

Comment accueillir la personne en souffrance psychique liée à une situation de précarité ?

- Définir la **souffrance psychique**
- Définir la **précarité**
- Repérer la souffrance psychique
- Comment **l'accueillir**
- Des outils
- Les difficultés, les limites
- Conclusions

Jean – Yves CABEL, (Infirmier UMIPPP CHU Montpellier)

Jean – Pierre GIRAULT (Infirmier UMIPPP CHU Montpellier)

Sylvia HLOSCHEK (Psychologue clinicienne PASS Psy Toulouse)

Aurore MARTIN (Assistante sociale PASS Psy CHU Montpellier)

Comment définir la souffrance psychique ?

- La souffrance implique **des notions de durée et de compromis**, « toute douleur qui ne meurt pas est appelée à devenir souffrance » (Gros et Lanteri Laura, 1996)
- **Les causes** de la souffrance psychique:
 - Le corps
 - Le monde extérieur
 - Les rapports avec les autres
- **Les conséquences** de la souffrance psychique :
 - Apparente « anesthésie »,
 - Mécanismes de défenses
 - Obstacle à l'insertion

Comment définir la précarité ?

- « La précarité est **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. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des **conséquences plus ou moins graves et définitives** ».

J.WRESINSKI. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris, Journal Officiel, 1987, p14.

- **Plusieurs indicateurs à croiser** => monétaires, statut administratif, logement, droits, emploi, santé, conditions de vie, éducation, isolement, ...

=> La situation sociale précaire complexifie l'accès aux soins

Lien entre la souffrance psychique et précarité ?

- **La souffrance psychique existe sans la précarité.**
- Existe -t- il une précarité sans souffrance psychique ?
- Plus forte prévalence des troubles psychiques dans la précarité.
- La maladie psychiatrique/somatique peut conduire vers la précarité
- La précarité peut contribuer à l'apparition de troubles psychiques

➔ **Situation précaire, vecteur de souffrance psychique**

Comment repérer la souffrance psychique ?

- Chacun, de sa place (hôtesse d'accueil, secrétaire, travailleur social, infirmière, psychologue, médecin...)
- **Expression directe** de la souffrance psychique par la personne

Comment repérer la souffrance psychique?

- **Indicateurs cliniques « évidents » :**

Angoisse, agressivité, irritabilité, repli, idées suicidaires, perte de l'estime de soi

- **Indicateurs cliniques « moins évidents »:**

Plaintes/ troubles somatiques, insomnies, troubles de concentration et de mémoire, désorientation, absences, auto – destruction, troubles alimentaires, incohérence du discours, mécanismes de répétition, ritualisation, mise en échec, incapacité de demander de l'aide, déni de souffrance....

Repérer et puis...?

Les pistes d'actions

- **Ecoute** du vécu subjectif, **observation** : interprétariat indispensable
- « **Accusé de réception** » (**reformulation**)
- **L'orientation** : proposer une prise en charge « psy », rassurer sur les représentations des métiers « psy », ne pas créer de fausses attentes.
- **Proposer un cadre souple et une continuité** (**ne pas ajouter rupture** et abandon dans un parcours déjà fragilisé)

Repérer et puis...?

Les points de vigilance

- **S'interroger sur ses propres projections** (transfert / contre transfert)
- **Pas de précipitation** : laisser le temps qu'une demande propre au sujet puisse émerger, accepter les « résistances »
- **Être prêt à accompagner la personne** dans « un tunnel sans voir de lumière au bout »
- **Accepter nos propres limites** (nos projections de ce qu'est l'aide)

⇒ **En bref, tous concernés.....**

.... Et chaque métier a sa propre fonction et compétences

Pas de recette ou de protocole miracle !

- ⇒ A travers l'observation et **l'écoute du vécu subjectif** de la personne, se construit la prise en charge de la souffrance psychique
- ⇒ Attention à nos jugements, identifications, projections de souffrance
- ⇒ Ne pas rester seul (équipe pluridisciplinaire, relais, orientation)

Le rôle des PASS en psychiatrie

=> Les fondamentaux des Permanences d'Accès aux Soins de Santé

- Accueil
- Évaluation pluridisciplinaire
- Relais/ Orientation
- Réseau / partenariat
- Retour vers « droit commun »

=> Pour les personnes en souffrance psychique/ atteintes de pathologies psychiatriques en rupture de droit, situation de précarité

- Circulaire DGOS/R4 n° 2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Les difficultés... les limites...

