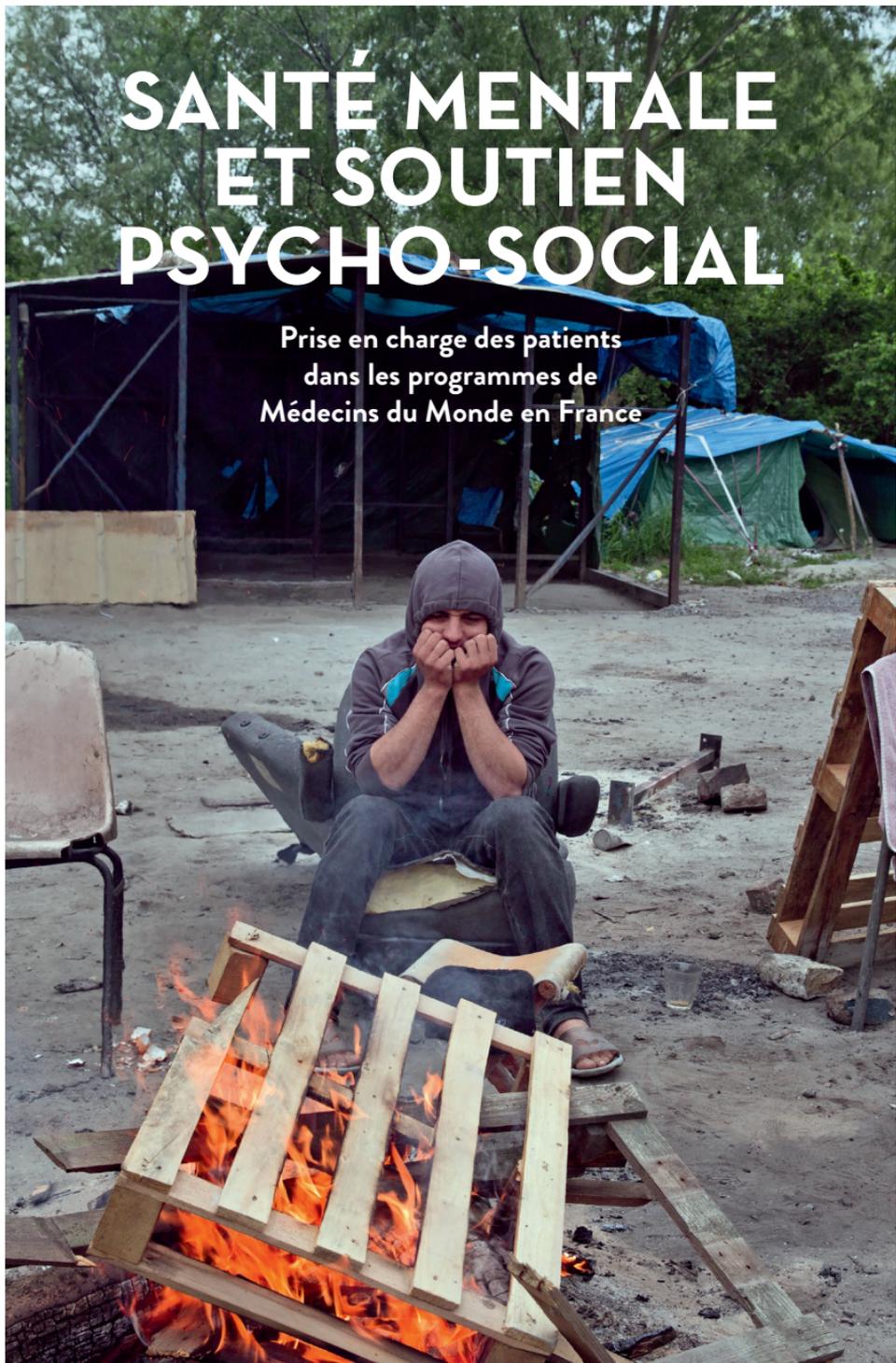


SANTÉ MENTALE ET SOUTIEN PSYCHO-SOCIAL

Prise en charge des patients
dans les programmes de
Médecins du Monde en France



SANTÉ MENTALE ET SOUTIEN PSYCHO-SOCIAL

**Prise en charge des patients
dans les programmes de
Médecins du Monde en France**

ÉTAT DES LIEUX	7
LES GRANDS PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE	13
L'ACCUEIL	13
• Une première étape décisive	
• L'importance de la formation	
• Un rôle éprouvant	
REPÉRER LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE	16
• Dans les Caso, mais aussi à l'extérieur	
• Des troubles difficiles à détecter	
• Typologie des troubles	
• Le syndrome post-traumatique	
L'INTERPRÉTARIAT	20
• Un véritable rôle de médiation	
• Un droit...	
• ... qu'il faut financer	
LA PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE	22
• L'écoute	
• L'identification des troubles	
• Le suivi	
• L'orientation	
LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX	25
• Quand prescrire	
• Les traitements antidépresseurs	
• Les traitements anxiolytiques et hypnotiques	
• Les urgences d'agitation aiguë psychiatrique	
PLURIDISCIPLINARITÉ	31
SUPERVISION DES ÉQUIPES ET ANALYSE DE PRATIQUES	32

COORDINATION AVEC LES STRUCTURES DE DROIT COMMUN	35
STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE	37
<ul style="list-style-type: none">• Permanences d'accès aux soins de santé (PASS PSY)• Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)• Centres médico-psychologiques (CMP)• Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)• Centres médico-psychologiques pour enfants et adolescents (CMPEA)• Maisons des adolescents• Lits halte soins santé (LHSS)• Appartements de coordination thérapeutique (ACT)• Lits d'accueil médicalisé (LAM)• Centres de soins spécialisés dans l'accueil de réfugiés ayant subi des traumatismes• Centres de soins non spécifiquement dédiés aux victimes de la torture et des violences politiques• Consultations hospitalières transculturelles	
STRUCTURES DE COORDINATION ET DE RÉFLEXION	48
<ul style="list-style-type: none">• Conseils locaux de santé mentale (CLSM)• Contrats locaux de santé (CLS)• Atelier santé-ville (ASV)• Le groupement local de coopération pour la santé mentale (GLC)• Les maliss• Les associations	
DÉVELOPPER LE PLAIDOYER	53
<ul style="list-style-type: none">• Les textes de référence• Nos recommandations	
BIBLIOGRAPHIE	59



État des lieux

Le public reçu dans les programmes de Médecins du Monde est constitué de patients en grande précarité, souvent sans logement, pour qui le manque de repères et de stabilité n'est qu'un frein supplémentaire à l'insertion et à la prise en compte de leur santé. Parmi les patients étrangers, beaucoup ont fui un pays dans lequel ils étaient persécutés, ont des histoires de vie complexes et des parcours difficiles. Aux traumatismes subis dans leur pays viennent s'ajouter le contexte migratoire, la précarité administrative, les pressions policières, les incertitudes liées à l'avenir.

En 2013, au sein des Caso, des troubles d'ordre psychologique ont été repérés pour près de 11 % des consultants, plaçant ces troubles au 5^e rang des problèmes de santé diagnostiqués parmi les patients. Force est de constater qu'il est probable que ce chiffre soit sous-évalué, dans la mesure

où les troubles d'ordre psychosomatique ne sont pas toujours évidents à évaluer lors d'une consultation de routine et d'un premier contact avec un patient dont ce ne sera que très rarement la plainte et le motif de consultation. Les troubles psychiques constituent pourtant la pathologie la plus fréquente chez les exilés, particulièrement les demandeurs d'asile et les réfugiés. En 2013, 3582 consultations avec psychologues ou psychiatres ont été enregistrées sur l'ensemble des Caso, 27 % des patients reçus en consultation psy avaient déposé une demande d'asile (déboutés, demande en cours, recours, réfugié...)¹.

« Parmi les patients étrangers, beaucoup ont fui un pays dans lequel ils étaient persécutés. »

1. Chiffres issus de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2014.

Or face à un dispositif public saturé, souvent peu disposé à les écouter et surtout inadapté (pénurie de soignants et d'interprètes, difficultés des soignants à s'adapter à une clinique particulière, question de la domiciliation des patients...) les personnes précaires rencontrent de nombreux obstacles dans l'accès aux soins de santé mentale.

La connaissance du contexte institutionnel de la psychiatrie et de la santé mentale ainsi que la prise en compte de leurs conditions de vie sont essentielles à la qualité des actions de prévention et de soins.

Nous devons rester vigilants quant aux différentes formes et à la qualité de nos prises en charge, ouvertes et adaptées à la situation de chaque patient, tout en évitant de s'inscrire dans un processus de continuité qui doit rester du ressort des structures de soin institutionnelles. Il faut également veiller aux spécificités de diagnostic et de prise en charge des psycho-trauma.

Un groupe de travail paritaire constitué en 2011 a défini des pistes de réflexion transversales à l'ensemble des Caso et des programmes MdM. Ces recommandations rejoignent les propositions élaborées lors de l'atelier « Santé mentale » qui s'est tenu lors des Journées des missions France à Sète en septembre 2013.

« Les personnes précaires rencontrent de nombreux obstacles dans l'accès aux soins de santé mentale. »

Ces pistes de réflexion concernent l'accueil des patients, l'identification des troubles psychiques, les questions liées à l'interprétariat pour les patients non-francophones, la mise en œuvre des traitements, la nécessaire pluridisciplinarité, l'analyse de nos pratiques, les possibilités de coordination avec les structures de droit commun et le plaidoyer. ●

11%

des consultants souffrent
de troubles d'ordre
psychologique
en 2013

3582

consultations psychologiques
ou psychiatriques enregistrées
dans nos Caso en 2013

27%

des patients reçus
en consultation psy
avaient déposé une
demande d'asile

NOTIONS CLÉS

PRÉCARITÉ

Nous avons fait le choix de parler de la précarité, définie comme l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. Loin de vouloir stigmatiser les personnes qui en subissent les conséquences, nous abordons ici les difficultés de personnes confrontées à des situations bien réelles telles que de mauvaises conditions de vie (logements vétustes voire insalubres, malnutrition, manque d'hygiène, climat affectif instable, insécurité, dégradation de l'image de soi...) impactant leur état de santé. Ces facteurs ont des effets, dans la durée, qui représentent un risque pour la santé tant physique que psychique.

SANTÉ MENTALE

La santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. La constitution de l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La promotion, la protection et le rétablissement de la santé mentale doivent être des préoccupations centrales pour les personnes, les collectivités et les sociétés.

Les pays européens (Commission européenne, conférence ministérielle européenne de l'OMS) distinguent la santé mentale « positive », notion proche de celle du « bien-être », et la santé mentale « négative » qui regroupe

NOTIONS CLÉS

d'une part la détresse psychologique témoignant d'une souffrance psychique plus ou moins importante et, d'autre part, les troubles mentaux.

