

INITIER LE SOIN : DES PROFESSIONNELS AU FRONT DE LA PRÉCARITÉ

ÉTAT DES LIEUX DES
ÉQUIPES MOBILES
PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ
EN AUVERGNE-RHÔNE-
ALPES

ORSPERE-SAMDARRA
2021
NOVEMBRE

Sommaire

SOMMAIRE.....	1
REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	4
LES EQUIPES MOBILES PSYCHIATRIE PRECARITE : CONSTATS DE L'ETUDE.....	12
I. Les EMPP : les dispositifs, leur organisation et leurs publics	12
II. La pratique des EMPP	20
III. L'EMPP au sein du réseau de partenaires	30
IV. L'EMPP et l'hôpital	37
V. Penser la place des EMPP dans l'offre de soins en santé mentale	45
PRÉCONISATIONS	54
Renforcer les moyens humains dans les équipes mobiles psychiatrie précarité	54
Renforcer les moyens matériels des équipes afin de faciliter leur travail au quotidien	55
Développer les partenariats et les actions favorisant la coordination des actions sur les territoires	56
Prendre soin des professionnels dans leurs pratiques	56
Créer une coordination des dispositifs EMPP sur la région Auvergne-Rhône-Alpes	57
CONCLUSION.....	59
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	61
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	64
ANNEXES (FICHES PAR DISPOSITIF).....	66
Équipe mobile santé mentale précarité de Bourg-en-Bresse – Ain (CSMP : Carrefour Santé mentale Précarité)	66
Équipes mobiles psychiatrie précarité de Vichy – Allier (EMPP : Centre hospitalier de Vichy)	74
Équipes mobiles psychiatrie précarité de Privas – Ardèche (EMPP : Centre hospitalier Sainte-Marie)	80
Équipes mobiles psychiatrie précarité d'Aurillac – Cantal (EMPP : Centre hospitalier d'Aurillac)	87
Équipes mobiles psychiatrie précarité de Valence – Drôme (EMPP : Centre hospitalier Drôme Vivarais)	91
Équipes mobiles psychiatrie précarité de Bourgoin-Jallieu – (ESMPI : Établissement de santé mentale Portes de l'Isère)	96
Équipes mobiles psychiatrie précarité de Grenoble – Isère (EMLPP : Équipe mobile de liaison psychiatrie précarité)	102
Équipes mobiles psychiatrie précarité de Vienne – Isère (Elips : Équipe de liaison intersectorielle Précarité Santé mentale)	109
Équipes mobiles psychiatrie précarité de Montbrison – Loire (Elipse : Équipe de liaison intersectorielle de psychiatrie pour les personnes en situation d'exclusion)	115
Équipes mobiles psychiatrie précarité de Roanne – Loire (EMPP : Centre hospitalier de Roanne)	121

Équipes mobiles psychiatrie précarité de Saint-Étienne – Loire (EMPP : CHU de Saint-Étienne – Interface) **127**

Équipes mobiles psychiatrie précarité du Puy-en-Velay – Haute-Loire (EMPP : Centre hospitalier Sainte-Marie) **133**

Équipes mobiles psychiatrie précarité de Clermont-Ferrand – Puy-de-Dôme (EMPP : Centre hospitalier Sainte-Marie) **139**

Équipes mobiles psychiatrie précarité de Lyon – Rhône (EMPP : Interface 9 Alynea) **148**

Équipes mobiles psychiatrie précarité de Lyon – Rhône (EMPP : Saint-Jean-de-Dieu ARHM – Interface SDF) **154**

Équipes mobiles psychiatrie précarité de Chambéry – Savoie (EMPP : Centre hospitalier de la Savoie) **161**

Équipes mobiles psychiatrie précarité de la Haute-Savoie **167**

Équipe mobile psychosociale du Chablais – Haute-Savoie **169**

Remerciements

Nous souhaitons remercier toutes les équipes mobiles psychiatrie précarité avec qui nous avons échangé pour leur confiance et leur disponibilité. Nous remercions particulièrement celles qui nous ont permis de nous joindre à elles pour des temps d'observation et d'immersion. Ces équipes nous ont chaleureusement accueillis.

Nous remercions tous les acteurs qui ont contribué de près ou de loin à une meilleure compréhension des contextes et enjeux territoriaux. À ce titre, la coordination régionale des permanences d'accès aux soins de santé nous aura été d'une grande aide.

Nous souhaitons remercier enfin l'agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes pour sa confiance.

Introduction

À partir des années 1960, plusieurs circulaires¹, lois, arrêtés et réformes organisent la sectorisation et la décentralisation des soins. Il s'agit alors de lutter contre la ségrégation des personnes qui présentent des troubles mentaux en proposant des soins de proximité, dans la cité. Les centres médico-psychologiques (CMP) ainsi que les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) sont créés dans cette optique, avec pour objectifs de «diminuer la nécessité d'hospitalisations par une prise en charge extrahospitalière en amont et en aval si l'hospitalisation n'a pas pu être évitée. L'offre de soins dans la ville, c'est-à-dire proche du lieu de résidence des usagers, évite l'isolement et le stigmate ou plus globalement, les effets iatrogènes dus à la concentration des soins dans les hôpitaux psychiatriques²». Idéalement, ce système devait permettre l'accès de tous aux soins en santé mentale.

Dès les années 1990, on constate un essor de la mobilité des dispositifs de soins avec, dès 1993, la création du Samu social fondé par Xavier Emmanuelli. Il s'agit d'un des premiers dispositifs d'«aller vers» pour les personnes en

situation de grande exclusion. À cette époque «il n'y avait pas d'autres possibilités ni d'autres dispositifs pour garantir l'accueil et la prise en charge de ces personnes³».

En 1996, le rapport *Psychiatrie et grande exclusion*⁴ montre l'existence d'inégalités sociales de santé ayant des impacts concrets sur l'accès aux soins, notamment de santé mentale, pour les personnes les plus précaires. En parallèle, le rapport du groupe de travail «Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale» dénonce «une souffrance qu'on ne peut plus cacher⁵» et met à jour l'importance des souffrances psychiques des personnes en situation de précarité et la nécessité de les prendre en compte. Les préconisations de ce rapport conduiront notamment à la création des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). La circulaire du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale⁶ met en place des mesures visant à réduire les inégalités sociales face aux soins, notamment la mise en place des PASS dont l'objectif est de faciliter l'accès aux droits et aux soins de santé des

¹ Notamment : Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Ainsi que : Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000295864>

² Marques, A. (2010). *Construire sa légitimité au quotidien. Le travail micropolitique autour d'une équipe mobile de psychiatrie précarité* [thèse de doctorat en sociologie]. École des Hautes Études en sciences sociales, France. p. 86.

³ Emmanuelli, X. (2018). «Aller vers» les grands exclus : la création du Samu social. *Rhizome*, (68), 5.

⁴ Patris, C. et Roger-Lacan, C. (1996). *Psychiatrie et grande exclusion*. <https://www.vie-publique.fr/rapport/25199-psychiatrie-et-grande-exclusion-rapport>

⁵ Lazarus, A. et Strohl, H. (1995). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* [rapport]. <https://www.vie-publique.fr/rapport/24900-une-souffrance-quon-ne-peut-plus-cacher-rapport>

⁶ Circulaire DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV 3 n° 98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

personnes les plus démunies. Le Gouvernement demande également par cette circulaire aux directions des hôpitaux « de sensibiliser à nouveau le personnel hospitalier pour qu'ils exercent une particulière vigilance afin de faciliter l'accueil des plus démunis ».

Les premières **équipes mobiles psychiatrie précarité** sont créées à la fin des années 1990 mais c'est seulement en 2005 que ces dispositifs seront formalisés et pérennisés par la circulaire relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion, dans laquelle leurs « principes d'action sont exposés de façon précise, dont la dynamique "d'aller vers" ; celle-ci est donc une forme de pratique qui tente de réduire les inégalités d'accès aux soins, ce que la psychiatrie n'a pas su réaliser suffisamment malgré le postulat initial : pas de discrimination⁷ ! » Les EMPP sont donc créées pour « améliorer les réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité⁸ » dans un contexte où le secteur psychiatrique – dont les CMP constituent les dispositifs de proximité – ne couvre pas tous les besoins, notamment ceux des publics en situation de grande précarité.

Ces équipes doivent donc répondre à l'idéal de non-discrimination de la philosophie originelle du secteur et permettre à tous un accès aux soins en santé mentale effectif en proposant des actions d'aller vers les publics les plus

démunis : « [...] si tu ne viens pas au secteur, le secteur ira à toi⁹ ! »

Le contexte a beaucoup évolué depuis la circulaire de 2005. Cette dernière définit de manière succincte les publics visés par les équipes mobiles psychiatrie précarité, leurs missions et principes d'action ainsi que le fonctionnement de ces dispositifs : il s'agit d'aller vers les personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale, « qu'elles souffrent d'une pathologie psychiatrique avérée ou d'une souffrance psychique générée par la situation de précarité et d'exclusion » et ce « quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment » afin de « faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire ». Il s'agit également de venir en soutien, par des appuis ponctuels, des formations et des étayages cliniques aux acteurs de première ligne « exprimant des difficultés face à des manifestations de souffrance ou de troubles psychiques des usagers ». Les EMPP doivent également assurer « une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion ». Pour réaliser leurs missions, la circulaire précise que les dispositifs doivent être constitués d'une « équipe pluridisciplinaire coordonnée par un psychiatre ». Enfin, pour pouvoir fonctionner correctement, l'équipe doit « veiller à

⁷ Mercuel, A. (2018). « Aller vers... » en psychiatrie et précarité : l'opposé du « voir venir... » ! *Rhizome*, (68), 3-4.

⁸ 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 œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire->

dhoso2dgs6cdgas1a1b-n-2005-521-du-23-novembre-2005-relative-a-la-prise-en-charge-des-besoins-en-sante-mentale-des-personnes-en-situation-de-precarite-et-d'exclusion-et-a/

⁹ Mercuel, A. (2018). « Aller vers... » en psychiatrie et précarité : l'opposé du « voir venir... » ! *Op. cit.*

l'intégration de leur action dans un partenariat dense et formalisé» avec l'hôpital, les praticiens libéraux et plus généralement toutes les structures médicales et sociales du territoire couvert.

Plusieurs rapports notent la pertinence et la plus-value des EMPP dans le champ de l'offre de soins en santé mentale : l'évaluation nationale des EMPP commanditée par la direction générale de l'Offre de soins (DGOS) au cabinet Itinere conseil en 2015¹⁰ notait par exemple que «les EMPP agissent globalement de manière conforme au cahier des charges» et que ces équipes «sont aujourd'hui un interlocuteur indispensable des acteurs sociaux en matière de santé mentale des personnes en situation de précarité ou d'exclusion». Michel Laforcade rappelle la valeur des EMPP dans son *Rapport relatif à la santé mentale*¹¹ en proposant notamment d'étendre ces dispositifs à tous les territoires nationaux. La Feuille de route de la santé mentale et psychiatrie publiée en 2018 par le ministère des Solidarités et de la Santé a pour objectif «l'amélioration des conditions de vie, de l'inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique, l'amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements». Le document précise que ces objectifs ne seront possibles que «dans une approche transversale de la politique de santé mentale, territorialisée dans

le cadre des projets territoriaux de santé mentale, dans une dynamique d'«aller vers» et d'*empowerment*¹²». Plus récemment, en juillet 2020, la mesure 27 des conclusions du Ségur de la santé¹³ vise à lutter contre les inégalités de santé et propose de «recourir aux démarches d'aller vers pour toucher les plus exclus au travers de dispositifs mobiles». Au printemps 2021, des moyens supplémentaires sont d'ailleurs attribués aux EMPP dans le cadre du Ségur de la santé.

Ainsi, des mesures sont prises pour favoriser le droit de tous à être soigné. Cependant, comme l'indique Nicolas Chambon et Gwen Le Goff, «au-delà de l'accès au droit à être soigné, son effectivité pose question. En effet, ce n'est pas parce que l'on a le droit à être soigné que l'on est soigné. Les dispositifs pour précaires visent essentiellement l'accès aux soins (Marques *et al.*, 2013) et non pas le soin véritablement. Ces dispositifs sont des portes d'entrée du soin (des tremplins) et doivent ensuite orienter vers le droit commun. Cependant, cela ne va pas de soi. Le constat est fait qu'en dépit d'une diversification des dispositifs d'accès au droit et de prises en charge médico-sociales, ces publics cumulant des vulnérabilités sociales, médicales, administratives et juridiques, souvent imbriquées, parviennent difficilement à s'inscrire durablement dans les circuits d'affiliation classiques¹⁴». Il subsiste donc, pour

¹⁰ Picon, E., Crovella, E., Lecouturier, F., Minet, B. et Seigneur, R. (2015). *Évaluation des EMPP. Rapport DGOS*.

¹¹ Laforcade, M. (2016). *Rapport relatif à la santé mentale*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

¹² Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018, 28 juin). Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie. *Feuille de route santé mentale et psychiatrie*. [\[presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018\]\(https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018\). p. 4.](https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-</p></div><div data-bbox=)

¹³ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2020, juillet). *Ségur de la santé. Les conclusions*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf

¹⁴ Chambon, N. et Le Goff, G. (2016). Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie. *Revue française des affaires sociales*, (6), 123-140.

les populations les plus précaires, des difficultés pratiques à accéder aux soins, notamment de santé mentale.

Aujourd'hui, la saturation du secteur psychiatrique, l'évolution des publics rencontrés et les modalités pratiques d'intervention des équipes nous invitent à repenser le rôle et la place des EMPP dans l'offre de soins en santé mentale. La circulaire de 2005 est-elle toujours valable dans le contexte actuel ? Comment les équipes mobiles psychiatrie précarité prennent-elles place dans

une offre de soins en santé mentale toujours plus saturée, mais qui paradoxalement aurait tendance à recentrer son activité sur le trouble ? Comment envisager l'avenir des dispositifs EMPP dans l'offre de soins en santé mentale ?

À travers cette enquête, nous avons essayé de mieux comprendre ces dispositifs et de porter une réflexion sur la place de leurs modalités d'action spécifiques dans le champ de la santé mentale.

Objectifs de l'étude

En 2020, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes sollicite l'Orspere-Samdarra afin de réaliser un état des lieux des **équipes mobiles psychiatrie précarité** de la région. Il s'agit alors de réaliser une enquête qualitative afin de mieux saisir les modalités d'intervention de ces équipes ainsi que les enjeux liés à la prise en charge des publics en situation de précarité qu'elles reçoivent.

Les objectifs de cette étude sont les suivants :

- décrire les organisations et modalités d'action : composition des équipes, file active, couverture territoriale, les modalités d'intervention à destination du public (permanences, aller vers, etc.) et des professionnels de première ligne, les partenariats ;

- documenter les leviers et les obstacles à la continuité des parcours de soins coordonnés par l'EMPP, les liens avec le secteur, les orientations possibles, etc. ;
- expliciter les articulations avec les partenaires, comment l'EMPP est sollicitée, de quelle manière, par qui et pour quelles raisons ;
- identifier les besoins, les difficultés et les ressources des équipes en termes de coordination, de formation, de ressources humaines ;
- recueillir le point de vue des personnes concernées par l'accueil au sein des EMPP : leurs attentes, besoins, point de vue sur les prises en charge, etc.

Méthodologie

Le projet d'état des lieux a débuté en juillet 2020 et s'est terminé en mai 2021. L'étude a porté sur les 17 EMPP de la région en

activité au moment de l'état des lieux¹⁵. Elle a été menée par une psychologue, un chargé d'étude en sociologie ainsi qu'une étudiante en

¹⁵ Au moment du projet, certaines équipes étaient en cours de « réactivation », de création ou sans effectifs.

sciences politiques en stage à l'Orspere-Samdarra. Elle a été supervisée tout au long du projet par l'équipe pluridisciplinaire de l'Orspere-Samdarra.

Rencontrer les professionnels

Au total, **17 entretiens** formels réalisés en présentiel et en visioconférence¹⁶ ont eu lieu afin de mieux connaître ces dispositifs, leurs modalités de fonctionnement, la typologie des publics reçus ainsi que les difficultés et besoins rencontrés. Il s'agissait également d'avoir une représentation du contexte territorial de chaque dispositif afin de mieux comprendre les leviers et obstacles concernant l'accès aux soins des publics concernés. D'autres échanges plus informels ont pu avoir lieu avec les équipes tout au long du projet afin d'affiner notre compréhension de celles-ci. Au-delà des entretiens avec les EMPP, quelques acteurs et partenaires extérieurs ont été rencontrés afin de mieux appréhender la situation globale sur certains territoires.

À la suite de ces entretiens, des fiches de présentation de chaque EMPP ont été réalisées puis transmises aux équipes pour validation. Vous trouverez ces fiches en annexe de ce rapport.

Observations auprès des équipes

Les professionnels des EMPP ont répondu favorablement à nos demandes de temps de présence dans leurs locaux et d'accompagnement sur le terrain. Dans ce

cadre, nous avons pu réaliser **18 demi-journées d'observation**.

Ces temps nous auront permis de voir le quotidien des équipes et notamment d'assister à :

- des temps de soutien aux intervenants sociaux;
- des entretiens individuels avec différents publics;
- des temps et ateliers collectifs (avec les partenaires et avec les publics)
- des pratiques d'aller vers en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), au domicile des personnes, en centre d'hébergement pour demandeur d'asile (CADA), en accueil d'urgence;
- des temps de réunion avec les partenaires sur des situations cliniques complexes et à des temps de coordination des actions;
- des réunions d'équipe et temps d'échange clinique.

Ces différentes observations nous ont permis d'affiner notre compréhension des réalités de travail vécues par les professionnels des EMPP. Elles nous ont également permis de réaliser des entretiens informels avec certaines personnes accompagnées.

Des temps d'échange et de réflexion

Dans le cadre de ce projet et afin de nourrir une réflexion commune sur certaines thématiques centrales en lien avec les missions des EMPP, l'Orspere-Samdarra a proposé des temps d'échange et de réflexion, à destination des

¹⁶ Même si nous avons tenté de privilégier largement le présentiel, la situation sanitaire nous a obligé à recourir à la visioconférence pour quelques entretiens.