- **Cumul de critère de complexité** : absence de soin, absence de droits, multiples problématiques de santé.
- Dans la pratique, **difficulté d'accès au « droit commun »** (ex : médecin généraliste / médecine de ville et barrière de la langue; consultation psychologue libéral non remboursée...)
- **Représentations/** double stigmates psy + précarité

Conclusions :

- **Chacun de sa place peut accueillir la souffrance psychique et proposer une orientation**
- **Les incontournables** : Disponibilité/ Accueil/ Ecoute, Interprétariat, Accessibilité physique, aux droits, Travail pluridisciplinaire, en réseau et en partenariat interne et externe, ne pas rester seul
- **Sémiologie et Techniques**
- **Donner la priorité à l'obligation de moyen, pas à l'obligation de résultat immédiat...**



Merci pour votre attention



ANNEXES

Textes

Bibliographie

Circulaire DGOS/R4 n° 2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)



Adobe Acrobat
Document

Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en oeuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie



Adobe Acrobat
Document

Cahiers des charges national de l'appel à projet 2009



Adobe Acrobat
Document



Adobe Acrobat
Document

Cas clinique (PASS Psy Toulouse)

- Salimatou, 35 ans, née en Guinée-Conakry (Guinée forestière), fille cadette de la 1^{ère} épouse de son père (4 femmes), musulmane, excision à 12 ans.
- Son frère aîné meurt quand elle a 12 ans, sa mère décède lorsqu'elle a 15 ans => ne reçoit aucune éducation scolaire, devient esclave et souffre – douleur des autres femmes de son père, vend des oranges.
- Mariage forcé, elle devient la 3^{ème} épouse d'un « vieux », rencontre en secret son compagnon (chrétien).
- 3 enfants dont 2 de son compagnon secret, conflits avec époux, se cache avec enfants dans un autre village.
- 2013 : violences ethniques à N'Zérékoré, compagnon chrétien assassiné, à la recherche de ses enfants, est blessée. par une voiture, amenée à l'hôpital par un « gentil monsieur ».
- Promesse d'aide du monsieur : travail en France, séquestrée en Hollande, forcée à la prostitution, suite maladie, envoyée en France pour demande d'asile. Orientée par l'OFII à la PASS fin 2014, car nombreux problèmes santé.
- PASS : prise en charge médicale et ouverture de droit, orientation sur la PASS Psy car Etat de Stress Post Trauma.
- Séjour à la Halte Santé, puis admise au CADA.
- Barrières linguistiques (parle malinké) et quelques mots français.
- Suivi psychologique à la PASS Psy, travail de lien avec médecin traitant en libéral.
- Obtient statut de réfugiée à l'OFPRA.
- Admise dans un appartement de coordination thérapeutique (ACT), état de santé fragile.
- Cours de français.
- A trouvé du travail.
- Poursuite des entretiens cliniques à la PASS Psy (de + en + espacés).

Cas clinique (PASS Psy Montpellier)

- Juillet 2016:

Suite à une hospitalisation en psychiatrie dans une autre région, et à plusieurs mois d'errance à travers la France, Monsieur S arrive à Montpellier.

Âgé de 44 ans, divorcé, 2 enfants à charge de la mère sur Strasbourg, isolé.

A travaillé en Suisse et en France (statut Frontalier plombier/bâtiment)
séquelles somatiques suite Accident de travail / décompensation psy

Rupture de droit Assurance Maladie, sans ressources.

Santé : schizophrénie simple/ angoisse, tendance à l'isolement, peur du collectif, état général dégradé du fait de l'errance (hygiène, alimentation, blessures car marche pieds nus)

Il rencontre une infirmière de l'UMIPPP sur le SAO qui met en lien avec le Samu Social

Parcours de Monsieur S

- Août 2016:

Orienté à La PASS somatique car Monsieur demande soins / blessure pied, pas de demande de soins psy en première intention

- Septembre 2016

Travail sur orientation PASS psy => poursuite de l'accompagnement social, remise en place des soins/ ttt psy/droits CMUC/

Soutien de la demande d'hébergement (lien 115/SAO)

- Novembre 2016:

Admis en hébergement d'urgence collectif

Poursuite des soins UMIPPP

- Décembre 2016 – Janvier 2017:

Ouverture du RSA ok

Suivi Service Social CARSAT pour droits invalidité / AAH (complexe ++),

Hébergement d'urgence « long terme » (Suivi éducateurs spécialisés/ insertion logement)

A propos des migrants

- Parmi nous, il y a plus de migrants que l'on pense
 - => Définition « Migration » : « *Déplacement de personnes d'un lieu dans un autre* »
- « Eux, c'est nous » (Collectif, Gallimard Jeunesse 2015)
- Concept de la « marmite » (base de travail de l'Association éthnoclinique « Les Chemins de la rencontre »)
- La « marmite » individuelle ne se résume pas au groupe culturel de référence
- La prise en charge de la souffrance psychique du migrant ne se réduit pas à une prise en charge éthnoclinique
- Attention aux raccourcis catégorisant :
 - « trop précaire »
 - « trop étranger »

=> RISQUE DE CREATION DE DEUX FILIÈRES DE SOINS (≠ INTEGRATION)