

DANS CE NUMERO

EDITO

P 1

AUX 4 COINS

P 2

L'EMPP de Saint Briec

Le Carrefour Santé Mentale et Précarité de l'Ain,

L'U.M.I.P.P.P. Montpellier

L'EMPP d'Alès

ZOOM

L'assistante de service social : valeur ajoutée ou ajout à valoriser ? - Laurence BLIN (Nantes),

P 4

Rôles et fonctions de l'assistante sociale dans une EMPP — Yvonne NICOL (Brest),

P 5

Le choix de l'absence d'assistante sociale à l'UMAPPP — Dr Alain GOUIFFES (Rouen),

P 6

Rôle et missions de l'ASE au sein de l'EMPP du CH Sainte Anne — Sophie GRIMAULT (Paris),

P 7

L'assistant social : une place déterminante—Dr Claude HERMANN,(nord-est 93)

P 8

Un nécessaire binôme associant infirmier psychiatrique et travailleur social — Dr Michel THUILLIER, (Auxerre),

P 8

Un(e) assistant(e) social(e) au sein d'une EMPP, pourquoi ? - Sylvie Tubeau-Terradas (Thuir),

P 9

BLOC NOTES

P 10

Directeur de publication : Alain MERCUEL

Assistante de rédaction : Véronique FRUGIER

COMITE
DE REDACTION

Jean-Paul ARVEILLER, psychologue (Paris), Michaël DESPRES, infirmier (Évreux) Marie-Jeanne GUEDJ, psychiatre (Paris), Alain GOUIFFES, psychiatre (Rouen) Sophie GRIMAULT, Assistante socio-éducative (Paris), Gérard MASSE, psychiatre (Paris), Michel TRIANTAFYLLOU, psychiatre (Paris),

CONCEPTION
GRAPHIQUE

Véronique FRUGIER, Service SMES CHSA

EDITO

Les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité ont mis en place des rencontres diverses (journées, séminaires, etc...) ce qui leur permet d'échanger sur leurs pratiques.

Lors de ces rencontres, une question se pose de façon récurrente : la présence d'un assistant social au sein de ces équipes se révèle-t-elle, au vu des missions de celles-ci, nécessaire ?

La circulaire du 23 novembre 2005, qui définit clairement les missions des équipes, ne fait pas mention, concernant leur composition, d'un poste d'assistant social. Pourtant, certaines d'entre elles ont fait le choix, au regard des missions confiées, de se doter d'un intervenant social, tandis que d'autres préfèrent s'appuyer sur le tissu social déjà existant sur leur territoire.

Au-delà d'une réflexion théorique autour de l'articulation médico-sociale, ce questionnement entre dans la droite ligne de la définition des missions des équipes mobiles qui pour la plupart ont été créées récemment, même si souvent leur période de « gestation » remonte plusieurs années en arrière. Ces échanges permettent petit à petit, à tous les intervenants, de mieux définir un mode de fonctionnement compatible avec les problématiques rencontrées, nombreuses et intriquées et ne relevant pas que de la psychiatrie, que ce soit en milieu rural, urbain ou périurbain.

C'est pourquoi, la nécessité de se « fédérer » entre équipes est aussi un moyen d'envoyer un message plus clair, peut-être plus expli-

cite aux partenaires extérieurs qui peuvent, parfois, avoir l'impression qu'une équipe mobile est en fait « *un CMP pour pauvres* ». D'un côté, ces dernières sont parfois démunies face aux malades mentaux en situation de grande précarité, de l'autre, la mission principale de nos équipes est bien l'accès aux soins des exclus et leur maintien dans ce soin. Cependant, il arrive que certaines sollicitations soient inadaptées : gestion de situations de crises en urgence ou plus fréquemment de simples demandes d'hébergement.

Quelle est la place d'un travailleur social dans ce type de situation et plus généralement dans les équipes mobiles? De quelle manière peut-il contribuer à améliorer la qualité du service rendu ? Risque-t-il de faire double avec des intervenants souvent déjà en charge des situations ?

Plusieurs équipes ont déjà exposé, ici où là, leur point de vue à ce sujet en fonction de leurs réalités de terrain et des besoins existants recensés dans ce domaine.

Pour faire suite à ces interrogations nous avons choisi de consacrer ce numéro 2 du JEMPP à la présentation de textes qui relatent la diversité des avis et la réflexion des équipes autour de cette question (pages 4 à 9).

Sophie GRIMAULT, Service Santé Mentale et exclusion Sociale du CH Sainte Anne

AUX 4 COINS

Saint Briec (22)

L'EMPP de Saint Briec a débuté son activité le 2 janvier 2008 ; elle est installée au Centre de Soins Saint Benoît Menni, site du pôle briochin du CH Saint Jean De Dieu de Dinan, avec pour secteur d'intervention, l'agglomération briochine.

L'équipe se compose de :

- deux infirmier(e)s : Joëlle Perrot et Jean Yves Derycke,
- d'une assistante sociale : Isabelle Masson,
- d'une psychologue : Séverine Braam,
- d'un médecin généraliste : Michel Aubry,
- d'un cadre de santé : Maryse Vergos
- et fonctionne sous la responsabilité du Docteur Baranger, psychiatre.

Cette création s'inscrit dans le cadre de la circulaire du 23 novembre 2005. Les premières actions mises en œuvre visent à informer les différents acteurs du réseau sanitaire et social de nos missions, et à recueillir leurs attentes.

