la personne vers la structure sanitaire adaptée à sa situation : le centre médico-psychologique (CMP), la permanence d'accès aux soins de santé (PASS), les structures d'addictologie, le cabinet du médecin traitant, voire les centres d'accueil psychiatrique (CAP). Le médecin traitant, lorsqu'il a pu être identifié, reste l'interlocuteur de choix dans la stratégie.

La psychologue

La psychologue déploie son action auprès des intervenants de première ligne des structures sociales conventionnées et non pas directement auprès des personnes accueillies. Elle intervient donc auprès de groupes hétérogènes pouvant être constitués de salariés associatifs, de bénévoles et de travailleurs sociaux.

Ces interventions prennent les deux formes suivantes.

Tableau 1. Structures sociales conventionnées avec l'EMSP.

	Structures sociales	Date de signature des conventions
1	ACT RIVE	15/6/2010
2	Boutique Solidarité Saint-Denis et relais social	21/3/2009
3	CCAS Saint-Paul	13/4/2010
4	CCAS La Possession	15/7/2010 et avenant 1/2015
5	CHRS 3S relais du CAP	25/3/2009
6	CHRS Les Jonquilles	9/3/2009 et avenant 28/10/2013
7	CHRS Relais familial Rose des bois	15/6/2015
8	CHU Fleur d'eau	9/3/2009 et avenant 1/2/2010
9	CHU Les Lilas	29/4/2015
10	Comité des chômeurs et mal logés	18/3/2009 et dernier avenant 4/6/2015
11	Croix Rouge française	22/4/2009 et dernier avenant 12/2/2014
12	MFIS CCAS Saint-Denis	1/2/2010
13	GIED Félix Potier	17/1/2011
14	Les papillons d'Emmaüs	24/6/2009
15	Maison de l'amitié	29/6/2015
16	Maison relais Calixte	30/4/2015
17	Maison relais du Chaudron	28/10/2013
18	Maison relais Sainte-Rose	3/6/2013
19	Médecins du Monde	15/3/2010
20	MIO	19/8/2011
21	MLE	18/1/2013
22	Protection civile	2/5/2017
23	SAFT	15/7/2010 et dernier avenant 17/6/2015
24	SIAO GCSMS LAMP-OI	18/1/2013

La sensibilisation à la santé mentale

L'objectif est de favoriser le repérage précoce des troubles psychiques que peuvent présenter certaines personnes accueillies et d'interroger les représentations des intervenants autour de la santé mentale. Ces séances de sensibilisation sont réalisées de manière mensuelle ou à la demande. Le choix du thème, en lien avec la santé mentale et la précarité, est au préalable discuté avec les intervenants de première ligne pour approcher au mieux les problématiques rencontrées. Ces séances de groupe offrent un temps de réflexion et d'échange. Elles permettent de faire évoluer les représentations parfois négatives envers les personnes présentant un trouble psychique et d'améliorer leur inclusion au sein des structures.

L'éclairage de situations

À partir d'une situation problématique vécue par les intervenants, un éclairage professionnel est proposé. Il s'agit d'aider les intervenants à mieux identifier les actions nécessitant l'intervention du sanitaire de celles relevant de leur

champ de compétences. Ils pourront ainsi se voir renforcés et accompagnés dans leurs compétences aidantes. L'objectif est ici d'éviter la psychiatrisation excessive de la souffrance psychique.

L'intervention de la psychologue auprès des intervenants de première ligne permet la lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques et se trouvant en situation de grande désinsertion sociale. Elle permet aussi aux intervenants d'acquérir les outils nécessaires pour devenir de véritables agents de prévention en santé mentale.

La coordinatrice de réseau

Si, au début de l'EMSP, l'activité de la coordinatrice de réseau était essentiellement dévolue à la mise en place des conventions avec les futurs partenaires, son activité est maintenant consacrée à maintenir une dynamique partenariale dans le respect des conventions. Elle assure également le suivi de l'activité de l'EMSP, l'organisation des plannings

de l'équipe, les bilans d'activité et l'évaluation du service rendu auprès des structures sociales. Sa mission reste le développement du réseau partenarial et l'organisation de formations transversales impliquant l'ensemble des partenaires. Ces formations « flash » sont l'occasion de susciter une réflexion partagée entre l'ensemble des membres du réseau.