EMPP de la région, afin de favoriser l'interconnaissance des dispositifs. Il s'agissait de penser collectivement les pratiques des EMPP à partir des expériences et des initiatives intra- et extrarégionales, afin notamment d'alimenter la réflexion et d'affiner les préconisations formulées dans ce rapport. Au total, **quatre rencontres** en visioconférence ont eu lieu entre mars et avril 2021¹⁷ réunissant 65 participants.

Les thématiques de ces rencontres étaient les suivantes :

- « Ciné rencontre *Avec les mots des autres* » : film documentaire d'Antoine Dubos sur l'équipe mobile psychiatrie précarité de Chambéry. Le réalisateur et l'équipe de l'EMPP de Chambéry étaient présents. Les participants ont pu échanger sur leurs pratiques, notamment vis-à-vis de l'interprétariat;
- « L'EMPP au sein du secteur » : cette rencontre a permis d'échanger sur la place que peut occuper une EMPP au sein de

l'organisation sectorielle de la psychiatrie. Alain Mercuel a présenté le pôle Psychiatrie et Précarité du groupement hospitalier universitaire (GHU) de Paris et Anne-Laure Pontonnier l'équipe de l'EMPP de Sainte-Marie à Clermont-Ferrand;

- « Les EMPP en réseau » : ce temps d'échange a permis de travailler sur les modalités possibles de partenariat et de coordination des actions autour des publics en situation de vulnérabilité. Sylvie Robert, Hamel Djeddi et Christelle Lemaire ont présenté le réseau Santé Solidarité Lille Métropole et l'EMPP de Roanne nous a parlé des modalités de collaboration avec leurs partenaires;
- « Des modalités d'aller vers » : cette rencontre a permis d'échanger sur les différentes pratiques d'aller vers. L'équipe mobile de Montbrison a pu expliquer leur fonctionnement sur un territoire rural et Nicolas Ordener, médiateur santé à l'EMPP MARSS de Marseille nous a présenté sa pratique de médiateur en santé.

Quelques définitions

Il nous paraît important de revenir sur certaines définitions afin de mieux appréhender la pratique spécifique des équipes mobiles.

Pauvreté et précarité

Sur le plan sémantique, la pauvreté s'entend principalement comme l'absence ou l'insuffisance de ressources monétaires : « La pauvreté, c'est avoir peu, et l'on sait qu'il peut

y avoir des cultures de la pauvreté; si le mépris social s'en mêle, cela modifie la donne, mais non la définition. Le seuil de pauvreté varie selon les contextes et les cultures¹⁸. »

La précarité est quant à elle une notion beaucoup plus large et complexe. Selon Jean Furtos, elle correspond à « la peur de perdre¹⁹ » ce qu'il nomme les « objets sociaux ». Il s'agit de la peur, pour l'individu, de perdre les choses qui

¹⁷ <https://www.orspere-samdarra.com/2021/groupes-dechange-empp-equipes-mobiles-psychiatrie-precarite-2021/>

¹⁸ Furtos J. (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le Carnet psy*, 156(7), 29-34. p. 30.

¹⁹ *Ibid.*, p. 30.

lui procure une sécurité dans son existence : « emploi, argent, pension de retraite, logement, formation, diplômes²⁰ ». Jean Furtos précise néanmoins que « ce que l'on appelle "grande précarité" est effectivement synonyme de pauvreté, voire de misère²¹ ».

L'impact de la pauvreté et de la précarité sur la santé mentale des individus fait l'objet de nombreuses études depuis les années 1960. Ces dernières mettent toutes « en valeur la fréquence accrue des problèmes de santé mentale chez les populations pauvres, sans emploi ou sans domicile²² ». Le rapport Samenta réalisé par l'Observatoire du Samu social de Paris et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) en 2010²³ met en avant la prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes sans domicile notamment.

La santé mentale

Il n'y a pas de définition unanime de la santé mentale. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) en propose quant à elle une définition en trois dimensions²⁴. Celles-ci ne sont pas exclusives, c'est-à-dire qu'une personne peut avoir un trouble mental, être en souffrance psychologique, mais aussi disposer d'une santé

mentale positive. La santé mentale est subjective, elle évolue au cours du temps et des événements auxquels font face les individus.



Les troubles mentaux

Les troubles mentaux sont caractérisés à partir de critères définis par les manuels diagnostiques de référence (Classification internationale des maladies [CIM], *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM])²⁵. Ces classifications renvoient à des critères précis définissant les troubles, ainsi qu'à des actions thérapeutiques ciblées, de durée variable et pouvant être plus ou moins sévères et invalidants.

²⁰ *Ibid.*, p. 31.

²¹ *Ibid.*, p. 30.

²² Saïas, T., Greacen, T., Brengard, M., Lejoyeux, M. et Bourdais, M. (2008). Troubles de santé mentale, recours aux soins et au soutien social chez une population vulnérable : l'exemple des centres maternels de Paris. *L'Encéphale*, 34(6), 584-588.

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.01.003>

²³ Laporte, A. et Chauvin, P. (2010). Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France. Observatoire du Samu Social de Paris, Inserm. <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925> - :~:text=Concernant la santé mentale et,même au sujet des addictions

²⁴ Dans le rapport *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*, publié par le Centre d'analyse stratégique le 17 novembre 2009, il est précisé qu'une telle distinction fut établie lors de la première conférence ministérielle européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la santé mentale, qui s'est tenue à Helsinki en janvier 2005. Dans le cadre de celle-ci, la Déclaration et le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe ont été signés et approuvés au nom des ministres de la Santé des 52 États membres de la région européenne de l'OMS.

²⁵ Le DSM, réalisé par l'Association américaine de psychologie, a été publié pour la première fois en 1952. La CIM est publiée par l'OMS.

La souffrance psychosociale

Il s'agit d'«un état de mal être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental». Cette détresse, non pathologique, n'entraîne pas forcément de troubles mentaux (même si elle peut y être associée). Le degré d'intensité de la souffrance psychique, sa permanence, sa durée, ainsi que de ses conséquences détermineront également les besoins de prise en charge.

Lorsque la détresse psychologique est liée à une problématique sociale (par exemple lorsqu'elle apparaît à la suite de la perte de son logement, de son travail ou au fait de subir une situation de précarité...), elle est appelée «souffrance psychosociale» ou «souffrance psychique d'origine sociale».

La santé mentale positive

La santé mentale positive fait référence «soit à un état de bien-être, un sentiment de bonheur ou de réalisation de soi, soit à des caractéristiques de personnalité (résilience, optimisme, capacité de faire face aux difficultés, impression de maîtriser sa vie,

estime de soi)²⁶». C'est un état positif, d'équilibre et d'harmonie entre les caractéristiques de l'individu et celles du milieu auquel il doit s'adapter.

Si, dans la sphère des troubles mentaux, la psychiatrie fait partie des acteurs de référence, elle n'est pas le seul acteur dans l'accompagnement des personnes en souffrance psychique. Lorsque cette souffrance psychique est d'origine sociale, la clinique psychosociale trouve alors toute sa place.

La clinique psychosociale

La clinique psychosociale considère toutes les situations qui engendrent l'exclusion et la précarité sociale : pauvreté, absence de logement, perte de liens familiaux et/ou sociaux, perte du travail ou de tout ce qui donne un statut, une reconnaissance d'existence, une valeur, qui permet d'être en relation. Il s'agit de «L'ensemble des pratiques qui prennent en compte l'expression d'une souffrance sur les lieux du travail social et différentes scènes publiques²⁷».

²⁶ Silvadon, P. et Duron, J. (1979). *La santé mentale*. Privat. Cité dans : Centre d'analyse stratégique. (2009, 17 novembre). *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie [rapport]*.

²⁷ Furtos, J. et Laval, C. (2005). *La santé mentale en actes, de la clinique au politique*. Érès. p. 11.

Les équipes mobiles psychiatrie précarité : constats de l'étude

Des fiches de présentation détaillées des EMPP sont présentées en annexe de ce rapport.

Il nous paraît important de préciser dès maintenant, comme nous l'expliquerons par la suite, que les données chiffrées recueillies lors de cet état des lieux représentent l'activité observée à partir d'un croisement et d'une interprétation des données (entretiens avec les équipes, recueils de données Piramig et rapports d'activité). Les équipes ont été en effet

confrontées à une difficulté pour quantifier une activité dont beaucoup d'actes, aux interstices du social et du soin, ne sont que difficilement objectivables et chiffrables. Aussi, plusieurs facteurs que nous développerons plus loin dans ce rapport rendent difficiles la valorisation et la traçabilité de l'activité.

I. Les EMPP : les dispositifs, leur organisation et leurs publics

L'objectif des EMPP est d'améliorer la réponse aux besoins en santé mentale des publics en situation de grande précarité et d'exclusion. Il s'agit alors de proposer des modalités d'action spécifiques et d'aller vers les populations les plus éloignées du soin afin de leur offrir un accompagnement global et cohérent vis-à-vis des difficultés qu'elles rencontrent. Bien qu'elles portent des missions similaires, les EMPP sont hétérogènes aussi bien dans leur fonctionnement que dans leur structuration. Les équipes sont en grande majorité financées uniquement par l'ARS, mais certaines bénéficient également du soutien des collectivités territoriales.

1. La composition des équipes et l'organisation du temps de travail

Les 17 équipes mobiles de la région Auvergne-Rhône-Alpes (AURA) sont majoritairement composées d'infirmiers et de psychologues. Les postes de psychiatres, bien que toujours

occupés en théorie, ne sont la plupart du temps pas ou peu effectifs. Les dispositifs incluent parfois un temps de secrétariat et – de manière très marginale – de travailleur social (c'est notamment le cas lorsque les équipes sont fusionnées avec les PASS). Certains temps de travail des professionnels sont partagés avec d'autres structures de soins comme les CMP, ce qui facilite parfois des relais vers ces dispositifs.

2. Comment les EMPP sont-elles interpellées ?

La demande d'intervention émane, dans l'immense majorité des cas, des intervenants sociaux du territoire qui sollicitent l'EMPP sur les situations qui les mettent en difficulté, pour une rencontre avec la personne ou un éclairage clinique.

Les entretiens de première intention tout comme les entretiens de suivi sont menés la majeure partie du temps par un seul professionnel de l'EMPP, généralement un infirmier, qui peut dans un second temps

orienter les personnes vers ses collègues si cela lui semble nécessaire. Dans quelques EMPP, les entretiens sont systématiquement réalisés en binôme. Ils peuvent également avoir lieu ponctuellement avec le partenaire ayant sollicité l'EMPP, afin de faciliter le lien, notamment pour la première rencontre.

Ces entretiens peuvent déboucher sur une orientation ou sur la mise en place d'un suivi par l'EMPP, en fonction des besoins de la personne rencontrée et des ressources locales.

3. Au sein des EMPP

La mobilité des EMPP donne une importance toute particulière aux temps de réunions d'équipe pour échanger sur des situations, sur des partenaires et coordonner les actions sur le territoire. En raison de la mobilité constante des professionnels induite par la démarche d'aller vers et des fonctionnements à temps partiel de nombre d'entre eux, ces occasions peuvent être rares selon les équipes. Aussi, les réunions d'équipe ne sont pas systématiquement instaurées, dépendantes du fonctionnement propre de l'EMPP et de la largeur du territoire d'intervention. Dans certaines, il s'agira d'une demi-journée de réunion hebdomadaire, alors que pour d'autres, cette demi-journée n'aura lieu que mensuellement :

« Le vendredi après-midi, c'est notre temps de réunion clinique, la réunion d'équipe. C'est le seul temps où on est tous ensemble vraiment sur un temps posé. On est tous à temps partiel donc c'est un

temps qui rassemble, qui regroupe²⁸. »

La coordination de l'équipe est souvent portée en interne par l'un de ses professionnels (parfois un infirmier, un psychologue, le psychiatre) ou par un cadre de santé. Faute de moyens, les soignants doivent alors faire un choix entre le fait d'accorder du temps à la coordination ou à la pratique auprès des publics et professionnels, ce qui se traduit souvent par une moins bonne organisation d'équipe et une réduction du temps de consultation avec les usagers :

« Mais il n'y a personne pour nous dire : "Ben regardez, il est sorti tel décret par rapport à... de coordonner, de rassurer l'équipe, de dire 'attention, regardez la note de service qui est sortie, ça s'applique comme ça et comme ça'..." Là, on est obligés nous d'aller chercher ces informations-là, et on est obligés de gérer nous-mêmes notre coordination. Donc ce temps-là finalement il n'est pas non plus dédié à l'utilisateur, et ce n'est pas non plus déduit de ce qu'on est censés faire ou pas. On se gère beaucoup seuls en fait. »

4. Contexte territorial et situation géographique

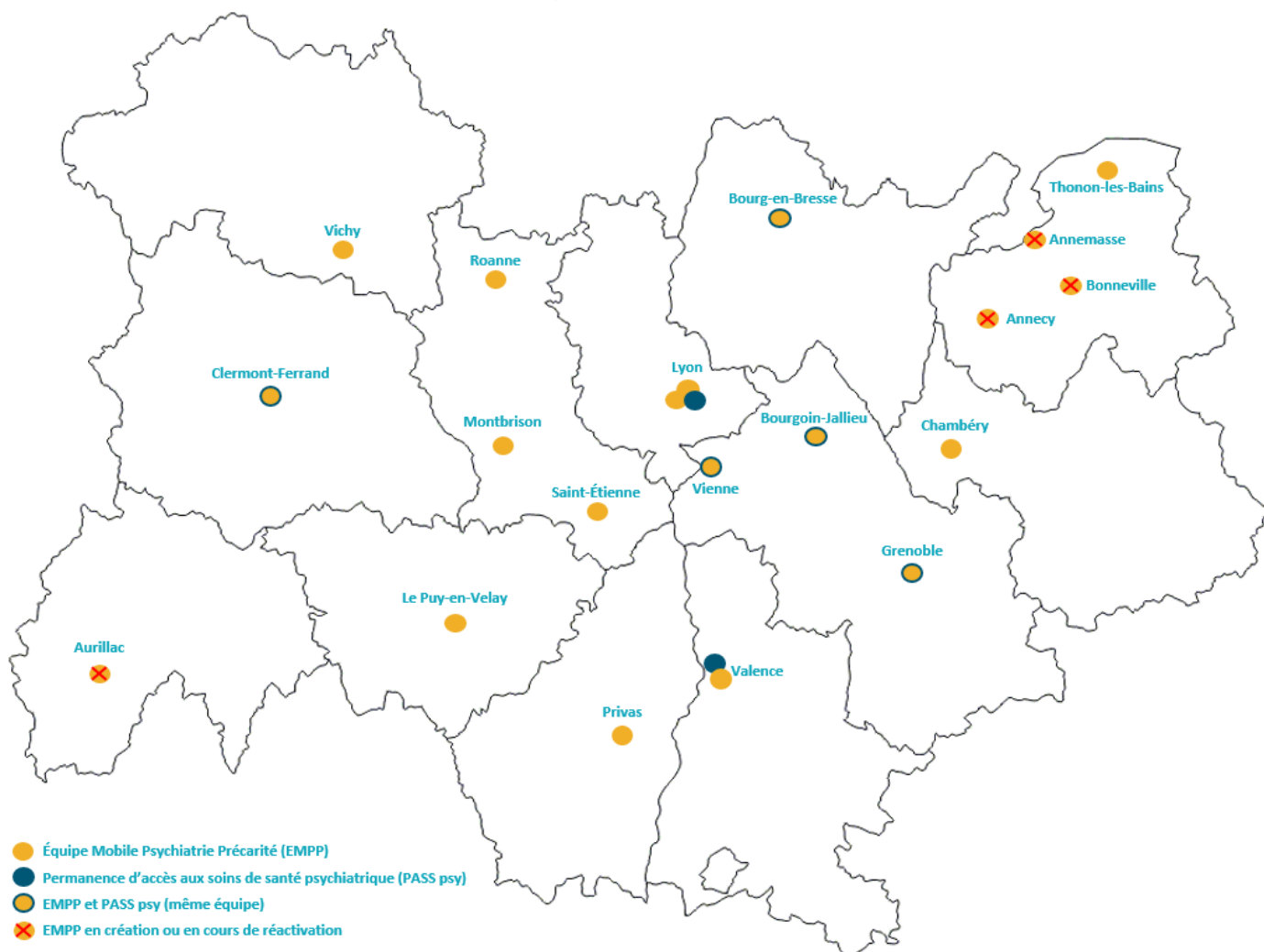
Les EMPP sont présentes sur tous les départements de la région, avec toutefois des inégalités territoriales importantes. La plupart du temps, les EMPP sont implantées dans les plus grandes villes et les secteurs d'intervention

²⁸ Les extraits d'entretiens du rapport sont systématiquement tirés de nos rencontres avec les professionnels des EMPP.

sont très inégaux à l'échelle départementale. Dans certains cas, les équipes arrivent à couvrir une large part de leur département, mais en fonction des distances à parcourir et du nombre de personnes concernées, il est très souvent impossible d'y parvenir. Certains territoires sont très étendus et l'investissement de temps

dans les déplacements prend dès lors une part importante de l'activité des professionnels.

La cartographie ci-dessous donne une représentation de l'implantation des EMPP sur la région AURA.



Les réalités des territoires sont extrêmement hétérogènes et les EMPP couvrent des zones très différentes : métropole, zone urbaine, semi-rurale, rurale. Selon les lieux, les publics en situation d'exclusion occupent divers espaces : visibles dans l'espace public en situation de mendicité, dans des campements

ou des squats, précarité plutôt retranchée dans des appartements, en structures d'hébergement collectif, etc.