SOUFFRANCE PSYCHIQUE

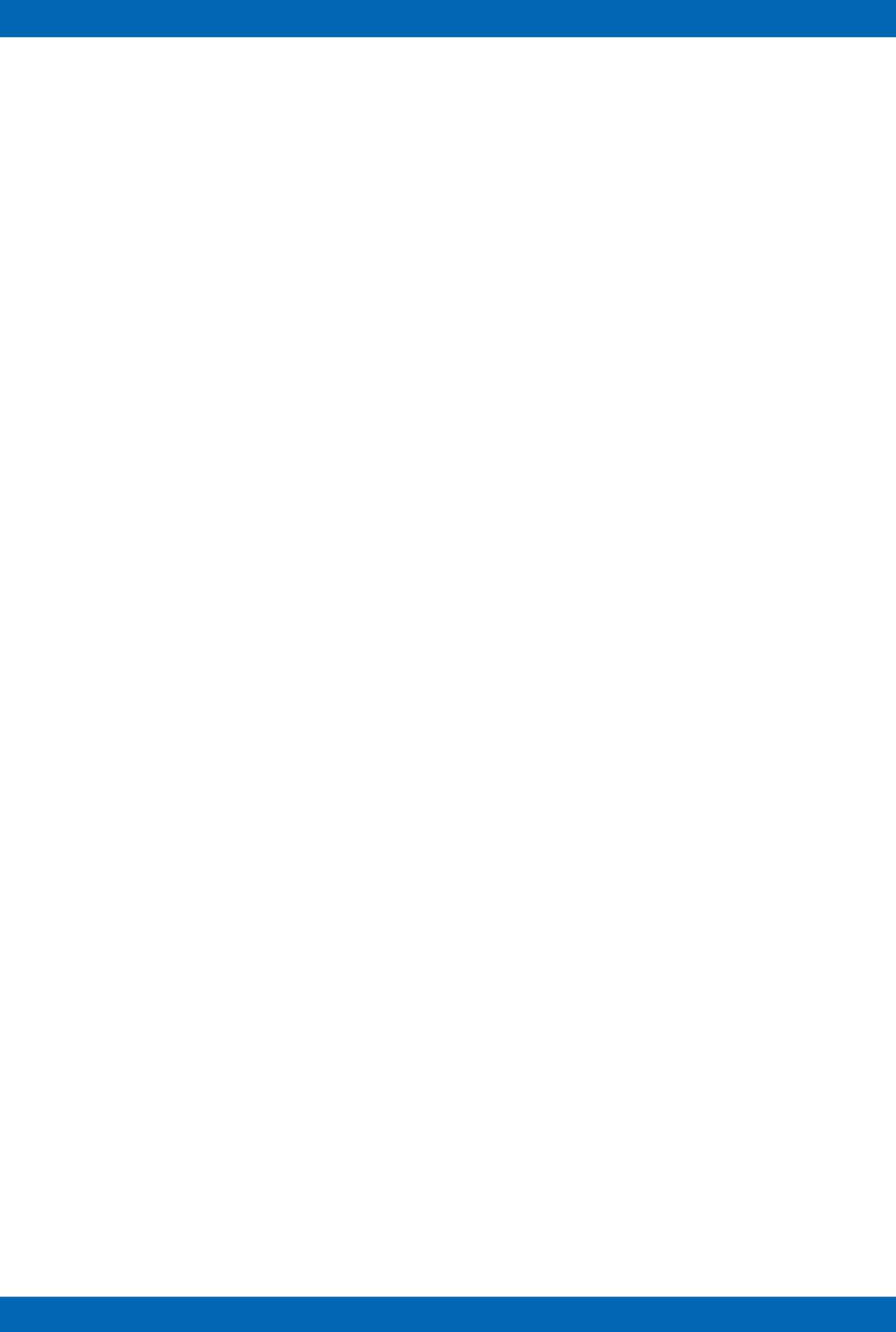
La souffrance psychique est un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental majeur. C'est la mesure de son degré d'intensité, sa permanence et sa durée ainsi que ses conséquences qui peuvent conduire à la nécessité d'une prise en charge sanitaire.

SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

Le soutien psychosocial est un processus visant à favoriser la résilience des individus, des familles et des

communautés dans le respect de l'indépendance, de la dignité et des mécanismes d'accommodation des individus et des communautés. Le soutien psychosocial encourage la restauration de la cohésion sociale et des infrastructures.

Il est préventif dès lors qu'il sert à empêcher le développement de problèmes psychiatriques. Il est curatif lorsqu'il aide les individus et les communautés à surmonter et à gérer les problèmes psychosociaux survenus suite aux chocs et impacts des crises. Ces deux aspects du soutien psychosocial contribuent à la résilience qui permettra d'affronter de nouvelles crises ou autres circonstances difficiles de l'existence.



Les grands principes de prise en charge

L'ACCUEIL

UNE PREMIÈRE ÉTAPE DÉCISIVE

Le premier contact avec un programme de Médecins du Monde constitue un moment privilégié pour les migrants ou les personnes en situation d'exclusion. C'est d'ailleurs bien souvent le premier contact avec une association. La personne reçue peut avoir envie de déverser toute sa souffrance sur l'accueillant, ce qui n'est pas souhaitable. Il faut instaurer une limite car ce n'est pas thérapeutique.

Que faire dans ces situations ? Il faut préciser le rôle de l'accueil et recadrer l'entretien, proposer le questionnaire et expliquer qu'il y aura un autre temps, un autre lieu pour parler. Il ne faut pas insister sur certains points du questionnaire qui peuvent être mal perçus. L'accueil est donc une première étape qui permettra, quand cela est nécessaire, une orientation vers un généraliste ou un spécialiste et ainsi la mise en œuvre de soins adaptés.

Les accueillants dans les Caso sont souvent démunis face à l'expression d'une souffrance psychique, la pression peut les mettre en difficulté. Gérer les plaintes, les impatiences, voire la violence de personnes en demande d'aide et de soins n'est pas toujours évident – notamment pour des intervenants peu formés ou peu familiers de certains modes relationnels. Au contraire, une personne tierce (second accueillant, interprète...) peut avoir un rôle essentiel dans les situations difficiles pour faire limite.

L'IMPORTANCE DE LA FORMATION

Il est aussi nécessaire que les accueillants et les personnes en contact direct avec les patients reçoivent une formation adaptée qui leur permette d'être à même d'écouter les demandes des publics avec qui ils sont les premiers à créer une relation¹. Cette formation couvrirait l'identification des signes

1. Projet en construction avec le service formation de MdM.

TOULOUSE

Pour pallier le problème de changement fréquent de bénévoles psychologues et donc la difficulté d'avoir un suivi dans ce domaine, les psychologues ont intégré l'équipe d'accueillants du Caso de Toulouse. Ils peuvent ainsi repérer rapidement les patients qui pourraient avoir besoin d'une écoute, leur proposer un moment d'échange, formel ou informel, et une orientation éventuelle.

NICE

Pour éviter au patient un temps d'attente trop long entre sa demande de rencontre avec un psychologue et la première rencontre effective, le Caso de Nice expérimente actuellement la mise en place d'une permanence hebdomadaire. Celle-ci est assurée par un stagiaire étudiant en psychologie. Chaque nouveau patient est reçu rapidement à partir du moment où il exprime son souhait de rencontrer un psy, sa demande est entendue et l'orientation vers un praticien est engagée de façon plus efficace.

LYON

Au Caso de Lyon, le premier accueil se fait en deux temps. Tout d'abord, une accueillante en salle d'attente remet les tickets qui distinguent les personnes qui veulent rencontrer un travailleur social de ceux qui demandent une consultation médicale. Pour les nouveaux patients, l'accueil est effectué par une accueillante accompagnée d'une infirmière dans un local dédié, pour compléter les dossiers, vérifier la couverture sociale, orienter en interne ou en externe. Les « plaintes » s'expriment pendant la consultation médicale (médecin plus infirmière). C'est le médecin qui oriente, s'il le juge nécessaire, vers un psychologue et/ou un psychiatre. Il convient d'être vigilant quant à l'écoute pratiquée par des accueillants.

de souffrance psychique, la gestion de l'orientation du patient en demande de soins ou de service, la sensibilisation au syndrome de stress post-traumatique. L'objectif général serait d'augmenter la capacité des accueillants à être en empathie avec les demandeurs, à savoir apporter une première réponse apaisante aux angoisses et *in fine* à sécuriser la relation. Il ne s'agit en aucun cas de proposer un soin ni de poser un diagnostic à ce niveau, mais bien d'adopter des comportements favorables ou du moins d'éviter les erreurs face à des patients potentiellement fragiles psychologiquement.

Le rôle de l'accueillant doit être limité à l'« écoute éclairée de la demande des patients » et à la proposition d'orientation adaptée. Il doit éviter la recherche insistante d'information chez des

patients qui n'ont été que trop souvent sollicités pour « dire », raconter leurs difficultés à l'occasion de leurs démarches pour l'obtention du droit d'asile, par exemple.

UN RÔLE ÉPROUVANT

Pour l'accueillant, l'écoute et la répétition des situations difficiles des patients ayant subi des violences, parfois extrêmes, voire des tortures (2/3 des patients du COMEDE suivis en médecine déclarent des antécédents de violence) au cours d'un même temps de présence peuvent s'avérer éprouvantes. Il serait donc nécessaire que ces intervenants puissent bénéficier d'un soutien de type supervision ou groupe de parole dans l'exercice de leur pratique (détaillée plus bas). ●

QUELQUES SUGGESTIONS

- **Il est important de personnaliser l'accueil et le passage de la personne :** il faut nommer la personne, nommer celle qu'ils vont voir ou au moins sa fonction (docteur, assistante sociale...) et expliquer pourquoi ils sont orientés vers cette personne. Cela permet de ré-humaniser des patients rendus objets par leur parcours.
- **Idéalement, il faut accompagner la personne lorsqu'on lui conseille de prendre rendez-vous à l'extérieur,** car un rendez-vous dans un lieu inconnu est pour elle une errance de plus à laquelle elle risque de ne pas donner suite.
- **Il faut signaler la souffrance décelée lors de l'accueil** au médecin pour faciliter le passage et éviter de rajouter de la violence (ré-expliquer sa situation, etc.).
- La présence d'un tiers est souhaitable.

REPÉRER LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

DANS LES CASO, MAIS AUSSI EN DEHORS

Il est important de noter que dans la pratique, les Caso ont pour la plupart des activités de dépistage, orientation et/ou prise en charge initiale en santé mentale. Il serait cependant pertinent de faire évoluer l'approche de la santé mentale vers de nouveaux programmes (ambulatoires) - l'intégrer par exemple aux programmes bidonvilles. Pouvoir aborder ces questions avec toute personne migrante ou sans domicile, qui sont des personnes confrontées à la violence, l'insécurité, les problèmes de logement est nécessaire. Nous devons être attentifs à le faire.