Le psychiatre

Le psychiatre coordonnateur a comme fonction principale d'être le garant d'un fonctionnement adapté aux missions dévolues et du respect de l'autonomie maximale des personnes dans leur accès aux soins et ce dans le cadre de la citoyenneté. Le psychiatre s'assure que l'EMSP reste une structure passerelle entre le sanitaire et le social et qu'elle ne devienne pas une structure de soins dédiée aux franges les plus précarisées de la population. Il intervient avec l'équipe dans la mise en place de stratégies adaptées aux cas complexes pouvant nécessiter des interventions conjointes avec les acteurs du social et du sanitaire. Il peut intervenir directement auprès des structures sanitaires lorsque des freins fonctionnels sont identifiés pour l'accès au soin de personnes rencontrées. En appui avec la psychologue, il intervient auprès des acteurs du social pour informer sur les dispositifs de soins et participer à une meilleure acceptation du trouble psychique dans les structures sociales accueillant des personnes en situation de grande précarité.

Situation de Madame A.

Tous les lundis matins, nous, IDE de l'EMSP, assurons une permanence de 10 à 12 h à la Maison de la fraternité et de l'inclusion sociale. Cette structure, rattachée au Centre communal d'action sociale de la ville de Saint-Denis, est un espace de premier accueil pour des personnes en situation de précarité. Les services proposés sont l'accompagnement social et la distribution de repas le midi pour les personnes en situation de sans-abrisme.

Nous avons rencontré Madame A., âgée d'une quarantaine d'années. Elle ne souhaite pas particulièrement discuter. Elle semble méfiante et sur la défensive mais dit entendre nos missions. Dans un premier temps, nous lui parlons de banalités. La proposition d'un entretien dans un bureau apparaît prématurée. Durant ce premier échange, nous apprenons que Madame A. a récemment été expulsée du logement où elle vivait depuis onze ans. Elle a trouvé refuge à l'abri de nuit pour femmes de Saint-Denis. Elle exprime son mal-être. Elle dit ne plus dormir depuis plusieurs semaines et déclare se sentir poursuivie. Elle conserve un couteau dans son sac pour se protéger de ces menaces ressenties. Bien qu'elle soit calme, une tension psychique est perceptible et son discours est parfois incohérent.

Trois entretiens informels seront nécessaires pour que la relation de confiance soit suffisamment instaurée et

pour qu'elle accepte un entretien pré-thérapeutique dans un bureau. Elle confiera ses angoisses en lien avec les voix qu'elle entend et qui l'envahissent ainsi que son sentiment d'être constamment poursuivie par des personnes mal identifiées qui lui veulent du mal. Nous lui expliquons que nous pouvons l'accompagner vers des professionnels pour diminuer cette tension interne et l'aider à se sentir mieux. Nous la rassurons sur le fait que ces voix peuvent être atténuées et sont susceptibles de bénéficier de soins spécialisés. Nous lui laissons la possibilité de réfléchir à cette éventualité.

À l'entretien suivant, Madame A. accepte de prendre un rendez-vous avec le CMP, celui-ci est proposé dans un délai de deux mois. Nous poursuivons notre accompagnement sous forme d'entretiens pré-thérapeutiques à raison d'un rendez-vous par semaine jusqu'à cette date.

Par la suite, les troubles psychiques de Madame A. semblent s'aggraver. Elle présente des hallucinations auditives très envahissantes sous-tendues par des vécus persécutifs. Elle refuse l'orientation au CAP des urgences qui lui avait été proposée mais demande à être accompagnée pour le rendez-vous au CMP. Cet accompagnement va être organisé avec l'assistante sociale de la structure.

Nous présentons Madame A. à nos collègues du CMP, avant l'entretien thérapeutique avec le psychiatre du secteur. Suite à la consultation, celui-ci décide d'adresser Madame A. au CAP, où un traitement neuroleptique lui est administré. Le jour même, les infirmiers du CAP nous informent que Madame A. a fugué. Une « sortie contre avis médical » a été prononcée.

Trois jours après sa fugue, Madame A. revient vers l'EMSP. Elle tient des propos cohérents. Calme et d'un bon contact, elle reconnaît les bénéfices du traitement reçu aux urgences. Elle explique sa fugue par son incapacité à supporter le cadre imposé par l'hospitalisation qu'elle a mal vécue. Elle refuse de reprendre un rendez-vous au CMP. Avec son accord, nous contactons son médecin traitant qui lui fixera un rendez-vous auquel elle ira seule pour la prescription d'un traitement neuroleptique. Suite à ce rendez-vous, elle revient vers nous et nous explique qu'elle a vu son médecin traitant qui lui a prescrit une ordonnance mais qu'elle n'a toujours pas ses médicaments car ses papiers de prise en charge auprès de la Sécurité sociale ne sont pas à jour. Nous l'accompagnons vers l'assistante sociale afin de régulariser sa situation.

