

Dispositif de médecin-conseil pour le revenu d'insertion: état des lieux en 2021

Dr JÉRÉMIE SAMUSURE^a, Dr LUC KA SING HO^a, Dre TÂNIA GONÇALVES ALVANÉ^a, Dr KONSTANTINOS TZARTZAS^a et Dr RÉGIS MARION-VEYRON^a

Rev Med Suisse 2021; 17: 1534-6

Les mesures d'insertion socioprofessionnelles proposées aux bénéficiaires du revenu d'insertion (RI) ont démontré leur efficacité. Cependant, la présence de troubles psychiques complexifie leur mise en place, engendrant des difficultés tant pour les bénéficiaires que pour les services sociaux. L'intégration de psychiatres dans l'équipe des médecins-conseils du RI, à l'instar du canton de Vaud, est une réponse pour y faire face. L'intervention psychiatrique vise ainsi à renforcer la détection des troubles psychiques et à améliorer la relation entre l'assistant-e social-e et son-sa bénéficiaire. L'intégration d'un modèle de psychiatrie de consultation-liaison dans le rôle de médecin-conseil semble apporter des avantages indéniables et permettrait également de lutter contre la stigmatisation et la chronicisation des troubles psychiques.

Social integration income medical advisor: update in 2021

The social and professional measures suggested to beneficiaries of the Insertion Income have demonstrated their effectiveness. However, presence of mental disorders complicates their implementation, causing difficulties for both beneficiaries and social services. The integration of psychiatrist as medical advisors, as for the canton of Vaud, helps to support the role of medical advisors. Psychiatric intervention aims to strengthen the detection of mental conditions and to improve the relationship between the social worker and his-her beneficiary. The integration of a consultation-liaison psychiatry model in the role of medical consultant seems to bring undeniable advantages and avoidance of stigmatization and chronicization of mental disorders.

CONTEXTE

L'insertion socioprofessionnelle est un enjeu fondamental en Suisse en raison de ses multiples implications sociales, économiques et politiques. Dans le canton de Vaud, la majeure partie des projets concernés s'adressent aux bénéficiaires du revenu d'insertion (RI) dans le but de diminuer les risques de précarisation. Cependant, les différentes stratégies d'insertion mises en place par les assistant-e-s sociaux-ales se heurtent souvent à des décalages culturels qui s'intriquent aux atteintes de santé. Par comparaison avec une expertise

médicale courante, la prise en compte de la dynamique psychosociale introduit une complexité souvent difficile à dénouer pour les acteur-trice-s en jeu.

Le projet «Réinsertion à la vie active» (REVIAC) vise à diminuer les obstacles à l'insertion par l'intervention des médecins-conseils du RI. Ce dispositif, initié en janvier 2013 sous forme d'un projet pilote, incarne le fruit de la collaboration entre le Service de prévoyance et d'aides sociales (SPAS, devenu Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)) et la Policlinique médicale universitaire (PMU, devenue Unisanté). Les résultats d'une enquête réalisée par le SPAS en 2015¹ avaient mis en évidence deux problématiques majeures: l'absence d'un regard psychiatrique et la difficulté de la mise en place par l'assistant-e social-e de projets d'insertion proposés par les médecins-conseils.

RÔLES DES MÉDECINS-CONSEILS DU REVENU D'INSERTION

Un des objectifs principaux des médecins-conseils est d'aider les assistant-e-s sociaux-ales dans l'accompagnement des bénéficiaires qui ne réussissent pas à accéder aux mesures d'insertion socioprofessionnelle (MIS), exigences qui peuvent leur être imposées. En effet, divers troubles psychiques et physiques peuvent rendre les bénéficiaires incapables d'investir un monde professionnel. La reconnaissance de ces vulnérabilités est alors nécessaire pour qu'un appui social optimal sur mesure puisse être mis en place. Ces troubles peuvent avoir été identifiés depuis longtemps mais ne sont parfois pas reconnus. L'assistant-e social-e n'a pas toujours accès à ces informations et ne possède pas les compétences médicales pour pouvoir les interpréter.

Les médecins-conseils restent dans une posture de consultant-e, tout en privilégiant un rôle de catalyseur du réseau de soins au moyen de stratégies de soutien.² Sur leurs conseils, les assistant-e-s sociaux-ales peuvent, par exemple, être amené-e-s à accompagner un-e bénéficiaire dans une entrée en soins, introduisant une collaboration de proximité avec eux-elles.

L'activité des médecins-conseils étant inspirée par le modèle biopsychosocial,³ l'intégration d'un-e psychiatre dans l'équipe des médecins-conseils a été mise en place en 2017. Cette expertise psychiatrique dans un dispositif jusqu'alors uniquement composé de spécialistes en médecine interne générale était devenue nécessaire et s'accordait parfaitement aux besoins d'évolution de REVIAC.