DES TROUBLES DIFFICILES À DÉTECTER

Il n'est pas toujours évident en consultation de routine d'aborder la question de la souffrance psychique. Souvent masquée par des troubles somatiques, difficile à exprimer par les patients, elle est rarement le motif de consultation et la sous-estimation de la souffrance psychique est majeure. Il ne faut pas minimiser la gravité de certaines pathologies psychiatriques (notamment le risque suicidaire) qui peuvent constituer des urgences psychiatriques et imposer l'hospitalisation ou, a minima, un avis.

Du côté des soignants, la crainte de ne pas pouvoir offrir de réponse et le manque de temps lors d'une consultation sont les principaux freins à une approche psychologique. Or la consultation médicale est une opportunité, et parfois la seule pour le patient, de pouvoir faire part de cette souffrance. Ainsi, poser la question « Avez-vous subi des violences (physiques ou psychologique) ? » peut être la porte d'entrée vers une opportunité de soin. Laisser au patient la possibilité de livrer sa souffrance à un tiers, de se libérer, de pouvoir en parler est aidant.

QUELQUES QUESTIONS CLÉS

À propos de la souffrance :

Est-ce que vous vous sentez triste ?
Sans espoir ? Est-ce que vous avez encore de l'énergie, est-ce que vous arrivez à penser à l'avenir ?

À propos du suicide :

Est-ce que vous avez déjà pensé à vous suicider / à mettre fin à vos jours / à vous enlever la vie ?

À propos des voix :

Est-ce que vous entendez des voix ?
Est-ce que vous entendez des gens qui parlent dans votre tête ?

LA DÉPRESSION



L'ANXIÉTÉ ET LES PSYCHO-TRAUMATISMES



LE SYNDROME POST-TRAUMATIQUE



TYOLOGIE DES TROUBLES

Certains troubles sont plus fréquents que d'autres dans les populations rencontrées sur les programmes MdM. On sait notamment qu'en Europe, la prévalence des troubles mentaux chez les migrants est majeure. L'exil, la migration et le voyage peuvent entraîner des conséquences psychopathologiques en raison des violences ou événements ayant motivé la migration, mais aussi à cause de la rupture de liens familiaux, la perte de repères culturels et sociaux.

La dépression concerne 20 % des migrants économiques contre 44 % des réfugiés ; l'anxiété et les psycho-traumatismes 21% des migrants économiques contre 40 % des réfugiés (Lindert, 2009) ; le syndrome post-traumatique concernerait 30 à 50 % des demandeurs d'asile selon les études et le taux de suicide est également significativement plus élevé que dans la population générale.

LE SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

La connaissance et le dépistage du PTSD (syndrome de stress post-traumatique) sont essentiels. Un certain nombre d'éléments peuvent permettre d'évaluer l'état du patient :

- **La reviviscence** : Réactivité marquée lors de l'exposition à des stimuli rappelant le traumatisme, sentiment intense et prolongé de détresse psychologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes symbolisant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatisant, rêves répétitifs relatifs à l'évènement et provoquant un sentiment de détresse, souvenirs spontanés répétitifs involontaires de l'évènement et composés d'images, d'émotions ou de perceptions sensorielles.

- **L'évitement** : L'évitement de pensées, de sentiments ou de sensations physiques, d'activités, d'endroits, d'objets, de moments, de personnes, de conversations ou de situations associées au trauma. Par exemple : la peur de l'uniforme, l'évitement de la foule ou des transports, un état d'alerte permanent...

- **Symptômes dissociatifs** : Flashback (perte de conscience de l'environnement réel), amnésie dissociative, déréalisation, dépersonnalisation (sentiment d'être devenu un observateur de son propre fonctionnement mental ou de son propre corps).

• **Symptômes dysphoriques :**

Croyances négatives persistantes et exagérées (« je ne peux plus guérir », « le monde est dangereux »), reproches persistants envers soi-même ou envers les autres concernant les causes ou les conséquences, états émotionnels négatifs et envahissants comme la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte, la réduction marquée de l'intérêt ou de la participation, le sentiment d'avenir bouché.

• **Symptômes d'hyper-activation :**

Irritabilité, accès de colère ou comportement agressif, conduites à risque ou comportement autodestructeur, hyper-vigilance, difficultés de concentration, d'endormissement. ●

Les questions du MINI peuvent aider à orienter et à mener un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (15 minutes), en explorant de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV.

Par exemple : épisode dépressif majeur ; risque suicidaire ; syndrome post-traumatique...

L'INTERPRÉTARIAT

Les migrants reçus en consultation par Médecins du Monde sont des personnes souvent étrangères à notre langue et, de ce fait, il est nécessaire de leur accorder de parler dans leur langue maternelle. Cela implique d'associer aux soins des interprètes. Ces derniers, bien que n'ayant pas, le plus souvent, de formation psychologique ou médicale, ont pour fonction de mettre leur expertise linguistique au service de la prise en charge du patient, expertise sur laquelle le thérapeute peut s'appuyer.

UN VÉRITABLE RÔLE DE MÉDIATION

Dans la majorité des cas, les interprètes sont issus de la même communauté ou d'une communauté proche du demandeur d'asile et à ce titre partagent des éléments de culture communs. Ils agissent ainsi comme d'éventuels médiateurs culturels, qui contribuent au traitement du traumatisme, puisque ce qui leur est transmis est destiné au clinicien. Ce mouvement s'exprime par ailleurs d'une langue à une autre, non pas dans une traduction mot par mot mais dans une

véritable interprétation qui lie des contenus culturels pour leur donner un sens partageable. La principale qualité de l'interprète va être de mettre en œuvre une fonction médiatrice. Porteur du contexte culturel, social, politique du sujet, porteur d'un implicite qui permet à ce dernier de revivre un lien phatique, le médiateur est la source éventuelle d'un attachement retrouvé. Il est vrai, a contrario, que l'interprète peut être perçu comme étant éventuellement du même monde que les agresseurs, et entretenir durablement chez les sujets traumatisés des vécus de méfiance et de persécution.

UN DROIT...

Le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 s'inscrit dans ce cadre et s'attache en particulier à rendre plus accessible les soins aux populations : « Celles qui rencontrent des obstacles, notamment les personnes non francophones, doivent faire l'objet de mesures spécifiques de la part des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (systèmes de communication adaptés, organisation du recours aux services de traduction) ».

LYON

La sollicitation des interprètes reste primordiale pour l'ensemble des consultations, médicales, sociales et psychologiques au Caso. Ce qui peut poser des problèmes de budget : 26 000 € en interprétariat physique et 20 000 € en interprétariat téléphonique ont été dépensés en 2012. Pour ce poste budgétaire, l'ARS (agence régionale de santé) alloue une subvention annuelle de 30 000 €. En 2015, le financement ISM est désormais inclus dans le financement global que l'ARS triennal alloue à MdM »

Concernant les demandeurs d'asile, une directive européenne du 26 juin 2013 – refonte de celle de 2003/9/CE relative aux normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres – précise qu'ils « doivent bénéficier d'un traitement adapté et d'un droit à l'interprétariat ». Médecins du Monde s'est également engagé en ce sens à respecter les principes énoncés à Strasbourg en novembre 2012 en signant la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France.

Selon les régions, des plateformes et des associations d'interprètes ce sont développées. Dans les programmes Médecins du Monde, nous avons surtout recours à ISM interprétariat. Créée en 1970, cette association propose des services d'interprétariat afin de faciliter la compréhension et l'expression entre les étrangers non-francophones et les professionnels français, ce qui permet d'éviter ou de résoudre les problèmes. L'interprétariat par téléphone est disponible à tout moment, 24 heures

sur 24 et 7 jours sur 7 (donc la nuit, le week-end et les jours fériés), avec un accueil centralisé sur un numéro de téléphone unique qui donne accès au réseau d'interprètes ISM .

... QU'IL FAUT FINANCER

Ce sont cependant des services qui ont un coût et qui demandent donc des moyens financiers et humains importants si l'on veut satisfaire l'exigence de qualité. Pour trouver des financements pérennes pour l'association, mais surtout pour l'application du droit à l'interprétariat dans les structures de droit commun, nous sollicitons des bailleurs partenaires. Aussi nous devons, pour appuyer nos demandes, documenter la non-application et/ou l'impossibilité d'appliquer le droit à l'interprétariat. ●

LA PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

L'ÉCOUTE

L'écoute est en elle-même très importante : il s'agit d'accueillir la parole, de reconnaître la souffrance.

Une des spécificités des programmes de Médecins du Monde – qui tient à notre modèle associatif particulier – est de proposer une prise en charge non seulement pluridisciplinaire mais aussi plurielle. La présence d'intervenants non professionnels peut en effet se lire comme une représentation de la société civile, et constituer des repères pour les patients. Par ailleurs, la perception des liens que nous avons entre intervenants peut aider certains patients à retisser les leurs.

L'IDENTIFICATION DES TROUBLES

Le médecin généraliste est le premier maillon dans le dépistage, souvent dans l'initiation de la prise en charge et parfois aussi dans le suivi du patient. L'orientation vers un psychologue ou un psychiatre peut être difficile. Il faut d'abord que la personne prenne conscience du fait que les symptômes

physiques dont elle se plaint sont en relation avec une souffrance psychique, elle-même liée à un vécu traumatique. Un accompagnement est souvent nécessaire pour assurer ce passage. Ces patients ont besoin d'un peu de temps et d'un lieu pour s'arrêter et appréhender leur histoire, sans quoi ils risquent de repartir dans l'errance. Par exemple – et dans la mesure du possible –, la première étape consistera en l'obtention d'une adresse nominative.

« Une des spécificités des programmes de Médecins du Monde – qui tient à notre modèle associatif particulier – est de proposer une prise en charge non seulement pluridisciplinaire mais aussi plurielle »

LE SUIVI

Sur la question de la durée de la prise en charge, un grand nombre de patients

cessent d'eux-mêmes et assez rapidement de venir à leurs rendez-vous (cela peut aussi tenir à des motifs de réalité, tels qu'un déménagement, une expulsion). D'autres patients, parfois même titulaires de « droits », ont des difficultés à aller consulter ailleurs, comme s'ils restaient attachés à la structure. C'est cette relation, difficile à rompre, qui est l'essence même de la psychothérapie. Plutôt que de contrats, on parlera d'alliance thérapeutique, ce qui implique que la temporalité appartient aussi au patient.

Pour les patients qui ont subi des violences graves et/ou des tortures, il ne semble pas pertinent d'évoquer d'emblée une séparation en tant que telle, qui risque d'être vécue comme un nouveau deuil à venir : la plupart ont une expérience d'abandon (proches quittés sous la contrainte) et/ou de deuils (proches disparus ou assassinés).