Suite à la prise du traitement, nous constatons sur le plan clinique une stabilisation des symptômes et sur le plan social l'émergence de demandes et de préoccupations inexistantes jusqu'à présent. Ainsi, Madame A. sera accompagnée par la structure pour être admise dans un centre d'hébergement d'accueil d'urgence, Les Jonquilles, à Saint-Denis, également partenaire de l'EMSP. Lors d'une rencontre informelle aux Jonquilles, Madame A. dit avoir une bonne observance de son traitement, un meilleur sommeil et ne plus entendre les pensées des gens. Elle accepte un entretien au cours duquel elle sollicite un nouveau rendez-vous au CMP, qui sera fixé un mois plus tard.

Au cours des rencontres suivantes aux Jonquilles, l'état de Madame A. reste stable. Elle décrit une prise irrégulière de son traitement. Nous constatons la persistance de symptômes psychotiques (propos délirants et hallucinations ciénesthésiques). Elle explique, par exemple, la présence de tremblements des extrémités pouvant être iatrogéniques par l'action de la déesse Kali, déesse du culte hindouiste pratiqué par les Tamouls de La Réunion. Elle nous fait part de cérémonies religieuses effectuées par sa famille en son honneur sans qu'elle puisse y assister. Nous continuons à rencontrer Madame A. en attendant que le relais vers le CMP soit assuré.

Parallèlement, Madame A. a été orientée vers le service d'accueil familial temporaire (SAFT), partenaire de l'EMSP, et situé à l'ouest de l'île et donc sur un autre secteur. Ce changement de ville, et de secteur, implique un changement de suivi psychiatrique qui est source d'angoisses. Nous sommes alors sollicités par le SAFT pour faire le lien avec ce secteur. Nous l'accompagnons vers le CMP du Port où elle parviendra à obtenir un rendez-vous avec un psychiatre qui sera référent de son suivi tout au long de son placement. Nous partageons avec l'équipe sectorielle l'évaluation psychosociale qui avait été réalisée lors de l'accompagnement intersectoriel.

Nous avons appris, deux ans après ce relais, le décès de Madame A. à son domicile. Elle avait pu durant cette période bénéficier d'un suivi psychiatrique régulier.

Discussion

L'expérience de l'EMSP à La Réunion dégage l'importance de penser l'accès au soin et l'accompagnement par des soignants en santé mentale de personnes rencontrées dans le social vers le sanitaire comme un processus progressif, non linéaire et complexe qui impose une créativité relationnelle spécifique. Au-delà de la relation de confiance, prérequis indispensable à toute alliance, c'est la capacité du soignant de l'EMSP à s'adapter à la temporalité et à l'espace de l'accueilli précaire du social qui va permettre *in fine* un « relais » efficace. En effet une relation de confiance met du temps à s'établir et à se consolider. La personne doit se sentir à l'aise dans cette nouvelle relation pour pouvoir s'engager et être présente dans le lien qui se crée (Mellier, 2006) [3]. Crambert *et al.* (2013) [4] rapportaient à cet effet que cette relation de confiance prend d'autant plus de temps à s'instaurer que la personne est restée longtemps en marge de la société et d'elle-même. Cette relation de confiance nécessite plusieurs phases : une phase d'accroche, une première rencontre, un entretien. Ce lien est complexe à établir dès lors que la personne n'est pas spontanément demandeuse d'un accompagnement vers les soins et que la rencontre se fait sur une structure associative comme pour la majeure partie des équipes mobiles (Mercuel, 2007) [5]. Selon Furtos (2008) [6], plus la personne va mal psychologiquement et moins elle est capable de demander une aide que ce soit sur le plan social, médical ou psychique. De même,

Durif-Bruckert (2008) [7] relève cette difficulté à comprendre la demande de la personne du fait de son caractère diffus et fréquemment différé. Le lien de confiance est un préalable à la demande. La permanence du lien favorisera l'ancrage à un environnement et permettra la permanence du lieu (Mercuel, 2011) [8].

