

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2018

La Formation « Flash » de l'Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie de l'île de La Réunion.

Yoann Briand

Infirmier de l'Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie de l'Etablissement Public de Santé Mentale de La Réunion.

Tutorat : Sophie Arfeuillère

« C'est parce que nous n'avons pas organisé le monde sous l'inspiration d'un véritable humanisme que nous avons recours à l'humanitaire comme palliatif à cette grande défaillance ». Manifeste pour la Terre et l'humanisme. Pour une insurrection des consciences (Pierre Rabhi, 2008).

Je crois que ce DIU vient répondre par son humanisme aux « défaillances » du « système psychiatrique ». La parole est donnée aux usagers de la psychiatrie et permet un repositionnement par l'humain, pour l'humain. A l'heure où de nombreux services de santé sont en souffrance, penser l'organisation des soins autour de valeurs humanistes, s'impose comme une évidence de bon sens. Comment des soignants peuvent-ils « prendre soin », si l'on ne prend pas soin d'eux ?

Ce DIU m'a permis de me réaligner sur les motivations profondes qui m'ont conduit à devenir infirmier. Merci à tous les intervenants qui sont venus nous partager leurs expériences professionnelles et/ou personnelles lors des sessions. Merci aux organisateurs et plus particulièrement à Madame Aude Caria et au Docteur Jean-Luc Roelland pour la source d'inspiration qu'ils m'ont insufflée.

Merci à ma tutrice Madame Sophie Arfeuillère pour ses précieux conseils et ses encouragements qui m'ont permis de prendre progressivement confiance en moi.

Merci à ma hiérarchie, Monsieur Bien (Directeur), Monsieur Chartier (Directeur des soins), Madame Padeau (Cadre de Pôle) d'avoir permis le financement et ma participation au DIU.

Merci à mes collègues pour leur écoute, leur soutien et leurs conseils. Merci particulièrement à : Madame Valérie Tixier, Docteur Benjamin Bryden et Madame Luquet Juan Josette.

Merci aux personnes qui ont accepté de répondre aux questionnaires avant et après la formation.

Merci à toutes les personnes que je tente d'accompagner vers les soins pour ce qu'elles m'apportent chaque jour dans ma compréhension de la nature humaine. Toutes ces rencontres me permettent de m'améliorer en tant que « soignant » et en tant qu'Homme.

Merci à ma mère pour sa relecture attentive et ses conseils bienveillants.

Merci à ma compagne Marina pour son soutien quotidien. Merci à ma fille Adèle qui éblouit ma vie. Je vous aime.

Table des matières

Introduction	1
I) L'EMSP de L'EPSMR et la double stigmatisation du « Sdouf»	3
1) Présentation de l'EMSP.....	3
1.1) Les infirmiers (IDE)	3
1.2) La psychologue.....	5
1.3) La coordinatrice de réseau.....	6
1.4) Le psychiatre	7
2) La double stigmatisation.....	7
2.1) Définition de la stigmatisation	7
2.2) Comment se construit le processus de stigmatisation ?.....	8
2.3) Les conséquences de la stigmatisation	9
2.4) De l'autostigmatisation à l'auto-exclusion	16
II) La formation « Flash »	18
1) Description de l'action	18
2) Etude de cas : Situation de Mr Z	19
3) Evaluation de la formation	22
3.1) Présentation des interviewés et de leurs lieux de travail	22
3.2) Restitution des interviews réalisées AVANT la formation	23
3.3) Restitution des interviews réalisées APRES la formation.....	28
III) Discussion	30
1) La place de l'EMSP dans le maillage territorial.....	30
2) La formation « Flash » comme action de lutte contre la stigmatisation.....	32
3) La formation « Flash » ou comment « prendre soin » ensemble ?.....	34
Conclusion.....	37
Bibliographie.....	40

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 840 000 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 difficultés 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'Equipe mobile spécialisée en psychiatrie (EMSP) a été créée en 2009 (Croisier-Langenier M., Luquet Juan J., Briand Y., Bryden B., 2018, p.60).

A l'interface entre le secteur du sanitaire et celui du social, l'EMSP joue le rôle de « passerelle » entre deux univers encore parfois trop cloisonnés.

Après bientôt dix ans d'existence, fort de son expérience, l'EMSP a créé en 2017 des formations dites « Flash » sur des thématiques de santé mentale. Ces formations sont à destination des partenaires sociaux conventionnés de l'EMSP.

Deux formations « Flash » ont été réalisées en 2017 avec pour thématique : « Souffrance psychique, troubles psychiques : savoir repérer ».

C'est du fruit d'une réflexion d'équipe qu'est née cette formation « Flash ». Les questions que nous nous sommes posées et qui ont conduit à la formation « Flash » sont les suivantes :

Comment optimiser nos moyens en proposant une action innovante d'informations sur la santé mentale ?

Comment créer une dynamique de réseau permettant le partage d'une culture commune axée sur le droit commun ?

Comment améliorer le partage de connaissances entre le secteur du sanitaire et celui du social ?

Comment lutter contre les idées reçues sur les troubles psychiques ?

Comment une formation peut favoriser l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques et en situation de précarité à l'île de La Réunion ?

Mon travail dans cet écrit réflexif portera sur l'étude de cette formation « Flash ».

Je tenterai de répondre à la problématique suivante : *Comment améliorer une dynamique de réseau afin de favoriser l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques et en situation de précarité à l'île de La Réunion ?*

Dans une première partie, j'explicitai le fonctionnement et les missions de l'EMSP en m'appuyant sur un article que j'ai co-écrit avec les membres de mon équipe paru dans *L'Information Psychiatrique* de janvier 2018 (référence en bibliographie).

Je traiterai de la double stigmatisation vécue par les personnes qui souffrent de troubles psychiques et qui sont en situation de précarité à l'île de La Réunion.

La seconde partie portera sur une présentation et une étude de la formation « Flash » qui s'est déroulée le 11 avril 2018 à St Denis avec pour thématique « Les modalités d'hospitalisation en psychiatrie et l'offre de soins à l'EPSMR ». Je tenterai d'analyser l'impact de cette formation « Flash » avec les interviews de cinq participants que j'ai réalisés AVANT et APRES cette formation. J'illustrerai mon propos par le récit de la situation de Monsieur Z, qui fût présentée lors de cette formation.

Dans une troisième partie : « discussion », une réflexion sera menée sur la formation « Flash », je tenterai de répondre à la problématique et de faire des propositions d'actions.

I) L'EMSP de L'EPSMR et la double stigmatisation du « Sdouf »

L'Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie de l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion.

1) Présentation de l'EMSP

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 définies 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.

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). A La Réunion, l'EMSP est une Unité Fonctionnelle rattachée au Centre d'Appui en Réhabilitation (CARE) de l'EPSMR, située à Saint-Paul. L'EMSP partage avec le CARE 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 (Annexe 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 (Annexe 2).

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).

1.1) Les infirmiers (IDE)

Emissaires 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. 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 » constituée par la situation de précarité.

- 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.

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 symptômes 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.

1.2) 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 deux formes :

- 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 et 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

A 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.

1.3) 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.

1.4) 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 (Croisier-Langenier et al., 2018, pp.60-63).

L'EMSP participe activement à la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques. En effet, parfois les personnes accueillies dans les structures sociales sont stigmatisées du fait de leurs troubles psychiques et des comportements associés. Les professionnels de l'EMSP ont pu constater également que les personnes accompagnées vers les soins pouvaient être parfois aussi stigmatisées par les structures sanitaires à cause de leur situation de précarité sociale. Ce qui peut constituer pour certaines personnes une double stigmatisation.

2) La double stigmatisation

« Mon têt lé piqué et mi viv déor » (en créol réunnionnais)

« Je suis fou et je vis dans la rue »

2.1) Définition de la stigmatisation

La stigmatisation est « un processus d'attribution à des individus, de caractéristiques qui les rendent culturellement inacceptables ou jugés inférieurs » (Castillo cité par Giordana).

De tout temps, les hommes ont « catégorisé ». Françoise Askevis-Leherpeux, nous explique que cette catégorisation nous permet une économie cognitive. On catégorise les groupes de personnes, les objets, etc... Par exemple, une table est « un meuble composé d'un plateau horizontal reposant sur un ou plusieurs pieds ou supports » (Larousse.fr). Cependant, nous conviendrons qu'il existe des multitudes de tables différentes.

De la même manière, le DSM classe les troubles psychiques et de ce fait catégorise les maladies dans un but diagnostique. Le Dr Jean-Yves Giordana nous dit que la stigmatisation c'est : « toute parole ou toute action qui viserait à transformer le diagnostic d'une maladie, en une « marque » négative pour la personne ayant cette affection. ».

La stigmatisation serait donc le résultat de processus cognitifs humains normaux. Elle « est une réaction sociale « naturelle », en partie inconsciente et automatique envers des populations « différentes » et « vulnérables » » (Bonsack C., Morandi S., Favrod J., Conus P., 2013). Les conséquences de ce processus seraient que l'identité sociale de la personne en devienne faussée.

Abordons le processus complexe de stigmatisation qui s'opère à l'encontre des personnes souffrant de troubles psychiques et en situation de précarité.

2.2) Comment se construit le processus de stigmatisation ?

« Selon Link et Phelan, le mécanisme de stigmatisation est un cercle vicieux qui consiste à étiqueter, stéréotyper, séparer, discriminer et priver de pouvoir un groupe social minoritaire. » (Link B., Phelan J.C., 2001, cité par Bonsack C. et al., 2013).

L'étiquetage, va mettre en évidence les différences individuelles plus ou moins visibles pouvant compter socialement. « Cela implique une vision simpliste de différences superficielles comme représentative du tout » (Bonsack C. et al., 2013) : le SDF, le fou...

Ensuite, *stéréotyper*, c'est l'attribution de défauts à la personne étiquetée.

La troisième étape du mécanisme à l'œuvre dans le processus de stigmatisation est la *séparation*. « Eux » et « nous ». Les personnes stigmatisées sont considérées comme différentes car catégorisées par l'étiquetage et *stéréotypées* par « des attributs indésirables » (Bonsack C. et al., 2013).

La quatrième et dernière étape du mécanisme est « *discriminer et priver de pouvoir social* ».

« Ainsi, à partir de différences superficielles, la personne stigmatisée est mise à l'écart et perd le droit à jouer son rôle social » (Bonsack C. et al., 2013). Cette discrimination peut être soit individuelle ou structurelle. « La *discrimination individuelle* est l'attitude et le comportement direct du stigmatisateur envers le stigmatisé. La *discrimination structurelle* est plus invisible » (Bonsack C. et al., 2013).

Dans ce travail, nous allons nous attacher à décrypter cette discrimination structurelle dans l'accès aux soins ou aux structures sociales dites de « premiers accueils » que peuvent vivre les personnes en situation de précarité et souffrant de troubles psychiques à l'île de La Réunion.

2.3) Les conséquences de la stigmatisation

a) Les idées reçues:

Les idées reçues constituent la bibliothèque de nos schémas de pensées. Pas toujours fausses mais jamais éprouvées, elles permettent de classer nos pensées. Les idées reçues sont construites et transmises par l'environnement familial, social, culturel et l'histoire de chaque individu. Elles peuvent être positives ou négatives (Psycom.org).