Quatre axes principaux :

- Restaurer le lien social des usagers repérés par le réseau et les amener au soin si nécessaire,
- Soutien aux équipes,
- Se présenter à l'interface des différents champs afin de favoriser la complémentarité et la synergie des actions,
- Mise en place d'actions et de sensibilisation aux questions de santé mentale,

Notre cadre d'intervention devrait être suffisamment souple pour ne pas être lui-même exclu.

Charleville-Mézières (80)

EPICURE (acronyme de **É**quipe **P**sychiatrique **I**ntersectorielle de **C**URE de l'**E**xclusion) créée en décembre 2006 répond aux besoins de la population de tout le département des Ardennes.

Elle est composée de trois infirmières qui ont une longue expérience institutionnelle et clinique et qui avaient déjà tissé des liens institutionnels dans leurs pratiques antérieures. S'y ajoutent à temps partiel un cadre supérieur de santé, responsable paramédical du pôle de psychiatrie adulte, ga-

rant de la reconnaissance de cette équipe dans l'institution et par ailleurs responsable d'un CMP, et enfin un psychiatre, chef de service d'un secteur adulte.

Suivent, une psychologue qui, faute de moyens, assure bénévolement une reprise clinique bimensuelle et un consultant, philosophe, que l'équipe au complet rencontre 2 fois par mois.

EPICURE répond dans les 24h à toute demande des partenaires sociaux et assure des permanences au 115, dans les CHRS, les foyers de travailleurs. A ce jour 750 personnes ont été rencontrées.

Le Carrefour Santé Mentale et Précarité de l'Ain (01)

... a été constitué en 2001 autour d'un noyau de quatre personnes disposant d'un temps effectif global de 1 ETP (médecin, psychologue, cadre infirmier, secrétaire). Il réunit une trentaine de soignants s'impliquant dans cette problématique de tous secteurs.

Son activité consiste en un travail de sensibilisation et de formation auprès du personnel du Centre Psychothérapique de l'Ain, et des structures sociales du département, visant à développer une clinique partagée, un espace et une culture de partenariat entre secteurs psy et structures d'accueil des personnes démunies.

Interventions à caractère d'échanges, de conseils et d'éclairage, auprès des CHRS, de groupes de travailleurs so-

ciaux et éducatifs dans plusieurs points du département, notamment à Bourg-en-Bresse.

Mise en place de dispositifs et outils concrétisant le partenariat (accès gratuit aux soins pharmaceutiques, consultations relais, fiches de transmission)

Gestion du dispositif « Psychologues RMI » qui assure 30 à 40 heures mensuelles de temps de psychologues auprès de chacune des neuf CLI.

Lieu « ressource » pour les équipes du Centre Psychothérapeutique de l'Ain avec séminaires, formations ponctuelles, documentation.

Participation aux travaux de recherche en collaboration avec l'ORSPERE.

L'équipe espère être complétée à partir de 2008 par deux ETP d'infirm-

miers pouvant intervenir directement auprès des personnes en tout point du département, ce qui permettrait de réaliser à 100 % les missions d'une Équipe Mobile.

A titre indicatif, au cours de l'année 2006, le nombre de cas abordés directement ou indirectement se situe aux environs de 450, dont 380 par les Psychologues RMI, pour une population de 550 000 habitants. Il s'agit essentiellement de personnes marginalisées ou ne disposant que de faibles revenus : chômeurs de longue durée, travailleurs pauvres, résidents de CHRS, demandeurs d'asile précarité en milieu rural. Quelques cas de très grande exclusion.

Dr Jean-Jacques TABARY
e-mail : precarite.cpa@free.fr

Montpellier (34)

L'U.M.I.P.P.P (Unité Mobile Intersectorielle de Psychiatrie pour Population en situation de Précarité) existe depuis 2000. Elle est née de l'étude des besoins réalisée dans le cadre du P.R.A.P.S (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) après la promulgation des lois de lutte contre les exclusions de juillet 1998.

Un dispositif infirmier est alors créé, constitué entre autre, de 2 infirmiers en psychiatrie dont les missions ont pour origine une convention signée entre le C.H.U de Montpellier et la D.D.A.S.S de l'Hérault. Ce texte fondateur pose les objectifs d'intervention de base : accueillir les personnes en situation de détresse, évaluer la demande implicite ou explicite, répondre à la situation de souffrance dans le cadre d'une orientation. L'évaluation des premiers résultats conduit à la reprise de l'U.M.I.P.P.P par un financement A.R.H avec le choix d'un renforcement des moyens.

La pérennisation des moyens à partir de 2003 entraînera au fil des évolutions contextuelles (hospitalière, dispositif social, problématiques des populations précaires) la constitution de l'équipe actuelle :

0.5 ETP Psychiatre Praticien Hospitalier, 0.5 ETP Psychologue, 6 ETP Infirmiers, 1 ETP Secrétaire, 0.5 ETP Cadre de Santé

Cette équipe est sous la responsabilité du Dr Montalti, médecin psychiatre coordonnateur.

Cette unité, à vocation intersectorielle, devrait être amenée à devenir une Unité d'Activité Médicale à part entière au sein du pôle de Psychiatrie.