Au sein de l'EMSP, nous avons tenté de construire un processus par « étapes » afin de nous aider à mieux penser nos interventions : accroche, première rencontre, entretiens préthérapeutiques, relais. Comme le rappelle Mercuel (2014) [9], la finalité d'une équipe mobile est non pas d'instaurer un circuit de prise en charge spécifique et distinct pour personnes en situation de précarité, mais bien de les conduire vers le dispositif de soins classique, auquel tout citoyen doit avoir accès. Effectivement, selon Girard *et al.* (2012) [10], entre 30 et 50 % des personnes sans domicile fixe présentent des troubles psychiques sévères. Selon certains auteurs, cette proportion importante de troubles psychiques chez ces personnes serait à mettre en lien avec l'absence de prise en charge par le sanitaire. Nous pensions pouvoir définir un circuit opérant d'accompagnement vers le soin. Cependant, l'expérience de terrain nous montre que cette conceptualisation linéaire ne reflète qu'imparfaitement les pratiques réelles. Le relais est souvent l'aboutissement d'entretiens et de temps informels de renforcement relationnel. Le lien avec la personne précarisée est ténu, fragile et susceptible d'être mis à mal par des événements de vie imprévisibles. Ce n'est donc pas tant la demande qui doit organiser notre dynamique relationnelle que la possibilité de la faire émerger et de la porter dans un contexte existentiel précaire, vulnérable, chaotique et souvent instable.

Notre implantation intersectorielle permet le maintien du lien dans l'espace et permet des rencontres dans des lieux distants et non soumis aux limites spatiales sectorielles. Notre inscription régulière dans l'espace social, assurée par les permanences, garantit la possibilité de construire ce lien au-delà des ruptures temporelles. C'est également le réseau mis en place dans le champ sanitaire et social qui garantit des stratégies d'accompagnement vers le soin efficaces. L'EMSP permet d'établir des passerelles entre le social et le sanitaire. Celles-ci ne peuvent être solides que si elles tiennent compte des réalités de chacune des rives auxquelles elles sont accrochées. Ainsi, l'organisation des hospitalisations, lorsqu'elles sont nécessaires, ou le passage relais vers des suivis au CMP nécessitent une coordination des acteurs sanitaires et sociaux et une cohérence pouvant être renforcée par la connaissance des contraintes des deux champs. (Mercuel, 2014) [9]. L'EMSP participe au dépassement des anciennes perceptions et représentations sur l'opposition des mondes sanitaire et social (*e.g.* culture différente, secret professionnel non partagé, administration différente) (Darcourt, 2010) [11]. L'EMSP est étroitement liée au réseau de soins et connaît les problématiques rencontrées par les personnes précarisées, notamment les longs délais de rendez-vous avec les psychiatres des CMP ou, comme le rapporte Mercuel (2014) [9], un manque de

souplesse dans les réponses proposées par le sanitaire. L'équipe fait ainsi le nécessaire pour limiter le risque de découragement et de décrochage des personnes.

Ce sont la stabilité temporelle, la disponibilité spatiale et la compétence relationnelle des soignants qui permettent de compenser, en partie, la « perte de chance sanitaire » liée au « handicap social » que constitue la situation de précarité. L'EMSP peut, en favorisant l'accès au soin de droit commun, faire du trouble psychique et de sa prise en charge un mode d'entrée vers une structure de soin. Ainsi, et paradoxalement, le fait d'être porteur d'un trouble psychique peut devenir une opportunité de vivre une expérience citoyenne inclusive. Bien entendu, un tel postulat implique que tous les dispositifs de soin en santé mentale soient pensés comme des outils d'inclusion sociale.

L'intervention de l'EMSP prend tout son sens dans le travail que réalisent la psychologue et le psychiatre auprès des professionnels de première ligne. Les actions d'information, de formation et d'analyse de situations facilitent le travail clinique des infirmiers (Mercuel, 2007) [2]. Ils permettent aux équipes du secteur social d'avoir un lieu d'expression autour de leur vécu vis-à-vis des troubles psychiques et de la souffrance psychique des personnes qu'elles reçoivent mais aussi des difficultés d'interaction qu'elles peuvent rencontrer avec le champ sanitaire (Lips, 2007) [12]. Ce travail permet également de déstigmatiser les personnes ayant des troubles psychiques. La stigmatisation est un problème central pour les personnes souffrant de troubles psychiques, au-delà des effets propres de la maladie (Lopez, 2007) [13]. L'EMSP a constaté que ces phénomènes de stigmatisation n'épargnaient pas les personnes souffrant de troubles psychiques accueillies dans les structures sociales. Le trouble psychique et les troubles du comportement qui y sont parfois associés constituaient un motif fréquent d'exclusion des structures faisant des personnes présentant un trouble psychique des exclus parmi les exclus. Des échanges autour de ces situations ont permis, en modifiant les représentations des professionnels, la réintégration de certains accueillis.