^aDépartement vulnérabilités et médecine sociale, Unisanté, 1015 Lausanne
jeremie.samusure@unisante.ch | luc.ho@unisante.ch
tania-sofia.goncalves- Alvane@unisante.ch | konstantinos.tzartzas@unisante.ch
regis.marion-veyron@unisante.ch

DIFFÉRENTES MODALITÉS D'INTERVENTION SELON CHAQUE SITUATION

Évaluation médicale sur dossier ou en personne

Le-la médecin-conseil tente de mettre en lumière les difficultés et la souffrance éprouvée de la personne à travers l'étude de son dossier médical et par un contact avec ses soignant-e-s (**tableau 1**). Quand cela s'avère nécessaire, il-elle organise un entretien médical au cours duquel il-elle cherchera avant tout à identifier des limitations impactant le projet d'insertion, sans se préoccuper nécessairement d'un diagnostic précis. En effet, il-elle n'effectue pas une expertise médicale, mais utilise son expérience médicale pour appréhender au mieux des situations complexes dans l'optique de préparer un éventuel projet d'insertion.

Le-la médecin-conseil transmet à l'assistant-e social-e les informations pertinentes liées à la problématique socioprofessionnelle, en respectant le secret médical, avec comme objectif d'offrir une meilleure représentation des limitations et des capacités du-de la bénéficiaire. L'assistant-e social-e pourra ainsi mieux définir le type de soutien à mettre en place et adapter les exigences qui seront adressées au-la bénéficiaire. Pour que la transmission des informations pertinentes soit claire et utilisable (transcription d'une information médicale en langage courant) par l'assistant-e social-e, les médecins-conseils doivent connaître de leur côté les différentes mesures existantes et «les réalités du terrain» des services sociaux.

Entretien tripartite

Dans un effort de clarifier les limitations fonctionnelles du-de la bénéficiaire, mais aussi pour transmettre efficacement les informations pertinentes aux assistant-e-s sociaux-ales, un

TABLEAU 1	Procédure d'intervention du médecin-conseil du revenu d'insertion (RI)
------------------	---

CSR: Centre social régional.

1. Accueil de la demande

Après réception de la demande de l'assistant-e social-e, un rapport médical concernant le-la bénéficiaire est demandé aux médecins traitants, sous réserve de la présence signée d'une autorisation de partage des informations médicales entre médecin(s) traitant(s) et médecin-conseil

2. Analyse des rapports

Les rapports médicaux sont étudiés avec un regard croisé des médecins-conseils. Si des compléments d'informations sont nécessaires, des contacts sont pris avec les assistant-e-s sociaux-ales ou le réseau traitant des bénéficiaires

3. Décision conjointe par les médecins-conseils du type d'évaluation à prévoir

- Évaluation sur étude du dossier sans convocation du-de la bénéficiaire
- Consultation générale
- Consultation psychiatrique
- Consultation mixte
- Entretien tripartite, avec le-la bénéficiaire, le-la psychiatre-conseil et l'assistant-e social-e dans le CSR respectif

4. Évaluation clinique

Après l'évaluation, les médecins-conseils prennent contact avec les médecins traitants si nécessaire, mais aussi et surtout avec l'assistant-e social-e, pour discuter des observations, des limitations constatées et ainsi parvenir à un consensus concernant la prise en charge du-de la bénéficiaire

5. Restitution d'un bilan

Une lettre de bilan fonctionnel, contenant les limitations physiques et psychiques du-de la bénéficiaire et des propositions de mesures ou de soins, est envoyée aux assistant-e-s sociaux-ales avec une copie aux médecins traitants

entretien «tripartite» est proposé pour certaines situations particulières. Le-la bénéficiaire est vu-e avec le-la psychiatre-conseil, en présence de son assistant-e social-e, dans le Centre social régional (CSR). Lors de cet entretien commun, l'échange entre les différent-e-s interlocuteur-trice-s est facilité. L'interaction directe entre les assistant-e-s sociaux-ales et le-la psychiatre-conseil permet une meilleure compréhension mutuelle des enjeux respectifs, notamment par la clarification des difficultés inhérentes à un éventuel trouble psychique, ainsi que par la reconnaissance de la souffrance psychique qui peut en découler pour le-la bénéficiaire. Cette démarche peut également favoriser une diminution des a priori sur la maladie mentale, permettre une rencontre plus authentique entre l'assistant-e social-e et la personne concernée et faciliter une entrée en soins chez une personne jusqu'à présent résistante. En effet, il arrive que des bénéficiaires ne soient pas disposé-e-s à des soins qui leur ont été proposés dans le passé et qu'une intervention psychiatrique sans préparation préalable puisse être vécue comme une intrusion (sentiment de stigmatisation, population vulnérable, etc.).

Lors de cette intervention, les possibles tensions sous-jacentes ou les blocages émotionnels des relations peuvent être observés et travaillés. Des pistes individualisées peuvent alors être élaborées et ajustées au contexte, ainsi qu'aux capacités et aux limites des bénéficiaires.