CALAIS

La tente psycho-sociale, est un lieu dans lequel les exilés peuvent venir sans demande de soin particulière. A l'intérieur, il y a de quoi s'exprimer : des feutres, des cartes du monde, du papier. Ils dessinent, parce que c'est souvent plus simple que de parler, et encore d'avantage lorsqu'on ne partage pas la langue du pays : la guerre dans leur pays, l'amour pour leur pays, le trajet en bateau, les conditions de vie à Calais, leur souhait de rejoindre l'Angleterre... C'est également un espace important de rencontre et de dialogue entre des communautés différentes, par la participation à des activités communes.

Une orientation prématurée vers les structures de droit commun peut être pathogène, risquant de réactiver des expériences de déréliction : les patients peuvent penser que l'« effroi » qui a pu les saisir dans le passé est si difficile à entendre que nous sommes amenés à nous débarrasser d'eux au plus vite. Il faut parfois du temps pour retisser quelques liens que l'emprise d'une destruction délibérée a défaits. Il faut

aussi tenir compte de la notion d'espacement des séances en fonction de l'évolution : deux rendez-vous par an ou de simples entretiens téléphoniques peuvent suffire. Ce sont ces contacts privilégiés qui vont permettre d'éviter les ruptures de suivi et de mieux coordonner le transfert des patients.

« Il est important de toujours chercher à orienter le patient vers un dispositif adapté et pérenne »

L'ORIENTATION

Cependant, les programmes de Médecins du Monde n'ont pas vocation à se substituer au droit commun et visent au contraire à faire ressortir les besoins et mettre en tension les dispositifs insuffisants ou inadaptés. En ce sens, il est important, dans la mesure du possible, de toujours chercher à orienter le patient vers un dispositif adapté et pérenne.

NANTES

L'équipe du Caso de Nantes reste sensibilisée au repérage du traumatisme psychologique des migrants du fait de l'expérience de 7 ans de consultations spécialisées au Caso. Le diagnostic est envisagé au sein de la consultation. La personne est orientée vers la consultation ressource en clinique transculturelle (cf. exemple de Nantes décrit p.29) qui va évaluer la nécessité de prise en charge et assurer le suivi.

Il est donc nécessaire que le patient puisse bénéficier d'une information éclairée suffisamment tôt, voire dès la première séance, sur les possibilités de prise en charge extérieures vers lesquelles il pourra être orienté pendant son parcours de soins. Cela lui permettra dans un second temps de comprendre l'approche de plus long terme proposée par d'autres institutions.

Ici la question du recrutement de personnes spécifiquement affectées à l'accompagnement des patients vers les structures partenaires se pose avec une certaine pertinence. ●

LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Pour des raisons évoquées plus haut, la délivrance de traitements psychotropes doit être exceptionnelle dans les programmes de Médecins du Monde. L'écoute et l'orientation sont les réponses médicales les plus adaptées dans un lieu comme le Caso. Il est possible, dans le cadre des consultations, de prendre le temps de cette écoute avec un patient qui en aurait besoin (avec interprétariat téléphonique si besoin), ce qui peut en soi constituer une réelle thérapie.

Les orientations (vers un CMP ou un psychiatre), aussi difficiles soient-elles, peuvent permettre un retour vers un suivi, ce qui est beaucoup plus efficace que la délivrance de traitements.

QUAND PRESCRIRE

Les prescriptions doivent se limiter à des tranquillisants, des antidépresseurs et exceptionnellement des hypnotiques. Cela ne doit se faire que lorsqu'il y a une réelle indication, uniquement sur prescription médicale (généraliste ou psychiatre), parfois à la demande des psychologues qui jugent nécessaire une aide pour le patient en plus de la psychothérapie. Il faudra tenir compte des traitements

antérieurs, s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indication, éviter de prescrire de grandes quantités en phase aiguë, et plutôt préférer une introduction qui soit la plus graduelle possible. Il est conseillé chez les personnes âgées de réduire de moitié la prescription. Enfin, il est préconisé de veiller à expliquer les effets attendus, les moments de réévaluation, la durée du traitement tout comme les effets indésirables, interactions et risques liés à l'usage.

« Les orientations, aussi difficiles soient-elles, peuvent permettre un retour vers un suivi, ce qui est beaucoup plus efficace que la délivrance de traitements »

- **Les traitements antipsychotiques** ne doivent jamais être initiés au Caso. Ils peuvent être délivrés uniquement sur présentation d'une ordonnance récente pour une durée limitée (7 jours maximum) et dans le projet d'un retour rapide vers le psychiatre traitant ou la structure psychiatrique initiale.

• **Les traitements antidépresseurs** ne peuvent être initiés dans le cadre du Caso que dans des cas très exceptionnels, en l'absence d'alternative et seulement s'il existe une possibilité de suivi de la personne. En effet, le suivi, l'évaluation de l'efficacité, de la tolérance et de l'observance doivent pouvoir se faire dans de bonnes conditions (les traitements antidépresseurs présentent l'inconvénient de débuter par des effets secondaires souvent à l'origine d'un arrêt du traitement et d'une latence d'apparition des effets recherchés).

Tous nécessitent une surveillance, notamment en début de traitement, car ils peuvent entraîner une levée de l'inhibition psychomotrice avec un risque suicidaire. Les antidépresseurs peuvent parfois être délivrés pour éviter la rupture de traitement (tout comme les antipsychotiques). ●

Les traitements proposés s'appuient sur les recommandations nationales en vigueur mais dépendent également des médicaments disponibles dans les pharmacies de MdM de la liste PHI (Pharmacie humanitaire internationale).

LES TRAITEMENTS ANTIDÉPRESSEURS

Indications : États dépressifs avérés, c'est-à-dire en plus de la tristesse de l'humeur : troubles du sommeil, souvent troubles de l'attention et impossibilité de se projeter dans l'avenir, repli sur soi, sentiment de culpabilité.

Délai d'action : d'une à 3 semaines.

Durée du traitement : au moins 3 à 6 mois.

Ne pas associer plusieurs antidépresseurs. Arrêt progressif du traitement.

Pour les sujets âgés de plus de 65 ans, la posologie de moitié est indiquée en début de traitement pour diminuer l'apparition d'effet indésirable, la dose est ensuite progressivement augmentée jusqu'atteindre l'effet thérapeutique.

LES INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE (IRS)

À donner en première intention. Peu d'effets secondaires (parfois en début de traitement : nausées, diarrhées, discrète nervosité, très rarement hallucinations, agitation, élévation de la TA).

- **CITALOPRAM** (Seropram® 20 mg, boîte de 28) : 20 à 40 mg par jour. La dose initiale recommandée est de 1 comprimé par jour. La posologie pourra être augmentée par le médecin en fonction de la réponse au traitement, sans dépasser 40 mg par jour.
 - **FLUOXÉTINE** (Prozac® 20 mg en gélule, boîte de 14) : 20 mg par jour, soit 1 gélule par jour. Si nécessaire, la posologie peut être augmentée jusqu'à 60 mg par jour.
 - **PAROXÉTINE** (Deroxat® 20 mg, boîte de 14) : 20 mg par jour soit 1 comprimé. La dose peut être augmentée si nécessaire jusqu'à 50 mg par jour.
 - **SERTRALINE** (Zoloft® 50 mg en gélule, boîte de 28) : 50 à 200 mg par jour. Ce médicament doit être pris au cours d'un repas, le soir ou le matin et avalé avec un grand verre d'eau.
- À donner en cas d'échec des IRS ou pour des états dépressifs plus marqués. Effets secondaires identiques aux IRS.
- **VENLAFAXINE** (Effexor® gélule LP 37,5 mg et 75 mg, boîte de 30) : 75 mg à 150 mg par jour. En cas d'insuffisance rénale, d'insuffisance hépatique, la posologie est généralement plus faible.

LES TRICYCLIQUES

Antidépresseur majeur réservé aux états dépressifs graves ; la mise en route du traitement nécessite une surveillance importante et se fait le plus souvent à l'hôpital. Attention cardiotoxicité.

- **CLOMIPRAMINE** (Anafranil® 10 mg, boîte de 60 et 25 mg boîte de 50) : 75 mg à 150 mg par jour.

AUTRE ANTIDÉPRESSEUR

- **MIANSÉRINE** (AthyMil® 10 ou 30 mg, boîte de 30) : 30 mg à 90 mg par jour. Ajoute un effet sédatif et anxiolytique donc à donner le soir ●

LES INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE ET DE LA NORADRÉNALINE (IRS-NA)

LES TRAITEMENTS ANXIOLYTIQUES ET HYPNOTIQUES

Les traitements anxiolytiques et hypnotiques peuvent être délivrés pour une durée limitée (benzodiazépines à demi-vie courte et hypnotiques pour une durée de 14 jours maximum) et doivent rester ponctuels pour soulager la souffrance psychique ou des troubles du sommeil. Il est essentiel d'organiser une orientation vers le droit commun. Si celle-ci doit être différée et qu'un traitement semble nécessaire, il faut proposer au patient de revenir pour une réévaluation. Dans l'idéal, le prescripteur devra être présent lors de cette réévaluation.

De manière générale, mieux vaut éviter l'association de plusieurs psychotropes et chercher à articuler le traitement médicamenteux avec d'autres formes de thérapies. Dans le cadre de la mise en place d'un traitement médicamenteux, le groupe de travail préconise un accompagnement systématique médical et psychologique. Cela constitue une réelle plus-value pour des patients en situation de précarité se trouvant en difficulté pour se projeter dans un futur plus ou moins proche. Il est également recommandé d'instaurer une surveillance systématique du patient 2 à

3 semaines après le démarrage pour évaluer la tolérance et l'évolution du traitement.

LES BENZODIAZÉPINES

Contre-indication : insuffisance respiratoire. Ne pas oublier l'effet sédatif, en particulier pour des personnes vivant en grande précarité. Le traitement doit être limité dans le temps (risque d'accoutumance et dépendance). Arrêt progressif du traitement pour éviter un syndrome de sevrage. La dose minimale efficace est toujours recherchée.

BENZODIAZÉPINE À DEMI-VIE INTERMÉDIAIRE 10 À 20 HEURES

- **ALPRAZOLAM** (Xanax® 0,25 mg ou 0,50 mg, boîte de 30) : 1 à 2 mg par jour, répartis en plusieurs prises au cours de la journée ; jusqu'à 4 mg par jour dans certains cas graves.
- **BROMAZEPAM** (Léxomil® 6 mg, comprimé-baguette quadrisécable, boîte de 30) : habituellement réparti en 1/4 de comprimé le matin, 1/4 de comprimé le midi et 1/2 comprimé le soir. La posologie peut être portée à 18 mg par jour dans certains cas graves.