Voici quelques exemples d'idées reçues :

Les schizophrènes sont dangereux et violents. Ils tuent souvent des gens.

La seule façon de soigner les malades mentaux c'est de les enfermer à l'hôpital psychiatrique et de leur donner des médicaments.

Quand on a des problèmes de santé mentale c'est pour la vie, on ne peut pas vraiment en guérir (Psycom.org).

« Les SDF ne veulent pas travailler.

Les SDF sont alcooliques ou drogués.

Il est moins dur d'être SDF l'été » (Francetvinfo.fr), on pourrait alors penser qu'il est moins difficile d'être Sans domicile fixe (SDF) à l'île de La Réunion !

Les personnes souffrant de troubles psychiques et sans-abris sont ainsi perçues comme des personnes effrayantes, irresponsables et qu'il faudrait maintenir en marge de la société.

Nous pouvons donc supposer que les personnes sans-abris et souffrant de troubles psychiques ont pour ainsi dire une « double peine » en matière de stigmatisation.

b) « Le Sdouf »

SDF et fou. Telle est la situation que l'on peut désigner par cet acronyme : « Sdouf ». Des comédiens, après une expérience de la rue, ont inventé ce mot en fusionnant SDF avec ouf : « fou » en verlan. [...] Voilà donc cette double peine-malade mentale et exclu-qui ne facilite pas la rencontre, le soutien, les soins (Mercuel, 2012, p.17).

Prenons comme exemple dans cet écrit un « Sdouf » *psychotique* ou une personne souffrant d'une psychose et qui est en situation de sans-abrisme.

Soit sa psychose l'a entraîné à vivre dans la rue ou alors sa situation de sans-abrisme a favorisé l'installation de sa psychose.

Attachons nous à décrypter deux symptômes « négatifs » caractéristiques de cette maladie qui contribuent à la stigmatisation :

- *L'apragmatisme* : « trouble d'origine psychique se traduisant par l'incapacité de réaliser une action » (Larousse.fr).

- L'« *ambivalence* » a été proposée par le psychiatre Eugen Bleuler pour décrire chez le schizophrène l'existence simultanée de sentiments contradictoires envers un objet ou une personne» (Emmanuelli, Menahem, Nayrou, 2006, p.7).

Ces deux symptômes sont à l'image de la complexité de cette maladie qu'est la psychose.

L'apragmatisme et *l'ambivalence* rendent complexe l'accès aux soins par l'EMSP et la continuité des soins par le CMP. Ils sont parfois incompris dans le social et leurs symptômes sont interprétés comme des traits de caractère plutôt que résultant d'une pathologie, par exemple l'apragmatisme peut être considéré comme un manque de volonté voir à de la paresse.

Attachons nous à décrypter le fonctionnement des structures sanitaires ou sociales qui induisent de la discrimination structurelle. Il n'est pas ici question d'être dans le jugement mais bien dans la réflexion et l'analyse de fonctionnement.

Les professionnels qu'ils soient du sanitaire ou du social ne pratiquent pas « une stigmatisation active » mais il peut leur arriver de pratiquer une stigmatisation passive reposant sur un manque de connaissances dû parfois à un manque de formation sur la santé mentale, c'est ce que Guy Darcourt (2007/8) appelle la stigmatisation par « omission ».

Ces professionnels de l'aide à la personne ont « une éthique qui leur interdit le rejet ou toute appréciation péjorative » (Darcourt, 2007/8) mais la société est imprégnée d'idées reçues négatives et les professionnels peuvent les partager de manière inconsciente.

Ma pratique quotidienne d'infirmier de l'équipe mobile m'amène à être confronté à des idées reçues de certains partenaires sociaux et sanitaires (CMP) comme :

- « Cette personne est folle et je pourrai l'accompagner vers le logement que si elle est soignée ! »

- « Cette personne est SDF et je ne pourrai la soigner que lorsqu'elle aura un logement ! »

Nous voyons bien au travers de ces exemples que les professionnels peuvent être en difficulté dans l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques et en situation de sans-abrisme. Ces idées reçues engendrent des freins structurels et conduisent à des situations de blocage.

Le « Sdouf » cumule ainsi les difficultés qui peuvent induire des attitudes et comportements spécifiques chez les professionnels qui tentent de l'aider.

c) L'accès aux soins (CMP) du « Sdouf »

« Une étude, réalisée par une équipe d'Aix-Marseille Université et parue fin août 2018 dans « Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry » » met en exergue que « *Neuf dixièmes des personnes à la rue souffrant d'une pathologie mentale ne sont pas correctement soignées* » (Yann Verdo, 2018).

Attachons nous à décrypter les difficultés des professionnels du CMP à apporter une réponse de soins appropriée ainsi que les difficultés rencontrées par le « Sdouf » dans son accès au CMP.

J'ai choisi de m'attacher plus particulièrement à l'accès au centre médico psychologique compte tenu qu'il est la structure emblématique de la psychiatrie de proximité.

Par définition le CMP est la structure de soins pivot des secteurs de psychiatrie. Il assure des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique et organise leur orientation éventuelle vers des structures adaptées (CATTP, hôpital de jour, unité d'hospitalisation psychiatrique, foyers...). Une équipe pluridisciplinaire assure la coordination des soins psychiatriques pour la population du secteur (Psycom.org).

Pivot du secteur psychiatrique, il est la structure référence incontournable du soin en psychiatrie et une ressource essentielle pour les personnes souffrant de troubles psychiques.

L'EMSP dépend du pôle intersectoriel de l'EPSMR et de ce fait elle travaille avec les sept CMP de l'EPSMR. La complémentarité entre le CMP et l'EMSP permet de répondre de manière adaptée aux problématiques rencontrées par les personnes précarisées. La qualité des

liens et des transmissions entre les IDE des deux dispositifs facilite l'accès aux soins et le suivi des soins. L'EMSP informe les collègues du CMP sur les conditions de vie des personnes accompagnées car ils n'ont pas forcément de visibilité sur l'aspect sociale. A l'île de La Réunion, chaque CMP bénéficie de la présence d'un assistant social.

Cependant, les conditions de travail aux CMP sont difficiles et la surcharge de travail est une réalité. Ainsi, les visites à domicile (VAD) ne s'effectuent pas à la fréquence souhaitée, « on soigne celui qui vient » (Darcourt, 2007/8). La difficulté d'accroche du fait de l'ambivalence des bénéficiaires, les rdv non réalisés du fait de l'apragmatisme, la faible adhésion aux soins en lien avec le déni de la maladie sont autant de critères qui peuvent provoquer un sentiment d'échec et conduire les soignants à une « usure » professionnelle. L'expression de la maladie du « Sdouf » constitue une difficulté dans la construction de l'alliance thérapeutique avec le CMP.

Autant les symptômes de la maladie peuvent être des obstacles à l'accès aux soins pour la personne souffrant d'une psychose, autant le CMP peut parfois de par son fonctionnement induire des freins organisationnels à son accès.

Voici un certain nombre d'exemples que j'ai pu constater lors de mes accompagnements vers les CMP :

-Les rendez-vous au CMP sont pris par rappel téléphonique d'un soignant : comment faire si l'on n'a pas de téléphone portable ?

Une partie de la population la plus précaire ne possède pas de téléphone portable. Quand bien même les personnes en possèdent un, elles n'ont pas forcément de crédit pour rappeler lorsqu'on leur laisse un message. Dans la rue, les vols sont fréquents et les téléphones sont les objets les plus dérobés. Cette méthode qui consiste à rappeler l'appelant pour lui donner un rdv est une méthode qui freine considérablement l'accès aux soins. Cela renforce le sentiment d'exclusion d'être hors de la société « du connecting people » et peut générer un sentiment de honte.

-Les délais d'attente des rendez-vous est aussi un frein à l'accès aux soins : les délais sont variables d'un CMP à l'autre, cependant les délais d'attente sont souvent considérés trop longs par les personnes en demande notamment pour avoir un rendez-vous avec un psychiatre.

- « Dans l'esprit actuel des soignants, est fortement ancrée l'idée que, s'il n'y a pas de demande, il est difficile d'être efficace » (Darcourt, 2007/8). Or, la demande en soins psychiques chez le « Sdouf » est exceptionnelle du fait des symptômes induits par la maladie et de sa vie à la rue.

-Le mode de vie itinérant de certaines personnes échappe à la logique du secteur psychiatrique et constitue une difficulté dans le suivi des soins. Le « Sdouf » est considéré comme « hors secteur » pour l'hôpital et « hors de la société » pour la communauté.

Alors, comment faire pour assurer la continuité des soins d'une personne itinérante ou dite « hors secteur » ?

-Il y a aussi *le turn over médical important* : l'usager doit raconter son histoire à chaque changement de psychiatre, malgré l'existence du dossier patient informatisé (DPI). Ce qui ne favorise pas la création d'une relation de confiance durable entre usager et psychiatre. Le tissage d'une relation de confiance avec une personne vivant à la rue prend du temps, les attitudes de méfiance sont courantes.

-Une difficulté supplémentaire à l'accroche aux soins est *la comorbidité addictive* qui est fréquente. Certains usagers peuvent se présenter en état d'ébriété au CMP ce qui n'est pas vu « d'un bon œil ». Le risque est que le CMP et les structures d'addictologie se « renvoient » la personne car celle-ci peut être perçue comme indésirable. « V.Kovess signale « la résistance des intervenants à travailler avec cette clientèle perçue comme inaccessible aux interventions » » (Kovess-Masfety V., 2001, cité par Darcourt, 2007/8).

Pourtant il y a des tentatives réelles d'améliorations et de réflexions pour faciliter l'accès aux soins :

Par exemple, certains CMP mettent en place un système de *référence soignante*, ce système peut être efficace pour coordonner le parcours et le suivi de soins, mais elle peut aussi devenir un obstacle lorsque le référent est absent et qu'il faut attendre son retour pour poursuivre les soins ou avoir un rendez-vous.

Alors, comment apporter des soins à une personne que l'on considère comme impossible à soigner ?

L'EMSP est en dialogue permanent avec les équipes des CMP et ainsi ensemble ils parviennent à co-construire des accompagnements singuliers de qualité et tentent de lever ces

freins organisationnels. Ensemble, le CMP et L'EMSP imaginent des stratégies de soins adaptés à la spécificité des conditions de vie à la rue.

Lorsque les personnes accompagnées sont confrontées à des obstacles à l'accès aux soins, l'EMSP maintient son accompagnement et fait ainsi le nécessaire pour limiter le risque de découragement et de décrochage des personnes.

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 soins. 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 (Croisier-Langenier et al., 2018, p.65).

d) L'accès aux structures sociales du « Sdouf »

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'informations, de formations et d'analyses de situations facilitent le travail clinique des infirmiers (Mercuel, 2007). Ils permettent aux équipes du secteur social d'avoir un lieu d'expression autour de leurs vécus vis-à-vis des troubles psychiques et de la souffrance psychique des personnes qu'elles reçoivent mais aussi des difficultés d'interactions qu'elles peuvent rencontrer avec le champ sanitaire (Lips, 2007). 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). 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. (Croisier-Langenier et al., 2018, p.65)

Le manque de formation sur la santé mentale rend difficile le repérage des troubles psychiques par les professionnels sociaux « de première ligne » et *la confusion entre souffrance et troubles psychiques est fréquente*. La présence quotidienne des infirmiers auprès de ces travailleurs permet l'aide au repérage. En cas de troubles psychiques les infirmiers

tenteront de faciliter l'accès aux soins grâce aux entretiens pré-thérapeutiques. En cas de souffrance psychique, les infirmiers tenteront de *renforcer les compétences aidantes des travailleurs sociaux en valorisant leurs approches empathiques*.