Cette diversité des lieux de la précarité nécessite donc des modalités d'intervention

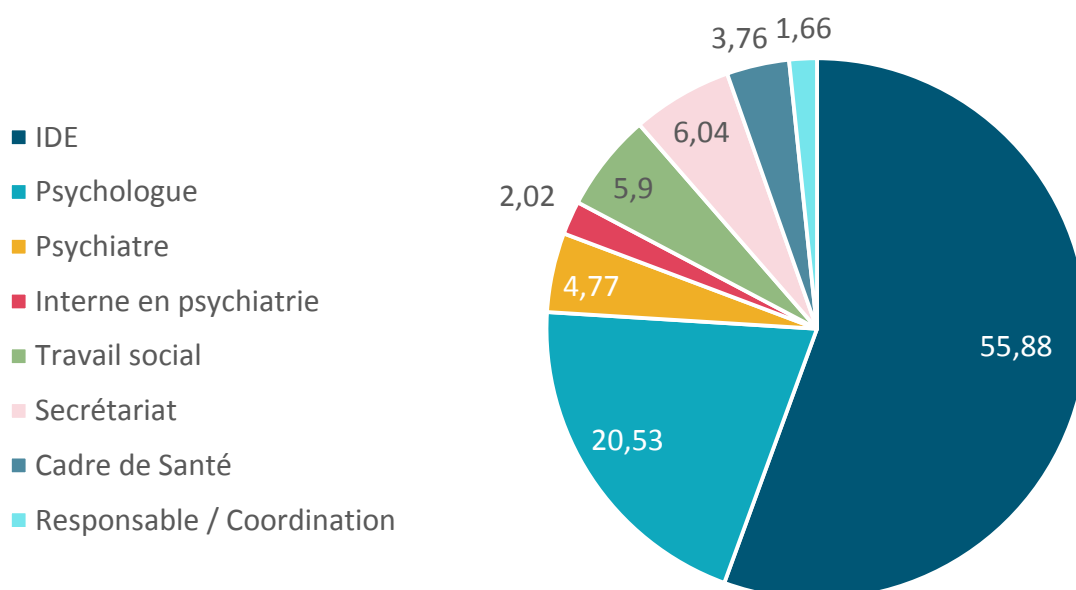
variées, qui sont également dépendantes du réseau partenarial existant sur le territoire.

5. Des équipes pluridisciplinaires

Les temps de travail dans les équipes et les répartitions par profession varient selon les

dispositifs. Le graphique suivant présente les équivalents temps plein globaux de l'ensemble des équipes EMPP sur le territoire de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

ETP par profession parmi l'ensemble des EMPP - 2020 - en %



Nous voyons ici que les équipes sont majoritairement composées d'infirmiers diplômés d'état (IDE) et de psychologues.

Les psychiatres représentent environ 5 % des temps de travail. Seules 7 équipes sur 17 disposent de temps de psychiatre effectifs. Les équipes de Grenoble, Clermont-Ferrand, Lyon et Chambéry concentrent environ 90 % des postes de psychiatres sur la région. La composition des équipes est assez variable d'un dispositif à l'autre, certaines fonctionnant par exemple uniquement avec des infirmiers, comme c'est le cas dans la Drôme.

Les postes de psychiatres demeurent peu nombreux contrairement à ce que prévoyait la circulaire de 2005 où une place toute particulière leur était accordée en termes de coordination et de liens avec les autres dispositifs de soins de droit commun.

Les temps dévolus à la pratique infirmière représentent 55,8 % des temps de travail des équipes sur la région. Les infirmiers occupent donc une place spécifique dans les équipes mobiles. Nous constatons ainsi que ce sont majoritairement eux qui portent aujourd'hui le soin en santé mentale au sein de l'EMPP.

À titre indicatif, parmi l'ensemble des EMPP, six travaillent en lien très étroit avec les PASS en milieu psychiatrique (PASS Psy) de leur secteur. Certaines de ces équipes sont d'ailleurs quasiment fusionnées : cela favorise généralement la mutualisation des temps de travail et permet que les personnes accompagnées par l'EMPP puissent également avoir accès à un accompagnement social.

6. Publics rencontrés et problématiques repérées

En 2005, la circulaire initiale des EMPP définit les personnes « en situation de précarité et d'exclusion » comme public cible de ces dispositifs.

Le récent rapport de la Fondation Abbé Pierre donne une représentation intéressante de l'évolution des personnes en situation de précarité en France. Il fait état de « 4,1 millions de personnes souffrant de mal-logement ou d'absence de logement personnel. Outre ces situations les plus graves, 12,1 millions de personnes sont touchées à des degrés divers par la crise du logement²⁹ ». Aussi, parmi ces chiffres, plus de 1 million de personnes sont privées de logement personnel. Le rapport précise également que le nombre de personnes sans domicile a doublé entre 2012 et 2020.

Ces chiffres participent à expliquer l'augmentation des files actives des EMPP qui rencontrent une part non négligeable de personnes sans domicile ou mal logées. Les

situations d'incurie dans le logement sont particulièrement présentes et mettent « à l'épreuve les frontières entre espace privé et espace public³⁰ ». Elles mobilisent beaucoup d'équipes, impliquant des liens importants avec les partenaires, notamment les bailleurs sociaux et les services des mairies.

Le public rencontré aujourd'hui dans le cadre des missions des EMPP s'est largement diversifié. Des professionnels exerçant depuis plusieurs années au sein de ces dispositifs expriment les évolutions rapides du public sur leur territoire : des « jeunes en errance³¹ » aux personnes déboutées de la demande d'asile, des femmes enceintes, des personnes vieillissantes, des hommes et des femmes en situation d'incurie dans le logement, des mineurs non accompagnés, des femmes victimes de violences. Parmi ces publics, on trouve de nouvelles figures de la précarité qui débordent parfois les cadres professionnels et amènent à de nouveaux questionnements sur les pratiques qui avaient été pensées dans la circulaire de 2005.

Les personnes en situation d'exil, qu'elles soient en demande d'asile ou déboutées, hébergées ou non constituent, selon les territoires, une part importante, voire la principale de la file active des EMPP. En effet, on constate depuis le milieu des années 2000, et plus encore depuis 2015, une hausse importante des arrivées sur le territoire français de personnes migrantes, comme en atteste l'augmentation des demandes d'asile. En effet, selon le rapport d'activité de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra), « le nombre global

²⁹ Fondation Abbé Pierre. (2021). *L'état du mal-logement en France. 26^e rapport*. <https://www.fondation-abbepierre.fr/actualites/26e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2021#telechargementreml2021>

³⁰ Sorba, M. (2018). Enquêter l'incurie et rencontrer une personne ? *Rhizome*, (68), 16-17. p. 16.

³¹ Chobeaux, F. (2016). Vingt-cinq ans de jeunes en errance active. Où en est-on ? *Rhizome*, (59), 23-29. p. 23.

de demandes de protection introduites s'élève en 2019 à 132 826 sur l'ensemble de l'année³² » alors qu'il était de 64 811 en 2014. Aussi, l'évolution du Dispositif national d'accueil (DNA) depuis 2015 a eu un impact fort sur la proportion de personnes migrantes dans les files actives des EMPP. En effet, en 2015, l'État français souhaitait alors répartir les populations migrantes sur le territoire national afin de « désengorger » les camps du nord de la France. Il crée donc un nouveau dispositif, le Centre d'accueil et d'orientation (CAO) réparti largement à travers toute la France et souvent sur des territoires ruraux concernés par l'intervention des EMPP.

Une étude du Comité pour la santé des exilés (Comede) atteste d'une prévalence importante d'un vécu de violences chez les personnes reçues dans leurs locaux pour un bilan de santé. Ainsi, entre « 2012 et 2016, 62 % des personnes accueillies ont déclaré des antécédents de violence, 14 % des antécédents de torture et 13 % des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle³³ ». Aussi, certaines études dénombraient en 2006 « au moins 20 % des réfugiés et demandeurs d'asile dans l'Union européenne sont gravement traumatisés du fait de la guerre, de la violence ou de persécutions qu'ils ont vécues dans leur pays d'origine et ont besoin d'un traitement et d'assistance³⁴ ».

Les pays d'origine des personnes migrantes varient en fonction des conflits géopolitiques.

De manière générale, les publics en situation de migration amènent des problématiques spécifiques nécessitant une forte adaptation des pratiques : le recours à l'interprétariat, la compréhension des enjeux administratifs dans lesquels ils sont pris, la forte confrontation à la question du traumatisme, les questions culturelles variées selon les flux migratoires qui rendent parfois difficile l'évaluation des situations, etc. Aussi, méconnaissant leurs droits, les personnes n'accèdent que difficilement aux dispositifs de droit commun.

On retrouve également dans la file active des EMPP un public plus historique, en situation de très grande précarité et qui souvent ne porte pas de demande. Comme l'explique Jean Furtos : « Le paradoxe est le suivant : plus une personne va mal psychologiquement, moins elle est en capacité de demander de l'aide, que ce soit sur le plan social, médical ou psychique. Cela va de la difficulté et du retard de la demande jusqu'à la récusation de l'aide. On peut parler d'un renoncement à l'aide, ce qui implique, pour les aidants potentiels, un temps de la patience afin de contourner cette difficulté qui n'abolit pas le besoin et qui implique aussi un savoir-faire particulier non décrit dans les livres³⁵. » Quel que soit le profil des personnes auprès desquelles elles interviennent, les EMPP tentent de répondre aux besoins d'un public qui n'accède pas, ou peu, aux soins psychiatriques et/ou de santé mentale dans les dispositifs de

³² Office français de protection des réfugiés et apatrides. (2020). *À l'écoute du monde. Rapport d'activité 2019*. <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/nos-publications/rapports-d-activite>

³³ Veisse, A. Wolmark, L., Revault, P., Giacomelli, M., Bamberger, M. et Zlatanova, Z. (2017). Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (19-20), 405-414.

³⁴ Agrali, S. et Morel, É. (2012). Prendre soin. *Maux d'exil*, (36), 3-4.

³⁵ Furtos, J. (2007). Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Mental'idées*, (11), 24-33. https://www.orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2021/01/Les_effets_cliniques_de_la_souffrance_psychique_d_origine_sociale-J_Furtos_Sept.2007.pdf

droit commun tels que les CMP. Les raisons de cet accès non effectif sont multiples : public trop précaire, trop allophone, trop chronophage, pas assez ponctuel, pas assez en demande de soins, etc. pour qu'un suivi en santé mentale soit possible. Il s'agit donc de publics «trop» ou «pas assez» et qui n'accèdent que peu aux soins, dans des institutions qui peinent à s'adapter à leurs situations et besoins spécifiques. Il s'agit également souvent de personnes en rupture avec le droit commun, parce qu'elles ont eu par le passé de mauvaises expériences, et ne veulent plus entendre parler de la psychiatrie.

La majorité des personnes rencontrées par les EMPP sont en situation de grande précarité. Parmi elles, on retrouve donc des publics dits «traditionnels» ayant un long parcours de rue, des personnes en situation de migration, mais également d'autres typologies de publics dont les situations posent question, par exemple :

- des femmes victimes de violences ;
- des personnes âgées ;
- des individus en situation d'isolement aggravée où la visite du soignant constitue une des seules interactions de l'utilisateur ;
- des publics confrontés à des problématiques d'addiction ;

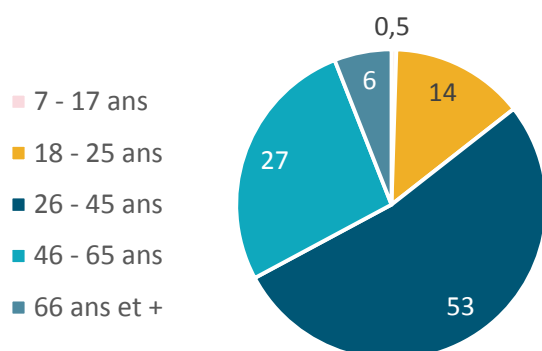
- des populations «à la marge» qui ne sont prises en charge dans aucun dispositif.

Ainsi, il n'y a pas de public homogène dans les EMPP, mais une importante diversité de personnes en situation d'exclusion, avec des besoins très spécifiques, et dont la réalité commune est de ne pouvoir accéder que difficilement aux soins de santé mentale dans le droit commun. Cette population très hétérogène, aux besoins divers, définit donc les multiples modalités d'intervention de l'EMPP, qui tente, ses différentes pratiques, de permettre l'accès aux soins en santé mentale de ces publics «à la marge».

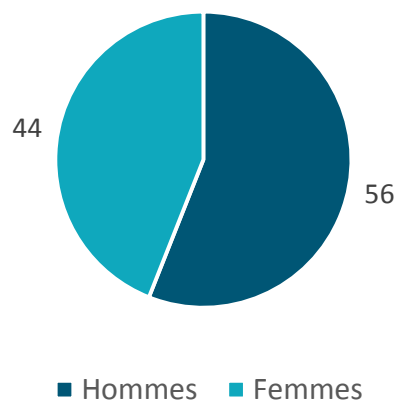
Parmi les caractéristiques globales des publics rencontrés par les EMPP, nous remarquons que plus de la moitié des personnes se situent dans la tranche d'âges située entre 26 et 45 ans, et sont majoritairement des hommes à 55 %. Ces chiffres peuvent s'expliquer en partie par le nombre important de publics en situation de migration rencontrés dans le cadre des missions des EMPP. En effet, le rapport d'activité 2019 de l'Ofpra³⁶ note que les hommes représentent 67,5 % des demandeurs d'asile. Aussi, l'âge moyen des demandeurs d'asile est de 30,7 ans.

³⁶ *Op. cit.*

**Âge des publics reçus par les
EMPP en % - 2019**



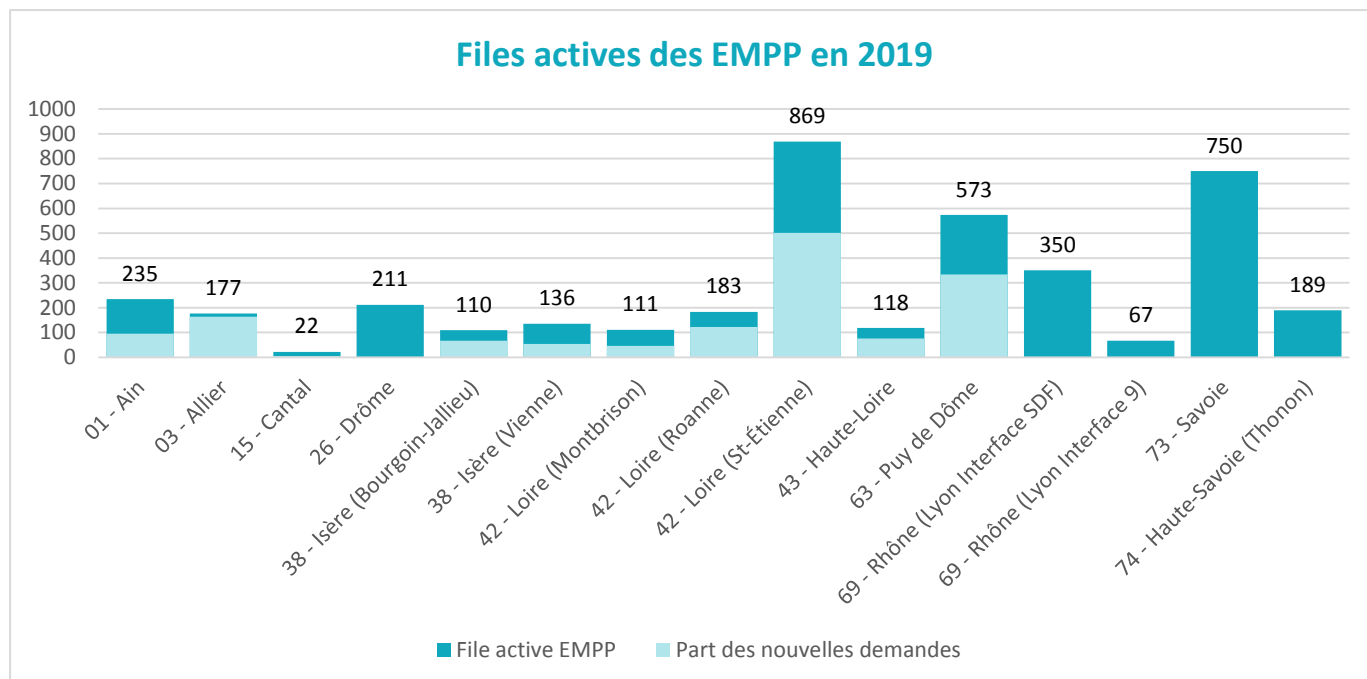
**Genre des publics reçus par les
EMPP en % - 2019**



II. La pratique des EMPP

1. En quelques chiffres

Le graphique ci-dessous présente l'activité quantitative des EMPP³⁷.

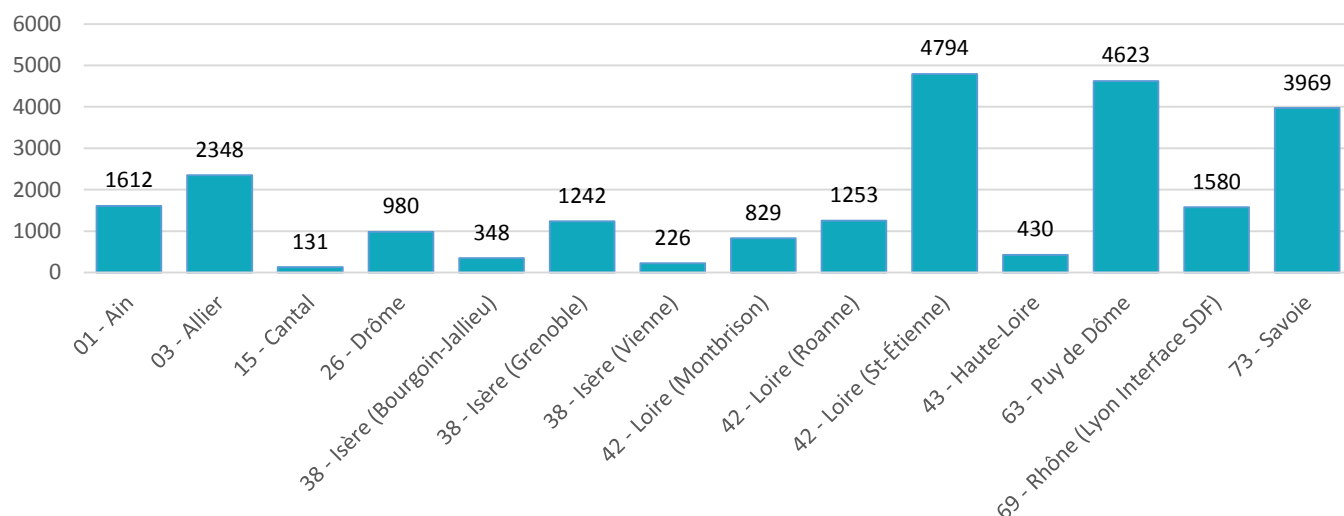


Nous pouvons remarquer que l'activité est quantitativement très inégale. Cela s'explique par de nombreux facteurs. Ces chiffres sont tout d'abord à mettre en relation avec le type même d'interventions proposées : certaines équipes fonctionnent systématiquement en binôme, ce qui réduit de fait le nombre de patients rencontrés. Il faut ensuite prendre en compte le fait que les temps de déplacements sont compris dans l'activité ; or ces derniers peuvent être importants, notamment pour les EMPP intervenant sur les territoires les plus ruraux et étendus. Enfin, il est primordial

d'appréhender ces chiffres à la lumière des activités également mises en place par les équipes (aides aux aidants et appui aux pratiques, participation à des réunions partenaires, etc.). Certains dispositifs développent par exemple beaucoup l'appui aux professionnels quand d'autres centrent leur pratique sur les consultations. Ainsi, la file active de l'EMPP de Vienne est de 136 pour 2019, mais l'équipe a réalisé 92 groupes de parole et 153 interventions de soutien aux intervenants sociaux.