A ce jour, l'activité est essentiellement organisée sous la forme de consultations infirmières avancées dans le cadre de permanences réalisées dans différentes structures de la ville de Montpellier et de son agglomération :

- les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (10 structures, 15 permanences réalisées),
- les Services d'Accueil et d'Orientation (2 structures, 6 permanences réalisées),
- les Services d'accueil et d'Hébergement Social (2 structures, 3 permanences réalisées),
- le Foyer d'accueil d'urgence accueillant les personnes toute l'année (3 permanences réalisées),
- le Dispositif Hivernal d'Urgence s'adressant aux couples ou personnes isolées (3 permanences) ainsi qu'aux familles (1 permanence), en période hivernale

Les missions de l'U.M.I.P.P.P ont été

amenées à évoluer autour de grands axes articulant nos champs d'actions formels et informels :

- Missions auprès des usagers : elles restent inchangées dans le cadre de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation, cependant l'évolution des problématiques nous engage à optimiser l'accompagnement de ces personnes dans le réseau sanitaire et social.
- Missions auprès des partenaires sociaux : soutien des équipes sociales aux prises avec des situations difficiles dans un objectif de dédramatisation, de compréhension et de promotion de l'importance de la dimension psychique dans la détresse sociale.
- Missions auprès des partenaires de Santé : développement du travail partenarial de réseaux.

Dans le cadre de ses missions l'U.M.I.P.P.P assure un rôle important d'interface par un travail de lien avec les différents partenaires.

CHU La Colombière
39, avenue Charles Flahaut 34295 Montpellier cedex 5
Tél. 04 67 33 66 89
umipp@chu-montpellier.fr

Alès (30)

Un projet d'équipe mobile avec un poste de psychiatre à mi-temps, 1 poste de psychologue et 2 postes infirmiers à temps complet avait été envisagé. Depuis le 4 décembre 2006, un mi-temps infirmier a été mis en place avec un financement PRAPS. A ce jour il n'y a pas de création de poste de psychologue ou de psychiatre pour cette « mini équipe »

L'infirmière intervient par l'intermédiaire de deux types d'approche :

- des actions dirigées vers les équipes (éducateurs en

CHRS, accueils de jour des sans abris, Foyers de jeunes travailleurs, assistantes sociales) et également des groupes de discussion autour de maladies psychiatriques et de l'accès aux soins.

- des entretiens individualisés, les personnes reçues étant adressées par des travailleurs sociaux.

Madame Évelyne CORRIER (infirmière) EMPP—CMP 2, rue du Docteur Serres 30100 Alès

ZOOM

Assistante Socio-Educative : Du pour ...

L'assistante de service social : valeur ajoutée ou ajout à valoriser ?

D'abord, soyons clairs. Il n'y a aucune assistante sociale au sein des équipes mobiles de psychiatrie précarité, pas plus d'ailleurs que « d'infirmiers » ou de « speakologues ».

Il y a, par contre, des assistants (-es) de service social, investis auprès d'équipes composées d'infirmiers, de psychologues, de médecins...

A la (vaste) question posée : « *Rôles et fonctions des assistants sociaux au sein des EMPP : Pourquoi ? Pour qui ? Comment ? Avec qui ?... Les difficultés rencontrées...* », une première réponse pourrait insister sur l'imbrication du travail social et de la prise en charge médicale : plus le patient est désocialisé, plus son accès aux soins sera compromis... D'où la place incontournable de l'ASS.

Un deuxième élément de réponse serait de préciser que l'intervention dans le champ de la psychiatrie n'interdit aucunement aux équipes d'avoir une pensée (et une action) sociale... Bien au contraire. Les liens privilégiés entretenus avec son équipe par l'ASS lui permettent de mieux approcher les pathologies et leurs répercussions sur la vie sociale des personnes rencontrées. Cette connaissance lui confère un rôle spécifique dans la prise en charge médico-sociale.

Une troisième approche pourrait être de questionner les fonctions dédiées (laissées) à l'assistant de service social de l'EMPP. Comment penser l'intervention sociale au sein d'une équipe dont la temporalité n'est pas la même que celle de ses partenaires du champ de la grande exclusion : l'intervention sociale en urgence est plutôt à relier aux problématiques de l'hébergement ou à des prestations « purement sociales » (aides financières, alimentaires...). Les EMPP n'ayant pas vocation à intervenir dans l'urgence, comment penser la place de l'ASS ? Comment penser le rôle de l'assistant de service social EMPP sans se substituer aux prises en charge de droit commun (dont relèvent nos patients citoyens) ? Doit-il intervenir de façon ponctuelle (et en urgence) lorsque d'autres services n'ont plus le temps ou les moyens de répondre ? L'ASS est-il l'animateur incontournable du partenariat avec les travailleurs sociaux ? Son intervention se définit-elle « en creux », sur la base des limites d'intervention des infirmiers ? Doit-il rester en retrait des prises en charge, pour s'adresser plutôt aux acteurs de première ligne ?

Il semble ici intéressant de se référer au cadre légal, ce fameux cadre que nous, assistants de service social, c'est bien connu, aimons tant chahuter, secouer, triturer...

Les missions de l'assistant de service social de la fonction publique hospitalière sont définies par le décret n°93-651 du 26 mars 1993 portant sur leur statut particulier :

« *les assistants de service social ont pour missions d'aider les personnes (...) qui connaissent des difficultés sociales, à retrouver leur autonomie et de faciliter leur insertion.* »

Comment, en effet, penser « le thérapeutique » lorsqu'une personne a du mal à s'insérer et à comprendre le dispositif de soins ? Comment envisager l'autonomie lorsqu'un être ne peut exprimer ses droits et ses besoins les plus fondamentaux ?... Et inversement, comment penser l'insertion lorsque la pathologie ne laisse que peu de place au lien social ?

C'est en cela que l'ASS EMPP trouve sa place, soit dans les actions qu'il soutient au sein de son équipe, soit dans les actions menées par des partenaires, qu'il relaiera auprès de l'EMPP.