Lorsque les travailleurs sociaux tentent d'interpeller le CMP pour des personnes qu'ils accompagnent « ils se heurtent au secret médical et n'obtiennent pas d'informations » (Darcourt, 2007/8). Ce qui est normal puisque la loi protège les informations sur la santé de chaque citoyen par le secret médical. Cependant, nous encourageons les travailleurs sociaux en certaines circonstances à contacter le CMP, pas pour avoir des informations mais pour en transmettre dans l'intérêt de la personne.

S'ils (les travailleurs sociaux) se rendent compte que le sujet a besoin de soins psychiatriques, il leur est très difficile d'obtenir une consultation psychiatrique car celui-ci n'en veut pas et l'équipe à laquelle ils s'adressent dit qu'elle ne peut rien faire si le patient ne vient pas de lui-même. Il y a bien, pour les cas graves, la possibilité de faire un signalement à la DDASS (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) mais il est rarement suivi d'effet. (Darcourt, 2007 /8).

Une des missions de l'EMSP est de renforcer la collaboration des partenaires en lien avec les personnes accompagnées afin de comprendre les limites et les freins rencontrés. Il s'agit de trouver ensemble des solutions qui permettraient d'améliorer l'accueil et l'accès aux soins.

e) L'étude INDIGO

(INternationalstudy of DIscrimination and stiGma Outcome) "Etude Internationale sur les effets de la stigmatisation et de la discrimination"

Prenons l'étude Indigo afin d'explicitier les conséquences de la stigmatisation.

C'est une étude transversale menée sous la forme d'entretiens réalisés par des professionnels de la santé mentale. Sept cent trente-deux personnes ayant un diagnostic clinique de « troubles schizophréniques », dans 28 pays, ont participé à l'étude en remplissant l'échelle d'évaluation de la discrimination et de la stigmatisation (Daumerie, Vasseur Bacle, Giordana, Bourdais Mannone, Caria, Roelandt, 2012).

Le Docteur Giordana nous explique que les apports essentiels de l'étude Indigo sont que les « sujets schizophrènes » interrogés expérimentent souvent une discrimination négative :

« De la part des membres de leur famille et de leurs proches, pour rechercher ou conserver un emploi, pour rechercher ou conserver des amis, dans les relations intimes et sexuelles » (La discrimination positive est rare.)

Ce que cette étude met en avant aussi est que « *plus de la moitié des participants ont anticipé une discrimination qu'ils n'avaient jamais réellement expérimenté* » ! (Giordanna)

2.4) De l'autostigmatisation à l'auto-exclusion

a) L'autostigmatisation

« *L'autostigmatisation est la réaction de la personne appartenant à un groupe stigmatisé qui retourne l'attitude stigmatisante contre elle-même.* » (Rüschi, N., Matthias C. et Corrigan P., 2005, cité par Samson E., Blanchette Y., Fradet H., Grenier D., Harvey D., Landry V., Langlois R., Martin-Caron L., 2014).

C'est une conséquence directe de la stigmatisation. Le Dr Giordana explique que « la personne *accepte* et *intériorise* les opinions négatives que le corps social véhicule au sujet des individus auxquels elle est assimilée. Au point de penser qu'elle mérite la façon dont elle est traitée (se faire injurier, se faire bloquer l'accès à des possibilités) ». Lors des entretiens pré-thérapeutiques des infirmiers de l'EMSP, il est fréquent que les personnes se confient sur la stigmatisation qu'elles ont pu subir.

L'accueil aux services d'urgences pour un « Sdouf psychotique » et en état d'imprégnation alcoolique sera compliqué, « *on me fait attendre durant des heures sur un brancard et je ne vois personne* » me témoignait dernièrement un usager que je connais bien. A présent, il refuse d'aller aux urgences du fait de cet accueil particulier et malgré des problèmes de santé physiques et psychiques. Certaines personnes vivent des expériences qu'elles considèrent comme « traumatisantes » avec les soins psychiatriques (notamment lors d'hospitalisations sans consentement). Il faut du temps et l'établissement d'une solide relation de confiance entre le « Sdouf » et les infirmiers de l'EMSP pour envisager un nouvel accès aux soins ou parfois envisager simplement la possibilité d'un entretien pré-thérapeutique.

L'autostigmatisation ou la stigmatisation internalisée dans la schizophrénie et les liens avec les attitudes dysfonctionnelles sont : l'isolement social, l'attitude de retrait, l'inhibition. La perte d'opportunité socioéconomique, la précarité. La difficulté à obtenir un logement. La difficulté à obtenir un emploi. L'auto-dénigrement (honte, culpabilité). S'attendre à être rejeté par les autres, par la société avec recours à des conduites d'évitement. La perte de confiance et de motivation. Le sentiment d'infériorité, la faible

estime de soi. La perte d'espoir de guérison, de vie future positive. La baisse de l'auto-efficacité. Le renoncement à prendre un rôle actif dans divers domaines de la vie « pourquoi essayer? » (Corrigan, Rush, 2009, cité par Giordanna). La personne s'enferme dans son rôle de malade mental (Park, 2013 cité par Giordanna).

b) L'auto-exclusion

Dans son livre de « la précarité à l'auto-exclusion », Jean Furtos nous explique comment la précarité sociale vécue par une personne peut la conduire à développer un syndrome d'auto-exclusion : « c'est une forme d'auto-aliénation. Dans certaines situations d'exclusion, pour survivre, c'est-à-dire pour tenir debout à sa manière, le sujet humain est capable d'abandonner une partie de sa liberté et de s'auto-aliéner. [...] Le terme d'exclusion renvoie à l'environnement sociétal qui est excluant » (Furtos, 2009, pp.24-25).

Jean Furtos décrit les signes cliniques du syndrome d'auto-exclusion qui sont : l'anesthésie du corps, l'émoussement des émotions et l'inhibition de la pensée qui peuvent conduire au découragement voir au « *désespoir absolu* ». Il explicite ce qu'est l'exclusion : « *si l'on n'est pas reconnu dans sa détresse, on se sent soi-même sur une autre planète. L'exclusion c'est ce sentiment terrible de ne plus faire partie du groupe des humains* » (Furtos, 2009, p.25).

Que ce soit *l'auto-stigmatisation* ou *l'auto-exclusion*, elles sont la résultante de pressions qu'exercent des groupes sociaux ou l'environnement social sur des individus en état de vulnérabilité. Ces deux concepts sont à mettre en parallèle, ils se rejoignent, se complètent, se percutent et l'on peut imaginer qu'ils puissent s'alimenter mutuellement.

Le « Sdouf » vit les conséquences de la stigmatisation et de l'exclusion de façon intense et décuplée du fait qu'il les cumule.

L'accès aux services, qu'il soit sanitaire ou social, est pour le « Sdouf » un parcours semé d'embûches à cause de la complexité de son trouble psychique et de sa situation sociale. Il subit une stigmatisation qu'elle soit liée à son état de santé mentale ou à sa situation sociale. La stigmatisation qu'il vit constitue un « handicap » qui vient se cumuler à ses « handicaps psychique et social ». Dans le social, sa maladie n'est pas toujours reconnue et ses troubles du comportement entraîneront une mise à l'écart. Dans le sanitaire, il subit une perte de chance du fait d'un manque de disponibilité des soignants à accueillir sa souffrance psychosociale qui ne sera pas toujours comprise.

Dans l'intérêt des usagers, 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). L'un des objectifs majeurs de la formation « Flash » est de pouvoir renforcer le réseau autour d'un objectif commun qui est l'amélioration de l'accompagnement dans sa « globalité » du « Sdouf ».

II) La formation « Flash »

1) Description de l'action

La formation « Flash » est un temps de formation dispensé par l'ensemble de l'EMSP de l'EPSMR où chaque professionnel a un rôle bien défini.

La coordinatrice de réseau assure l'organisation de cet événement et invite les partenaires conventionnés de l'EMSP d'un secteur.

Le psychiatre et la psychologue apportent leurs connaissances théoriques sur une thématique santé mentale choisie.

Les infirmiers présentent des situations pratiques (anonymisées) rencontrées sur « le terrain », cela permet d'illustrer la thématique par des « cas concrets » qui favorisent les échanges avec « la salle ».

La formation dure une matinée (de 9h à 12h) et se déroule au sein d'une salle communale.

Il y a 2 formations Flash par an : une pour le secteur Ouest et une pour les secteurs Nord et Est.

Les 2 premières ont eu lieu en 2017 sur la thématique : « Souffrance psychique ou trouble psychique : savoir repérer ».

Lors de cette formation l'accent est mis sur la participation des invités ; la parole est libre et le débat souhaité. C'est pour cela que le nombre de participants se limite à 40 personnes.

Les objectifs principaux sont :

-Favoriser la rencontre des différents partenaires d'un secteur et ainsi renforcer le réseau et consolider une culture commune axée sur le droit commun.

-Apporter de l'information sur une thématique en lien avec la santé mentale : favoriser l'interconnaissance (partager, échanger, mettre en commun, ...).

-Lutter contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques et en situation de précarité.

Déroulement de la formation :

La coordinatrice de réseau introduit la thématique de la matinée qui est : «Les modalités d'hospitalisation en Psychiatrie et l'offre de soins à l'EPSMR » (affiche en annexe 5).

Un document PowerPoint contenant l'ensemble des informations théoriques est projeté, ce document a été envoyé aux participants par la suite.

Dans un premier temps, le psychiatre explique les différents modes d'hospitalisation en psychiatrie (Soins Libre (SL), Soins à la Demande d'un Tiers (SDT), Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SDRE), Soins sur Péril Imminent (SPI)).

Ensuite un infirmier présente un cas concret qui met en évidence les différents modes d'hospitalisation qu'a pu vivre une personne anciennement accompagnée par l'EMSP.

Dans un second temps, la psychologue présente les différentes structures de soins en psychiatrie, qu'elles soient intra ou extra hospitalière avec les missions dévolues à chacune.

Pour finir, un infirmier de l'EMSP, présente un autre cas concret qui met en évidence le parcours de soins de Monsieur Z. L'objectif est de favoriser les échanges avec les partenaires autour d'une situation de terrain et ainsi rendre plus concret l'apport théorique. Dans cette étude de cas j'ai tenté de mettre en évidence les points d'ancrages sanitaires et sociaux et le rôle « passerelle » des IDE de l'EMSP.

2) Etude de cas : Situation de Mr Z

(Situation de terrain anonymisée)

Tous les lundis matins, les IDE de l'EMSP, assurent une permanence de 10h à 12h à la Maison de la Fraternité et de l'Inclusion Sociale (MFIS). Cette structure, rattachée au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la ville de Saint-Denis (Nord de l'île), 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.

C'est lors de l'une de ces permanences que je rencontre pour la première fois Monsieur Z. C'est un monsieur de 43 ans avec un gros sac sur le dos, la tête basse, il est seul dans un coin.