³⁷ Les données recueillies pour certaines équipes ne nous ont pas paru exploitables en comparaison des autres structures. En effet, ces chiffres sont parfois inconnus ou largement biaisés par un recueil de données spécifiques. Pour plus d'information, nous vous invitons à vous référer aux fiches par structures en annexe de ce rapport.

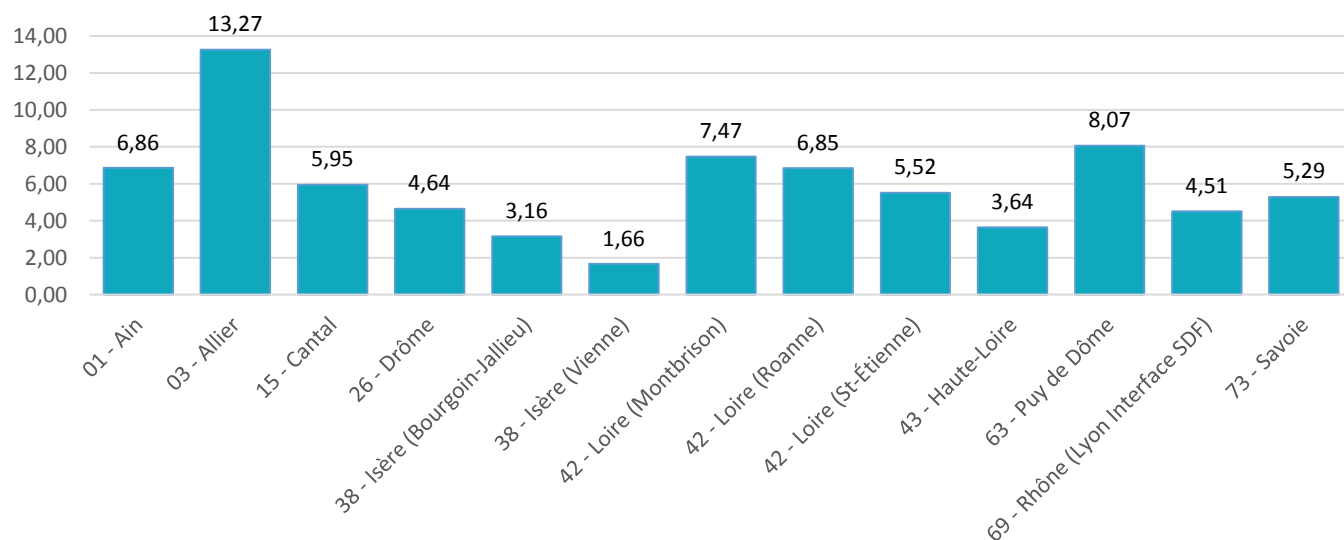
Nombres d'actes des EMPP en 2019



Le nombre moyen d'actes par personne ci-dessous indique les modalités proposées pour

des suivis à plus ou moins longs termes par les équipes.

Nombres moyens d'actes par personne en 2019



2. Les modalités d'intervention des EMPP

Les équipes mobiles s'adaptent à la pluralité des publics et aux spécificités de leurs territoires en proposant un panel de modalités d'intervention permettant de répondre au mieux aux besoins. Nous vous présentons ci-après les modalités les plus fréquentes.

Des permanences formelles de rendez-vous dans les structures d'hébergement ou d'accueil

La très grande majorité des EMPP de la région proposent des permanences au sein de structures d'hébergement ou d'accueil de leurs territoires (par exemple au sein des accueils de jour, CHRS, CADA, maison des associations, etc.) de manière régulière, d'une fois par semaine à une fois par mois. Les rendez-

vous peuvent être programmés par l'EMPP ou fixés directement par les travailleurs sociaux de la structure aux personnes accueillies (et identifiées en souffrance ou qui leur ont exprimé le souhait d'une prise en charge en santé mentale).

Ces entretiens ont lieu dans une pièce mise à disposition par la structure d'accueil et peuvent concerner les publics qui la fréquentent ou qui y sont hébergés, ce qui permet une meilleure accessibilité de ces permanences aux personnes qui se trouvent *de facto* « en terrain connu » et pour lesquelles ces rendez-vous sont alors moins engageants.

Certaines de ces permanences délocalisées ont également pour objectif de lever le frein de la mobilité pour celles et ceux qui n'auraient pas les moyens physiques, psychiques ou financiers de se déplacer dans les locaux de l'EMPP. Elles peuvent donc être destinées à des personnes n'ayant pas d'attache spécifique avec l'établissement abritant la permanence, mais dont le lieu de vie est situé à proximité de ce dernier, notamment dans des territoires ruraux ou semi-ruraux, ou lorsque l'EMPP couvre un large territoire.

Des permanences ou passages informels dans les structures sociales en « aller vers »

Pendant ces temps de permanence, réguliers ou ponctuels, les entretiens ne sont ni « formels » ni programmés. Des membres de l'équipe sont présents le temps d'un café, dans

un cadre plus confortable, propice à des discussions informelles. Cela leur permet de se faire connaître et de repérer. Il s'agit pour les professionnels d'être vus et de voir des personnes potentiellement en souffrance psychique. Ce partage informel participe fortement à déstigmatiser³⁸ la santé mentale et à la rendre plus accessible. Les soignants sont vus dans un contexte moins connoté et moins stigmatisant qu'un hôpital ou un CMP. Ces temps permettent aux personnes de mettre un prénom plutôt qu'une fonction sur les membres de l'équipe, de créer le lien doucement, parfois pendant plusieurs mois, de prendre le temps de la rencontre et de « l'approvisionnement » mutuel. Jean-Paul Lanquetin précise que l'activité infirmière informelle concourt à un « “prendre soin” individuel et collectif, participent d'un climat relationnel, ouvrent à des espaces transitionnels où se déploient aussi bien des actions de cognition sociales que les différentes dimensions de la proxémie et de l'empathie³⁹ ».

Ces temps permettent aussi à l'équipe de créer des liens directement avec des personnes, y compris celles qui n'ont pas été repérées par les travailleurs sociaux comme prioritaires pour rencontrer l'EMPP, mais qui néanmoins peuvent être en grande souffrance :

« C'est une manière d'approcher éventuellement ceux qu'on ne voit pas, qui sont dans leur coin – qu'on repère régulièrement : l'informel est plus facile pour eux, plus accessible. Parce qu'ils savent très bien qui on est en fait, la plupart. Même les plus discrets : “Ah, mais

³⁸ Nous constatons déjà, dans notre dernière étude sur les lieux d'écoute, les effets positifs qu'il y a à proposer des espaces de rencontre en dehors des lieux de soins. Voir Gilliot, É. et Tremblay, V. (2021). *Lieux d'écoute. État des lieux en Auvergne-Rhône-Alpes*. Orspere-Samdarra.

<https://www.orspere-samdarra.com/2021/lieux-decoute-etat-des-lieux-en-auvergne-rhone-alpes/>

³⁹ Lanquetin, J.-P. (2013). L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie. *Rhizome*, (49-50), 5-6.

au fait, vous êtes infirmière, c'est ça ?"»

Ces temps permettent ainsi d'entrer en lien avec les personnes qui ne sont pas en mesure d'exprimer une demande ou pour lesquelles les cadres d'entretiens classiques ne sont pas adaptés. Ils peuvent parfois déboucher sur des entretiens plus « formels », sans que cela soit l'objectif systématique : les échanges informels réguliers avec l'EMPP sont un soutien psychologique suffisant pour certains.

L'EMPP réalise aussi par ce biais une « veille silencieuse » pour certaines personnes pour qui le soin n'est pas nécessaire ou pas souhaité pour le moment ; la création de lien préalable permettra alors d'aller plus facilement vers le soin par la suite, si cela s'avère nécessaire à un moment de leurs parcours :

« Il y en a un à qui je ne vais pas parler, mais quand on les recroise à la rue... bah, ils nous reconnaissent, et ce sera alors plus un temps où ils vont être en présence, en capacité d'échanger avec nous... c'est encore une fois cette histoire de lien, en étant un peu partout les gens peuvent nous investir à des moments différents quand eux sont disponibles. »

Comme l'explique cet entretien, il s'agit là de redonner également la possibilité aux personnes d'investir ou non l'EMPP, sur la modalité qu'elles souhaitent et selon leurs temporalités.

La présence des soignants au sein des structures sociales fréquentées par les personnes permet d'offrir une approche globale au plus près des réalités des personnes, de réhumaniser le soin en santé mentale.

Ces temps bénéficient également aux professionnels des structures qui peuvent ainsi solliciter facilement les EMPP par des échanges lors de leurs passages et partager avec elles certains éléments sur des personnes suivies (notamment ceux observés ou partagés dans la vie quotidienne de la structure) pour une prise en charge plus adaptée de ces dernières. Les passages des professionnels dans les structures comme les permanences permettent des temps de sensibilisation entendus comme l'occasion d'explicitier succinctement, en buvant un café ou en partageant un repas, un trouble psychique ou une pathologie, afin d'éclairer les intervenants sociaux et de croiser les regards autour d'une situation.

Visites sur le lieu de vie des personnes

Les EMPP permettent de rencontrer les personnes directement sur leur lieu de vie – que le lieu de vie soit une structure d'hébergement, un domicile personnel, un squat ou la rue – dans le cadre de rencontres individuelles. Ces entretiens sont majoritairement conduits par les infirmiers des équipes, mais des psychiatres ou psychologues en réalisent également, à la marge, principalement sur sollicitation de leurs collègues.

Cette modalité d'intervention fait particulièrement sens pour les personnes les plus éloignées du soin. Le fait que les professionnels viennent jusqu'à leur lieu de vie pour les rencontrer a un fort impact sur les personnes, notamment les plus isolées, qui y voient une reconnaissance, une manifestation de l'intérêt que les professionnels leur porte, et permet de construire/renforcer la confiance envers le professionnel de santé. Cela participe à une réhumanisation des personnes et au renforcement de leur estime d'elles-mêmes.

Aussi, ces visites constituent une possibilité pour les personnes d'accueillir les professionnels et de décaler la relation d'aide : proposer un café, un goûter, etc. Si cette nouvelle approche force les professionnels à abandonner le schéma classique de l'entretien, traditionnellement réalisé au sein d'une structure ou dans un bureau, elle permet aux personnes de rééquilibrer une relation patient/soignant qui pourrait parfois mettre à mal leur estime de soi, ce qui contribue notamment à leur redonner du pouvoir d'agir : les personnes peuvent définir les modalités qui leur sont le plus confortables. Le professionnel s'adapte ici aux personnes, et non l'inverse.

Enfin, pour certaines personnes, ces visites à domicile sont le seul lien avec l'extérieur, notamment pour celles qui se trouvent en situation d'incurie.

« Un professionnel d'un territoire rural explique rencontrer une personne depuis plusieurs années à sa fenêtre, car sortir du logement lui est impossible, tout comme que le soignant entre dans son domicile. »

Pour les soignants, ces visites sont également l'occasion d'appréhender d'autres éléments de la vie du patient, y compris ceux qui peuvent sembler anodins et qui ne seraient pas forcément exprimés en entretien classique afin de permettre une prise en charge plus globale. Ils peuvent en effet échanger sur l'investissement du lieu de vie par les personnes, les éventuelles difficultés d'autonomie, les relations avec les autres résidents dans le cadre d'une structure collective, les difficultés administratives, etc.

« Un professionnel d'EMPP remarque que la personne a mis un

tableau et un tapis depuis sa dernière visite, signe d'investissement plus important du logement. Une autre personne a ressorti ses haltères et s'est donc remise au sport, laissant penser à une possible amélioration de son moral. »

Aussi, cela peut permettre d'approcher l'ancrage sur le territoire et l'inscription dans la vie sociale.

« Si elles préfèrent, on peut aussi voir les personnes en marchant dans le quartier ou au parc par exemple. »

Ces rencontres peuvent être l'occasion d'identifier les équipements sanitaires les plus proches, mais aussi le centre social, d'accompagner la personne dans une association de quartier pour du bénévolat, etc. L'objectif est de lui permettre de faire le lien avec son environnement, de le rendre accessible et de l'aider à se l'approprier.

En entretien au sein de leurs locaux

Les EMPP de la région ne disposent pas toutes de locaux dédiés à l'accueil du public. Certaines équipes ont choisi de ne pas en avoir, préférant réaliser les entretiens au sein des structures sociales par souhait de proposer exclusivement des actions d'aller vers.

D'autres disposent de locaux dans lesquels elles peuvent théoriquement recevoir du public, mais déplorent des espaces d'accueil peu adaptés, parfois situés au sein des hôpitaux, excentrés, difficilement identifiables et peu accessibles pour les personnes.

A contrario, lorsque les conditions requises sont réunies (présence de bureaux individuels isolés

afin de respecter la confidentialité des échanges, espaces d'attente et d'accueil suffisamment spacieux, etc.), les EMPP peuvent recevoir les personnes en entretien dans leurs locaux, notamment lorsqu'elles sont rattachées à une PASS Psy. L'implantation des EMPP au sein des CMP a pour avantage d'offrir un lien facilité vers les collègues soignants et notamment psychologues et psychiatres des CMP.

Certaines EMPP disposent de locaux en centre-ville, facilement accessibles, qui peuvent devenir un lieu repère et ressource pour les personnes en situation de précarité. Ces lieux, généralement peu identifiables en tant que lieux de soins sans connaissance préalable, constituent alors des espaces moins stigmatisés que les hôpitaux psychiatriques ou les CMP. Les modalités d'accueil y sont également très différentes : un accueil sans rendez-vous y est possible, des informations sont parfois inscrites en différentes langues. À titre d'exemple, dans une des EMPP, une cour permet d'accueillir les personnes avec leurs chiens.

Si cette modalité d'accueil en centre se rapproche théoriquement de ce qui peut être proposé dans les CMP, elle n'en reste pas moins très différente dans la pratique. En effet, au-delà de la rencontre « classique » d'un soignant en centre de soins, c'est l'accueil spécifique des EMPP et la « clinique psychosociale⁴⁰ » qu'il propose, qui permet une accroche aux soins des personnes.

Pour beaucoup, les entretiens au sein de la structure d'accueil peuvent être une étape dans leur parcours de soins : des personnes rencontrées dans la rue, pour lesquelles

l'équipe allait vers, qui petit à petit viennent vers le lieu de soins.

Souvent, le lien avec le soin reste fragile et nécessite une grande souplesse des équipes pour que la relation tienne dans le temps : accepter les rendez-vous manqués, les retards, la présence des personnes alors qu'elles n'ont pas rendez-vous, réaliser des entretiens devant le lieu d'accueil, à l'extérieur, etc.

Lorsque les locaux sont adaptés, ces espaces peuvent également être le lieu d'un rapprochement informel entre la personne et un professionnel soignant qu'elle n'aurait pas voulu rencontrer par un autre biais :

« Ce qu'on peut faire des fois, c'est une espèce d'imprégnation, c'est-à-dire sans vraiment avoir un rendez-vous, elle me dit : je vais venir avec untel à telle heure, est-ce que tu ne peux pas venir traîner à la cuisine ou passer dans la cour... »

Des temps informels se créent au sein de ces lieux avec les professionnels de l'EMPP, mais également avec d'autres personnes qui fréquentent ce lieu, favorisant parfois la création de liens.

Dans plusieurs EMPP, ce lieu d'accueil peut constituer un réel « espace de sécurité », et il n'est pas rare de voir des patients en situation de précarité dormir dans la salle d'attente en attendant leur rendez-vous, preuve – s'il en est – qu'ils y trouvent un espace dans lequel il est possible de relâcher, ne serait-ce que pour quelques minutes, la pression subie par ailleurs

⁴⁰ Furtos, J. (2015). Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale. *Empan*, 2(2), 55-59.
<https://doi.org/10.3917/empa.098.0055>

en raison de la difficulté de leurs conditions de vie.

Ces modalités d'accueil souples, contenant, bienveillantes ont pour objectif de soutenir une demande fragile et d'encourager un parcours de soins émergeant.

Des accompagnements physiques

La mission de l'EMPP de faciliter l'accès aux soins de droit commun n'est pas évidente, d'autant plus lorsque les personnes se trouvent en rupture de soins depuis longtemps et en sont par conséquent très éloignées. La création d'un lien de confiance est nécessaire pour atteindre cet objectif et pouvoir supporter la rencontre parfois difficile avec les dispositifs de droit commun. Selon les territoires, les EMPP proposent des accompagnements physiques vers certains dispositifs de soins, notamment lors d'une consultation en psychiatrie ou d'un premier rendez-vous lorsque cela est nécessaire. Il peut être difficile pour les personnes les plus éloignées du soin de se rendre à une consultation. L'accompagnement permet de rassurer la personne, d'éviter qu'elle ne change d'avis au dernier moment et de la soutenir. Souvent, l'accès aux soins est rendu possible par le lien de confiance que la personne a noué avec le professionnel de l'EMPP : c'est surtout parce qu'il croit et estime le professionnel de l'EMPP qu'il accepte, sur sa proposition, d'aller voir un autre professionnel de santé. Ainsi, l'accompagnement physique est dans ce cas réellement nécessaire pour permettre un accès effectif aux soins.

Aussi, les professionnels sont dans une position de médiation entre les personnes et d'autres professionnels de santé. Le soignant de l'EMPP connaît à la fois la personne et les codes de son confrère. Cela permet de faciliter la

transmission des informations ainsi que la compréhension générale de la situation. Le professionnel d'EMPP, conscient de l'impact potentiel de la précarité sur l'observance du traitement et l'adhésion aux soins pourra orienter au mieux la prise en charge afin qu'elle soit réellement adaptée aux besoins de la personne et à sa situation.