Cette mission d'aide et d'insertion peut aussi être menée sur la base d'actions (formation/information) destinées aux acteurs de première ligne, dans l'objectif double de soutenir les prises en charge et la dynamique partenariale.

« *Dans le respect de ces personnes, ils recherchent les causes qui compromettent leur équilibre psychique, économique ou social. Ils participent à l'élaboration et à la mise en œuvre (...) des projets sociaux et éducatifs.* »

Il s'agit là de la fonction d'interface entre le social et le médical de l'assistant de service social. Au sein d'une EMPP, la présence de l'ASS lors de l'élaboration du projet de soins du patient ou lors de réunions cliniques, permet d'intégrer une dimension sociale, un savoir-faire professionnel dans la prise en charge. L'ASS, par sa connaissance du réseau social peut apporter un éclairage riche sur les prises en charge.

« *Les assistants de service social ont pour mission de conseiller, d'orienter et de soutenir les personnes (...), de les aider dans leurs démarches et d'informer les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale. Ils apportent leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population ou d'y remédier. Ils assurent, dans l'intérêt des personnes, la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux ou médico-sociaux.* »

Personnels hospitaliers, les assistants de service social sont impliqués dans le processus de soins des personnes rencontrées par les EMPP. Ils peuvent se retrouver, pour leur équipe, tour à tour, dans le rôle d'entremetteur, d'interprète, de médiateur, d'animateur auprès des partenaires, mais également au niveau institutionnel.

L'action sociale n'est donc pas (loin de là) une action militante. C'est un choix professionnel, élaboré par les équipes en fonction de plusieurs paramètres : besoins, contexte partenarial, moyens, envie... Parole d'assistante de service social, le fait de ne pas faire partie de l'effectif minimum requis par une circulaire ne peut interdire d'envisager la place d'un travailleur social au sein d'une équipe. Bien que nous n'ayons pas le statut de professionnel de santé, nous n'en sommes pas moins intégrés aux équipes

« Ne dites pas à ma mère que je travaille à L'ELPP, elle croit que je suis assistante de service social »

Je suis assistante socio-éducative et, pour être plus précise, assistante de service social. Depuis dix années je travaille au sein de la fonction publique hospitalière, intervenant dans des services de psychiatrie adulte (notamment en milieu carcéral). Depuis près de trois ans, j'exerce mon métier d'assistante de service social au sein de l'équipe de liaison psychiatrie précarité (ELPP) du CHU de Nantes.

Lors de mon recrutement dans l'équipe, le cadre d'intervention était très clair :

- « *Directement auprès des usagers, vous n'interviendrez point* »

- « *D'accord* » répondis-je.

- « *Qu'en pensez-vous ?* »

- « *Il me semble pertinent que l'assistante de service social de l'ELPP ne se surajoute pas aux actions pensées et mises en place par ses collègues. L'ELPP n'a pas vocation à se substituer aux missions de droit commun des équipes de psychiatrie publique. Proposer un suivi social aux personnes rencontrées par l'équipe irait à l'encontre de notre rôle d'interface et risquerait de créer une instance redondante, stigmatisante, voire excluante pour un public déjà très marginalisé.* » pointais-je.

- « *Chargée de mission nous te surnommerons* »

- « *heu...* » fis-je.

Et après...

Après, se situe la richesse de mon poste. L'assistante de service social ne fait pas partie du minimum requis par la circulaire du 23 novembre 2005 (?) Il faut donc en valoriser les compétences : connaissance des réseaux, expérience... La dite circulaire, d'ailleurs, s'appuie sur la fonction d'interface des équipes mobiles entre les secteurs de psychiatrie et les partenaires des champs de la précarité et de l'exclusion (majoritairement composés d'institutions à vocation sociale ou médico-sociale).

Pourtant, l'assistante de service social ajoute à la diversification

des compétences de l'équipe par ses spécificités professionnelles. (...) Et c'est là que ma mère, si elle savait, me dirait : « *mais finalement, fille, tu fais quoi ?* »

Concrètement, j'interviens en complément de l'équipe de terrain, acteurs de première ligne. A ce titre :

Je suis référente :

- pour la formation que nous organisons chaque année, autour de thématiques spécifiques : « Les jeunes en errance », « Corps et précarité », « Les femmes en situation de grande exclusion », etc...

- d'actions d'échange de pratiques (baptisées RER : Rencontres Echanges Réflexion)

- d'actions visant à développer et à échanger autour de la réflexion clinique (les Temps Cliniques).

Je suis chargée de représenter l'équipe sur certaines instances locales, départementales voire nationales et de m'inscrire dans le réseau partenarial en participant à diverses réunions.

Je participe à l'ensemble des réunions cliniques de l'ELPP, avec mon regard (et mes réflexions...) d'assistante de service social.

Et comme je suis surnommée « chargée de mission », je suis chargée des missions surprises, de dernière minute, etc...

Mais ce que je dirais surtout à ma mère, c'est que je me sens plus que jamais assistante de service social, en ce sens où, j'interviens sur le lien social. C'est ce lien social qui donne sens à notre travail quotidien et qui nous renforce dans notre rôle auprès des personnes en situation de grande précarité ou d'exclusion.

Laurence BLIN, assistante de service social, ELPP, CHU de Nantes

Rôles et fonctions de l'assistante sociale dans une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

La circulaire du 23 novembre 2005 préconise une articulation entre l'équipe mobile et la PASS, lorsque celle-ci existe. Dans ce contexte il paraît difficile de limiter l'intervention de l'assistante sociale aux seules problématiques en lien avec du somatique, sachant que les patients sont susceptibles d'alterner, voire de cumuler, les problèmes de santé mentale et les affections somatiques. Dans les lignes suivantes, nous décrivons trois aspects du travail social susceptibles d'améliorer la prise en charge proposée par l'EMPP, qu'elle soit ou non rattachée à une PASS.