Enfin, il faut noter que l'EMSP doit s'adapter au contexte culturel singulier dans lequel elle intervient. Elle doit faire face à des situations diverses depuis le jeune créole des Hauts désocialisé jusqu'au vieux marginal métropolitain terminant un voyage pathologique à La Réunion. L'espace culturel réunionnais est riche de modèles explicatifs du trouble psychique et les modalités d'aide sont plurielles. L'EMSP doit tenir compte de cet horizon et proposer des stratégies d'accompagnement respectueuses de ces modèles. Comme le soulignait Pardo (2011) [14], l'EMSP est aussi le témoin des aggravations de la crise socio-économique qui frappe La Réunion avec le constat inquiétant d'une augmentation du phénomène de précarisation des franges les plus jeunes de la population, reflet de la mise en échec des dispositifs de soutien familial jusqu'alors opérants.

L'EMSP à La Réunion a tenté de construire un dispositif non interventionniste visant à permettre l'accès aux

soins des personnes en situation de précarité et souffrant de troubles psychiques. Les contraintes liées aux faibles ressources humaines disponibles nous ont obligés à penser nos actions en partenariat avec les acteurs du social et du sanitaire. Le modèle des entretiens « pré-thérapeutiques » est apparu comme largement opérant pour construire une alliance indispensable à l'accompagnement vers une prise en charge sanitaire qui va rarement de soi et qui n'est quasiment jamais demandée par les accueillis. Ambassadeurs du soin psychique dans le social, les membres de l'EMSP sont parfois confrontés aux limites fonctionnelles des structures sanitaires qui restent encore peu préparées à accueillir la précarité sociale. Des actions de sensibilisation sur la clinique psychosociale et sur les réalités existentielles du public réunionnais précarisé auprès des structures sanitaires nous apparaissent maintenant comme prioritaires. Ces actions devraient renforcer l'adhésion au soin des personnes qui y sont accompagnées et, c'est notre pari, permettre d'augmenter la fonction inclusive des structures de soin en santé mentale.

Liens d'intérêts les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Circulaire DHOS/02/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. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_13422.pdf
2. Mercuel A. Équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité. Un bilan et des perspectives. *Pluriels* 2007 ; 67 : 1-5.
3. Mellier D. Précarité psychique et dispositifs d'intervention clinique. *Pratiques psychologiques* 2006 ; 12 : 145-55.
4. Crambert G, Puren A, Bougon A, Quellenec P. L'équipe mobile précarité : un outil pour travailler le lien. *Soins Psychiatr* 2013 ; 287 : 25-8.
5. Mercuel A. « Prise en charge des exclus ». In : *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson, 2007, pp. 349-52.
6. Furtos J. *Les cliniques de la précarité : contexte social psychopathologie et dispositifs*. Paris : Masson, 2008.
7. Durif-Bruckert C. Demande et accompagnement dans le domaine de la santé. Débat psychosocial à partir d'une expérience de recherche-action auprès de personnes en situation de précarité dans une commune du sud lyonnais. *Pratiques psychologiques* 2008 ; 14 : 305-22.
8. Mercuel A. Psychiatrie et précarité : permanence du lieu ou permanence du lien ? *Ann Méd Psychol* 2011 ; 169 : 656-9.
9. Mercuel A. EPP des EMPP ? Pratiques professionnelles en précarité. *European psychiatry* 2014 ; 29(8) : 628.
10. Girard V, Sarradon-Eck A, Payan N, et al. The analysis of a mobile mental health outreach team activity : from psychiatric emergencies on the street to practice of hospitalization at home for homeless people. *Presse Med* 2012 ; 41 : 226-37.
11. Darcourt G. « Stigmatisation, précarité et troubles psychiques ». In : *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Paris : Masson, 2010, pp. 143-51.
12. Lips M. Équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité. Un bilan et des perspectives. *Pluriels* 2007 ; 67 : 5-8.
13. Lopez M. Moyens de communication. Stigmatisation et discrimination en santé mentale : éléments pour une stratégie raisonnable. *Inf psychiatr* 2007 ; 83 : 793-9.
14. Pardo E. Soins psychiques et somatiques des sujets en grande précarité : une épreuve de corps. *L'évolution psychiatrique* 2011 ; 76 : 287-301.