Les professionnels de santé sont par ailleurs souvent « rassurés » de savoir qu'un suivi est déjà en place et qu'ils pourront être en lien, si besoin, avec d'autres professionnels dans l'accompagnement des personnes.

Des ateliers collectifs

Plusieurs EMPP rencontrées ont exprimé leurs souhaits de diversifier leurs manières d'intervenir, afin de pouvoir proposer d'autres formes de soins, en utilisant notamment des médiations et des modalités groupales.

Ces activités de groupe mises en place par plusieurs équipes permettent de toucher davantage de personnes, mais également de cibler des personnes pour lesquelles les modalités d'entretien classiques ne conviennent pas, et donc d'élargir le public bénéficiaire. Les groupes sont généralement moins engageants pour les personnes, qui y voient la possibilité de ne pas se livrer tout de suite, mais d'être dans un premier temps un simple observateur.

Ces modalités sont l'occasion de travailler le lien social, le lien à l'autre et de renforcer l'estime de soi en se retrouvant face à des personnes rencontrant des difficultés similaires, dans un contexte bienveillant et soutenant.

Ainsi, un groupe de parole pour les femmes a été mis en place à Bourg-en-Bresse, animé par une psychologue et une assistante sociale. Elles

échantent sur différentes thématiques, en présence d'une interprète, utilisant des supports tels que des films. Un projet artistique a été mis en place à Saint-Étienne par l'utilisation de la photographie. Une psychologue et une infirmière de l'EMPP de Clermont-Ferrand animent quant à elles un groupe parentalité destiné aux femmes et enfants.

Les groupes sont généralement assez ouverts, ne nécessitant pas d'inscription ou d'engagement, ce qui facilite l'adhésion des personnes.

Groupe photo avec des personnes migrantes

L'EMPP de Saint-Étienne a mis en place en groupe photo avec des personnes en situation de migration. En partenariat avec une galerie de photographes, une exposition itinérante a été organisée pour mettre en avant des portraits de personnes en situation de migration. L'objectif pour les soignants de l'équipe était de travailler sur les questions d'identité, de reconnaissance (par le regard de l'autre via l'exposition) et de réaffiliation au groupe (par le travail collectif sur ce projet).

Des maraudes

La grande majorité des EMPP de la région ne réalise pas de maraudes de manière formelle, cette mission étant souvent déjà réalisée par d'autres acteurs du territoire. Les équipes sont en revanche fréquemment en lien avec les dispositifs qui les réalisent ; à la demande de ces derniers, elles peuvent ainsi apporter un éclairage sur une situation, voire y participer ponctuellement.

Ainsi, à Vienne, l'EMPP assure une mission d'aide aux aidants avec les maraudeurs bénévoles de la ville : ils interviennent en

soutien auprès d'eux pour échanger sur la situation et pouvoir apporter des clés de lecture supplémentaires leur permettant de se positionner au mieux. L'équipe peut aussi être sollicitée pour participer ponctuellement à la maraude.

À Montbrison, l'infirmier participe mensuellement à la maraude mise en place par des acteurs du territoire et il est en lien entre temps avec les maraudeurs.

Toutefois, dans plusieurs EMPP, les professionnels effectuent, de manière non systématique et en fonction de leurs possibilités, des passages sur des lieux occupés par des personnes en situation de précarité. Par exemple, un infirmier passera devant une place où il sait qu'une des personnes suivies fait la manche pour essayer de la croiser et prendre de ses nouvelles. Il s'agit plutôt d'un travail de veille quotidienne que de maraude officielle, l'idée étant de voir des personnes déjà suivies par l'EMPP et non d'identifier de nouvelles personnes. Ces pratiques s'apparentent davantage à des habitudes personnelles qu'à une modalité formalisée par les équipes : ces passages spontanés n'apparaissent pas dans le recueil de données et ne sont pas spécialement évoqués par les équipes. Nous les avons cependant observés dans différentes EMPP. Là encore, ces pratiques permettent de signifier à la personne suivie son importance en individualisant le prendre soin.

Les maraudes d'une éducatrice spécialisée

À Clermont-Ferrand, une éducatrice de rue est rattachée à l'EMPP. Elle rencontre les personnes en situation de grande exclusion, qui ne sont pas en mesure d'aller vers le soin. L'idée est d'aller vers les personnes à la rue, dans les squats et habitats précaires afin de construire un lien petit

à petit. Il s'agit d'un travail au long court qui consiste à amener, au fil du temps, les personnes qui en ont besoin à rencontrer un soignant de l'équipe mobile ou, quand cela est possible, de raccrocher au droit commun.

Ces différentes modalités d'intervention s'ajustent au sein d'un réseau partenarial important, afin de proposer un accompagnement des plus qualitatifs aux personnes en situation de précarité rencontrant des problématiques de santé mentale.

3. Les actions auprès des professionnels⁴¹

Les EMPP agissent en soutien des professionnels de première ligne à travers des activités d'aide aux aidants. En effet, la pratique des intervenants sociaux et des soignants en contact avec les publics en situation de grande précarité a notamment pour effet de «confronter les professionnels qui s'y engagent à un certain malaise. Ce malaise découle d'un vécu de dépaysement, de décalage, d'inadaptation, qui s'empare de l'intervenant lorsqu'il se rend compte que ses "outils" de travail (qu'ils relèvent d'un cadre psychologique ou qu'ils s'inscrivent dans l'accompagnement social) sont insuffisants, lacunaires, risibles, condamnés à rester lettre morte face à la détresse des sujets qu'il serait appelé à soutenir⁴². » L'accompagnant peut alors souffrir par substitution : « [Le professionnel] sera

comme squatté par la souffrance inappropriable, par la crypte d'un traumatisme d'exclusion, sommé de la vivre par substitution⁴³. » Aussi, dans ce contexte, il est important de prendre en compte cette souffrance, d'offrir aux intervenants de première ligne la possibilité de conscientiser les effets et le malaise entraîné par la pratique. C'est ce que proposent les équipes mobiles à travers différentes modalités, plus ou moins formelles, de soutien :

- des temps de présence physique ou à distance : il s'agit d'abord d'être disponible au quotidien de manière informelle pour appuyer les professionnels sur les situations qui leur posent problème en y apportant un éclairage clinique. Cela passe par le téléphone, mais surtout par des temps de présence dans les locaux des partenaires pour soutenir les situations en pratique ;
- des temps formalisés de soutien aux partenaires avec appui à la pratique : cela prend souvent la forme de groupes de travail qui permettent d'échanger sur des situations et d'essayer de trouver une solution ensemble ;
- des temps de travail thématique et de formation permettant d'apporter des clés de lecture clinique pour les intervenants sociaux de première ligne.

⁴¹ Nous ne proposons pas de données quantitatives dans cette partie, car les chiffres en notre possession ne nous semblent pas exploitables. Nous détaillons ces actions dans les fiches par structure en annexes ainsi que dans la partie III, « L'EMPP au sein du réseau de partenaires ».

⁴² Barbieri, G. (2018). *La clinique psychosociale et les dispositifs de soutien aux professionnels. Une enquête sur les nouveaux enjeux des espaces réflexifs au sein des*

institutions de la mésinscription [rapport final de recherche]. Orspere-Samdarra, CH Le Vinatier, CRPPC, Université Lyon 2.

⁴³ Furtos, J. (2015). Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale. *Op. cit.*, p. 57.
<https://doi.org/10.3917/empa.098.0055>

4. Principaux besoins et difficultés rencontrées par les professionnels des EMPP⁴⁴

Les principales difficultés rencontrées par les équipes mobiles dans leurs pratiques sont les suivantes :

- les liens avec les autres services de psychiatrie de l'hôpital de rattachement ne sont souvent que peu effectifs. Les dispositifs sont saturés et l'EMPP peine à orienter le public qu'elle accompagne;
- les équipes se sentent souvent isolées et peu reconnues dans leurs pratiques spécifiques par leur institution de rattachement;
- la file active des EMPP est de plus en plus importante et il est difficile d'absorber la demande. Les équipes sont saturées d'autant plus que certains postes (notamment de psychiatre) ne sont pas effectifs;
- la valorisation de l'activité est difficile : les outils proposés aux EMPP ne sont pas adaptés à leur pratique interstitielle;

- de nouvelles problématiques rendent complexes les prises en charge au quotidien : situations de personnes en situation de migration, d'incurie dans l'habitat, de personnes âgées très isolées, etc.

Les équipes ont formulé des besoins principaux de :

- moyens humains supplémentaires pour répondre à la demande croissante et plurielle;
- moyens matériels additionnels (véhicules, *smartphones*, locaux, etc.) pour pouvoir pratiquer dans de bonnes conditions;
- reconnaissance de la plus-value des EMPP et de leur clinique spécifique par les institutions hospitalières ainsi que par les autres services de psychiatrie;
- liens privilégiés avec l'extra- et l'intrahospitalier (notamment les CMP et les hospitalisations) quand cela est nécessaire;
- plus de temps d'analyse des pratiques professionnelles et d'espace d'échange sur les pratiques;
- plus de temps de formation.

⁴⁴ Pour aller plus loin, vous pouvez nous référer à nos préconisations et aux fiches par dispositifs en annexe de ce rapport.

III. L'EMPP au sein du réseau de partenaires

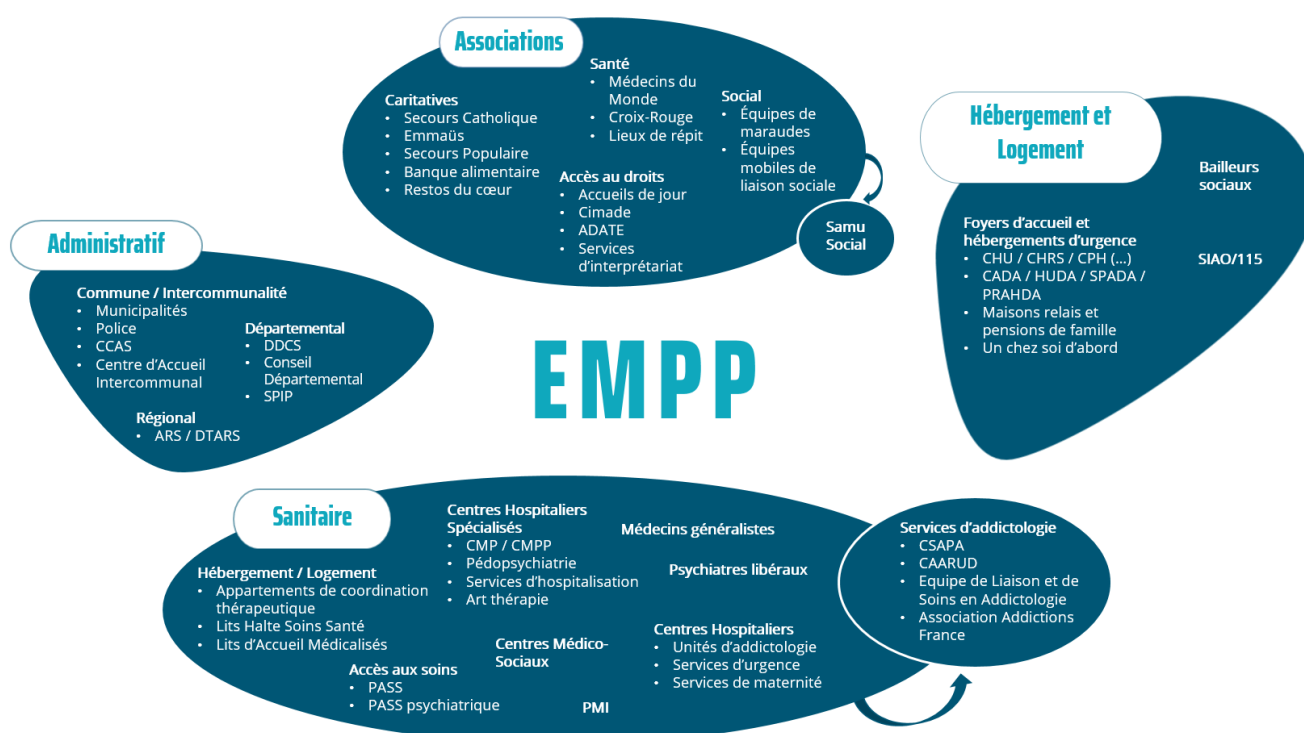
« Le psychosocial est une affaire transversale que l'on peut prendre d'un côté ou d'un autre, avec un besoin de réseaux à intervenants complémentaires et d'une théorie de la pratique métissée⁴⁵. »

Les EMPP portent une clinique psychosociale impliquant des liens avec de multiples partenaires des secteurs sanitaire, social et médico-social. La circulaire de 2005 précise que l'action des EMPP doit s'intégrer dans un « partenariat dense et formalisé, associant les secteurs de l'établissement de rattachement, les établissements de santé généraux, les praticiens libéraux et les intervenants sociaux et

médico-sociaux du territoire couvert par l'équipe mobile spécialisée ».

Ce travail de mise en lien est donc autant nécessaire au sein de l'institution hospitalière qu'avec les partenaires du social. Comme le relevait déjà le rapport DGOS d'évaluation des EMPP⁴⁶, plusieurs équipes nous ont décrit des liens avec leurs partenaires sociaux beaucoup plus simples que ceux qu'elles entretiennent avec les dispositifs de soins de leur propre institution.

Nous vous proposons ci-dessous un schéma récapitulatif, quoique non exhaustif des partenaires des EMPP :



⁴⁵ Furtos, J. (2015). Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale. *Op. cit.*

⁴⁶ Picon, E., Crovella, E., Lecouturier, F., Minet, B. et Seigneur, R. (2015). *Évaluation des EMPP. Rapport DGOS.*

1. L'importance du réseau dans la coordination des parcours de soins

Les EMPP : un travail nécessairement en réseau

Du fait même de leur fonctionnement, les EMPP ont *besoin* de s'inscrire dans un réseau suffisamment dense de partenaires pour mener à bien leurs missions, qu'il s'agisse de l'aide aux aidants ou de l'accompagnement des personnes. L'équipe doit donc être connue des acteurs du territoire, se rendre visible et disponible, car elle existe et fonctionne surtout au travers de son réseau. De même, les EMPP doivent réaliser un travail de sensibilisation pour être, comme nous le verrons par la suite, le plus étroitement possible en lien avec les services de psychiatrie intra- et extrahospitaliers.

Si certaines EMPP historiquement implantées sur les territoires sont bien connues des acteurs locaux, d'autres doivent se montrer proactives auprès des partenaires pour peu à peu se faire connaître :

«La première année, c'était vraiment de s'implanter sur ces structures, voir les besoins, construire un projet, faire des conventions, c'était la priorité. L'année qui a suivi, on a commencé à aller se présenter en intrahospitalier et parler de l'activité, comment on peut travailler en lien. Puis après, en extrahospitalier, développer le réseau et voir comment travailler ensemble, qu'ils puissent nous repérer...»

Ce travail de présentation de l'EMPP et de tissage de liens est l'une de ses missions pérennes, nécessaires en permanence et pas uniquement lors de la création de l'équipe. Malgré une présence durable sur le territoire et une articulation structurée progressivement

avec les partenaires, les anciennes EMPP comme les plus récentes doivent se réadapter constamment à la fluctuation du réseau. La création de nouvelles structures, la venue de nouveaux intervenants demandent aux professionnels des EMPP de reproduire, au gré des arrivées, ce travail de présentation, d'explication du dispositif qui permettra à ces nouveaux acteurs de s'en saisir à leur tour.

Par ailleurs, les missions et activités des territoires évoluent au fil des années et nécessitent donc une forte adaptation de l'équipe mobile pour réajuster son action. Agissant dans les interstices, ces modalités d'intervention dépendent également de celles des partenaires du territoire. Ainsi, le recrutement d'un psychologue dans une structure d'hébergement, la mise en place de maraudes par des acteurs sociaux, l'ouverture d'un nouvel accueil de jour, etc. nécessitent chaque fois un redéploiement des rôles et missions de chacun. Les soignants évoluent donc au sein d'un réseau plus ou moins dense qui est à entretenir constamment et à coordonner afin d'assurer une prise en charge optimale des personnes en situation de précarité.

Les professionnels des EMPP ont souligné lors des entretiens l'aspect chronophage de cette activité de présentation répétée de leur dispositif. Leur visibilité se traduit par un travail important d'entretien des liens qui n'est, selon les professionnels, que trop peu pris en considération dans la circulaire de 2005 et encore moins dans sa mise en œuvre, malgré son caractère fondamental.

Une prise en charge globale

La démarche de mobilité permet à l'EMPP de se raccrocher à ces différentes structures sur le territoire et de se rendre accessible aux populations les plus éloignées du soin. Ce sont dans la plupart des cas les partenaires, souvent par le biais d'un intervenant social, qui

sollicitent l'EMPP pour une intervention auprès d'une personne en situation de précarité.

Au-delà de la sollicitation initiale, le travail partenarial est nécessaire durant toute la durée de l'accompagnement. En effet, face à l'imbrication des problématiques dans lesquelles sont prises les personnes accompagnées par l'EMPP, les professionnels ne peuvent agir seuls et sont nécessairement en lien avec un réseau de partenaires très variés, issus du champ de l'action sociale, sanitaire, médico-sociale, mais également pour beaucoup des liens avec des associations de quartiers, des acteurs de la vie sociale, afin de permettre un maillage contenant et adapté pour les personnes prises en charge.

En effet, il s'agit de pouvoir orienter un enfant en situation de handicap vers un mode de garde adapté, une personne en grande précarité vers un accueil de jour, une personne exilée vers un accompagnement juridique, aussi bien qu'une personne ayant des problématiques d'addiction vers un service spécifique, une personne isolée vers la bibliothèque du quartier. Ainsi, le réseau de partenaires est à construire et développer, en fonction des nouvelles problématiques des personnes accompagnées.

Aider à la coordination des parcours de soins

Au-delà de la nécessité d'un fort réseau partenarial nécessaire pour orienter et accompagner les personnes prises en charge, l'EMPP peut également participer à la coordination de partenaires autour de parcours de soins de personnes en situation de précarité, qu'elles soient ou non accompagnées par l'équipe.