- **compétence technique concernant l'accès aux soins.** Pour certains publics, principalement les étrangers présents depuis peu sur le territoire français ou les personnes en errance, l'aspect administratif de l'accès aux soins est particulièrement complexe. L'assistante sociale de l'EMPP, comme toute assistante sociale hospitalière, est familiarisée avec les démarches de constitution des dossiers de CMU et d'AME. En outre elle est en lien régulier avec les cellules CMU des CPAM et avec le Bureau des Entrées de l'hôpital. Dans ce cadre elle peut avoir un rôle stratégique

de médiation et de coordination entre ces différentes structures, notamment en préparation d'hospitalisation. En cela elle facilite bien évidemment l'accès aux soins et la poursuite de ceux-ci.

- **rôle d'interface entre le sanitaire et le social.** On connaît la difficulté des institutions tant sanitaires que sociales à instaurer un travail de partenariat. Par sa connaissance des structures sociales et médico-sociales locales l'assistante sociale peut faire gagner un temps précieux à l'EMPP. La méconnaissance des missions et des limites respectives, la difficulté à modifier ses propres perceptions et ses pratiques, les obstacles à élaborer et entretenir un projet commun au sanitaire et au social ont déjà été abondamment décrites. La mission confiée à l'infirmier de l'EMPP se situe bien dans cet espace où les attentes des professionnels tant sanitaires que sociaux sont bien réelles mais souvent très fragiles. La mobilité de cet infirmier est bien sûr un avantage indéniable. Travaillant dans les champs des intervenants sociaux, il est - et doit rester - un intervenant sanitaire. Un temps d'assistante sociale affecté à l'EMPP est ici un atout supplémentaire pour faire vivre cette interface entre le sanitaire et le social, dans le

cadre d'une équipe pluridisciplinaire. Cette fonction s'exerce également en cas d'hospitalisation, facilitant le lien entre les travailleurs sociaux extérieurs et ceux exerçant en psychiatrie.

- **prise en charge globale.** Nous savons que les problématiques sociales et de santé sont intriquées pour ces patients en situation de grande précarité. Le regard pluridisciplinaire, à la fois sanitaire et social, est nécessaire dans l'articulation des projets thérapeutiques et des projets sociaux et dans leur avancée. Cela se vérifie tout au long du parcours de soins, tant en intra qu'en extra hospitalier : accompagnement des patients, orientations en staff pluridisciplinaire ...

Pour ces raisons, l'intervention d'une assistante sociale au sein de l'EMPP nous semble tout à fait pertinente, auprès des patients mais aussi dans le travail de réseau auprès des équipes soignantes et des institutions partenaires.

Yvonne NICOL, Centre Accueil Précarité, CHU La Cavale Blanche, Brest

Assistante Socio-Educative : du contre !...

Le choix de l'absence d'assistante sociale à l'UMAPPP... alors que nous travaillons par nécessité, avec satisfaction et souvent avec plaisir avec tous les acteurs sociaux - dont les assistantes sociales - qui oeuvrent dans le champ de la précarité à Rouen et dans l'agglomération rouennaise.

Pourquoi ?

Parce que l'UMAPPP tout en étant mobile dans l'agglomération est basée au Carrefour des Solidarités, lieu d'urgence sociale en centre ville où oeuvrent de nombreux intervenants sociaux disponibles que nous rencontrons tous les jours. Donc, les relais et échanges sont évidents et immédiats. Nous sommes dans la psychiatrie, ils sont dans le social, nous sommes voisins et partenaires.

Pourquoi le choix de cette installation dans un lieu social, le Carrefour des Solidarités dans le centre ville de Rouen ? Il y a une bonne douzaine

d'années, dans un contexte de transformation sociale et de la psychiatrie qui allait produire le rapport Lazarus « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », nous étions confrontés à Rouen à une incompréhension tenace entre le social et la psychiatrie publique malgré un travail de secteur plutôt important (difficultés à trouver le bon interlocuteur, délais de rendez-vous, grille sectorielle incomprise, question des Hors Secteurs, syndrome de la patate chaude refilée au voisin, vifs débats théoriques et grand écart pratique...).

Nous avons décidé alors de mettre à disposition un peu de temps infirmier psychologue et psychiatre dans ce lieu en ébullition, multi associatif qui allait devenir le Carrefour des Solidarités.

L'utilité d'une telle présence a été vite très appréciée et a dégonflé énormément de malentendus sur le travail des uns et des autres.

Il ne restait plus qu'à transformer une

initiative militante en travail reconnu, évalué, validé, inspecté, financé... à l'intérieur de nos institutions et à l'extérieur. La tâche fut parfois rude. Nous continuons. C'est ce qui a débouché sur la création et la reconnaissance de l'UMAPPP et du Réseau Régional Action Psy-Précarité (RRAPP).

Voilà pourquoi il n'y a pas d'assistante sociale dans l'équipe Psy-Précarité de Rouen.

Il existe d'autres histoires. L'essentiel demeure évidemment le NECESSAIRE travail ensemble, EFFECTIF (partenariat, réseau... ce qui constitue finalement un véritable travail de secteur, intersectoriel, inter polaire...) entre les acteurs de soin et du social sans confusion ni dilution des fonctions et compétences dans ce qui est appelé parfois péjorativement sociatrie, thérapie sociale ou bouillie à l'eau tiède pour synthèse conclusive.