Monsieur fréquente cette structure car il est suivi par l'assistante sociale. La première rencontre se fait de manière spontanée sous le préau dans la cour extérieure. Dès lors que je lui présente mon travail, il sollicite un entretien.

Nous réalisons un entretien « pré-thérapeutique » dans un bureau, où il me fait part de difficultés dans le logement qu'il occupe dans une commune voisine. Il dit entendre des voix qui lui disent d'agresser son voisin avec un couteau, car ce dernier ferait trop de bruit et tenterait de lui nuire. De ce fait, Il préfère dormir dans la rue la nuit. Monsieur est en demande d'aide, il dit être très angoissé et qu'il « ne veut pas faire une bêtise ». Je lui propose de pouvoir en discuter avec un psychiatre en urgence afin d'apaiser son état. Il accepte d'aller aux urgences de l'hôpital général le plus proche, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Bellepierre. Nous organisons avec son assistante sociale (en qui il a toute confiance) son accompagnement afin qu'il puisse rencontrer le psychiatre des urgences psychiatriques.

Il est hospitalisé dans le service des urgences psychiatriques (CAP Nord) et sortira avec « un relais » par le CMP de son secteur.

Puis, il arrête son traitement car il se plaint d'effets indésirables. Il ne se présente plus à ses rendez-vous médicaux au CMP. Nous continuons à le voir sur nos permanences et l'accompagnons à plusieurs reprises au CMP en l'aidant à verbaliser ces difficultés. Le CMP a réadapté le traitement et met en place le passage d'un infirmier à domicile. Il lui sera également proposé une mesure de protection.

Monsieur Z m'explique se sentir très seul. Je lui propose de se rendre au groupe d'entraide mutuelle (GEM) de sa ville qu'il prend plaisir à fréquenter.

Ensuite nous le « perdrons de vue » durant 1 an ½, période pendant laquelle on apprendra que Monsieur Z a quitté son domicile à La Réunion. Il est parti en métropole où il s'est beaucoup déplacé ; passant d'une région à l'autre avec notamment des hospitalisations en psychiatrie et une vie d'itinérance à la rue.

Lorsqu'il revient à l'île de La Réunion, il se présente de lui-même aux urgences sur les conseils de la gendarmerie qu'il a croisée dans la rue. Il présente les mêmes symptômes : des voix qui lui disent d'agresser des gens ou de se faire du mal. S'en suivront une hospitalisation et un suivi par le CMP de St Paul car Monsieur s'est installé sur la commune de St Paul (Ouest de l'île) où il est SDF.

Notre service avait été interpellé par les bénévoles de la Croix Rouge de St Paul qui avaient croisé Monsieur lors d'une maraude de nuit. Lors de notre présence à la maraude suivante nous ne l'avions pas vu.

Quelques mois plus tard, lors d'une permanence à la boutique solidarité Fondation Abbé Pierre de St Denis, Mr Z vient nous demander de l'aide. Il dit avoir quitté St Paul car il s'est fait agressé et a marché toute la nuit le long de la route du Littoral. Il a ensuite dormi devant le commissariat où il se sentait en sécurité. Il est dans un état d'épuisement physique et psychique important, il a l'impression d'être poursuivi. Nous l'accompagnons, avec son accord, avec un collègue de la boutique solidarité, aux urgences du CHU Bellepierre. Son admission aux urgences permettra à nouveau qu'il soit hospitalisé dans une unité d'admissions de l'EPSMR de Cambaie (St Paul) où nous irons lui rendre visite par la suite.

Puis, Monsieur sortira de l'hôpital pour aller vivre chez sa sœur à St Benoit (Est de l'île), le « relais » sera fait sur le CMP du secteur de St Benoit.

Un peu plus tard, Monsieur Z sera de nouveau hospitalisé à sa demande depuis les urgences de St Benoit sur le site de l'EPSMR de Bras Fusil et ce, au décours d'un conflit familial.

Par la suite Mr Z, connaîtra plusieurs hospitalisations libres avec des sorties qui se feront à chaque fois à sa demande. Lors de l'une de ses hospitalisations, il intègre l'unité de réhabilitation et de réinsertion psychosociale pour préparer son projet de vivre en appartement. Ce projet n'aboutira pas, car de nouveau, il souhaitera quitter le service contre avis médical.

Lors de sa dernière hospitalisation, il acceptera d'intégrer une famille d'accueil thérapeutique où il réside actuellement. Mr Z, est aujourd'hui, suivi par le CMP de son secteur.

On peut constater que le parcours de soins de Mr Z est fait de ruptures et de reprises. C'est une personne itinérante qui se déplace beaucoup passant d'un secteur géographique à un autre, ce qui pose une difficulté dans le suivi et la continuité des soins. Malgré tout, Monsieur « fuit » les soins autant qu'il en demande. On pourrait penser que les soins en psychiatrie sont pour lui à la fois rassurants et angoissants. Les symptômes de sa maladie qui sont (entre autres) l'ambivalence et l'apragmatisme permettent de comprendre la complexité et la difficulté à établir une relation de soin.

Il faut noter que Mr Z a toujours été hospitalisé en soins libres ce qui a permis la création d'une alliance thérapeutique. 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).

Ce qu'il faut souligner aussi ce sont les liens de confiance établis avec les différentes structures sociales que Mr Z a fréquentées : MFIS, Maraude Croix Rouge de St Paul, Boutique solidarité de St Denis. Autant de lieux où Monsieur Z a pu trouver refuge et aides : qu'elles soient relationnelles, alimentaires, vestimentaires, etc... L'accueil inconditionnel de ces structures sociales constitue une véritable aide pour la personne en situation de grande précarité.

Cette complémentarité du réseau sanitaire et social est à mon sens essentiel et contribue à la bonne santé mentale de Monsieur Z ou du moins à son amélioration.

« *Quand pensez-vous ?* »

3) Evaluation de la formation

Pour évaluer la formation « Flash », j'ai réalisé une micro-étude avec les interviews de cinq participants à la formation « Flash » (avant et après la formation) qui s'est déroulée le 11 avril 2018 à St Denis (invités des secteurs Nord et Est) avec pour thématique « Les modalités d'hospitalisation en Psychiatrie et l'offre de soins à l'EPSMR ».

3.1) Présentation des interviewés et de leurs lieux de travail

Les interviewés sont tous des membres d'une structure partenaire de l'EMSP. A noter que des prénoms fictifs ont été attribués afin de préserver l'anonymat des participants pouvant répondre plus librement aux questions.

-Un bénévole responsable d'antenne à la Croix Rouge Française (Thomas) et notamment du Samu social. Les IDE de l'EMSP participent une fois par mois aux maraudes de nuit avec les bénévoles. L'objectif est d'« aller-vers » les personnes en situation de sans-abrisme afin de leur apporter une écoute. Pour les infirmiers de l'EMSP, l'intérêt est d'entrer en contact afin que les personnes qui le souhaitent puissent venir nous solliciter sur nos permanences pour un entretien pré-thérapeutique. Nous ne souhaitons pas durant les maraudes faire des entretiens « de trottoir » afin de respecter la dignité et l'intimité des personnes rencontrées.

-Un moniteur-éducateur à la Fondation Abbé Pierre Boutique Solidarité (Luc).

Luc travaille à la boutique solidarité Fondation Abbé Pierre de St Denis qui est une maison accueillante ouverte à tous, et qui propose gratuitement un petit déjeuner, une douche, un accompagnement social pour les personnes en situation de précarité. Les IDE de l'EMSP ont

une permanence tous les mardis matins entre 8h et 10h.

Luc est chargé plus particulièrement de l'accompagnement social.

-Un auxiliaire sociale à la Fondation Abbé Pierre Boutique Solidarité (Jean).

Jean travaille dans la même structure que Luc. Il est en charge de l'accueil des personnes au sein de la structure. Il a dix ans d'ancienneté sur la structure et a une connaissance fine des problématiques liées à la vie dans la rue. Les relations de confiance qu'il a pu tisser dans le temps avec les personnes accueillies sont précieuses. Il facilite souvent le premier contact des infirmiers avec les « accueillis » et aide au repérage des troubles.

-Un responsable de service d'un centre d'hébergement d'urgence (CHU) (Mathieu)

Mathieu est responsable du centre d'hébergement d'urgence qui accueille des personnes (tout public) orientées par les Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation (**SIAO 974-115**) pour des périodes courtes avec pour objectif d'accompagner les personnes vers des logements pérennes.

Nous intervenons à la demande sur prise de rendez-vous.

-Un responsable d'un accueil de jour et des abris de nuit (Pierre).

Pierre travaille dans cette structure, rattachée au Centre Communal d'Action Sociale de la ville de Saint-Denis. C'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 intervenons en permanence tous les lundis de 10h à 12h.

Les profils sont volontairement variés et les structures hétéroclites, l'objectif est d'avoir un panel représentatif des différents partenaires de l'EMSP afin d'obtenir un résultat le plus qualitatif possible.

3.2) Restitution des interviews réalisées AVANT la formation

Constat sur les besoins en information :

L'ensemble des interviewés se montre très intéressé par la thématique. L'intérêt principal est *d'augmenter leur niveau de connaissances* afin « d'orienter au mieux » les personnes qu'ils accueillent au sein de leurs structures. On sent une véritable volonté d'affiner leurs

connaissances pour apporter les réponses les plus précises possibles. Dans leurs pratiques, ils sont régulièrement confrontés à des difficultés dans leurs accompagnements sociaux du fait des troubles psychiques que présentent certains usagers.

Les interviewés semblent soucieux de mieux connaître pour mieux comprendre la personne en souffrance psychique cependant ils disent « *manquer d'informations sur le fonctionnement du système de soins en psychiatrie et sur l'articulation du réseau de soins en général* ».

La connaissance des interviewés sur les modes d'hospitalisation est très parcellaire et disparate d'un interviewé à l'autre. Jean connaît parfaitement les différents modes d'hospitalisation alors que Thomas n'en connaît aucun. Les trois autres parviennent à identifier l'hospitalisation libre et l'hospitalisation sans consentement, mais les contours de chacun de ces modes restent très flous.

L'ensemble des interviewés connaît le centre d'hospitalisation « de Cambaie » parfaitement identifié comme étant le lieu de l'intra hospitalier. En revanche, ce qui se passe au-delà des murs ou plutôt des grilles est méconnu par les interviewés. Deux d'entre eux pensent que les usagers sont orientés dans les services en fonction de leurs pathologies ou de leur « degré de dangerosité ». Thomas dit ne pas connaître du tout le fonctionnement. Jean et Pierre connaissent le fonctionnement des services ouverts et fermés. Le service des urgences psychiatriques est bien repéré pour 3 interviewés, mais son accès et son fonctionnement ne sont connus que par Jean.

Globalement, les interviewés ne connaissent pas l'articulation sectorielle de la psychiatrie.

Seulement Pierre et Jean citent spontanément le CMP. Jean en connaît le fonctionnement et les missions, pour Pierre cela est plus nébuleux.

Souvent les interviewés confondent et mélangent les missions des structures de psychiatrie et d'addictologie.