Différentes instances de coordination des parcours de soins peuvent exister. Les EMPP y participent plus ou moins activement : elles peuvent jouer un rôle pivot dans l'animation de temps d'échange et de coordination des acteurs autour de situations complexes, ou apporter des éclairages sur des situations rencontrées.

Ces réunions autour des parcours de soins rassemblent les différents acteurs du territoire en lien avec la personne afin d'échanger sur la situation et les modalités d'accompagnement les plus adaptées. Elles peuvent être sollicitées en fonction des besoins ou à des rythmes réguliers (comme les « cellules cas complexes » existants sur certains territoires).

Des réunions partenariales autour de problématiques spécifiques (cellule de coordination des situations d'incurie, par exemple), de manière épisodique ou régulière, permettent à la fois un suivi des situations complexes et un tour d'actualités des acteurs des territoires.

La coordination des partenaires se matérialise parfois sous la forme d'un réseau de veille sociale propre à chaque territoire. On peut citer par exemple le réseau social rue-Hôpital dans la métropole de Lyon, la commission Errance à Vienne et le groupe Santé Précarité à Clermont-Ferrand. Ces instances auxquelles participent les EMPP permettent de coordonner les actions locales autour de l'accompagnement des personnes en situation de précarité.

« On se réunit, on fait l'actualisation des services de chacun, et on fait une veille sociale auprès des personnes à la rue [...]. On essaie de voir : Monsieur untel, quelqu'un a eu des nouvelles, est-ce qu'il y a eu de l'avancée dans son projet, où il

en est, est-ce qu'il a fait des demandes de 115 au SIAO?»

Aussi, sur une temporalité de courte durée, l'EMPP est sollicitée pour des actions ponctuelles telles que l'aide à la mise en place d'un plan hivernal.

Sur les territoires où il n'y a pas de réseau de veille sociale clairement défini, l'EMPP peut être sollicitée au sein de réseaux spécifiques existants comme le réseau d'addictologie réunissant généralement en ses membres les professionnels des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (Caarud), ou bien les réseaux locaux d'acteurs sociaux.

Certaines EMPP sont également partie prenante de commissions spécifiques de leur territoire : par exemple plusieurs d'entre elles sont prescriptrices de la commission d'orientation pour le programme « Un chez-soi d'abord ».

Les EMPP acteurs des politiques publiques

Par ailleurs, les EMPP prennent part aux instances de coordination territoriale en santé mentale, et parfois à celles de décision des politiques publiques.

Ainsi, plusieurs EMPP sont impliquées dans les conseils locaux de santé mentale (CLSM) de leurs territoires. D'autres ont participé activement à la rédaction du projet territorial de santé mentale (PTSM). L'investissement des équipes au sein de cette instance se fait à divers degrés : certaines ont proposé des axes de travail comme celui « Santé mentale et migration » (dans le cadre du contrat territorial

d'accueil et d'intégration [CTAIR] de Bourg-en-Bresse, par exemple), d'autres participent aux comités de pilotage du Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO).

Certaines équipes sont par ailleurs sollicitées ponctuellement pour participer à des actions d'envergure telles que l'élaboration du Plan national Pauvreté Précarité.

Toutefois, beaucoup d'équipes ne peuvent s'impliquer dans ces instances, souvent par manque de temps de coordination.

2. Les EMPP en soutien aux acteurs de première ligne

Soutenir les aidants

Au-delà de la nécessité d'un accompagnement de qualité des personnes en situation de précarité, les EMPP sont également en lien avec le réseau pour remplir leur deuxième mission : l'activité d'aide aux aidants. L'EMPP assure une fonction de soutien des acteurs de première ligne qui interviennent auprès des publics en situation de précarité.

Cette fonction se traduit tout d'abord par une grande disponibilité des professionnels de l'équipe vis-à-vis des partenaires. Que ce soit lors des passages dans les structures d'accueil, en marge des permanences ou par téléphone, les EMPP se montrent très accessibles et sont interpellées facilement par les professionnels du social. Cela leur permet de se sentir moins isolés lorsqu'ils rencontrent des difficultés dans l'accompagnement d'une personne en souffrance psychique.

À cet instant, le recours à l'EMPP permet d'avoir un éclairage clinique sur la situation, de la décoder, de l'analyser avec une vision pluridisciplinaire afin de mieux saisir la

problématique psychique et les actions à mettre en œuvre :

« On explique un peu la pathologie, on a des questions sur “quelle attitude je dois avoir si par exemple un patient me dit ça ou si la personne est un peu agressive”... voilà, on répond aussi à des choses comme ça. »

Le soutien apporté par les professionnels d'EMPP aux acteurs du social a lieu également de manière plus formalisée, en individuel sur quelques territoires par des temps de supervision de professionnels particulièrement isolés (par exemple, une EMPP accompagne un professionnel exerçant auprès des agriculteurs isolés), mais surtout de manière collective, par la mise en place de réunions régulières ou ponctuelles avec les structures du social.

Petits cafés Montbrison

L'EMPP de Montbrison propose « Les petits cafés » : un partenaire reçoit les autres autour d'un café pour présenter sa structure, son fonctionnement et échanger autour d'une thématique choisie. L'EMPP peut appuyer les échanges avec différents apports cliniques ou encore, par exemple, en donnant des conseils de lecture à la suite de la rencontre pour poursuivre la réflexion. Des comptes rendus sont rédigés par l'EMPP afin d'en consigner une trace à laquelle les professionnels puissent se référer par la suite. Ces rencontres peuvent réunir jusqu'à une trentaine de participants.

Plusieurs EMPP animent ainsi des temps d'échange afin d'élaborer sur des difficultés que les travailleurs sociaux peuvent rencontrer dans l'accompagnement de personnes en souffrances psychiques, que celles-ci soient ou non suivies par l'EMPP.

Par exemple, l'EMPP de Bourg-en-Bresse anime avec cet objectif de manière trimestrielle des « espaces rencontres » dans plusieurs structures d'hébergement du département.

Si cela s'avère pertinent, ces temps d'échange entre les professionnels de l'EMPP et les partenaires sociaux peuvent aboutir à une rencontre de l'EMPP avec la personne et éventuellement un accompagnement :

« Sinon les travailleurs sociaux nous appellent pour nous parler d'une personne, on essaie de voir où elle en est, parfois ça ne convient pas forcément d'aller la rencontrer, c'est plus de discuter avec le travailleur social, de l'étayer, de rassurer, d'être dans une contenance. Et ça suffit, on sent qu'on n'a pas besoin de rencontrer la personne. »

En effet, les EMPP peuvent également rester dans le soutien et l'accompagnement des professionnels et ne jamais rencontrer les personnes si leur intervention directe auprès d'elles ne semble pas nécessaire.

La disponibilité et la prévention assumées par les EMPP donnent aux partenaires sociaux des outils en santé mentale qui permettent d'accompagner au mieux les personnes et repérer de manière précoce les troubles psychiques :

« Plus on a expliqué aux partenaires sociaux, plus leurs indications sont justes. »

Ces échanges réguliers avec les EMPP contribuent à affiner le repérage des personnes en souffrance psychique avant une éventuelle chronicisation des troubles. Ils permettent également d'échanger sur les modalités d'orientation et d'aboutir à des référencement

souvent plus anticipés et adéquats vers les professionnels de l'EMPP.

Sensibiliser et informer les acteurs des territoires sur la santé mentale

En plus de ce travail du soutien aux professionnels au jour le jour, l'EMPP effectue un travail important de sensibilisation et de formation sur les questions de précarité et santé mentale auprès des partenaires issus du champ social, médico-social ou sanitaire. Ces temps sont plus ou moins réguliers et formalisés selon les territoires. Ils peuvent prendre différentes formes (journées portes ouvertes régulières, temps dédié sur la pause méridienne, etc.) et aborder différentes thématiques, afin d'être des plus adaptés aux besoins des acteurs de terrain.

Plusieurs EMPP organisent ainsi des temps portant sur des thématiques telles que « Psychotraumatisme et précarité », « Vivre l'urgence et gérer la crise », « Parentalité et précarité », à destination des professionnels de leurs territoires.

Parfois destinés aux acteurs du social ou du sanitaire, ces temps sont majoritairement ouverts à l'ensemble des acteurs du territoire. L'objectif est double : sensibiliser les professionnels aux questions de santé mentale et de précarité, mais également améliorer leurs capacités de travailler ensemble :

Des projets adviennent tels que celui des petits goûters thématiques :

« On a pour projet de faire des petits goûters, de partir d'une thématique un peu théorique, rassembler des travailleurs sociaux et aboutir sur des groupes de travail ou il y aurait des groupes d'institutions

différentes pour travailler ensemble sur la clinique ou la pratique. »

Il s'agit de groupes effectifs ou en projet, souvent avec une même ambition de voir se réunir plusieurs partenaires autour de la table et d'engager ces échanges thématiques à propos desquels les professionnels d'EMPP pourraient communiquer leur expertise et savoir-faire.

Au-delà du réseau de partenaire du territoire, les EMPP sont également sollicitées pour participer à des formations de professionnels ou de futurs professionnels, par le biais d'intervention au sein d'instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et d'instituts spécialisés en santé, lors de diplômes universitaires.

Les temps plus ou moins formels de formation et de sensibilisation destinés aux soignants existent également dans l'optique de minimiser les représentations stigmatisantes qui pèsent sur ce public et pourraient entraver leur accès aux soins. Les thématiques abordées sont celles de la précarité, la migration, la souffrance sociale et des impacts sur le vécu psychique des individus. Plusieurs équipes souhaiteraient d'ailleurs approfondir ces liens avec l'intrahospitalier, notamment avec les services des urgences, qui peuvent parfois ne pas saisir les enjeux d'une hospitalisation par méconnaissance de la situation globale des personnes et de l'impact possible de la précarité sur la santé mentale.

Les différentes EMPP rencontrées ont exprimé la difficulté de leur position particulière, à l'interstice entre le social et la psychiatrie, à la fois en dedans et en dehors. Identifiées comme des représentantes de la psychiatrie par les acteurs du social, et bien souvent de la précarité par le secteur de la psychiatrie, elles occupent

ainsi une position d'entre-deux qui n'est pas toujours simple :

« On dit "ben oui, emmenez-le, il va être hospitalisé", ils l'emmènent, mais le secteur ne suit pas et ne l'hospitalise pas, et donc du coup on est la vitrine de la psychiatrie puisqu'on est mobile, donc c'est nous qui prenons. On est à l'interface de ça, et des fois, on aurait pris une autre décision, mais on se prend en retour la décision des autres, enfin en tout cas le principe de réalité. Parce qu'encore une fois, les places sont limitées à l'hôpital. »

Si l'EMPP permet de faciliter les passages entre ces deux champs pour les personnes accompagnées, elle assure aussi bien souvent

un rôle de médiateur entre ces deux réseaux. Le travailleur social souhaitant orienter une personne accompagnée vers la psychiatrie passera majoritairement par l'EMPP, devenue souvent un acteur de référence sur le territoire. De la même manière, l'institution contacte régulièrement l'EMPP lors de la prise en charge des personnes en situation de précarité. Les EMPP doivent donc régulièrement poser leurs limites pour rester dans cet interstice et faciliter les accès sans se substituer aux dispositifs existants. Ainsi, il s'agira par exemple de refuser d'intervenir lorsque le CMP de secteur cherche à orienter des patients vers l'EMPP parce qu'ils sont allophones ou en situation de précarité, d'essuyer les critiques des acteurs du social à la suite d'une sortie d'hospitalisation jugée trop précipitée par les acteurs du social.

IV. L'EMPP et l'hôpital

1. Des équipes peu valorisées et reconnues dans leurs institutions

Une place difficile au sein de l'hôpital

Il existe une grande hétérogénéité des contextes de création des EMPP qui ont un impact sur la reconnaissance plus ou moins importante des équipes par leur institution. Si certaines équipes ont été créées à l'initiative des acteurs de territoire, d'autres ont parfois été imposées par l'ARS à certains hôpitaux sans que ceux-ci y voient un intérêt particulier.

Nous avons constaté un manque de visibilité générale des EMPP au sein de l'hôpital, où elles sont peu connues et souvent peu valorisées. Les équipes essaient de compenser cela par un travail régulier de rappel du cadre de leurs missions aux autres dispositifs intra- et extrahospitaliers.

Plusieurs témoignages des professionnels ainsi que les nombreuses observations que nous avons pu faire nous permettent d'avancer qu'il y a en effet une méconnaissance, voire une résistance de beaucoup d'hôpitaux à reconnaître la valeur et les spécificités des dispositifs EMPP dans leur institution :

« On a quand même la sensation, à certains moments, d'être un peu les parents pauvres des services de soins plus classiques. On passe après, en termes de priorité, qu'un service d'intra, que les CMP... »

Comme le montre cet extrait d'entretien, beaucoup de professionnels des EMPP expriment leur sentiment d'être toujours un peu à la marge, moins considérés que d'autres services par leur institution, ou en tout cas non prioritaires en ce qui concerne les moyens et soutiens mis en place par celle-ci.

La thèse⁴⁷ d'Ana Marques documente ce constat. Elle y décrit en effet comment les hôpitaux ont évolué d'une déspecialisation et un accueil de tous vers une spécialisation des soins sur des publics ou pathologies spécifiques. Aujourd'hui, la majorité de l'offre de soins en psychiatrie est largement spécialisée : il existe des dispositifs spécifiques pour les personnes porteuses d'un trouble autistique, les enfants, les personnes en situation d'addictions, etc. Il est intéressant de constater que dans ce paysage psychiatrique, les EMPP sont considérées pour une part comme des équipes déspecialisées : « l'EMPP est une équipe spécialisée parce qu'il s'agit bien d'une équipe de psychiatrie, qui est une spécialité médicale. Mais elle est déspecialisée par rapport à d'autres domaines de la psychiatrie, qui ciblent plus certaines pathologies ou groupes de pathologies (dépressions, troubles alimentaires) [...] Étant donné que les EMPP sont directement en prise avec le social, par rapport à ses partenaires, à ses lieux et à ses modes d'intervention, il est possible de dire qu'elles sont en position de plus grande "déspecialisation" par rapport aux spécialistes.

⁴⁷ Marques, A. (2010). *Construire sa légitimité au quotidien. Le travail micropolitique autour d'une équipe mobile de psychiatrie précarité* [thèse de doctorat en

sociologie]. École des Hautes Études en sciences sociales, France.

Elles portent donc en elles ces deux dimensions⁴⁸. »

La place actuelle des EMPP dans l'offre de soins, à la marge de l'institution, s'explique donc peut-être par la déspecialisation de ces dispositifs vis-à-vis d'un monde psychiatrique très spécialisé. Albert Ogien explique en effet, à propos de la psychiatrie, qu'elle « se présente sous la forme d'une spécialité médicale qui repose sur un savoir qui fixe des repères stables (diagnostic, symptôme, nosographie, médicaments, etc.) à toute intervention en ce domaine⁴⁹ ». Dans ce cadre, les équipes mobiles viennent bousculer ces repères stables en y introduisant une multitude de nouvelles catégories, entités, pour lesquelles les symptômes, diagnostics et médicaments habituels deviennent flous. À l'hôpital, les équipes mobiles ne sont pourtant pas les seules à « perturber » les « cadres établis », et d'autres mouvements viennent aujourd'hui bouleverser la psychiatrie conventionnelle comme celui du rétablissement qui, plutôt que de tenter de « guérir », a pour objectifs de tendre vers un « "aller mieux" dans le cadre de trouble psychique qu'on ne peut par ailleurs pas guérir⁵⁰ ». Il s'agit d'un mouvement similaire, allant d'une adaptation voulue des personnes aux dispositifs à une approche centrée sur la personne, ses besoins et ses ressources.

Un manque de moyens matériels

Il serait déraisonnable d'analyser les manques de moyens matériels attribués aux EMPP comme un signe du peu de reconnaissance de l'institution vis-à-vis de ces dispositifs. Les

équipes ont néanmoins le sentiment d'avoir très peu de moyens matériels disponibles pour effectuer leurs missions. Cela participe à renforcer chez les professionnels un sentiment de manque de considération de l'institution à leur égard.

Les locaux mis à dispositions des équipes sont parfois tout à fait inadéquats pour y recevoir du public. Les EMPP n'ont souvent pas accès à un véhicule professionnel pour effectuer leurs activités d'aller vers, devant alors utiliser leurs voitures personnelles pour se déplacer à perte, puisque les remboursements des déplacements ne sont pas à la mesure des dépenses engagées. Les équipes disposent enfin de vieux téléphones « à clapet » parfaitement inadaptés à leurs pratiques d'aller vers : impossibilité de lire ses mails, d'utiliser les fonctions GPS des téléphones, difficile d'envoyer des SMS de rappel de rendez-vous aux patients, etc. Enfin, peu d'équipes disposent de moyens techniques facilitant leur travail en dehors de l'hôpital, tels que les ordinateurs portables en nombre suffisant ou des tablettes, ce qui oblige plusieurs professionnels à retaper toutes leurs notes.

Les équipes disposent de peu d'opportunité de formation. Dans certains cas, l'institution hospitalière refuse de payer les déplacements des équipes vers ces formations.

« Moi, l'année dernière, j'ai fait un DU, j'ai pu prendre mes jours de formation sur mon temps FIR ; par contre, je me suis payé ma formation... »

⁴⁸ Ibid., p. 76.

⁴⁹ Ogien, A. (1989). *Le raisonnement psychiatrique*. Meridiens-Klincksieck. p. 13.

⁵⁰ Demailly, L. (2017). L'idée de rétablissement-recovery : dimensions, ambiguïtés, enjeux. *Rhizome, Apprendre le rétablissement*, (65-66), 6-7. p. 6.

Les formations sont pourtant essentielles dans le cadre des EMPP qui travaillent avec des publics dont les situations très variées évoluent rapidement.