Dr Alain GOUIFFES, UMAPPP-RRAPP, Rouen

Assistante Socio-Educative : pas si simple !

Rôle et missions de l'ASE au sein de l'EMPP du Centre Hospitalier Sainte Anne à Paris

Au sein de l'équipe SMES, l'assistante sociale a une mission d'évaluation de la situation des patients et d'orientation, dans le cadre du projet de soins.

Missions auprès des patients :

Évaluation : Il n'y a pas d'intervention sans un travail d'investigation et d'évaluation initial. Les personnes rencontrées, au SMES ou ailleurs, ont parfois un suivi et/ou un projet social mis en place auprès d'une autre structure. De plus, elles peuvent être connues et/ou suivies par la psychiatrie de secteur (par exemple). Il est capital de tenir compte du travail effectué pour éviter de faire « doublon » avec des démarches préexistantes. A la réception d'un signalement, l'évaluation se fait en équipe, afin de décider conjointement de la prise en charge (lors de la réunion clinique).

Accompagnement physique : Les patients sont bien souvent dans une problématique double où la pathologie mentale s'imbrique avec les difficultés sociales. La présence de l'assistante socio-éducative, lors de démarches administratives par exemple, peut s'avérer rassurante pour la personne et permet de rendre plus fluide le contact avec les interlocuteurs.

La facilitation de l'accès aux soins est un axe prioritaire de l'action de l'assistante socio-éducative du SMES. Cette fonction implique un important travail autour de l'accès et du maintien des droits sociaux.

Missions auprès des partenaires :

Soutien technique : Il appartient à l'assistante socio-éducative de donner les informations juridiques et administratives permettant d'articuler la prise en charge médico-sociale du patient. L'ASS est régulièrement sollicitée par les collègues des services intra et extra hospitaliers sur les problématiques liées à la grande préca-

rité ou à l'exclusion.

Information et formation : De manière individuelle ou collective, des sessions de formation, auxquelles participe l'assistante de service social, sont organisées en direction des professionnels du milieu hospitalier et des partenaires des structures sociales et médico-sociales.

Organisation de réunions de synthèse autour des patients : il est parfois nécessaire de réunir tous les intervenants d'une situation pour mieux déterminer le rôle de chacun. L'impulsion peut venir du travailleur social du SMES, qui se situe justement à la croisée des problématiques médico-sociales.

Les pièges et dysfonctionnements :

- « *L'urgentisation* » de la demande :

L'assistante de service sociale est souvent sollicitée en ultime instance (et en urgence) pour des tâches parfois inadaptées : rétablissement des droits alors que des démarches « dites sociales » non concertées ont été entamées par plusieurs équipes médicales, sociales, médico-sociales.

- *La méconnaissance réciproque :*

La simple méconnaissance du travail et des compétences du travailleur social par les acteurs non sociaux (médicaux, paramédicaux ...) tend à dévaloriser la fonction de l'ASE au sein même d'une équipe. Pour exemple, alors que les orientations sont normalement définies en réunion, il arrive que des initiatives shuntant l'action de l'ASE soient prises devant les représentations fantasmatisques : « les démarches sociales sont toujours trop lentes ... ». La réciproque est tout aussi vraie. Tout cela entretient parfois discrédit et suspicion.

- *Conflit de compétence :*

L'intrication somato-psycho-sociale rencontrée chez la plupart des personnes aidées tend le piège de la

confusion des rôles et des fonctions. Des tensions entre action sociale et démarche soignante sont donc inhérents à la clinique particulière de la psychiatrie et précarité. Ces tensions peuvent déboucher sur des conflits nuisibles ou tout au moins des mouvements psychologiques inévitables.

Propositions :

Les publics issus de la psychiatrie sont bien souvent stigmatisés par leur pathologie, d'où l'importance d'un tiers (ASE) qui aura un rôle d'interface avec les structures sociales. Les soignants peuvent être considérés comme contenants du comportement de la personne (la psychiatrie a eu cette fonction pendant longtemps). L'accompagnement social, et non infirmier, démystifie cette image.

Les décisions doivent être prises en fonction du projet global de soin et non être le résultat d'une injonction médicale ou infirmière dont le social serait au mieux le facilitateur, au pire exclu.

Le respect des fonctions de chacun est indispensable, au risque, sinon, de voir la confusion des rôles aggraver les difficultés d'un patient déjà fragilisé par sa pathologie.

Organiser des rencontres interprofessionnelles permet de mieux expliquer le rôle de chacun et de désamorcer les conflits.

Déramatiser le passage d'un interlocuteur à un autre (qu'il soit médical ou social) nécessite l'intervention du médecin, référent des choix d'équipe et des orientations prises. L'ASS ne doit pas se retrouver en position d'exécutantes des basses œuvres ou, plus clairement, dans le rôle de l'envoyeuse de « patate (trop) chaude ».

Sophie GRIMAULT, Équipe SMES CH Sainte Anne, Paris

Assistante Socio-Educative : incontournable ...

L'assistant social : une place déterminante, UMPP nord-est du 93

Notre équipe est composée de deux temps plein, un psychiatre et une infirmière en psychiatrie que je qualifierai de chevronnées, un 3ème poste était prévu et choisi d'assistante sociale mais plusieurs raisons convergent pour rendre ce recrutement impossible :

- Une raison matérielle liée à notre précarité. Nous sommes hébergées dans le CMP de Tremblay-en-France mais n'y disposons d'aucune pièce fixe. Une salle de réunion et de CATT nous est allouée avec deux étagères dans une armoire, sans bureau ni ordinateur personnels, nous en sommes chassées 3 à 4 fois par semaine. Si besoin je consulte dans 3 ou 4 bureaux différents.