Constat sur les partenariats et les besoins de rencontres :

Les structures des interviewés, ont créé de multiples partenariats avec le sanitaire pour répondre aux besoins en santé des personnes qu'ils accueillent. En voici quelques exemples :

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) interviennent dans toutes les structures des interviewés. Elles permettent de « faire face aux inégalités de santé qui touchent tout particulièrement les personnes les plus démunies. Les permanences d'accès

aux soins de santé sont des dispositifs de prise en charge médico-sociale pour les personnes en situation de précarité sociale. Il s'agit de leur faciliter l'accès au système de santé, et de les accompagner dans les démarches (Ars.sante.fr).

Les équipes mobiles d'addictologie qui ont été conçues sur le modèle de l'EMSP sont également très présentes pour permettre les orientations vers les centres de soins spécialisés en addictologie.

Les interviewés apprécient la présence de ces dispositifs de soins au sein de leur structure qui facilitent grandement le premier contact avec les personnes bénéficiaires et l'accroche aux soins.

En terme de partenariat avec le sanitaire, l'EMSP est le principal interlocuteur des interviewés sur le plan de la santé mentale, ils n'ont pas ou peu de contact avec les CMP de leur secteur. Ils déplorent de manière unanime les difficultés des prises de rendez-vous avec les CMP et le manque de lien. Pour Jean et Mathieu « les délais des rendez-vous sont trop longs, une personne peut venir plusieurs fois et ne pas voir de psychiatre ». Jean ira même jusqu'à dire : « j'ai l'impression que lorsqu'on appelle le CMP on n'est pas pris en considération alors qu'on connaît les gars », « le CMP est difficilement accessible que ce soit pour nous travailleurs sociaux ou pour nos usagers ! »

Jean dira au sujet de l'accès aux urgences psychiatriques : « C'est inadmissible, il faut passer par les urgences somatiques, on nous demande de rester avec la personne et c'est beaucoup trop long ».

On peut s'étonner de la méconnaissance des interviewés sur les structures de santé mentale communautaire et des difficultés qu'ils ont à entrer en contact avec elles.

« Les accueillis savent qu'ils ont un espace dédié pour déposer » lors des permanences hebdomadaires de l'EMSP. En effet, Pierre, Luc et Jean voient les IDE de l'EMSP toutes les semaines sur les temps de permanence. Ils apprécient la simplicité des échanges qui leur permettent de « changer notre regard sur la maladie mentale » et « c'est une richesse » disent-ils. « Vous nous informez sur des points d'alerte et vous nous épauliez dans la gestion des urgences pour la prévention du suicide » dira Luc, « je propose cette espace d'écoute dès que je sens qu'il y a un besoin, je ne parle pas de psychiatrie pour vous présenter » précisera Jean.

Pour Pierre et Thomas qui bénéficient des interventions mobiles (à la demande) « vous êtes joignables facilement, une réponse téléphonique est apportée rapidement et vos rendez-vous

sont rapides ». Thomas qui est bénévole de la Croix Rouge apprécie notre présence lors des maraudes « nous sommes rassurés par votre présence pour tenter d'apporter des réponses sur des situations où nous sommes démunis ». Communément les interviewés apprécient la disponibilité, la flexibilité de l'EMSP qui « vont vers » les personnes professionnelles ou accueillies au sein des structures sociales. Ils soulignent aussi la qualité des échanges qui permettent de co-accompagner les personnes dans leurs difficultés.

Cependant, l'intérêt et la richesse de cette étude résident dans l'apport que les interviewés peuvent transmettre. Les interviewés ont été force de propositions pour améliorer la pratique et la collaboration avec l'EMSP.

Parmi ces propositions ils souhaiteraient que l'EMSP :

- « intervienne en urgence (avec le psychiatre) »,
- « donne plus d'informations sur les personnes qu'elle voit en entretien »,
- « participe à des actions collectives »,
- « organise des groupes de parole »,
- « augmente la fréquence des permanences »,
- « soit présente sur les abris de nuits »,
- « imagine des stratégies pour accrocher les personnes qui ne veulent pas la rencontrer et qui sont « susceptibles d'être dangereuses » »,
- « souhaite que l'EMSP facilite le rapprochement avec le CMP »,
- « ne se cache pas derrière le serment d'Hippocrate (sous-entendu le secret professionnel), on ne veut pas tout savoir mais un minimum »,
- « augmente les temps d'échanges pluri-professionnels ».

Voici un résumé des verbatims des interviewés qui reflètent bien les demandes régulières auxquelles fait face l'EMSP depuis sa création.

Certains interviewés conviennent que leurs souhaits dépassent les missions de l'EMSP mais ajoutent : « on a personne qui nous soutient, parfois on se sent abandonné et livré à nous même, du coup on se tourne vers vous ! », « le SAMU ne veut pas intervenir parfois ».

Luc, Jean et Pierre proposent d'augmenter les temps de rencontres partenariaux sanitaires et sociaux afin d'échanger sur les situations communes.

Constat sur les enjeux de stigmatisation :

Quatre interviewés sur 5 se représentent la personne qui bénéficie du mode de l'hospitalisation libre comme une personne dans une démarche de soins, comme une personne « facile à soigner ». C'est pour eux, une personne qui demande de l'aide et que l'on peut aider. « Ces situations ne présentent pas de difficultés » lorsqu'elles ont pu être identifiées par les travailleurs sociaux dira Mathieu.

En revanche, ils associent les soins sans consentement à des soins difficiles à mettre en place et les personnes qui en bénéficient comme n'étant pas dans une démarche de soins voire impossibles à soigner. Ces modes d'hospitalisation (SDT, SDRE, SPI) suscitent de nombreuses questions :

- « Quels liens entre la justice et le soin ? »
- « Comment soigner une personne qui ne veut pas d'aide ? »
- « Quand intervenir ? »
- « Comment l'aider à se faire soigner ? »
- « Quand doit-on appeler les secours ? »

Pierre dira que les structures sociales dites de premier accueil et les centres d'hébergements d'urgences ne sont pas adaptés pour accueillir une personne qui souffre de troubles psychiques mais que l'hôpital devrait proposer des solutions alternatives spécifiques à ces personnes.

Mathieu explique parfois « imposer » à certains usagers de nous rencontrer « cela est établi lors d'un contrat morale avec la personne ». Il explique être en difficulté lors de troubles du comportement au sein de sa structure qui accueille des familles.

Les notions de dangerosité et d'urgence sont clairement énoncées. Les interviewés attendent des réponses et de l'information en la matière.

3.3) Restitution des interviews réalisées APRES la formation

Constat sur les besoins d'informations :

L'ensemble des interviewés a trouvé la formation « enrichissante » et « bien ciblée » sur la thématique. Ils ont particulièrement apprécié que cette formation soit « interactive et participative », ils ont le sentiment que leurs questions ont été entendues et que des réponses ont pu être apportées par une équipe soignante de psychiatrie et notamment par un psychiatre.

Ils ont particulièrement apprécié l'accès direct et libre à un médecin représentant de la psychiatrie publique hospitalière.

Ils ont été surpris de l'offre de soins en psychiatrie « une gamme plus large que je ne pensais » et ont découvert certaines structures de soins dont ils ignoraient l'existence « je ne connaissais pas les appartements thérapeutiques et les CATTP (centre activité thérapeutique à temps partiel) ». « Cela m'a permis d'élargir ma vision des choses, c'est moins flou, cela m'incite à aller chercher des informations complémentaires ».

Au niveau de la structuration de la formation, l'équilibre entre la théorie et les cas concrets semble faire l'unanimité.

Plusieurs interviewés ont insisté sur le fait de pouvoir participer à ce type de formation chaque année : « il est important de réactualiser nos connaissances en permanence », « la répétition permet de mémoriser », « il est essentiel d'avoir des rappels sur ces sujets ».

Mathieu ajoute qu'explicitement les missions des différentes structures de soins en psychiatrie permet aux partenaires de mieux situer la position de l'EMSP et de mettre en perspective ses interventions dans le maillage intersectoriel.

Pierre et Thomas ont été étonnés de la variété et de la spécificité des services proposés par les différentes structures de soins en psychiatrie.

Jean dira « je ne savais pas que les CMP pouvaient réaliser des visites à domicile ».

Constat sur les partenariats et les besoins de rencontres :

Un autre intérêt de cette formation, souligné par Mathieu, est de « pouvoir échanger sur la santé mentale avec d'autres partenaires sociaux, cela permet de se rendre compte que nous ne sommes pas seuls à vivre certaines problématiques et cela fait du lien entre nous ».

L'ensemble des interviewés disent que cette formation ne va pas modifier concrètement leur pratique quotidienne. Cependant 4 sur 5 disent qu'en cas de besoin, désormais ils sauront où aller chercher l'information. Sinon, tous affirment que la formation leur a permis de mieux comprendre les missions de l'EMSP afin de mieux cibler leurs demandes en cas de besoin. Ce qui contribue à améliorer la qualité du partenariat.

Les interviewés trouvent intéressante l'idée d'inverser les rôles et que ce soient eux qui réalisent une formation sur leur pratique quotidienne à destination de soignants issus de la santé mentale. L'intérêt serait de favoriser des rapprochements entre les structures sociales et les structures psychiatriques et en particulier les CMP.

« Cela serait de bon goût, plus on saura in fine ce que chacun fait et mieux nous connaissons les limites et les missions de chacun » (Mathieu).

Tous les interviewés ont l'intention de parler de la formation Flash à leur réseau de partenaires respectifs.

Constat sur les enjeux de stigmatisation :

Luc, Thomas et Mathieu ont été surpris par les modes d'hospitalisation sous contrainte car « je ne savais pas que cela existait » et « cela a permis de clarifier pas mal d'idées reçues ».

Pierre considère faible le nombre d'appartements thérapeutiques et trouve qu'il y a un manque en terme de structures d'hébergements spécifiques pour les personnes qui sortent d'hospitalisation, « je trouve qu'il y a un maillon manquant à la sortie de l'hospitalisation pour assurer la continuité des soins ».

Mathieu dit mieux comprendre nos missions, cependant il dit « je suis inquiet que ça « pête » (il évoque les troubles du comportement) et j'aimerais avoir un psychiatre sous la main pour faire hospitaliser la personne en cas de besoin ».

Mathieu, Pierre et Luc souhaiteraient aborder « la crise psychiatrique » avec la notion d'urgence qu'elle peut induire pour la prochaine thématique.

L'intérêt de cette écrit est de pouvoir « étudier » cette formation « Flash » afin de l'améliorer, de la promouvoir et peut être de la déployer.

III) Discussion

1) La place de l'EMSP dans le maillage territorial

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. L'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). (Croisier-Langenier et al., 2018, p.64).

L'EMSP a connaissance des réalités professionnelles des structures sanitaires et sociales. C'est pourquoi il semble nécessaire que la formation « Flash » soit réalisée par une équipe de l'EPSMR. Cette formation est à destination de ses partenaires sociaux conventionnés.

Lors de la formation « Flash », on a pu assister à un échange de points de vue intéressants entre Pierre et Jean. Pierre demandait à ce que les IDE de l'EMSP puissent être présents sur les Abris de nuit. Jean ne partage pas cette idée « *il faut parfois savoir laisser les gens tranquilles et ne pas être dans une forme de « harcèlement » des personnes que ce soit sur le plan social ou sanitaire* ». Ce propos fait écho à ce que dit Xavier Emmanuelli (Mercuel, 2012) :

Mercuel a appliqué et reconnu l'usage des équipes mobiles que le secteur, mais aussi le Samu social, avait mis en place. Cet usage a été imité, pillé et reproduit jusqu'à l'absurde par nombre d'associations, ajoutant la nuit aux SDF, qui sont déjà mal lotis dans leur abandon, le harcèlement humanitaire des « maraudeurs » qui mènent les pauvres abandonnés de la rue, à se cacher plus profondément dans les interstices et les recoins de la rue, pour ne plus être sans cesse réveillés et persécutés au nom du secours (p.9).