Un manque de moyens humains

Le manque de considération ressenti passe également par un manque de moyens humains attribués aux équipes. Celles-ci expriment le fait que dans certains contextes, comme lors des périodes de crise COVID-19, les postes des EMPP sont rapidement réquisitionnés pour combler les effectifs d'autres services. Ici, les professionnels ont le sentiment que c'est en premier lieu dans leur service que l'hôpital vient « piocher » des professionnels pour combler les manques. Certains soignants d'EMPP évoquent d'ailleurs une lutte régulière pour préserver leurs temps de travail au sein de l'équipe quand ils travaillent par ailleurs dans d'autres services de l'hôpital :

« C'est délicat, parce que l'EMPP c'est un temps qui est un peu... on peut facilement gratter dessus, vous voyez ? Moi je me bats mordicus avec ma cadre du CMP pour ne pas lâcher le temps. Alors j'y arrive, mais c'est une résistance... pour ne pas dire quotidienne, mais régulière quoi. »

Nous pouvons évoquer également la place des postes de psychiatres au sein des équipes. En effet, presque toutes disposent en théorie d'un temps de médecin psychiatre qui se révèle en pratique souvent non effectif ou moins important qu'il devrait l'être. Dans certaines EMPP, ces postes sont vacants depuis de

nombreuses années. Cela est également dû en partie aux difficultés de recrutement, notamment sur certains territoires moins attractifs.

Au-delà de l'intérêt clinique évident que confère la présence d'un psychiatre au sein des EMPP, nous constatons que lorsque ceux-ci sont effectivement présents sur des temps de travail assez conséquents, ils représentent la possibilité d'une parole mieux entendue par l'institution, et donc la possibilité de mieux « porter » les intérêts des équipes. La hiérarchie hospitalière restant forte, leur présence permet ainsi également de fluidifier les liens avec les directions hospitalières.

La circulaire de 2005 précisait déjà la nécessaire présence d'un psychiatre coordonnant les actions des EMPP et favorisant les liens avec l'hôpital : « Au sein même de l'établissement de santé de rattachement de l'équipe mobile, les relations avec les autres secteurs de l'établissement doivent être clairement formalisées, sur la base d'un accord préalable de l'ensemble des acteurs sur les modalités d'intervention de l'équipe mobile. Cette articulation repose particulièrement sur la coordination médicale assurée par le psychiatre référent de l'équipe mobile⁵¹. » L'absence des psychiatres dans beaucoup d'équipes participe en partie aux difficultés de mise en relation avec l'institution hospitalière ainsi que les autres services de l'hôpital.

⁵¹ [http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso2dgs6cdgas1a1b-n-2005-521-du-23-novembre-2005-relative-a-la-prise-en-charge-des-besoins-en-sante-](http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso2dgs6cdgas1a1b-n-2005-521-du-23-novembre-2005-relative-a-la-prise-en-charge-des-besoins-en-sante-mentale-des-personnes-en-situation-de-precarite-et-d'exclusion-et-a/)

[mentale-des-personnes-en-situation-de-precarite-et-d'exclusion-et-a/](http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso2dgs6cdgas1a1b-n-2005-521-du-23-novembre-2005-relative-a-la-prise-en-charge-des-besoins-en-sante-mentale-des-personnes-en-situation-de-precarite-et-d'exclusion-et-a/)

Des difficultés d'orientation et un manque de reconnaissance de l'expertise des professionnels

Les orientations du public reçu par les EMPP peuvent être délicates face au risque de rupture de soin, l'accroche au soin étant généralement très fragile.

« La mission de l'EMPP d'amener aux soins de droit commun n'est pas toujours aisée à mettre en œuvre. Lorsque les individus sont en rupture de longue durée avec l'organisation sociale générale, lorsque la marginalisation et l'isolement sont anciens et que la pathologie est bien ancrée, le passage de relais entre l'EMPP et le secteur ne coule pas de source⁵². » Dans un contexte de saturation des dispositifs de santé mentale, l'orientation des personnes reçues par l'EMPP est compliquée, notamment vers les CMP. Le resserrement des pratiques des CMP sur les situations qui relèvent explicitement de la psychiatrie et du trouble en santé mentale a pour effet d'exclure toute une partie des publics en souffrance psychique suivis par les EMPP.

Aussi, il existe une réticence de certains soignants de la psychiatrie à recevoir des publics « à la marge » (personnes allophones, qui ne viennent pas aux rendez-vous, en retard, sans papiers, sans demande, etc.), ou du moins le public en situation de précarité.

Dans le cadre des orientations, la présence d'un psychiatre dans les équipes permet d'entretenir de meilleures relations avec les collègues des autres services de l'hôpital, en intra et extrahospitalier, ou les partenaires extérieurs :

« Avec un médecin, ça permet d'orienter plus facilement aussi

puisque l'orientation, la demande d'un médecin, elle est beaucoup plus prise en compte que celle d'un psycho, ou infirmier... »

« Maintenant, si on veut vraiment que ça arrive sur une prise en charge aux urgences, et qu'ils l'emmènent, il faut que ça soit moi qui appelle [le Samu.] Si c'est les infirmiers, ce n'est pas la peine : ils se font jeter. Et moi, des fois, je me fais jeter. »

On peut néanmoins noter qu'il existe dans tous les cas des difficultés d'orientation au sein des autres services hospitaliers, et ceci même lorsque les équipes disposent de temps de psychiatres effectifs.

Pour les professionnels des EMPP exerçant parallèlement un mi-temps sur leur CMP de secteur, la proximité avec leurs confrères en intrahospitalier permet de contrer les représentations négatives liées à ces publics en sensibilisant sur leurs difficultés décuplées induites par leur situation de précarité :

« Ce qui est intéressant, c'est mi-temps CMP, mi-temps EMPP. Du coup les collègues nous connaissent, puis notre façon de travailler, les médecins aussi [...] ça facilite quand même l'accès aux soins pour l'utilisateur qu'on va voir dans le cadre de l'EMPP. »

Néanmoins, le fait de travailler au CMP en plus de l'EMPP entraîne un étiquetage « référent précarités » pour certains soignants, dès lors sollicités pour suivre toutes les personnes en situation de précarité qui arrivent au CMP, alors même que celle-ci pourrait être suivie par un

⁵² Arveiller, J.-P. et Mercuel, A., (dir.) (2011). *Santé mentale et précarité. Aller vers et rétablir*. Lavoisier. p. 57.

autre professionnel. Il arrive aussi régulièrement que des personnes soient orientées vers l'EMPP du CMP, ce qui semble paradoxal et à l'encontre des missions des EMPP, à savoir permettre l'accès des personnes au droit commun, et notamment aux CMP.

Cette impossibilité à réorienter une partie des publics suivis par les EMPP contraint les professionnels à les prendre en charge au long cours :

« En fait, on oriente sur le CMP ce qui est de l'ordre de la psychiatrie pure et dure, on va dire. Pour les demandeurs d'asile, c'est toujours un peu flottant... le PTSD est pas toujours reconnu par le CMP comme une pathologie psy malheureusement, donc parfois ça coince à ce niveau-là. C'est des gens finalement qu'on peut suivre tout le long de leurs procédures. »

Au-delà des problématiques d'orientation sur les services intra- et extrahospitaliers, les professionnels des EMPP décrivent parfois le peu de reconnaissance de leur travail et de leur expertise. À titre d'exemple, pour une orientation vers un psychiatre, certains CMP demandent que la personne repasse par le parcours classique : elle doit alors être revue par un infirmier du CMP, alors même que la demande vient d'un infirmier de l'EMPP (qui appartient à la même institution). Au-delà de la remise en cause des compétences des professionnels des EMPP, cela rajoute des étapes dans un parcours de soins déjà fragile pour les personnes accompagnées.

Les professionnels des EMPP décrivent également des situations problématiques où les personnes orientées vers les urgences ou des hospitalisations ressortent très rapidement. Il

peut y avoir une remise en question de l'expertise des professionnels des EMPP (y compris celle des psychiatres) qui pourtant ont une visibilité importante sur les situations globales des personnes qu'elles orientent, comme l'explique ce professionnel :

« On hospitalise une personne en soins à la demande d'un représentant de l'État [SDRE], trouble à l'ordre public. Le collègue [de l'hôpital psychiatrique], au bout de quarante-huit heures, demande à lever le SDRE, sans avoir appelé. Il dit : "Vous ne faites pas confiance en mon expertise ?". Je dis : "Si, sauf que nous, on a cinq ans de dossier d'observation clinique, entre cinq ans et quarante-huit heures, je suis désolé, mais si on l'a hospitalisé ce n'était pas pour rien." Donc on a un problème avec les services d'urgence et... l'accueil de ce public-là dont personne ne veut. »

Il est donc difficile d'orienter les publics de l'EMPP vers le soin en santé mentale, et lorsque ces orientations sont possibles, il y a parfois des déconvenues pour les professionnels des EMPP sur les réponses apportées aux personnes.

Ces différents constats renvoient aux professionnels le sentiment d'être peu reconnus dans leurs pratiques et leurs spécificités par les autres services de psychiatrie intra- et extrahospitaliers qui représentent alors, parfois, des instances contraignantes plutôt qu'aidantes.

Des référents précarités à l'hôpital

Dans l'Ain, l'EMPP fonctionne avec des « référents précarité » (infirmiers, cadres de santé, assistants sociaux, etc.) qui portent la clinique psychosociale au sein des dispositifs

intra- et extrahospitaliers. Une rencontre a lieu tous les deux mois avec la vingtaine de référents autour de l'étude de situations cliniques. Ces réunions permettent de nourrir les référents précarité sur les questionnements du moment liés à la précarité, à la migration, etc. Ces derniers peuvent également témoigner des difficultés de prise en charge des personnes en situation de précarité qui peuvent être rencontrées au sein des secteurs.

2. Une clinique des interstices à valoriser

Comme nous l'avons décrit précédemment, les modalités d'intervention des EMPP sont spécifiques et beaucoup d'équipes nous ont fait part de leurs difficultés à rendre compte et à valoriser leur activité auprès de l'ARS ainsi que de leur institution hospitalière respective.

Une clinique difficilement quantifiable...

À l'occasion d'une recherche sur l'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie, Jean-Paul Lanquetin, infirmier, avait caractérisé « 139 fonctions en lien avec ces activités informelles. Un nombre important de repérages d'actions dont aucune ne donne lieu à une saisie d'activité⁵³. » L'auteur note que ces « dessous du soin » peuvent représenter 50 % de l'activité totale.

Cette réflexion fait écho aux activités exercées dans les EMPP. Ainsi, il est par exemple difficile de valoriser les multiples temps de déplacement et d'aller vers (particulièrement

chronophages sur les territoires ruraux), de maillage avec le territoire et de mise en lien avec les partenaires, de temps informels passés à construire des relations avec des personnes réticentes à rencontrer des soignants, de temps passé au téléphone pour débloquer certaines situations, etc. :

« Le quotidien, c'est 17 consultations par jour, c'est le téléphone qui sonne toutes les dix minutes quand on est en entretien. C'est les ordonnances qu'il faut faxer à la pharmacie, c'est les médicaments qu'on va chercher parce que le patient est loin et du coup on ne va pas le faire revenir le lendemain pour chercher un traitement. Un patient qui vient pour une consult de réassurance, et à côté de ça, on a une femme enceinte qui est à huit mois et qui ne sait pas où elle va dormir, qui ne sait pas ce qu'elle va manger. Et puis le patient qui vient de sortir de deux ans de prison pour actes de pédophilie. C'est des choses qui ne sont pas faciles à quantifier, qui ont une charge de responsabilité qu'on ne voit jamais. »

Lise Demailly, Olivier Dembinski et Catherine Déchamps Le Roux, dans une enquête réalisée en 2012⁵⁴ notaient déjà les difficultés des équipes mobiles à produire « des chiffres décrivant leur activité ». Les auteurs notent par ailleurs le risque d'une tentative d'uniformisation des recueils des données : « Le temps nécessaire à instaurer un lien, celui de

⁵³ Lanquetin, J.-P. (2013). L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie. *Op. cit.*, p. 6.

⁵⁴ Demailly, L., Dembinski, O. et Déchamp Le Roux, C. (2012). *Analyse d'innovations dans les secteurs psychiatriques : augmenter la mobilité et la disponibilité*

[rapport de recherche]. Lille : Lille 1, Clerse, Fédération de recherche en santé mentale, p. 59-62.

respecter la volonté du sujet et les conditions éthiques de l'intervention seront-ils encore donnés dans le cadre d'un formatage administratif?»⁵⁵

... et qui ne rentre pas dans les « cases » des institutions

À cet endroit, on peut noter une forme d'injonction paradoxale de l'institution à destination des équipes auxquelles on demande de rendre des comptes comme tous les autres services, alors que la pratique n'entre pas, sur beaucoup d'aspects, dans les critères d'évaluation proposés par les institutions.

« Dans cette spécificité-là, je trouve que c'est compliqué de demander de remplir les mêmes documents que d'autres équipes de soins. Parce que ça ne prend pas en compte toute une partie de notre spécificité, et ça c'est un peu dommage. »

Ainsi, les équipes se trouvent parfois en difficulté avec les demandes, formulées par leur institution hospitalière, de coter les actions réalisées dans le logiciel de l'hôpital, et de compléter des dossiers patients. Ici, les demandes des directions, les manières de faire sont très diverses et ne sont pas toujours problématiques. Certaines équipes disposent par exemple « d'entrées » EMPP dans ces logiciels qui permettent de coter leurs activités d'une manière plutôt adaptée à leur pratique.

Pour d'autres, le recueil de données souhaité par l'hôpital constitue un frein dans la pratique et dans la relation avec les personnes rencontrées. En effet, dans certaines situations

et à titre d'exemple, les personnes ne sont parfois pas connues de l'hôpital et de la psychiatrie. Certaines directions demandent tout de même aux professionnels de créer et compléter un « dossier patient » dans le logiciel de l'hôpital avec l'identité de la personne rencontrée par l'EMPP (au centre d'hébergement, à la rue, en squat, etc.). Cela implique donc pour les professionnels des équipes de demander à la personne son nom, prénom (entre autres), ainsi que son autorisation pour la création d'un dossier patient à l'hôpital psychiatrique :

« Il faudrait qu'on leur demande la carte d'identité et la carte vitale pour pouvoir créer des dossiers pour que notre administration sache qui on a vu, et il faut qu'on demande leur consentement, il faut qu'on dise : "Là, on s'est vus, est-ce que vous êtes ok pour que je marque ça sur votre dossier, avec l'étiquette "Équipe mobile psychiatrie précarité". Donc forcément, le lien, c'est compliqué... »

Ainsi, dans la relation parfois complexe à établir avec des personnes souvent réticentes à rencontrer des soignants, on voit bien en quoi cette démarche formelle peut complexifier le travail de sensibilisation et d'aller vers les populations les plus éloignées du soin en santé mentale.

Depuis 2018, les EMPP doivent remplir le rapport d'activité Piramig, mis en place au niveau national par la direction générale de l'Offre de soins du ministère de la Santé. Conscientes de la nécessité de rendre compte

⁵⁵ *Ibid.*, p. 29.

de leurs activités, les équipes sont néanmoins critiques vis-à-vis de ce recueil de données qui, selon elles, ne rend compte que partiellement et de manière déformée de l'activité interstitielle, spécifique et plurielle réalisée au sein des dispositifs :

« Quantitativement, on peut se dire effectivement il y a peut-être moins d'actes sur une EMPP que sur un CMP, mais on aura mis tellement de temps à accéder aux gens... Il y a déjà tout un temps d'approche, de rencontres, de confiance avant de pouvoir mettre en place quelque chose. Et ça, ce n'est pas comptabilisé [dans Piramig]. Vous allez mettre "1 entretien" même s'il vous a pris trois heures... »

Le recueil de données Piramig est jugé trop quantitatif, ne laissant pas assez de place aux données qualitatives et aux activités interstitielles inhérentes à la pratique d'activités d'aller vers les populations en situation de précarité.

Plus globalement, compléter ce recueil de données est chronophage pour les équipes qui doivent adapter leurs manières de comptabiliser les actions réalisées en fonction des critères demandés dans Piramig. Nous pouvons préciser ici que le changement des critères entre les années 2018 et 2019 a mis en difficulté les équipes qui ont dû revoir en une année leur manière de comptabiliser leurs actions.

Parfois, les équipes ne peuvent pas remplir précisément Piramig et donnent donc des

chiffres approximatifs, ce qui a pour effet de réduire l'intérêt et la pertinence de certaines données.

Pour les équipes qui comprennent une EMPP ainsi qu'une PASS Psy et pour lesquelles ces deux dispositifs sont souvent très étroitement liés, elles doivent remplir deux rapports Piramig, jongler avec les patients qui passent d'un dossier PASS à un dossier EMPP, ajoutant un temps de travail supplémentaire, d'autant plus que les critères demandés ne sont pas tout à fait les mêmes pour les EMPP et pour les PASS Psy.

Comme nous l'avons illustré, les EMPP rencontrent donc des difficultés pour être reconnues comme des dispositifs à part entière au sein de leurs institutions hospitalières. Leurs pratiques spécifiques sont souvent peu valorisées et il est compliqué pour les professionnels d'en rendre compte avec les outils fournis par leurs institutions hospitalières et/ou leurs financeurs. Les éléments que nous avons décrits reposent sur des discours et des observations parfois implicites qui sous-tendent le signe d'une considération moindre de l'institution pour les EMPP. Nous avons aussi constaté que ces représentations péjoratives sont parfois explicitement formulées par les directions des hôpitaux dont certaines considèrent ces dispositifs comme secondaires et non prioritaires.

Ces constats nous invitent à réfléchir à la place plus générale de ce type de dispositifs dans l'offre de soins en santé mentale.

V. Penser la place des EMPP dans l'offre de soins en santé mentale

1. Quelques principes d'une clinique spécifique

« Un zeste d'humanité, d'humilité, de sincérité, suffirait. Des dons de paroles précieuses, des mots de reconnaissance permettraient d'assouplir l'asymétrie entre professionnels et bénéficiaires, entre nantis et déshérités. J'en déduirais que la reconnaissance prime sur la connaissance : reconnaître pleinement autrui avant de faire appel à nos techniques professionnelles usuelles. Certes faudra-t-il dès lors déconstruire l'alphabet de nos métiers, de l'écoute à l'empathie en passant par l'adéquade distance et le vocabulaire de l'alliance, revisiter nos panoplies de concepts et en proposer des nouveaux⁵⁶. »

Comme nous l'avons décrit précédemment, les EMPP, pour répondre aux besoins des personnes et accompagner au mieux un public rencontrant des problématiques diverses mettent en place un certain nombre de pratiques qui, malgré leur diversité, semblent se référer à ce que Jean Furtos nomme la « clinique psychosociale ».