- **OXAZEPAM** (Seresta® 50 mg, boîte de 20) : durée de prescription limitée à 12 semaines, 10 à 50 mg par jour (jusqu'à 150 mg par jour dans certains cas graves). Les prises doivent être réparties au cours de la journée et la prise la plus forte réservée pour le soir.

BENZODIAZÉPINE À DEMI-VIE LONGUE SUPÉRIEURE À 30 HEURES

- **PRAZEPAM** (Lysanxia® 10 mg, boîte de 40) : 10 à 40 mg par jour ; jusqu'à 60 mg par jour dans certains cas graves.

- **DIAZEPAM** (Valium® 2 mg ou 5 mg, boîte de 40, ou gouttes buvable à 1%) : Durée de prescription limitée à 12 semaines, 5 à 15 mg par jour, en 1 prise ou en plusieurs prises réparties dans la journée ; jusqu'à 40 mg dans certains cas graves.

- **CHLORAZÉPATE DIPOTASSIQUE** (Tranxène® 5 ou 10 mg, boîte de 30 gélules) : 10 à 90 mg par jour.

HYDROXYZINE

- **HYDROXYZINE** (Atarax® 25 mg en boîte de 30, flacon de 200 ml avec seringue-doseuse) : 50 à 200 mg par jour selon les indications ; jusqu'à

300 mg dans certains cas. Il peut être prescrit plus facilement car il n'y pas d'accoutumance et moins d'effet sédatif.

Contre-indication : glaucome à angle fermé, grosse prostate, 1^{er} trimestre de la grossesse.

LES HYPNOTIQUES

Dérivés des benzodiazépines avec les mêmes contre-indications.

Indication : insomnie transitoire.

- **ZOLPIDEM** (Stilnox® 10 mg, boîte de 14) : 1 comprimé, le soir au coucher, effet très rapide, durée d'action environ 3 heures (médicament pour l'endormissement), durée de prescription limitée à 4 semaines.

- **ZOPICLONE** (Imovane® 3,75 mg ou 7,5 mg, boîte de 14) : 1 comprimé à 7,5 mg, le soir au coucher. Personne de plus de 65 ans, insuffisant hépatique, rénal ou respiratoire : 1 comprimé à 3,75 mg ou 1/2 comprimé à 7,5 mg, le soir au coucher. Durée d'action plus longue (pour les insomnies de la deuxième moitié de la nuit). ●

LES URGENCES D'AGITATION AIGÜE PSYCHIATRIQUE

SI UN CONTACT EST IMPOSSIBLE

Attendre l'intervention du SAMU et des forces de l'ordre.

SI UN CONTACT EST POSSIBLE

Se référer au protocole MDM

« Prise en charge des urgences vitales ».

Manifestations : agressivité, violence vis-à-vis des objets ou des personnes, angoisse massive et diffuse, parfois délire actif voire sentiment de persécution, contact difficile à établir.

- Éliminer d'abord une cause organique.
- Ne pas rester seul avec la personne, la conduire dans un lieu calme et isolé.
- Si un contact est possible : préciser l'étiologie.

Pas d'injection : voie orale uniquement.

Ivresse aiguë après prise d'alcool ou de toxique

- LOXAPINE (Loxapac® 25mg/ml : solution buvable 50 à 100 mg soit 50 à 100 gouttes ou 2 à 4 ml

Syndrome de manque avec douleurs, sueurs, pâleur

- DIAZEPAM (Valium® solution buvable 1%) 20 mg soit 2 ml ou 60 gouttes.
- SPASFON®

Épisode psychotique aigu avec agitation sans rapport avec la situation, angoisse communicative, bizarrerie et délire

- LOXAPINE (Loxapac® 25mg/ml) : solution buvable 100 à 150 mg soit 100 à 150 gouttes ou 4 à 6 ml.

Crise d'angoisse aiguë ou attaque de panique avec troubles fonctionnels

La personne a conscience de sa souffrance et demande à être soulagée :

- DIAZEPAM (Valium® solution buvable 1%) 20 mg soit 2 ml ou 60 gouttes.

Enfin, il faut se questionner sur la délivrance ou le renouvellement, par Médecins du Monde, de certains médicaments prescrits par d'autres structures. Ce type de pratique appelle à la vigilance et engage notre responsabilité alors que nous ne sommes pas initiateurs de la prescription. Il est important de repérer le référent de l'accompagnement et de la prise en charge (probablement plus la PASS ou les urgences). Quoiqu'il en soit, la concertation et l'échange entre les partenaires impliqués dans la délivrance de soins est primordial. Si le traitement est impératif, privilégier la délivrance pour quelques jours seulement.

PLURIDISCIPLINARITÉ

Trop souvent, les approches restent très compartimentées : la question culturelle, la précarité, la santé, le social appellent une approche transversale rendue d'autant plus nécessaire par le fait que la souffrance psychique couvre l'ensemble de ces champs.

En conséquence, il ne faut pas travailler seul. Il faut développer le travail en réseau et former l'ensemble des intervenants à ce type d'approche. Communiquer, se parler entre professionnels (médecins, psychologues...) et d'une manière générale entre intervenants (accueillant, assistante sociale...), reste essentiel au sein des Caso et des programmes MdM.

Cela permet de garantir la prise en charge la plus adaptée et individualisée possible du patient tout en permettant à chacun de partager son analyse de la situation.

Des liens doivent également être développés avec l'ensemble des professionnels et structures pour que l'orientation soit la plus fluide et la plus efficace possible : doivent être

impliqués les spécialistes de la prise en charge en santé mentale (psychologues, psychiatres), les structures du réseau (Comede, CMP...) et tous les autres acteurs pouvant être une aide pour le patient (généralistes, kinés, associations de quartier, de femmes, culturelles...).

Cette pluridisciplinarité doit permettre une prise en charge globale des patients. ●

GRENOBLE

Les consultations de psychiatrie au Caso sont supprimées. En revanche, les consultations psychologiques continuent. La psychiatre du Caso peut être sollicitée pour donner des avis spécialisés à la demande du médecin généraliste ou d'un psychologue. Elle garde sa légitimité en matière de prescription en cas de nécessité, en attendant la prise en charge par la PASS psy. Cette même psychiatre a pour rôle d'animer l'équipe de psychologues (réunion clinique mensuelle), et d'assurer la régulation des suivis et des orientations.

SUPERVISION DES ÉQUIPES ET ANALYSE DE PRATIQUES

Tout intervenant Médecins du Monde devrait pouvoir bénéficier d'une analyse de pratiques autour d'un espace d'échange commun. Cela permet à la fois de mettre en commun les observations et les interventions opérées auprès du patient mais aussi d'enrichir sa propre pratique par celle de l'autre, et de partager ses difficultés pour devenir plus efficace et améliorer la prise en charge des patients. L'intervention d'une personne extérieure peut parfois s'avérer nécessaire sur certains programmes, et un budget doit y être dédié.

Le pôle parcours de la direction des ressources humaines de Médecins du Monde peut être contacté pour avis dans le cadre de la mise en place d'un soutien à l'équipe. ●

GRENOBLE

Au Caso, l'ensemble des bénévoles font un bilan à la fin de chaque permanence. Les acteurs de la Maraudes bénéficient quant à eux d'une analyse de la pratique.

CALAIS

Après une expérience de supervision de l'équipe salariée par un psychologue bénévole l'an passé, la contractualisation d'un psychologue rémunéré pour une supervision mensuelle de l'équipe a été prévue. Une partie de son financement a été anticipé sur le budget du projet. Celui-ci reste encore insuffisant pour étendre ce suivi à toute l'équipe intervenante du programme.

BORDEAUX

Une équipe de 2 psychiatres et 3 psychologues est en place et assure une consultation tous les jours de la semaine au Caso de Bordeaux. Une réunion d'échanges a lieu tous les mois. Un nouveau rendez-vous lancé par le Caso, les «ateliers débat», ont été l'occasion d'évoquer le syndrome post-traumatique. Suite à cette réunion, le principe de la personnalisation du suivi des personnes victimes de violence a été acté, de sorte que ces patients voient toujours le même médecin – alors que normalement, les consultations se font sans rendez-vous. De plus, la fiche violences était très peu remplie et fait désormais l'objet d'une meilleure attention de la part des médecins qui restent peu à l'aise avec les questions relatives aux violences et sévices subis.



Coordination avec les structures de droit commun

Dans l'intérêt des patients et en lien avec le plaidoyer de Médecins du Monde en faveur d'un plus large accès aux soins et à la santé de toute personne vivant en France, nous devons développer le travail en réseau et les liens directs avec les structures et/ou les professionnels de la prise en charge du droit commun : CMP, PASS, psychiatrie de ville.

Nous devons réfléchir à la question de l'accompagnement des patients vers ces structures dont la raison d'être est d'accueillir les personnes en souffrance psychique.

La prise en charge des patients en santé mentale présente une certaine complexité : le suivi s'effectue dans une relation qu'il n'est souvent pas facile de couper, les patients sont parfois eux-mêmes réticents à être orientés vers les CMP ou les PASS. Pour autant, la prise en charge, et surtout le suivi

au long cours s'il est nécessaire, sont du ressort du droit commun.

Les principales structures de prise en charge des patients sont : permanences d'accès aux soins de santé, équipes mobiles psychiatrie précarité, centres médico-psychologiques, centres médico-psycho-pédagogiques, lits halte soins santé, appartements de coordination thérapeutique, lits d'accueil médicalisé, centres de soins spécialisés dans l'accueil de réfugiés ayant subi des traumatismes, centres de soins non spécifiquement dédiés aux victimes de la torture et des violences politiques, consultations hospitalières transculturelles. Les structures partenaires de coordination et/ou de réflexion sont : conseils locaux de santé mentale, contrats locaux de santé, atelier santé-ville, groupement local de coopération pour la santé mentale, maliss, associations.



QUELQUES AXES DE TRAVAIL

- **S'appuyer sur les structures de droit commun** et sur leurs moyens, les solliciter autant que nécessaire.
- **Réfléchir, voire rendre possible l'intervention** d'acteurs extérieurs au Caso (du réseau) pour apporter des connaissances et des savoir-faire nouveaux aux intervenants MdM (Cimade...). Cela peut permettre aux équipes d'acquérir une vision plus large de leur action tout en créant du lien et en développant des réseaux partenariaux.
- **Éviter le référencement d'un professionnel à un autre**, les discussions devant s'organiser en amont autour d'un patient à qui il est nécessaire de donner des repères. Dans ce cadre, un travail en réseau reste primordial.

STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE

PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ (PASS PSY)

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des permanences hospitalières médico-sociales, présentes dans les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier. Elles doivent faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier, les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale.