Lorsqu'il y a de multiples intervenants, la difficulté est la coordination des interventions.

De même, l'EMSP ayant conventionné avec l'ensemble des partenaires sociaux qui travaille dans le champs de la précarité sur les secteurs Ouest, Nord et Est de l'île, peut potentiellement rencontrer la même personne à différents endroits en fonction de son parcours d'insertion sociale ou du fait de son itinérance. Les IDE restent vigilants quant à leur approche, ils évitent d'importuner les personnes qui pourraient développer un sentiment de « paranoïa » ; sentiment d'être poursuivi par des soignants de la psychiatrie. Le risque serait de générer des conduites d'évitement chez des personnes en situation de précarité avec pour résultat qu'elles ne fréquentent plus les structures sociales. L'EMSP cherche à éviter cela et à ne surtout pas renforcer l'exclusion.

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 des troubles psychiques 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), 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 (Croisier-Langenier et al., 2018, p.65).

Les interviews ont mis en avant les difficultés d'accès au CMP, de fait pour les travailleurs sociaux, l'EMSP semble être parfois la seule réponse. Cependant, l'EMSP ne peut et ne doit pas être un CMP dans la rue. Mais on peut se poser la question :

L'EMSP deviendrait-elle la nouvelle structure de proximité de la psychiatrie ?

Le risque est que l'EMSP se substitue aux soins sectoriels. L'équipe de l'EMSP reste très vigilante à rester dans ses missions d'accès aux soins. Ce point a été réprécisé aux partenaires durant la formation afin d'éviter tout amalgame. D'ailleurs, tous diront, après la formation, mieux comprendre les missions de l'EMSP et du CMP.

Comment l'EMSP peut-elle faciliter le rapprochement entre les structures sanitaires telles que le CMP et les structures sociales ?

A mon sens, la formation « Flash » est une réponse partielle à la problématique de départ : *Comment améliorer une dynamique de réseau afin de favoriser l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques et en situation de précarité à l'île de La Réunion ?*

Si on prend en compte le réseau de partenaires sociaux de l'EMSP, la formation « Flash » est une tentative de réponse qui semble « prometteuse ». Cependant, il ne faut pas omettre le réseau de partenaires sanitaires de l'EMSP. Dans la conclusion, je fais des propositions afin de continuer de répondre à cette problématique.

2) La formation « Flash » comme action de lutte contre la stigmatisation

Le partage de la connaissance est essentiel si on veut lutter contre les idées reçues négatives et constitue le premier niveau de lutte contre la stigmatisation. L'EMSP a cette ambition qu'en diffusant la connaissance sur les troubles psychiques, elle participera à faire évoluer positivement les représentations qui y sont associées.

Le manque de connaissances génère chez les interviewés un certain nombre de préjugés ou de confusions. En effet, la personne qui bénéficie de soins sans consentement est considérée comme une personne que l'on ne peut pas soigner et comme elle est malade, l'accompagnement social sera de fait difficile voire impossible.

Que dire de la confusion et des amalgames entre les structures de psychiatrie et d'addictologie. Comment le grand public peut-il s'y retrouver si déjà des professionnels ou bénévoles, en principe familiers, de ces structures s'y méprennent ?

Dans ce travail, je ne pourrai pas mesurer l'impact de la formation « Flash » dans la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques. La formation « Flash » en est à son début, l'étudier après seulement 2 ans d'ancienneté avec 5 interviews avant et après permet simplement de faire « un arrêt sur image ».

Les membres de l'EMSP sont parfois confrontés aux limites fonctionnelles des structures sanitaires qui restent encore peu préparées à accueillir la précarité sociale. Comme nous l'avons vu dans la partie double stigmatisation, le « Sdouf » accède difficilement aux structures citoyennes. La discrimination structurelle existe et constitue un frein à l'accès aux services. Cette problématique reste un sujet tabou chez les professionnels. Les structures tant sanitaires que sociales devraient, à mon sens, être organisées pour être accessibles aux personnes qui en sont le plus éloignées, à l'image du « Sdouf ». Je m'explique, lors de la session Lilloise du DIU santé mentale, nous avons pu assister à une présentation du dispositif « Vigilans ». On nous a expliqué que pour diminuer le risque de tentatives de suicide, l'équipe soignante envoie des cartes postales à des personnes accompagnées, suite à une hospitalisation, afin de leur rappeler qu'on pense à elles. J'ai trouvé ce dispositif très intéressant, il est actuellement en construction à L'île de La Réunion. J'ai posé à l'intervenant la question suivante : Comment faites-vous pour les personnes qui n'ont pas d'adresse et de domicile ? L'intervenant m'a répondu que le dispositif est pensé pour une « population générale » et qu'il ne peut tenir compte de toutes les « catégories » de personnes. Et que dans le cas d'une personne sans-abris, on fera appel à une équipe mobile précarité. Je pense, au contraire, que lors de la création d'un dispositif, il faudrait l'organiser pour le rendre accessible aux « catégories » de personnes qui en sont le plus éloignées (souvent les plus vulnérables) ainsi ce dispositif sera accessible à tout citoyen, sans distinction.

Nous essayons, avec cette formation, de partager un même langage axé droit commun et citoyenneté. Mais, comment évaluer les perceptions des participants sur les personnes qui souffrent de troubles psychiques ? En quoi la formation « Flash » peut-elle être une action permettant de modifier les représentations sur les troubles psychiques ? Comment l'évaluer ? Ces questionnements pourraient faire l'objet d'un prochain travail.

Comment la formation « Flash » peut permettre de déconstruire les idées reçues ?

Pierre pense toujours après la formation que les personnes qui souffrent de troubles psychiques doivent pouvoir bénéficier d'une structure d'hébergement « *spécifique* » rattachée à l'hôpital psychiatrique. « *Il manque un maillon à la sortie de l'hospitalisation* » et il considère que « *le nombre d'appartements thérapeutiques est insuffisant* ». On voit que la formation « Flash » n'a pas vraiment eu d'impact sur ce positionnement.

Trois interviewés sur cinq souhaitent aborder « la crise psychiatrique » comme prochaine thématique, ceci est un bon indicateur pour dire que les idées reçues restent bien présentes et

renvoient à la notion de dangerosité encore une fois. Albert Einstein disait : « *Dure époque que celle où il est plus simple de désagréger un atome qu'un préjugé* ». Comment parvenir à « désagréger » les idées reçues négatives sur les troubles psychiques ?

La formation « Flash » n'a pas pour objectif de faire des travailleurs sociaux des experts de la santé mentale, où chaque personne qui arrive dans une structure sociale de premier accueil subi une « évaluation psychiatrique ». De même, l'objectif n'est pas de transmettre le message que les personnes qui refuseraient des soins psychiatriques soient automatiquement hospitalisées sans leur consentement. C'est tout le contraire que nous tentons de transmettre à nos partenaires.

La formation « Flash » met l'accent sur des valeurs telles que l'empowerment, le respect de la liberté individuelle et l'autonomie de la personne, valeurs au cœur de nos préoccupations.

3) La formation « Flash » ou comment « prendre soin » ensemble ?

Le réseau est un ensemble de fils qui (ré) unissent des partenaires, cette multitude de fils permet le tissage d'un lien solide avec l'utilisateur. « Le tissage patient du lien est la règle. L'accueil dans la rue, ou dans une structure de première ligne, marque la reconstruction lente d'un fil narratif rompu, ou l'histoire de chacun « s'enchevêtre » dans celle des autres » (Kossellebeck R., 1990, cité par Martin JP., Morcellet P., 2013, p.18).

La formation « Flash » représente cette unité du réseau partenarial qui s'auto alimente en connaissances, qui co-construit les accompagnements. Le réseau est une « *force vive* » (Jean) qui doit être canalisée et mise au service de la communauté.

La crise économique impose des restrictions budgétaires à toutes les structures qu'elles soient sanitaire ou sociale. Cette baisse de moyens oblige les structures à repenser leurs stratégies d'accompagnement. Le réseau est une réponse à ces faibles moyens et permet l'optimisation des ressources de chacun. C'est dans cette logique d'optimisation que s'inscrit la formation « Flash ».

« Mobiliser, c'est unir pour agir ensemble » (Latendresse, J., 2011, cité par Esther Samson et al., 2014). « C'est se regrouper autour d'objectifs partagés, s'entendre sur les actions à réaliser et coordonner ses forces pour réussir » (Esther Samson et al., 2014, p.12).

A son modeste niveau, cette formation tente d'apporter des réponses aux questionnements des partenaires sociaux. L'amélioration de l'interconnaissance permet de fluidifier les parcours

des usagers accompagnés. Ce temps met en évidence ce qui nous rapproche : la volonté d'aider l'autre au mieux dans ses difficultés.

En son sens premier, le soin exprime le souci que l'on a de quelqu'un ou de quelque chose. La préoccupation que l'on en a. Il témoigne de l'importance qu'on lui accorde. Pourquoi un tel souci, une telle préoccupation ? Pour permettre de vivre, d'exister, de se développer, de se sentir bien, en sécurité, de ne pas s'abîmer et parfois d'aller mieux (Walter Hesbeen, 2012).

Le « prendre soin » nous dit Walter Hesbeen (1997) c'est « *cette attention portée à l'autre en vue de lui venir en aide* » et qui « *s'inscrit dans la complexité* ». Les travailleurs sociaux adoptent des *attitudes soignantes* dès lors qu'ils portent cette attention si particulière à la personne en souffrance qu'ils accompagnent. Ce prendre soin n'est pas l'apanage des soignants mais peut être élargie à toute personne professionnelle ou bénévole qui a :

de la considération pour l'humain et de la réflexion sur l'irréductible humanité de chacun que surgit et se met en mouvement cette intention qui conduit à interroger et à interpeller, individuellement et collectivement, nos manières d'être et de faire en tant qu'humain dans l'humanité afin que ce que nous faisons ne se réduise pas à ce que nous avons pour fonction de faire (Hesbeen, 2012).

Le champ de la santé mentale dépasse et englobe celui de la psychiatrie. Les travailleurs sociaux sont dans leurs compétences, des acteurs de prévention en santé mentale. Dès lors que l'on part de ce postulat, il est illogique d'opposer le champ du social à celui du sanitaire. Cela permet d'équilibrer les relations où chacun a à apporter à l'autre.

« *Toute activité de formation a pour matière et objectif le changement... du coup toute activité de formation travaille sur les identités individuelles et collectives* » (Kerlan et Mauban cité par Pilmann V., 2010). Un des objectifs de la formation « Flash » est la réflexion sur les postures de chacun pour arriver à une posture commune, c'est la recherche de la posture du « prendre soin ».