- La conception même de notre travail qui consiste à répondre à la demande des travailleurs sociaux, assistants sociaux dépendant des mairies ou du conseil général, éducateurs des centres d'hébergement, parfois tuteurs des organismes de tutelle.

- La "faiblesse" des secteurs de psychiatrie de notre hôpital général Robert Ballanger, par exemple il n'y a pas d'infirmier de secteur sur notre CMP, ne nous permet pas de nous reposer sur les secteurs eux-mêmes peu pourvus en assistants sociaux.

Nous en arrivons à un par-

tenariat reconnu avec les services sociaux, je participe à une formation Action sociale / Santé mentale à Ville-Evrard et bien sûr nous participons à de nombreuses réunions. Il y a une réponse donnée à chaque demande exprimant les difficultés. Le plus souvent la réponse consiste avec le ou les assistants sociaux en des entretiens avec les personnes ou les familles dans le service social ou l'hébergement social, ou bien des visites à domicile (risques ou avis d'expulsion, accumulation de déchets, problèmes d'hygiène etc.).

Il s'agit bien d'unir nos impuissances et nous demandons, on peut dire que c'est une condition, le maintien du travail social.

Lorsqu'il s'agit de prises en charge limitées dans le temps, par exemple dans le cadre de la réinsertion au travail, l'expérience nous a prouvé qu'il faut prévoir le recours à un assistant social stable ou appartenant à une structure fixe.

La plupart des personnes suivies font partie des troubles graves de la personnalité et sont en marge de la psychiatrie, ils nécessitent souplesse et adaptation et ne parviennent pas à être suivies par nos secteurs "pauvres" de cet hôpital général.

Dr Claude HERMANN, CH Robert Ballanger, Aulnay sous Bois

Un nécessaire binôme associant infirmier psychiatrique et travailleur social

Le dispositif psychiatrie/précarité du CHS de l'Yonne à Auxerre a vu le jour en 2002 sous l'appellation de Permanence d'Accès aux Services de Soins Psychiatriques s'inspirant ainsi des PASS hospitalières créées à partir de 1998. Sous la responsabilité du docteur Michel THUILLIER, médecin chef de service du Pôle 1 et 3, cette unité médico-sociale regroupe un cadre infirmier (0,2ETP), 5 infirmiers (0,2 ETP), 1 assistant socio-éducatif (1ETP) et une secrétaire (1 ETP). Ses missions définies par un projet de service rédigé en 2003 s'inscrivent dans le cadre de la prise en charge psychiatrique des personnes en situation de précarité et d'exclusion en tant que dispositif complémentaire à l'interface des services de soins et des institutions sociales. L'équipe tient des permanences dans un foyer d'hébergement et une résidence sociale ainsi que dans un lieu d'accueil de jour. En parallèle à ces démarches directes auprès des publics, elle participe aux réunions de synthèse des équipes socio-éducatives partenaires.

Depuis 2006, le dispositif s'est implanté sur un territoire rural avec le recrutement d'un second assistant socio-éducatif.

L'équipe intervient donc à la demande des services sociaux sur des objectifs d'évaluation et d'orientation vers le soin essentiellement vers les deux CMP où elle est basée.

La notion d'interface des services de soins et des institutions sociales a été la base de réflexion sur laquelle s'est appuyée la composition de l'équipe qui regroupe

depuis le début des personnels soignants et deux travailleurs sociaux, éducateurs de formation.

La circulaire de 2005 tend à généraliser les Équipes Mobiles de Psychiatrie Précarité et même si il existe un cahier des charges particulièrement précis quant à leurs missions, rien n'est suggéré en tant que composition de ces équipes en termes de qualification professionnelles et celles qui fonctionnent déjà depuis l'application de la circulaire ont des modes d'organisation très variés. Cette absence de modélisation suscite des interrogations quant à la présence de travailleurs sociaux et en prolongement à leur rôle lorsqu'ils y sont présents.

Les constats initiaux soulignant la nécessité de renforcer l'interface entre le contexte social et la demande de soins sont présents dans tous les textes depuis 2002, et ont présidé, faut-il le rappeler, à l'émergence d'une compétence nouvelle qui est celle d'agent de santé, à

l'intersection du champ social et du champ sanitaire. Le premier poste d'agent de santé a été expérimenté dans l'Yonne en 1995.

Non seulement nous nous sommes référés à ce modèle au moment de l'élaboration de notre projet de service, mais nous avons également été associés naturellement à toutes les initiatives régionales (formation, regroupements techniques) qui les ont concernés.

La majorité des agents de santé est de formation infirmière mais ces agents ne prodiguent plus d'acte de soin direct, leur mission étant « *un accompagnement individualisé vers le soin basé sur une relation de confiance permettant l'inscription du patient dans une démarche de santé élaborée* ».

Si leurs compétences médicales restent la référence, leur immersion dans le tissu social les a amené être en contact avec des fonctionnements ou des modes d'organisation qui leur étaient parfois étrangers, voire à des démarches nouvelles comme le fait d'aller à la rencontre de personnes isolées ou sans demande sur des lieux inhabituels pour eux (mission locale, permanence sociale).