GRENOBLE

L'axe prioritaire est le travail en réseau avec la PASS psy. Depuis son ouverture en janvier 2012, les consultations de psychiatrie au Caso de Bordeaux sont supprimées. Le délai pour obtenir un rendez-vous est d'une semaine maximum pour le premier entretien. La psychiatre du Caso a pour rôle d'assurer la régulation des suivis et des orientations.

TOULOUSE

Les bénévoles infirmiers et psychologues du Caso de Toulouse sont allés à la rencontre des psychologues de la PASS psy pour favoriser le travail en réseau. Cependant, la PASS psy présente un certain nombre de limites : il n'y a pas toujours de consultation sociale associée (donc pas de droits ouverts à la suite d'une consultation), il n'y a pas toujours de psychiatre prescripteur, ni de bon social de prise en charge pour la délivrance des médicaments.

Les personnes ayant besoin de médicaments se retrouvent parfois à MdM pour obtenir leur traitement.

41 PASS psychiatriques ont été financées suite à la circulaire de 2009 (financement moyen de 100 000 € annuel). À ce jour, une trentaine serait effective.

136

établissements de santé
disposent d'une équipe
mobile de psychiatrie
précarité

124

établissements de santé
(22 %) interviennent en
milieu pénitentiaire

1/4

des établissements
de santé dispose
d'une EMPP

ÉQUIPES MOBILES PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ (EMPP)

Les EMPP permettent de favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion souffrant de troubles psychiques.

Les EMPP constituent un dispositif intersectoriel situé à l'interface du dispositif de soins psychiatriques et du dispositif social. Elles permettent aux personnes d'accéder plus facilement aux soins et de bénéficier de prises en charge globales et continues afin d'éviter les ruptures préjudiciables à la qualité de leur projet de vie et de réinsertion.

Les EMPP sont intégrées dans un partenariat dense et formalisé, associant les acteurs des établissements sanitaires, de la psychiatrie, les praticiens libéraux et les intervenants sociaux et médico-sociaux. Les EMPP sont coordonnées par un référent médical chargé d'organiser et de structurer les

liens avec les autres services de l'hôpital, en particulier pour assurer les relais utiles vers le dispositif ambulatoire, extra-hospitalier et d'hospitalisation à temps complet.

Ces équipes sont chargées d'aller au devant des personnes en situation de précarité souffrant d'une pathologie psychiatrique ou d'une souffrance psychique, quel que soit le lieu où elles sont repérées. Elles assurent des permanences dans des lieux sociaux et/ou participent à des interventions mobiles dans la rue pour évaluer les besoins, orienter et accompagner les personnes vers des prises en charge adaptées.

Elles doivent également soutenir les intervenants de première ligne, mener des actions de formation, d'information et de sensibilisation pour favoriser l'échange de pratiques et de savoirs et la supervision de situations cliniques. Les équipes mobiles en psychiatrie sont une modalité de soins qui s'est beaucoup développée ces dernières années.

BORDEAUX

Quelques psychologues et médecins psychiatres participent ponctuellement à des temps d'échange de type « analyses de cas » organisés par l'EMPP, ceci afin de mieux repérer, diagnostiquer et orienter les patients en difficulté.

GRENOBLE

MdM travaille en collaboration avec l'équipe mobile de liaison psychiatrie précarité / PASS psychiatrique dans le cadre de la maraude. En pratique, deux sorties hebdomadaires sont organisées les lundis et vendredis matins de 10h à 13h et mobilisent 1 à 2 personnes de chaque structure. Les maraudes permettent à l'équipe de créer un contact et d'établir un lien avec les personnes rencontrées, d'évaluer la situation sociale et l'état de santé des personnes, d'informer, orienter, accompagner les personnes en fonction de leurs besoins. La mise en place des partenariats permet une prise en charge pluridisciplinaire des personnes. Un partenariat MdM / EMLS / Le Fournil (association qui propose des repas et un accueil plus axé sur les problématiques psychiatriques) propose une permanence d'accueil de jour et est actif lors des dispositifs hivernaux.

DISPARITÉS TERRITORIALES

Selon la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), en 2011, 136 établissements de santé de France métropolitaine (soit un quart de l'ensemble des établissements) ont indiqué disposer d'une telle équipe. Il s'agit, pour les deux tiers d'entre eux, d'une équipe mobile psychiatrie-précarité. La prise en charge des patients agités ou difficiles constitue également une problématique importante pour les équipes de soins et 19 établissements de santé ont développé en leur sein une unité spécialisée dans la prise en charge de ces patients.

Enfin, 124 établissements de santé (22%) interviennent en milieu pénitentiaire et 24 sont le siège d'un service médico-psychologique régional (SMPR), secteur psychiatrique implanté en milieu pénitentiaire.

Conformément à la feuille de route 2014 du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, la Direction générale de l'offre de soins a engagé une évaluation des EMPP dont les résultats doivent être présentés en avril 2015.

Source : Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique ; IRDS décembre 2014

CENTRES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (CMP)

Ils regroupent des médecins psychiatres, des psychologues cliniciens, des infirmières, des assistants sociaux, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des orthophonistes et des éducateurs spécialisés et assurent des consultations, visites à domicile ou encore des soins infirmiers. Les CMP sont chargés d'un secteur géographique déterminé ; ils sont rattachés à un hôpital public (ou privé faisant fonction de public). C'est à partir du CMP que s'organisent les actions ambulatoires et que s'élaborent les projets de structure alternative pour éviter l'hospitalisation, réduire sa durée et réinsérer le patient.

Contrairement à une consultation chez un praticien libéral, les consultations en CMP sont gratuites. Toutefois, les traitements prescrits justifient l'obtention d'une protection maladie.

1/4

des CMP ont une liste d'attente pour un premier rendez-vous

4

structures pour

100 000

habitants

2032

CMP ou unités de consultation des services de psychiatrie en France

LES PATIENTS NON DOMICILIÉS

Le rattachement aux CMP des patients sans domicile fixe et dépendants du secteur psychiatrique n'est pas organisé de la même façon selon les régions : certains CMP rattachent par nom, certains par date de naissance, d'autres ne donnent pas de rattachement mais dépendent directement de l'ARS.

GRENOBLE

Le CMP de Grenoble ne dispose pas de médicaments et travaille avec MdM sur cet aspect. L'interprétariat est aussi demandé souvent à MdM et en général des solutions locales sont recherchées. MdM peut donc y référer des patients.

TOULOUSE

Le Caso de Toulouse bénéficie d'un partenariat avec le CMP, un infirmier psy vient pour l'accueil puis l'entretien se déroule sur place. Cette personne fait ensuite le lien avec le médecin psychiatre du CMP ou, en cas de besoin, est consulté pour un avis immédiat.

CENTRES MÉDICO-PSYCHO-PÉDAGOGIQUES (CMPP)

Le CMPP vise un public spécifique, il propose des consultations gratuites aux enfants dès leur naissance et aux jeunes jusqu'à 20 ans présentant des difficultés scolaires, de comportement, de langage, de sommeil... Il s'inscrit dans un réseau de partenaires et travaille en lien avec les CMP, la PMI, les écoles, le service social et les médecins de ville.

Le CMPP a pour mission le dépistage, le diagnostic, l'orientation et le traitement des enfants ou adolescents. Grâce à des équipes pluridisciplinaires, il est en mesure de proposer un certain nombre de réponses aux difficultés que rencontrent les enfants à travers ses différentes compétences telles que la psychomotricité, l'orthophonie, la médecine, la psychologie et l'aide scolaire.

CMPEA

Tout comme les CMP pour les adultes ces structures sanitaires dédiées aux enfants et adolescents sont des lieux de consultation où travaillent des équipes professionnelles pour accueillir des jeunes et leur famille. L'équipe profes-

sionnelle assure la prise en charge en ambulatoire des enfants et adolescents en difficultés psychologique, psychomotrice et/ou langagière.

Elle s'articule autour d'activités de prévention, de diagnostic et de soins, pour des difficultés :

- **Psychoaffectives** : anxiété, dépression, repliement...
- **Relationnelles** : familiales, scolaires...
- **Comportementales** : instabilité, inhibition, opposition, etc.
- **Langage oral et/ou écrit** : retard de langage, dyslexie, dysorthographe...

MAISONS DES ADOLESCENTS

Elles accueillent en ambulatoire des ados et jeunes adultes (l'âge limite varie selon les villes) avec des problèmes de santé physiques et/ou psychiques. La maison des adolescents est le lieu d'expression des maux de l'adolescence, elle fournit des réponses rapides et adaptées à l'intention des adolescents, de leur entourage familial, et des partenaires locaux des secteurs de la santé, de l'action sociale, de l'éducation et de la justice, concernés par l'adolescence. Elle assure une fonction d'accueil, d'écoute, de soutien, et si nécessaire d'orientation des adolescents.

DISPARITÉS TERRITORIALES

La France métropolitaine comprend 2 032 CMP ou unités de consultation des services de psychiatrie, soit en moyenne 4 structures pour 100 000 habitants de 16 ans et plus. Dans les territoires ruraux, du fait de la géographie, ce ratio est plus important, les structures ayant à couvrir un territoire plus vaste. 76 % des CMP sont ouverts 5 jours ou plus par semaine. Selon les rapports d'activité de psychiatrie (Rapsy), en 2008, 29 % des CMP ouvraient au moins un jour par semaine après 18 h et 90 % de ces unités étaient ouvertes toute l'année sans interruption. Enfin, 72 % de ces structures étaient situées en dehors de l'enceinte de leur établissement de santé de rattachement en 2008, assurant une meilleure accessibilité à la population. D'après la SAE, en 2011, 15 % des établissements sont dotés d'une structure ambulatoire mutualisée pour l'accueil

des nouveaux patients. Les Rapsy de 2008 signalent que 34 % des structures déclarent un délai d'attente pour un premier rendez-vous médical, hors urgence, inférieur à deux semaines, quand le délai d'attente de 18 % des structures est d'au moins un mois. Pour nombre de ces structures, les délais sont considérablement raccourcis lorsque ce premier entretien a lieu avec un autre professionnel qu'un médecin : 63 % des structures peuvent alors proposer un premier rendez-vous, hors urgence, dans les deux semaines, tandis que 4 % peuvent en proposer un seulement après un mois minimum d'attente. Par ailleurs, près d'un CMP sur quatre déclare avoir une liste d'attente pour un premier rendez-vous, hors urgence, en 2008.

Source : Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique ; IRDS décembre 2014

100

structures LHSS
sont opérationnels
en France

79%

des LHSS ont
moins de 10 lits

53%

des patients ont besoin d'un
soutien psychologique lors
de leur séjour en LHSS

LITS HALTE SOINS SANTÉ (LHSS)

Les LHSS sont des structures chargées d'offrir une prise en charge médico-sociale aux personnes sans domicile dont l'état de santé, sans nécessiter une hospitalisation, n'est pas compatible avec une vie à la rue. Ce dispositif assure une prise en charge sanitaire et sociale des personnes pour qui l'absence de domicile empêche une prise en charge satisfaisante des problèmes de santé. Ils permettent d'éviter soit une rupture des soins, soit une aggravation de l'état de santé. La durée du séjour ne doit pas excéder deux mois, mais elle est conditionnée par l'évolution de la situation de santé de la personne et par la possibilité d'une solution de sortie et peut être prolongée.