Les maraudes de la Croix Rouge illustrent bien cette notion du « prendre soin », « aller vers » les personnes qui vivent dehors à la tombée du jour pour leur apporter une écoute, une attention, une soupe et un peu de réconfort. Grâce à ses maraudes, la Croix Rouge tente d'aider les personnes à « *ne pas s'abîmer et parfois d'aller mieux.* » (Hesbeen, 2012) ou du moins d'éviter qu'elles aillent plus mal.

Lutter contre la stigmatisation, « prendre soin » ensemble, voilà des objectifs bien ambitieux pour une modeste formation « Flash ». Sans être naïf, nous savons qu'il y aura toujours un écart entre la théorie et la pratique, cependant il faut tendre vers un idéal du « *prendre soin* » ensemble du « Sdouf ». Selon Mercuel, le réseau de partenaires constitue « une communauté de compétences, d'optimisation de temps de réponse, de technicité, de coordination et cette organisation en réseau offre « un prendre soin de qualité » » (2007, p.4).

La formation « Flash » véhicule les valeurs fondamentales de *respect* et de *dignité* de l'Homme. Se réunir autour de valeurs fondamentales permet, malgré les différences (de vocabulaire, d'approche,...) entre le sanitaire et le social, de se rassembler et de se comprendre.

« Ce temps du prendre soin collectivement est essentiel dans la constitution de liens d'altérité comme fondement du soin psychiatrique éventuel et d'une politique de santé mentale fondée sur les solidarités. Cette refondation est l'enjeu d'une psychiatrie humaniste » (Martin JP., Morcellet P., 2013, p.22)

Conclusion

Pour conclure, voici des propositions qui ont pour objectifs : l'amélioration de la formation « Flash » et l'amélioration des partenariats qui participent à lutter contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques.

Une des pistes d'amélioration de la formation « Flash » pourrait être la participation d'un *médiateur santé pair* (MSP). Cette personne pourrait venir témoigner de son parcours de soins (en psychiatrie) et de rue. J'ai la conviction, après avoir rencontré des médiateurs santé pairs (avec le DIU), que leurs paroles sont indispensables et doivent être entendues pour permettre de faire évoluer positivement les perceptions sur les troubles psychiques. Cela permettrait « d'humaniser » la formation « Flash » et ce serait plus approprié que la présentation de cas concrets par les IDE.

« Plusieurs études ont démontré que la stratégie de contact, qui favorise les interactions interpersonnelles positives entre une personne ayant ou ayant eu un problème de santé mentale qui dévoile sa condition et une personne du public en général, s'est avérée particulièrement efficace en matière de lutte contre la stigmatisation, spécialement au chapitre des changements de comportements » (Corrigan, P. W. et A. K. Matthews., 2003, cité par Esther Samson et al., 2014, p.11).

L'idéal serait qu'un médiateur santé pair puisse être recruté sur l'EMSP. Pour aller plus loin, chaque dispositif qu'il soit sanitaire ou social devrait intégrer des « experts d'expériences ». Ces derniers pourraient à partir de leurs « parcours », proposer des évolutions du système qui le rendrait plus adapté aux besoins des usagers.

« Dans les réseaux de la santé, l'emploi de pairs aidants est aussi une manière de lutter contre la stigmatisation et la discrimination structurelle. » (Esther Samson et al., 2014, p.10)

« Cette nécessaire implication des MSP pourrait permettre des échanges avec une personne qui partage son savoir d'expériences et donne à voir autre chose qu'une personne malade. » (Arfeuillère S., 2018)

Une perspective intéressante pour l'essaimage de la formation « Flash » serait un déploiement sous la forme d'*atelier « mieux être »* à l'image de ce qui se fait à Lille. Il s'agit d'un temps d'informations sur la santé mentale à destination du grand public co-animé par un

professionnel et un usager de la psychiatrie. L'idéal serait que cet atelier « mieux être » soit porté par le *Conseil local en santé mentale* (CLSM). En effet, l'atelier répond à la mission du CLSM qui est de pouvoir :

Lutter contre la stigmatisation et d'améliorer l'accès aux soins, les actions du CLSM doivent apporter à la population générale et aux professionnels des connaissances minimales sur les troubles psychiques, les professionnels de santé et sociaux concernés, ainsi que les structures de soins et d'insertion. De plus, il faut savoir que « la mission principale du CLSM est de favoriser une interconnaissance entre les acteurs du territoire et de décloisonner les pratiques, ce qui peut se traduire par des formations croisées ». (CCOMS, 2015, pp.8-9)

Pierre fait une autre proposition qui est de pouvoir aller visiter les lieux de soins présentés lors de la formation « Flash ». On pourrait imaginer des temps d'immersion entre les structures sanitaires et sociales afin que chacun puisse se rendre compte de la réalité professionnelle de l'autre. Cela pourrait, se décliner d'une simple visite et présentation des structures, jusqu'à un stage d'observation plus approfondi. Les discussions suite à cet échange nourriraient une réflexion commune et enrichiraient les pratiques en plus de renforcer le réseau. « Le but n'est pas de rendre les intervenants capables d'effectuer le travail d'autres professionnels, mais de mettre de l'avant un environnement de collaboration amélioré afin de remplir un continuum de besoins des clients » (Simmonds, 2003, cité par Perreault M., 2017).

Les rotations de personnels prennent la forme de courts stages d'observation d'une journée ou parfois d'une demi-journée. Ces stages permettent à chacun de se familiariser avec des personnes œuvrant dans une autre ressource, voire même dans un type de ressource tout à fait différent de celui où œuvre le stagiaire (Perreault M., 2017).

Toujours dans l'idée d'améliorer la formation « Flash », il serait intéressant de poursuivre la réflexion par la création d'outils spécifiques sur l'évaluation de l'impact de la formation « Flash » dans la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques. Des questionnaires de satisfaction ont été envoyés à tous les participants à la suite de la formation par email. L'évaluation n'a pas été satisfaisante puisqu'il y a eu seulement deux retours. Il faudrait la prochaine fois, faire remplir les questionnaires sur place.

On a vu comment la formation peut être vectrice de rapprochement.

Des actions de sensibilisation sur la clinique psychosociale et sur les réalités existentielles du public réunionnais précarisé auprès des structures sanitaires nous apparaissent à présent comme prioritaires. Ces actions devraient renforcer l'adhésion au soin des personnes qui y sont accompagnées et, c'est le pari, permettre d'augmenter la fonction inclusive des structures de soin en santé mentale (Croisier-Langenier et al., 2018, p.65).

Par exemple, l'EMSP pourrait proposer une *formation sur la clinique psychosociale* à destination des CMP.

D'ailleurs, un rapprochement est en train de s'opérer entre l'EMSP et les équipes mobiles d'addictologie. La formation « Flash » va permettre de matérialiser ce partenariat. En 2019, les équipes mobiles d'addictologie bénéficieront de la formation « Flash » de l'EMSP. De même, l'EMSP assistera à des temps de formations proposés par les équipes d'addictologie.

De même, je propose d'animer un *ciné débat* avec la diffusion de « Il était une fois la cité des fous », film de Marco Turcosuivi suivi d'un débat. Cette diffusion, se ferait, dans un premier temps à destination des professionnels de l'EMSPR, avec l'idée d'initier une réflexion commune sur nos pratiques « soignantes ». Par la suite, j'imagine une diffusion par l'atelier « mieux être » à destination du grand public.

En 2019, L'EMSP de l'EPSMR fêtera ses dix ans. Pour cet événement, *l'organisation d'un colloque* serait une manière de réfléchir ensemble à comment faire évoluer l'EMSP et les partenariats pour les dix prochaines années. Quelles perspectives ? Comment améliorer le « *prendre soin* » ensemble ?

L'EMSP constitue un trait d'union entre le champ du sanitaire et du social ; elle permet de créer du lien entre ces deux mondes, pas un lien qui attache, qui impose et qui renvoie à la contention physique des chambres de soins intensifs à l'hôpital psychiatrique mais à l'image de ses interventions pré-thérapeutiques, un trait d'union qui unit et qui permet un passage de relais entre des structures qui sont aux services du citoyen « *patient un jour, citoyen toujours* » (Chabane R., 2018).

Bibliographie

Ars.sante.fr. [<https://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>]

Askevis-Leherpeux F. - Professeur Emérite de Psychologie Sociale, Consultante Recherche, Chargée de Mission, CCOMS. Classifier sans stigmatiser : Le point de vue de la Psychologie Sociale. Cours DIU, support de présentation, session Lille.

Bonsack C., Morandi S., Favrod J., Conus P., (2013). Le stigmatisme de la «folie» : de la fatalité au rétablissement. *Revue Médicale Suisse*, Vol. 9,588-592.

[<https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-377/Le-stigmatisme-de-la-folie-de-la-fatalite-au-retablissement>]

Caria A., directrice Psycom et Giordana J.-Y., Psychiatre, CH Sainte-Marie, Nice. Stigmatisation et discrimination en santé mentale : état des connaissances et des pratiques. Cours DIU, support de présentation, session Marseille.

CCOMS Lille. Ateliers mieux être.

[<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/ateliersmieuxetre.PDF>]

CCOMS Lille. Les Conseils locaux en santé mentale : état des lieux 2015.

[<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Etat%20des%20lieux%20des%20CLSM-05-2015.pdf>]

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]

Corrigan, P. W. et A. K. Matthews, (2003). Stigma and disclosure: Implications for coming out of the closet. *Journal of Mental Health*, 12(3), 235-248.

Croizier-Langenier M., Luquet Juan J., Briand Y., Bryden B., (2018). Interventions pré-thérapeutiques et soins psychosociaux. *L'Information Psychiatrique* ; vol.94 (1), 59-65.

Darcourt G., (2007/8). La double stigmatisation des personnes atteintes de psychose et désocialisées. *L'Information Psychiatrique*; vol : 83 (8), 671-673.

[<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2007-8-page-671.htm>]

Darcourt G., (2010). Stigmatisation, précarité et troubles psychiques. Giordanna J-Y., *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Paris : Masson

Daumerie, Vasseur Bacle, Giordanna, Bourdais Mannone, Caria, Roelandt, (2012). La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *L'Encéphale, Vol. 38, issue3, 224-231*.
[<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700611001357>]

Emmanuelli M., Menahem R. & Nayrou, F., (2006). L'ambivalence. Emmanuelli M. et al., *Ambivalence: l'amour, la haine, l'indifférence* (pp. 7-11). Paris: Presses Universitaires de France.

Francetvinfo.fr. Société-en-finir-avec-les-idées-reçues-sur-les-sdf.
[https://www.francetvinfo.fr/societe/sdf/societe-en-finir-avec-les-idees-recues-sur-les-sdf_2187597.html]

Furtos J., (2009). *De la précarité à l'auto-exclusion*. Paris : Rue d'ULM.

Hesbeen W., (1997), *Prendre soin à l'hôpital*. Paris: Masson.

Hesbeen W., (2012). Le soignant, les soins et le soin. Seli Arslan, *Les soignants. L'écriture, la recherche, la formation*. Editions Seli Arslan. [http://www.gefers.fr/uploads/orga/2012-les_soignants_les_soins_et_le_soin-wh.pdf]

Kerlan A, Maubant Ph, Accompagnement de l'adulte en formation, Cours CNED Licence de Sciences de l'éducation, Institut de Poitiers Futuroscope, 124 P.

Kosselleck R., (1990). *Le futur passé. Contribution à la sémantique des temps historiques*. Paris : Ehes.