Discussion de situations sur dossier

Il s'agit d'une réunion permettant aux assistant-e-s sociaux-ales d'évoquer avec les médecins-conseils certaines situations complexes sur dossier de manière anonyme et en l'absence des bénéficiaires. Cette méthode aide à cibler les personnes à soumettre pour une évaluation par le médecin-conseil et autorise une meilleure compréhension mutuelle des enjeux respectifs par une interaction directe entre les assistant-e-s sociaux-ales et les médecins-conseils. En outre, elle participe à l'élaboration de pistes individualisées en amont (anticiper) ou en aval (préciser) d'une soumission du cas.

Cet espace de discussion favorise non seulement la collaboration entre les différent-e-s intervenant-e-s, mais il participe aussi à optimiser la mise en place des stratégies de soutien à la personne.

PRÉSENCE PRÉPONDÉRANTE DE TROUBLES PSYCHIQUES PARMIS LES BÉNÉFICIAIRES DU REVENU D'INSERTION

Les échanges et les réflexions effectués entre médecins-conseils des disciplines somatiques et psychiatriques peuvent être considérés comme un exemple réussi d'un modèle biosychosocial appliqué à une population vulnérable et dans un contexte de soins communautaires. En effet, les souffrances psychiques s'expriment parfois uniquement par une incapacité d'accomplir une activité professionnelle ou des mesures d'insertion. La prise en considération de cette problématique est très importante afin de pouvoir éviter le développement de troubles psychiques plus sévères et leur chronicisation éventuelle. La mobilisation du-de la médecin-conseil, qui s'avère être régulièrement le-la premier-ère intervenant-e,

permet de détecter ces moments critiques, et aide à initier la prise en charge sociale (RI) et/ou médicale (médecin généraliste, psychiatre, etc.). Ces interventions sont d'autant plus précieuses pour les jeunes bénéficiaires pour lequel-le-s des difficultés d'insertion professionnelle peuvent être les premiers signes uniques d'une souffrance psychique plus profonde.⁴ La reconnaissance et la validation de la souffrance du-de la bénéficiaire ouvrent pour lui-elle une perspective de soins et permettent d'établir un premier lien de confiance. Dans cette perspective, le dialogue interdisciplinaire avec des assistant-e-s sociaux-ales qui se préoccupent avant tout des potentialités du bénéficiaire à pouvoir intégrer le monde professionnel permet d'instaurer une dynamique qui prend en compte de la manière la plus appropriée possible ses forces et ses fragilités.

CONCLUSION

L'expérience des clinicien-ne-s du dispositif REVIAC démontre que les trois quarts des situations soumises comportent des problématiques en lien avec une souffrance psychique significative. Une intervention interdisciplinaire est alors nécessaire pour que le-la médecin-conseil puisse contribuer à la prise en charge des bénéficiaires présentant des troubles «complexes». Il-elle doit bien connaître son terrain d'action et s'adapter à des besoins personnalisés. L'intervention des médecins-conseils auprès d'un-e bénéficiaire pourrait être vue comme un appui à la liaison entre les assistant-e-s sociaux-ales et les soins communautaires. Avec un accès privilégié aux enjeux entre l'intervenant-e social-e et le-la bénéficiaire, le-la médecin-conseil agit comme un catalyseur de cette relation et contribue à surmonter des obstacles liés aux difficultés d'interaction. La création ou l'activation du réseau de soins est une plus-value permettant un ajustement

de la prise en charge des bénéficiaires. Il-elle est considéré-e comme une personne avec des limitations mais également avec des ressources mobilisables.

Remerciements: Les auteur-e-s remercient chaleureusement M. Patrick Esteve ainsi que les Dr-e-s Frédérique Zihlmann et Dimitri Politis pour la relecture de cet article.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les médecins-conseils du revenu d'insertion (RI) ont un rôle de soutien aux assistant-e-s sociaux-ales dans l'accompagnement des bénéficiaires du RI à l'insertion socioprofessionnelle en apportant un regard médical
- La majorité des situations rencontrées dans le dispositif REVIAC impliquent une problématique psychique
- L'intégration de psychiatres parmi les médecins-conseils est essentielle pour garantir une approche biopsychosociale auprès d'une population précarisée

1 Koutaïssoff D, Stadelmann S, Simon-Vermet P, Gervasoni JP. Évaluation du projet SPAS-PMU REVIAC. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), 2015.
2 Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, et al. Massachusetts General Hospital Handbook of General Psychiatry. 6e édition, Saunders Elsevier Inc., 2010, pp. 15-37, 651-7, 697-703.

3 **Engel GL. The Biopsychosocial Model and the Education of health Professionals. *Ann N Y Acad. Sci* 1978;310:169-87.

4 *Dudley R, Nicholson M, Stott P, Spoons G. Improving Vocational Outcomes of Service Users in an Early Intervention in Psychosis Service. *Early Interv Psychiatry* 2013;8:98-102.

* à lire

** à lire absolument