Les LHSS offrent un hébergement, une prise en charge médicale (soins médicaux ou paramédicaux, un suivi thérapeutique), un accompagnement social, des prestations d'animation et

une éducation sanitaire. Les personnes y sont orientées principalement par les services hospitaliers, par les centres médico-sociaux de suite ou le dispositif de veille sociale. L'admission proprement dite est conditionnée par l'avis médical du médecin des LHSS et est prononcée par le directeur de l'établissement.

La durée de séjour est inférieure à quatre mois (deux mois renouvelables une fois) pour 76,8 % des personnes accueillies.

Une évaluation du dispositif en février 2013 par la DGCS (Direction générale de la cohésion sociale) relève les points d'amélioration suivants : améliorer le pilotage local du dispositif, planifier l'ouverture de places supplémentaires, réajuster la dotation financière de fonctionnement, rédiger le décret relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des structures.

Une centaine de structures LHSS

seraient opérationnelles. 1 246 LHSS ont été référencés en 2014 contre 1171 en 2011. (Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2015 – CNLE) 79 % ont moins de 10 lits, la majorité est implantée au niveau des CHRS. Le coût annuel moyen de fonctionnement est de 36 723 € par lit, 2,7 % des patients ont été adressés pour traumatisme psychosocial, 10,5 % des patients admis avaient des troubles psy ou des troubles de la personnalité déjà identifiés, 24 % des addictions. 53 % des patients nécessitent un soutien psychologique lors de leur séjour en LHSS.

APPARTEMENTS DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE (ACT)

Les ACT proposent un hébergement à titre temporaire à toute personne en situation de fragilité psychologique et sociale touchée par une pathologie chronique invalidante (sida, hépatite, cancer, sclérose en plaque...) et nécessitant des soins et un suivi médical. Les ACT offrent une prestation d'hébergement, assurent un accompagnement global, médical, psychologique et social de la personne de manière à assurer le suivi et la coordination des soins,

l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. La demande d'admission est constituée du dossier médical du médecin traitant, ainsi que d'un dossier social avec pièces administratives, établi par une assistante sociale.

LITS D'ACCUEIL MÉDICALISÉ (LAM)

Dispositif expérimental (2009-2012) lancé par le ministère de la Santé, les LAM ont été conçus pour permettre aux personnes majeures atteintes de pathologies chroniques de pronostic plus ou moins lourd de recevoir, en l'absence de domicile et en cas d'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adaptés. Au contraire des LHSS, les pathologies visées ne sont pas bénignes et nécessitent un suivi thérapeutique à plus ou moins long terme. Cette expérimentation porte pour le moment sur 45 lits répartis entre le Samu social de Paris, l'Association baptiste pour l'entraide et la jeunesse de Lille et l'association Foyer aubois de Saint-Julien-les-Villas. Ces lits

étaient au nombre de 95 en 2013, ils sont 135 en 2014 (Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2015 - CNLE).

L'admission est prononcée, sur demande de la personne ou avec son accord, par le directeur responsable des LAM, après avis du médecin de cette structure expérimentale. Celui-ci évalue et identifie le besoin sanitaire de la personne et la pertinence médicale de son admission.

LAM ET LHSS

En plus d'être des lieux de soins, les LHSS et les LAM sont, pour les patients, des lieux de réapprentissage des codes sociaux et de resocialisation. Les personnels soignants et les personnels spécialisés dans la gestion des problèmes psychologiques, psychiatriques et sociaux jouent un rôle crucial dans ce processus. Ce travail de fond effectué en parallèle des soins permet à un certain nombre de patients d'intégrer par la suite des structures de droit commun qui, auparavant, refusaient de les accueillir par peur de ne pas savoir comment faire face à leur pathologie sociale.

CENTRES DE SOINS SPÉCIALISÉS DANS L'ACCUEIL DE RÉFUGIÉS AYANT SUBI DES TRAUMATISMES

Ces centres proposent généralement une prise en charge médicale et psychologique associée le plus souvent à un accompagnement social et juridique, avec interprète si besoin. Ces structures sont de bons relais car elles proposent un accueil adapté.

Il n'y a cependant pas de coordination entre les différents centres :

- Centre Primo Levi à Paris (Centre de soins pour les personnes victimes de torture ou de violence politique),
- ESSOR à Villeurbanne (Centre de santé de Forum Réfugiés),
- Osiris à Marseille,
- Parcours d'exil à Paris (sans recours à l'interprétariat).

CENTRES DE SOINS NON SPÉCIFIQUEMENT DÉDIÉS AUX VICTIMES DE LA TORTURE ET DES VIOLENCES POLITIQUES

- **Awel (La Rochelle et Saintes)** : espace d'écoute, de soutien et d'accompagnement des personnes exilées. Propose

des consultations médicales, psychologiques et kinésithérapeutiques, avec interprète si besoin.

• **Centre Française Minkowska (Paris) :**

centre médico-psychosocial d'aide aux migrants et réfugiés. Consultations pluridisciplinaires délivrées par des psychiatres et des psychologues. Accueil par des assistants sociaux. Consultations avec interprète si besoin.

• **Comede - Comité médical pour les exilés.**

Consultations au centre de santé (Bicêtre) médecine générale, service infirmier et de santé publique, service socio-juridique, psychothérapie.

• **Consultations à l'Espace santé-droit (Aubervilliers), partenariat Comede/ Cimade :**

consultations socio-juridiques et évaluation médico-juridique.

• **Mana (Bordeaux) :**

association qui propose des consultations de médecine transculturelle destinées aux familles migrantes, avec traducteur si nécessaire, dans un cadre pluridisciplinaire. Activités de formation (université Bordeaux 2), prévention auprès des

femmes migrantes et des personnes âgées, médiations artistiques.

• **Parole sans frontière (Strasbourg) :**

recherche, enseignement et dispositifs cliniques interculturels en lien avec la psychanalyse.

• **EPOC :** espace psychanalytique d'orientation et de consultation, en région parisienne, qui reçoit des personnes en grande souffrance psychique, quelle que soit leur situation.

CONSULTATIONS HOSPITALIÈRES TRANSCULTURELLES

Consultations pour les familles migrantes et leurs enfants avec des traducteurs si besoin et avec des thérapeutes formés à la clinique transculturelle, consultations individuelles, en petit groupe ou en grand groupe en fonction des besoins, accueil des mineurs isolés (hôpital Avicenne, l'hôpital Cochin).

STRUCTURES DE COORDINATION ET DE RÉFLEXION

CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ MENTALE (CLSM)

Les CLSM constituent des plateformes de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, les services de psychiatrie publique et les partenaires locaux concernés par les problèmes de santé mentale. Ils intègrent les usagers et les habitants, ainsi que tous les services sociaux (bailleurs sociaux, services municipaux...), médicosociaux et sanitaires (publics et privés) et favorisent la planification et le développement des politiques locales de santé. Les CLSM ont une action de décloisonnement des pratiques professionnelles par la mise en place d'outils de prévention et d'insertion entre les différents partenaires. Les objectifs des CLSM peuvent être variables selon les territoires, mais on retrouve parmi les priorités visées, de manière quasi systématique, l'accès aux soins et la lutte contre l'exclusion des personnes ayant des troubles psychiques.

Selon le CCOMS (Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale), 65 CLSM étaient opérationnels en 2013 en France métropolitaine, mais très inégalement répartis à travers l'espace national. En effet, ce type d'offre est absent de la majorité des territoires de santé (ou départements). Néanmoins, 20 de ces territoires s'attèlent à implanter un à deux CLSM. Les territoires au sein desquels les CLSM sont déjà opérationnels en comptent, le plus souvent, un, deux ou trois. Le département parisien et le territoire de santé situé au cœur de la région Rhône-Alpes sont les mieux dotés du territoire national avec chacun 13 CLSM.

CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ (CLS)

Les CLS visent à mettre en cohérence la politique régionale de santé en permettant une meilleure articulation

du Projet régional de santé et des démarches locales de santé existantes (volets « santé » des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), ateliers « santé-ville » (ASV), etc.).

Ces contrats participent à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé et portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, l'accompagnement médico-social mais également sur les déterminants de la santé (logement, transports, environnement physique, cohésion sociale etc.). Ils concernent exclusivement les territoires particulièrement vulnérables, volontaires pour un engagement contractuel.

Ils peuvent associer d'autres acteurs de la santé, partenaires et organismes prêts à accompagner les actions (CPAM, CAF, conseils généraux, associations, mutuelles, etc.) créant une dynamique de santé locale, cohérente et coordonnée, en réponse à des besoins clairement identifiés à partir d'un diagnostic local partagé.

ATELIER SANTÉ-VILLE (ASV)

L'Atelier santé-ville (ASV) est à la fois une démarche locale et un dispositif public à la croisée de la politique de la ville et des politiques de santé. L'objectif est de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. La démarche Atelier santé-ville s'inscrit dans la loi relative à la lutte contre les exclusions, qui a pour objectif d'améliorer la santé de la population et en particulier des plus démunis, et s'articule avec les priorités régionales des programmes d'accès à la prévention et aux soins (Praps). L'ASV s'inscrit ensuite dans la Loi de santé publique du 9 août 2004.

Elle s'insère dans le dispositif contractuel de la politique de la ville entre la ville et l'État : l'ASV constitue aujourd'hui l'outil de mise en œuvre opérationnelle du volet santé du Contrat urbain de cohésion sociale (CUCS). L'ASV anime, renforce et adapte les différents axes de la politique de santé publique au niveau local. En matière de santé mentale et

de souffrance psychosociale, les addictions et conduites à risques, l'estime de soi, l'information sur la santé mentale (SISM) et le conseil local de santé mentale (CLSM), le travail en réseaux et interconnaissance des acteurs sont des champs d'intervention soutenus via les ASV.

Aujourd'hui, l'Atelier santé-ville peut s'insérer dans le contrat local de santé (CLS). De manière générale, les contrats locaux de santé reprennent les champs et thématiques principaux de l'Atelier santé-ville, et peuvent comporter de nouvelles thématiques. Dans ce contexte, il est de la responsabilité des acteurs et professionnels de santé, quels que soient leur mode d'exercice et leur périmètre d'intervention, d'inventer de nouveaux lieux et de nouvelles méthodes de coopération.