Kovess-Masfety V., (2001). *Précarité et santé mentale : référence en psychiatrie*. Paris: Doin.

Larousse.fr.apragmatisme.[<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/apragmatisme/4803>]

Larousse.fr. Définition de table. [<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/table/76303>]

Latendresse, J., (2011). *La mobilisation : le moteur de l'action*, Centre 1,2,3 GO.

Link B, Phelan JC, A., (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, Vol.27, 363-85*.

- Lips M., (2007). Equipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité. Un bilan et des perspectives. *Pluriels*, 67, 5-8.
- Lopez M., (2007). Moyens de communication. Stigmatisation et discrimination en santé mentale : éléments pour une stratégie raisonnable. *L'Information Psychiatrique*, Vol 83(10), 793–799. [<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2007-10-page-793.htm>]
- Martin JP. et Morcellet P., (2013). Soins psychiques aux précaires. *Santé Mentale*, N°181, 16-22.
- Mercuel A., (2007). Equipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité. Un bilan et des perspectives. *Pluriels*, 67, 1-5.
- Mercuel A., (2011). Psychiatrie et précarité : permanence du lieu ou permanence du lien ? *Annales Médico-Psychologiques*, Vol. 169, 10, 656-659.
- Mercuel, A., (2012). *Souffrance psychiques des sans-abri*. Paris : Odile Jacob.
- Mercuel, A. (2014) EPP des EMPP ? Pratiques professionnelles en précarité. *European psychiatry*, Vol. 29, issue 8, supplément, 628.
- Pardo E., (2011). Soins psychiques et somatiques des sujets en grande précarité : une épreuve de corps. *L'évolution psychiatrique*, Vol. 76, 287-301.
- Perreault M., (2017). Programme de formation croisée sur les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. *douglas.qc.ca*. [<http://www.douglas.qc.ca/section/formation-croisee-118>]
- Pilmann V., (2010). Et si on parlait de la formation des professionnels qui encadrent ? *cadredesante.com*. [<https://www.cadredesante.com/spip/profession/pedagogie/article/et-si-on-parlait-de-la-formation>]
- Provost E., Coordinatrice CISMSC, Chabane R., Elue Ville de Mons. Le Conseil Intercommunal Santé Mentale et Citoyenneté. Cours DIU, support de présentation, session Lille.
- Psycom.org. Mythes-et-réalités-de-la-sante-mentale. [<http://www.psycom.org/Site-mobile/Espace-Presse/Mythes-et-realites-de-la-sante-mentale/Idees-recues-en-psy>]

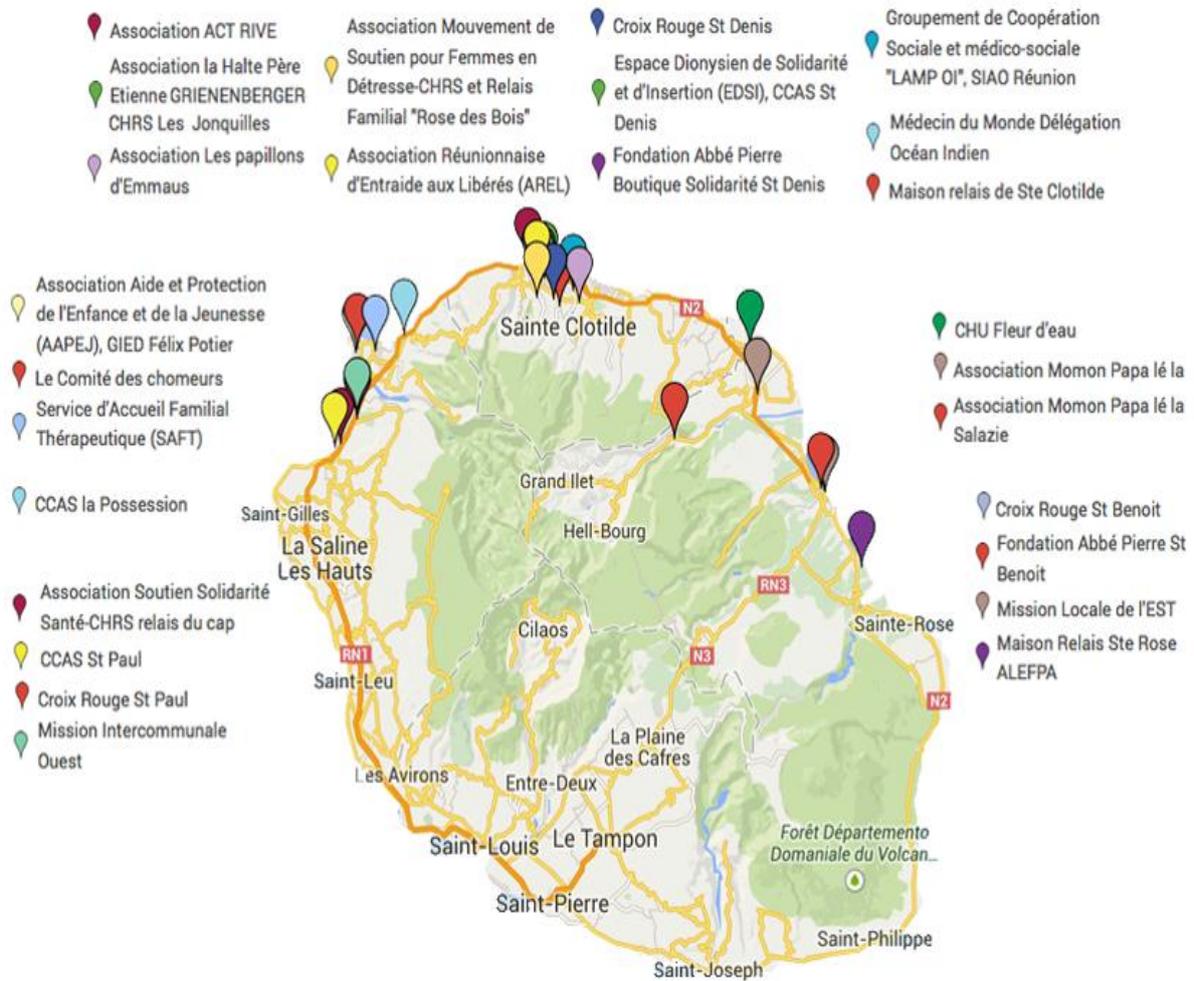
Psycom.org. Centre-medico-psychologique-CMP. [<http://www.psycom.org/Glossaire-des-structures/Centre-medico-psychologique-CMP>]

Rüsch, N., C. Matthias et P. Corrigan, (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539.

Samson E., Blanchette Y., Fradet H., Grenier D., Harvey D., Landry V., Langlois R., Martin-Caron L., (2014). La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec. Cadre de référence. [<https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-referance-GPS-SM.pdf>]

Verdo Y., 2018. L'enfer mental des SDF. *LesEchos.fr*. [<https://www.lesechos.fr/idees-debats/sciences-prospective/0302188847758-lenfer-mental-des-sdf-2201403.php>]

Annexe 1



Carte du tissu partenarial intersectoriel de l'EMSP

Annexe 2. Les structures sociales conventionnées avec l'EMSP

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

Annexe 3

Questionnaire Formation Flash Anonyme Interview -AVANT

DIU Santé mentale dans la communauté

Profession :

Structure :

Thématique : les différents modes d'hospitalisation et les différentes structures de soins en psychiatrie.

1-Selon vous quel est l'intérêt de cette formation « Flash » ?

2-Connaissez-vous les différents modes d'hospitalisation qui existent en psychiatrie ?

2 bis-Qu'est ce que cela évoque chez vous ? (Dites-moi ce qui vous passe par la tête)

3-Que savez-vous des différentes structures de soins qui existent en psychiatrie (EPSMR*) et que pouvez-vous en dire ? (Citez les structures et tentez d'en donner une définition /missions)

4- Travaillez-vous avec des structures de soins autres que l'EMSP* ?

4bis1-Si oui, qu'elles sont vos relations ? Que souhaiteriez-vous améliorer ? Quelles sont les problèmes rencontrés ? Quels sont les facilitateurs ?

4bis2Si non, pourquoi n'avez-vous pas de relation avec des structures de soins autres que l'EMSP*?

5-Quels sont selon vous les éléments positifs de votre partenariat avec l'EMSP* ?

5bis-Quels sont selon vous les éléments négatifs et /ou perfectibles de votre partenariat avec l'EMSP ?

6-Avez-vous d'autres remarques à apporter en lien avec la thématique ?

*EPSMR : Établissement Publique de Santé Mentale de la Réunion

*EMSP : Équipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie

Annexe 4

Questionnaire Formation Flash Anonyme APRES

DIU Santé mentale dans la communauté

Profession :

Structure :

Thématique : les différents modes d'hospitalisation et les différentes structures de soins en psychiatrie.

1-Qu'avez-vous pensé de cette formation « Flash » ?

2-Dans le contenu de cette formation « Flash », qu'est-ce qui vous a surpris et /ou marqué ?

3-Avez-vous après cette formation « Flash » l'intention de modifier certaines choses dans votre pratique quotidienne ?

4-Durant cette formation « Flash », y a-t-il des choses que vous n'avez pas comprises et sur lesquelles vous souhaiteriez des informations complémentaires ?

5-Que pouvons-nous améliorer sur nos formations « Flash » selon vous ? (Déroulement, locaux, contenu, timing, prise de parole, débat)

6-Quelle thématique souhaiteriez-vous que l'on aborde lors de la prochaine formation « Flash » ?

7-Est ce que vous avez l'intention de parler de nos formations « Flash » autour de vous ? Et à qui ?

8-Seriez-vous intéressé par l'idée de réaliser une formation sur vos pratiques professionnelles à des professionnels du sanitaire notamment de l'EPSMR ?

9-Avez-vous d'autres remarques à apporter ?

Annexe 5



Etablissement Public

de Santé Mentale

de la Réunion

Les Formations « FLASH »

De

L'ÉQUIPE MOBILE SPÉCIALISÉE EN PSYCHIATRIE

**Souffrance psychique,
Troubles psychiques :
Savoir repérer**



**Les modalités d'hospitalisation
en Psychiatrie et l'offre de soins
à l'EPSMR**

Une Passerelle du social vers le Sanitaire

Renseignements par Téléphone 02 62 71 19 75

Portable 06 92 66 64 75

Résumé

L'Equipe mobile spécialisée en psychiatrie (EMSP) de l'Etablissement public de santé mentale de la Réunion (EPSMR) a été créé 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 précarité sociale. Depuis 2017, cette équipe, qui se situe au « carrefour » du sanitaire et du social propose à son réseau de partenaires sociaux une formation « Flash ». L'ambition de cette formation est de pouvoir apporter de la connaissance sur les troubles psychiques afin d'améliorer leur compréhension et ainsi favoriser l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques au sein des structures sociales. Une réflexion sur la formation « Flash » de l'EMSP vous sera exposée dans ce mémoire grâce aux interviews (avant et après) de cinq participants. Je tenterai de mettre en évidence comment une modeste formation peut être vectrice de rapprochement entre les structures sanitaires et sociales et génératrice d'une dynamique de réseau.

Mots-clés : interconnaissance, dé-stigmatiser, formation, santé mentale communautaire, équipe mobile psychiatrie précarité.