C'est sur ce point qu'ont divergé les points de vue sur les spécificités de ces démarches dans le champ de la santé mentale ainsi que des compétences qui s'y rattachent. L'idée maîtresse de notre projet a été de miser sur un binôme associant un infirmier « psy » et un travailleur social habitué aux logiques du milieu social et plus spécialement formé au travail de terrain qui suppose des contacts dans la rue, dans des lieux d'accueil de jour ou des structures d'hébergement d'urgence.

Notre organisation actuelle prévoit des mises à disposition de temps infirmier répondant aux sollicitations du travailleur social, visant notamment à la systématisation des premiers entretiens en binôme. Le regard infirmier sur les situations reste une nécessité ressentie également dans le cadre des réunions d'appui soutien aux équipes.

Enfin, l'installation d'un travailleur social dans un CMP a comme objectif, outre de faciliter le premier contact de certains patients avec la psychiatrie, de mettre à disposition des infirmiers et des médecins des compétences qui n'y existaient pas jusqu'à présent et qui procurent des ressources utiles en terme d'orientation (hébergement, accompagnement de démarches sociales etc).

Dr Michel THUILLIER, PASS, CHS de l'Yonne, Auxerre

D'abord non puis oui !

Un(e) assistant(e) social(e) au sein d'une EMPP : Pourquoi ?

Durant les premières années de fonctionnement du M.A.O. Santé (Module d'Accueil et d'Orientation), l'équipe soignante a développé un partenariat privilégié avec les services sociaux du département (partie prenante du dispositif), notamment autour des personnes bénéficiaires du RMI, ainsi qu'avec les équipes socio-éducatives des institutions sociales.

La majorité des personnes prises en charge étaient adressées par ces services qui assuraient le suivi social, mais pas toutes ! Pour certains patients, ponctuellement, les soignants pouvaient être amenés à assurer des « démarches sociales » nécessaires pour permettre l'accès aux soins (ouverture des droits à l'assurance maladie par exemple), mais l'approfondissement de leur situation sociale par un service social de droit commun peu familier des personnes très désinsérées et de surcroît « malades psychiques » n'était pas toujours chose aisée.

La création en 2001 d'un poste d'assistante sociale de la PASS du centre hospitalier de Thuir et un travail de collaboration avec l'équipe soignante du M.A.O. qui s'est intensifié d'année en année, a permis une approche complémentaire où l'accès aux droits sociaux, corollaire indispensable de l'accès aux soins, a pu être amélioré, surtout pour les patients les plus vulnérables, tout en préservant la place du travail en partenariat avec les autres services sociaux.

La précarisation de plus en plus importante de la population prise en charge suppose, si l'on veut « gagner » en efficacité, d'appréhender globalement la situation sanitaire et sociale de la personne très souvent inscrite dans une trajectoire de rupture. Les assistants sociaux sont en effet nombreux dans le tissu social, mais on constate de plus en plus une parcellisation de l'action sociale, le travail social se spécialise, cible des populations (l'enfance, les personnes âgées...), se recentre sur des logiques institutionnelles motivées souvent par des choix budgétaires, la réglementation se complexifie...

Le poste d'assistante sociale de la PASS a été intégré dans l'équipe mobile du MAO en 2007, à la faveur de la réorganisation de l'établissement en pôles.

L'expérience montre que les populations les plus marginalisées sont les moins susceptibles de pouvoir s'inscrire « d'emblée » dans une prise en charge sociale de droit commun. La présence d'une assistante sociale rompue « aux situations de détresse sociale doublées d'une pathologie mentale », loin d'alourdir le parcours du patient, va lui ouvrir les portes pour accéder à l'ensemble de ses droits sociaux jusqu'au moment opportun où le patient sera en capacité d'interpeller directement les services sociaux de droit commun.

Sylvie Tubau-Terradas, M.A.O., CH de THUIR

BLOC NOTES

Se former ...



Diplôme d'Université « Santé Mentale et Précarité : Interventions médico-psycho-sociales »

Responsables scientifiques :
Pr R. Dardennes et Dr A. Mercuel.

Faculté de médecine René Descartes-Paris 5 et Hôpital Sainte Anne.

Pour la rentrée universitaire octobre 2008, renseignements auprès de Mme Nadège CAVE :

Centre de formation continue
Université Paris Descartes
Centre Universitaire des Saints-pères
45, rue des Saints-pères
75006 Paris

Tél : 01.42.86.22.18—Fax : 01.42.86.21.59

Surfer ...



<http://doc.politiquessociales.net/serv1/0000-2.pdf>

« le rapport national sur la pauvreté et l'exclusions sociale 2007/2008 »

<http://www.senat.fr/noticerap/2007/r07-445-1-notice.html>

Rapport d'information de monsieur Bernard SEILLER
« La lutte contre la pauvreté et l'exclusion : une responsabilité à partager »

<http://www.adiph.org/TO/ProjetLoiPST-20080822.pdf>

« Avant projet de loi « Patients, santé, territoires »

<http://www.lagazette-sante-social.com>

S'informer Se rencontrer

2ème Journée de rencontre des EMPP
Centre Hospitalier Sainte Anne à Paris

vendredi 27 mars 2009
« EVALUATION DES EMPP »

Toute aide à la construction de cette journée est la bienvenue



Lire ...

« Les cliniques de la précarité—contexte social, psychopathologie et dispositif » Jean FURTOS (ed. Masson, juin 2008)

L'objectif de cet ouvrage est d'abord d'apporter un éclairage novateur sur la notion de précarité et ses implications psychopathologiques, avec pour souci constant la prise en compte du contexte social, économique et anthropologique.

Une large place est faite aux dispositifs mis en place et notamment aux Équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP).