LE GROUPEMENT LOCAL DE COOPÉRATION (GLC)

C'est une des recommandations du rapport Couty. Le Groupement local de coopération pour la santé mentale

devait réunir les acteurs (élus, soignants, travailleurs sociaux, responsables des secteurs du logement et de l'emploi) impliqués pour assurer une coopération efficace et une coordination effective à un niveau de proximité sur un territoire (correspondant à celui du secteur psychiatrique).

LES MALISS

Les Maisons d'accompagnement de liaison et de suivi socio-sanitaire vont dans le sens d'une meilleure coordination des intervenants centrée sur la sortie de rue. Elles seraient des plateformes d'orientation entre le médical (libéral surtout) et le social, et réciproquement.

LES ASSOCIATIONS

• **Unafam** : L'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques, créée en 1963, est reconnue d'utilité publique.

L'Unafam est présente dans toute la France, à travers 100 délégations départementales et 300 sites d'accueil de proximité.

Ses missions : l'entraide et la formation par l'accueil dans les permanences locales, l'information des familles, l'action dans l'intérêt général par l'orientation vers les lieux de soins ou d'insertion, la représentation des usagers dans les instances médicales, médico- sociales et sociales, la participation auprès des instances consultatives chargées de définir la politique de santé mentale, la promotion et le soutien à la création de structures d'accompagnement, la promotion de la recherche.

• **Fédération d'aide à la santé mentale**

Croix-Marine : Mouvement national en faveur des personnes souffrant de troubles psychiques. Par l'adhésion de 300 associations et de 130 établissements de soin publics et privés, dans une dynamique régionale, en mobilisant les ressources de la communauté, elle est une force d'actions, de propositions, d'innovations dans les domaines des soins, de la réadaptation, de la réhabilitation, de la réinsertion comme dans celui de la prévention.

Les actions de la Fédération s'organisent suivant 4 axes de développement :

- **promouvoir les soins psychiatriques aux personnes**, là où elles se trouvent, tant en psychiatrie de l'adulte que de l'enfant
- **rechercher, dans ce cadre, des actions innovantes** dans tous les domaines, sanitaire, social et médico-social (accompagnement, réinsertion, logement, protection, etc.)
- **ouvrir la réflexion sur le champ de la santé publique** en vue d'une véritable prévention à travers la promotion de la santé mentale
- **réaliser des actions de formation et d'information, participer à la recherche**, dans un cadre interprofessionnel et interdisciplinaire. ●



Développer le plaidoyer et les actions innovantes

À partir de nos constats, nos expériences, nos interrogations et nos singularités régionales, nous devons continuer à bâtir et à développer un plaidoyer pour que les conditions de prise en charge de la santé mentale s'améliorent. Nos préconisations peuvent se fonder sur de nombreux textes existants (directives, rapports, chartes, etc.).

LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Directive du Parlement européen et du Conseil de l'Union européenne de juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale: « soins de Santé mentale appropriés »; « dispositions concernant les personnes vulnérables [...] qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle »; « les États membres font en sorte qu'elles aient accès à des soins médicaux et psychologiques adéquats ».

- Rapport sur la réforme de l'asile remis au ministre de l'Intérieur en novembre 2013 qui reprend la question des personnes en situation de vulnérabilité: « assurer une meilleure prise en compte de la vulnérabilité », « les vulnérabilités médicales ou liées aux traumatismes psychologiques supposent quant à elles une évaluation plus approfondie lors

de l'examen réalisé par des professionnels spécialisés ».

- Recommandations de la Coordination française du droit d'asile (dont Médecins du Monde fait partie) pour une réforme d'envergure. Le rapport détaille, approfondit et critique certaines des données exposées dans le texte précédent.

- Plan psychiatrie 2011-2015 qui stipule notamment qu'il faut « rendre plus accessible les soins aux populations, celles qui rencontrent des obstacles – surtout les personnes non francophones, qui doivent faire l'objet de mesures spécifiques de la part des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (systèmes de communication adaptés, organisation du recours aux services de traduction) ».

- Sur la question de l'interprétariat: s'appuyer notamment sur la Déclaration d'Amsterdam, sur la Charte sociale européenne... ●

NOS RECOMMANDATIONS

Pour promouvoir le développement d'une offre de soins en santé mentale adaptée dans le droit commun, nous recommandons :

AU NIVEAU DES PASS

- Développer des PASS psy effectives, incluant le social et le soin, le suivi, recevant sans rendez-vous.
- Promouvoir la prise en charge trans-culturelle dans les PASS.

AU NIVEAU DES EMPP

- Assurer des moyens financiers pérennes au développement (en nombre et en moyens humains) de l'action des EMPP.

AU NIVEAU DES CMP

- Renforcer les centres médico-psychologiques adaptés aux populations précaires : acceptant les personnes « hors secteur », sans délais, sans rendez-vous, et proposant un premier accueil pluridisciplinaire avec interprétariat (cf. charte d'affiliation de Marseille).

L'ACCUEIL DES PERSONNES

- Développer et améliorer l'accompagnement des personnes.
- Interprétariat : budgets dédiés dans l'ensemble des établissements de soins de santé mentale (CMP, accueils spécialisés...). Faire en sorte que les crédits disponibles soient utilisés. Développement et professionnalisation de l'interprétariat tel que ISM.

COORDINATION DES ACTEURS

- Accompagnement global médico-psycho-social.
- Améliorer l'articulation avec les dispositifs de prise en charge.
- Faciliter l'accès au droit des personnes victimes de violence.

DÉVELOPPEMENT DES STRUCTURES ALTERNATIVES

- Des lieux d'accueil adaptés jour et nuit (grande tolérance) pour les personnes ayant des pathologies psychiatriques.
- Des consultations d'ethno-psychiatrie ou transculturelles au moins au niveau régional afin qu'elles puissent être utilisées en centre-ressource.
- Développer les médiateurs pairs : l'amélioration des prises en charge et la lutte contre les inégalités d'accès aux soins ne peut se faire sans les usagers. Il faut aujourd'hui agir pour faire « avec » et non « pour » les usagers.

DÉVELOPPEMENT DES ACTIVITÉS,

valorisantes, voire socialisantes, pour les publics les plus précaires, en partenariat avec les acteurs locaux (tissus associatif, conservatoires de musique, clubs sportifs...).

NANTES

La consultation ressource en clinique transculturelle a ouvert en janvier 2014. Le projet mis en œuvre par le Caso de MdM à Nantes depuis 2006 et les nombreuses actions de plaidoyer pour sa reprise par le droit commun ont abouti à l'ouverture d'une structure spécialisée dans la prise en charge psychologique des migrants. Bien qu'intégrée au sein d'un CMP, cette consultation triangulaire (psychologue, interprète, patient) est intersectorielle. Les 2 psychologues de MdM (formés à l'hôpital Avicenne sur l'approche transculturelle) ont été embauchées par le CHU de Nantes. Le projet du CHU est d'évoluer vers un centre régional de soins, lieu ressource pour les structures accompagnant les migrants et centre de recherche sur la clinique transculturelle.

PROJET “ÉVITEMENT AUX INCARCÉRATIONS”

Ce projet innovant, en attente de financement, a pour objectif de favoriser les expérimentations d'évitement des incarcérations et de prise en charge en milieu ouvert pour les populations en grande précarité et atteintes de troubles psychiatriques en France. Cela passe par l'amélioration du dispositif d'évaluation des troubles psychiatriques sévères avant la comparution, le montage d'un dispositif opérationnel, rapidement mobilisable, articulant un logement en milieu ouvert, un travail social, une prise en charge et une évaluation psychiatrique, et offrant des garanties de contrôle judiciaire suffisantes, qui puisse être proposé comme alternative à la détention provisoire en comparution immédiate. Pendant ce temps, la personne engagerait un premier travail de soin et de réinsertion et serait évaluée, de sorte qu'à l'audience finale, elle pourrait être jugée plus sereinement, avec plus d'éléments, et qu'il apparaîtrait (ou non) que des solutions alternatives à la détention pourraient être mises en place.

CALAIS

Une proposition de projet encore en discussion porte sur la mise en place d'une plateforme ressources « Santé mentale et Migrations » qui aurait plusieurs objectifs :

- **Un centre ressource pour les intervenants :** formation, analyse des pratiques, documentation sur cette thématique, etc. pour accompagner les intervenants
- **Un centre de soins spécialisé, qui puisse prendre en charge la souffrance psychique des migrants,** par une approche interculturelle, des compétences sur le traumatisme
- **Une équipe "d'aller vers" sur les lieux de vie des migrants** pour repérer les exilés en souffrance, orienter et accompagner vers le dispositif de soin.

Les activités psychosociales telles qu'elles sont développées au sein de la réponse d'urgence (partenariats, maraudes, activités psychosociales..) à Calais sont une première étape vers cette plateforme.

BIBLIOGRAPHIE / DOCUMENTS DE RÉFÉRENCES

- *Migrants/étrangers en situation précaire - Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels* - COMEDE, 2015
- *Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique*, IRDS, décembre 2014.
- *Plan de Psychiatrie et santé mentale 2011-2015*
Ministère des Affaires sociales, de la santé et du Droit des femmes.
- *Déclaration d'Amsterdam. Vers des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle*, Conférence nationale sur l'interprétariat médical et social, Strasbourg, novembre 2012.
- *Guide Précarité et santé mentale. Repères et bonnes pratiques*, FNARS, 2010.
- *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, rapport établi par Édouard Couty présenté à Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des sports, janvier 2009.
- LINDERT Jutta (dir), *Depression and anxiety in labor migrants and refugees. A systematic review and meta-analysis*, in *Social Science & Medicine* n° 69, p. 246-257, 2009.
- *Affections psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux graves*, HAS, juin 2007.
- *Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte* - AFSSAPS Octobre 2006
- *Prévention et réponse aux violences liées au genre* - Guide méthodologique MdM

Couverture © Jérôme Sessini / Magnum Photos pour MdM

© Médecins du Monde, direction des opérations France, juin 2015, réédition janvier 2016

Document élaboré par Sophie Laurence avec l'appui de Patrick Barcaroli,

Christian Laval et Jean-Francois Corty.

Ce travail est issu des réflexions et contributions d'un groupe de professionnels
représentants des programmes Médecins du Monde France

(Robert Allemand, Anne-Marie Alléon, Daniel Brehier, Sylvaine Devriendt,
Françoise Ducottet, Lou Einhorn, Sarah Ferrandin, Françoise Fihey, Renée Fontenelle,
Francis Maqueda, Jean-Pierre Martin, Geneviève Molina, Anne-Marie Monnet,
Alexandre Peyre, Nathalie Tissot, Angélique Vere, Arnaud Wiehn).

Merci au groupe France pour ses relectures et commentaires

et à l'équipe de la Direction des opérations France pour son soutien.



Direction des opérations France
Première édition : juin 2015
Réédition : janvier 2016