Les EMPP choisissent de s'adapter à la demande, ou à la non-demande, de calibrer leur intervention afin qu'elles puissent répondre au mieux aux besoins de la personne en souffrance. Comme nous l'avons décrit, il s'agit parfois de faire un entretien dans la rue, au domicile de la personne, de la rencontrer dehors, au parc, dans un café, etc. Mais, il ne s'agit pas que de cela : la richesse des EMPP ne réside pas uniquement dans la diversité de leurs modalités de lieux et méthodes d'intervention.

Au-delà de ces modalités pratiques, nous vous proposons ici de nous intéresser aux « principes » d'une clinique spécifique qui permet de répondre aux besoins des publics les plus éloignés du soin.

Accueillir largement – un haut seuil de tolérance

Afin de pouvoir prendre en compte les personnes en situation d'exclusion, de non-demande et de précarité, il s'agit d'abord d'accepter un cadre d'intervention très large. Il s'agira tantôt d'accompagner une personne en situation de grande précarité, tantôt de faire le suivi d'une personne autiste à son domicile ou de tenter de démêler les situations d'incurie dans le logement. Dans certaines situations, ce n'est pas la précarité de la personne qui fait que l'EMPP intervient, mais le fait que la problématique se situe dans l'interstice où aucun autre acteur n'intervient ou ne souhaitera intervenir. L'EMPP accompagne les situations dont plus personne ne veut, ceux que nombre d'intervenants nomment les « patates chaudes » circulant d'un dispositif à un autre, sans prise en charge adéquate.

Pour certains publics, les relais sont inexistants, tant au niveau sanitaire que social. Les EMPP interviennent alors, en sachant qu'une orientation par la suite sera difficile, et qu'il ne s'agit pas là de faciliter l'accès aux soins, mais de faire soin là où personne d'autre ne le fera.

Il s'agit également de ne pas exclure des publics qui n'auront pas forcément de demande clairement définie, et qui seront dans un

⁵⁶ Métraux, J.-C. (2018). *La migration comme métaphore* (3^e ed.). La Dispute. p. 25.

premier temps sûrement réfractaires à rencontrer un professionnel, d'aller vers « en acceptant de la personne ce qu'elle peut présenter à ce moment-là et qui ne serait pas nécessairement acceptable dans un autre lieu⁵⁷ ».

Ici, il n'est pas nécessaire de formuler une demande de soin compréhensible, adaptée, claire. Il n'y a pas besoin qu'elle soit « entendable » pour qu'elle soit entendue des soignants. L'aller vers n'a pas lieu uniquement par des déplacements physiques sur les lieux de vie, mais dans la manière d'entrer en relation avec les personnes, de soutenir le lien.

Les professionnels acceptent également que la demande ne soit pas nécessairement celle du soin dans un premier temps :

« Ce sont des personnes qui vont avoir d'autres demandes et certainement pas de rencontrer un psy ou un psychiatre. Donc ça passe par le social, ça passe par le somatique, ça passe par plein de choses en amont avant qu'il puisse y avoir une orientation du côté psy. »

Lorsqu'il y a une demande, les équipes s'adaptent alors à celle-ci bien qu'elle ne soit pas, ou pas encore, celle d'un soin psychique, prenant appui sur celle-ci pour créer le lien et la confiance, qui pourront permettre de parler de santé mentale par la suite. Parfois, les compétences techniques somatiques permettent une médiation vers le soin psychique :

« Je connais des infirmières qui ont fait ces soins, qui n'étaient pas

forcément leur mission, mais si elles ne le faisaient pas... ça permet de démarrer quelque chose et puis une fois que c'est fait, on peut s'occuper aussi du psychisme des personnes. Mais ordre de priorité. Qu'est-ce qu'ils demandent, un téléphone portable pour aller sur internet pour communiquer avec la famille. Ça, c'est leur priorité, restaurer les liens. »

Dans le même sens, il s'agira parfois de parler à la personne de son chien, de sa demande d'asile, etc. pendant plusieurs rencontres avant de pouvoir parler de soin, de soi.

Prendre en compte une temporalité

La temporalité des personnes accompagnées par les équipes est souvent fortement impactée par la situation de précarité, et celles-ci doivent donc en tenir compte dans leurs interventions auprès des personnes. Les priorités sont autres que le soin et souvent recentrées sur la survie quotidienne (ou vais-je manger ? dormir ? me doucher ?, etc.). Aussi, les probabilités sont fortes qu'un rendez-vous fixé trois semaines plus tôt par le soignant soit oublié le jour J.

Dans plusieurs EMPP, les professionnels rappellent leurs rendez-vous aux personnes par SMS ou par téléphone le jour même ou la veille. Au-delà d'une visée pratique consistant à limiter les rendez-vous manqués, le fait de recontacter les personnes avant leur rendez-vous vient signifier à celles-ci une importance, un lien, ce qui peut être primordial pour des personnes pouvant être très isolées relationnellement et rencontrer des difficultés pour créer des liens. Pour certaines personnes,

⁵⁷ Arveiller, J.-P. et Mercuel, A., (dir.) (2011). *Santé mentale et précarité. Aller vers et rétablir. Op. cit.* p. 62.

les professionnels des EMPP sont parfois les seuls individus avec lesquels elles peuvent échanger régulièrement. Les rappels de rendez-vous téléphoniques ou par SMS peuvent donc avoir une représentation importante venant signifier aux personnes que quelqu'un pense à eux, qu'une équipe se soucie d'eux.

Dans tous les cas, prendre en compte la temporalité et la réalité des personnes, c'est aussi accepter les rendez-vous manqués, les ratés sur les horaires et malgré tout cela, ne pas les exclure des dispositifs en leur proposant à nouveau un rendez-vous ou en adaptant les pratiques à cette réalité.

« Vous lui donnez un rendez-vous, mais il n'est pas là au rendez-vous que vous lui donnez. Par contre, il va se pointer quatre autres fois en deux jours, alcoolisé, tournant autour des gens, avec 36 demandes... »

Beaucoup de personnes en situation de précarité sont réticentes à l'idée de rencontrer un soignant. Aussi, quand les professionnels des EMPP réussissent à faire émerger une demande, celle-ci est souvent fragile, nécessite d'y répondre rapidement, sous peine qu'elle disparaisse. Cela passe donc par la possibilité d'une prise en charge rapide :

« C'est vrai que pour cette population-là... ils sont longs à se décider, mais le jour où ils sont décidés, il ne faut pas que ça attende deux ans quoi. »

Ce rapport à la temporalité, la non-demande, comme d'autres symptômes d'une souffrance psychosociale, nécessite donc une constante « négociation » entre les professionnels et les personnes, un ajustement des pratiques.

Adapter sa pratique à la réalité de la personne

Accueillir les personnes en situation d'exclusion passe aussi, pour les professionnels, par l'acceptation d'un décalage dans la pratique. Il s'agit de prendre la mesure de la réalité de l'autre et de s'adapter à celle-ci dans sa pratique de soin. En effet, au-delà de modalités d'intervention particulièrement souples, les différents professionnels font également preuve d'une grande flexibilité dans leurs modalités d'intervention individuelles, en se décalant souvent de la posture professionnelle qui pourrait être attendue de leurs fonctions. Il ne s'agit pas ici de compétences professionnelles spécifiques qui ne seraient plus utilisées, mais bien de compétences supplémentaires qui sont adaptées aux besoins des personnes accueillies. Les professionnels des EMPP, quels que soient leurs métiers, ont pour priorité d'accorder leurs postures au contexte, aux besoins des personnes, à leurs demandes ou non-demandes, afin de rendre le soin accessible.

La souffrance psychique rencontrée par les publics accueillis est plurielle, et nécessite une prise en considération de différentes sphères pour faire soin, la réponse uniquement du côté du trouble n'étant pas suffisante :

« [La pratique] est définie comme un lieu d'indétermination entre ce qui relève du psychique et ce qui est social. Elle permet la prise en charge de la souffrance qui n'est pas nécessairement référencée au modèle de psychopathologie psychiatrique, mais qui

articule la scène de soin, celle du travail social et le rôle d'intervenants à identité multiples⁵⁸. »

« Il ne s'agit pas d'un quantitatif culinaire : vous mettez 50 % de psychologique et 50 % de social, et le tour est joué ; non, c'est 100 % de psychologique et 100 % de social⁵⁹. »

Ainsi, en plus de l'expertise technique des professionnels à faire des diagnostics, indiquer des traitements, il peut s'agir par exemple pour un psychiatre de préparer un patient à ce qui l'attend à l'Ofpra, à l'infirmier d'accompagner au jardin partagé, etc. Dans ce contexte, l'établissement d'un diagnostic n'est pas primordial.

Il ne s'agit pas de gestes techniques supplémentaires ni de théories spécifiques, mais d'une posture d'accueil et d'écoute de la souffrance de l'autre, que nous avons pu constater lors de nos observations.

Cette clinique si spécifique permet le soin, fait soin là où d'autres modalités ne pourraient être acceptées ou acceptables pour les personnes rencontrées.

Remettre du lien

Les personnes prises en charge dans les EMPP sont dans des situations problématiques et souvent très isolées. Il s'agit alors pour les EMPP de « faire du lien ». Cela passe d'abord par le maillage avec les autres acteurs sanitaires, sociaux, associatifs du territoire afin d'offrir la prise en charge la plus complète possible. Il s'agit également de participer à la coordination des parcours de soins, sans faire à la place, mais

avec la personne. Il est également nécessaire de s'assurer que le lien aux autres partenaires tienne dans la durée, en restant présent en filigrane parfois pendant plusieurs années. Il s'agit aussi d'appeler le psychiatre, le médecin généraliste, l'ophtalmologue, le centre d'hébergement, la maison des jeunes et de la culture (MJC), etc. pour s'assurer que la personne est bien en lien avec les partenaires.

Dans leur pratique quotidienne, les professionnels des équipes mobiles accompagnent les personnes qui sont souvent très isolées et désaffiliées à se remettre en lien, à recréer des liens. Il peut s'agir alors de trouver avec la personne de nouvelles attaches ou des attachements préexistants qui n'existent plus du fait de la situation de précarité de la personne. En pratique, il s'agit de parler à la personne du club d'échecs ou de foot local, du centre social qui organise des ateliers de cuisine, de la psychologue du centre communal d'action sociale (CCAS) qui propose un groupe de parole, du référent de l'hôpital qui anime l'atelier d'art-thérapie, etc. L'idée sous-jacente est de recréer des liens sociaux dans l'optique de maintenir ou retrouver une santé mentale suffisamment bonne pour les personnes.

Pour certaines d'entre elles, les événements vécus au sein de leurs parcours ont pu créer des traumatismes et remettre en cause leur confiance en *l'autre* (en l'être humain). C'est aussi dans cet objectif que de nombreuses EMPP développent des modalités de soin collectives, afin d'offrir d'autres possibilités de création de liens. C'est parfois à travers la

⁵⁸ Mbaye, E. (2012). La clinique psychosociale : un objet difficile à transmettre ? *Rhizome*, (46-47), 15-16. p. 15.

⁵⁹ Furtos, J. (2015). Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale. *Op. cit.*, p. 57.

reconstruction de ces liens et la reconnaissance de l'autre, des autres, que pourra se faire le soin individuel : « La reconstruction psychique individuelle doit alors s'appuyer sur la reconstruction du lien brisé, par des approches communautaires et participatives où le "soignant" doit avant tout montrer qu'il appartient à la communauté des humains⁶⁰. »

Reconnaître l'autre

Dans la clinique des EMPP, le lien à l'autre est central, primordial. Il s'agit avant tout d'une clinique de la réhumanisation et de la reconnaissance.

Les personnes en situation de précarité ont souvent, avec le temps, assimilé l'idée que les problèmes qu'elles rencontrent viennent d'elles-mêmes, dans un monde où la banalisation des violences et des injustices vécues est fréquente. Le déni et la non-reconnaissance des violences subies peuvent avoir de lourdes conséquences sur la santé mentale des personnes.

Ici, les professionnels ne sont donc pas forcément dans une « neutralité bienveillante », mais plutôt dans une légitimation de la souffrance et une reconnaissance de celle-ci. Souvent, il est expliqué aux personnes qu'il est légitime d'être en souffrance dans les situations de précarité où elles se trouvent, à la suite des mauvais traitements qu'elles ont vécus. Il s'agit pour le soignant d'accepter de faire don de paroles précieuses⁶¹, de faire part à la personne de son ressenti face à la situation, de s'indigner, d'être le témoin d'une situation anormale.

Il s'agira donc de nommer les violences et de reconnaître leur impact potentiel sur la santé mentale des personnes et de rappeler que ce ne sont pas elles qui ont un problème, mais la situation dans laquelle ils sont qui est à l'origine des problèmes.

Aussi, il s'agit de valoriser les personnes, de les reconnaître dans leurs capacités, en leur renvoyant d'abord d'elles l'image de survivantes plutôt que de victimes.

« La réponse n'est pas forcément médicale. Elle est aussi sociale, et de la reconnaissance sociale. [...] souvent pour le public qu'on reçoit, les aider ça revient beaucoup à trouver une place où ils peuvent s'inscrire »

Soutenir les personnes en situation de précarité, mais aussi ceux qui les soutiennent

La pratique de l'EMPP est également spécifique par sa dimension d'accompagnement des travailleurs sociaux en lien avec les personnes en situation de précarité, qui constitue la deuxième mission de ces dispositifs. La notion de « clinique psychosociale » trouve son origine dans les vécus difficiles des professionnels de l'accompagnement des personnes en situation de précarité. Ceux-ci se trouvent en effet souvent démunis et en difficulté face à un public pour lequel la souffrance semble largement constituée ou aggravée par la situation de précarité dans laquelle il se trouve.

Ainsi, les professionnels des EMPP soutiennent et accompagnent ceux issus du champ social

⁶⁰ Jacques, P. (2004). Souffrance psychique et souffrance sociale. *Pensée plurielle*, 2(2), 21-29. <https://doi.org/10.3917/pp.008.0021>, p. 28.

⁶¹ Métreaux, J.-C. (2007). Nourrir la reconnaissance mutuelle. *Le Journal des psychologues*, (252), 57-61. <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2007-9-page-57.htm>

dans cette rencontre avec la souffrance psychique si particulière des publics qu'ils suivent. Là aussi, l'aller vers, l'adaptabilité, les modalités d'intervention variées permettent le soutien des professionnels là où il ne serait pas nécessairement possible ailleurs. Rappeler un travailleur social impacté par une situation, transmettre des éléments cliniques, échanger de manière formelle et informelle... : les professionnels des EMPP apportent un soutien non négligeable aux intervenants sociaux, leur permettant d'être plus armés dans leur écoute des personnes en souffrance.

« La clinique psychosociale ne consiste pas à transformer les psychiatres en assistants sociaux, ni les travailleurs sociaux en médecins, mais d'établir ce lieu de dialogue et de prendre conscience des dynamiques d'exclusion qui engendrent la souffrance psychique⁶². »

À l'origine de la clinique psychosociale, il y a la souffrance des professionnels du social accueillant les personnes en situation d'exclusion. Cela paraît fondamental d'accompagner les personnes en situation de précarité, mais également ceux qui les accompagnent.

Une clinique spécifique qui amène des souffrances spécifiques chez les intervenants ?

Au-delà de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité et des travailleurs sociaux qui les accompagnent, il nous semble important de mettre en avant celle des professionnels des EMPP. Au fil de nos

entretiens et observations, nous avons pu constater qu'il existe parfois une souffrance importante des professionnels des équipes mobiles qu'il est primordial de prendre en considération.

Les équipes mobiles subissent d'abord une charge de travail importante qui entraîne parfois des souffrances liées à l'épuisement professionnel. C'est aussi la complexité des situations qui implique que, pour effectuer leur travail de manière satisfaisante, les professionnels doivent faire toujours un peu plus que ce qui leur est demandé dans le cadre de leurs missions. C'est ce que relèvent Bertrand Ravon et Pierre Vidal-Naquet : « Les professionnels sont investis d'un ou plusieurs mandats précis qui relèvent du travail prescrit. Mais en même temps, lorsque les situations deviennent complexes, ils doivent s'adapter à elles, au besoin en s'éloignant du mandat initial⁶³. » Ce contexte d'intervention, en dehors du travail prescrit, peut être source d'insécurité et de souffrance professionnelle, en même temps qu'il peut venir remettre en cause, pour le professionnel, le sens même de l'activité.

Ensuite, la pratique des professionnels des EMPP comporte des spécificités en lien avec les situations de précarité vécues par les publics. La répétition des entretiens avec des personnes en situation de détresse et de précarité amène parfois à une « usure de compassion » qui correspond à une surcharge émotionnelle.

Enfin, la répétition des récits difficiles de violence et la confrontation à l'histoire traumatique des personnes accompagnées

⁶² Mbaye, E. (2012). La clinique psychosociale : un objet difficile à transmettre ? *Op. cit.*, p. 16.

⁶³ Ravon, B. et Vidal-Naquet, P. (2018). Les épreuves de professionnalité, entre automandat et délibération

collective. L'exemple du travail social. *Rhizome*, (67), 74-81. p. 75.

sont parfois source de souffrance et peut même avoir pour conséquence un traumatisme vicariant. Le *DSM-5* précise que l'exposition répétée à des récits sordides en raison de ses activités professionnelles peut être à l'origine d'un syndrome de stress post-traumatique.

Il est alors un enjeu particulièrement important de prendre soin des professionnels des EMPP dans leurs pratiques, pour qu'ils puissent prendre soin à leurs tours des populations qu'ils accompagnent au quotidien.

Une clinique spécifique mise à mal par la surcharge de travail

Au vu de la surcharge de travail et du manque de moyens criant observés dans de nombreuses équipes que nous avons rencontrées, les principes de cette clinique spécifique que nous venons de décrire, qui permettent dans bien des cas le soin pour des personnes qui en étaient très éloignées, peuvent être mis à mal. Les rendez-vous s'enchaînent, laissant de moins en moins de temps aux professionnels pour faire de l'aller vers, pour créer et soutenir le lien :

«J'ai un travail qui prend aussi beaucoup de temps l dans l'ombre, entre guillemets. J'ai de moins en moins de temps. Alors j'essaie de me caler dans l'agenda des temps où je suis que dans la rue sans rendez-vous. J'essaie d'avoir l'agenda le plus vide possible pour pouvoir justement avoir ce temps de création de lien, et de prendre le temps de le faire : ne pas regarder ma montre en me disant "j'ai un rendez-vous ici ou là", etc. Mais c'est de plus en plus difficile quand même.»

Par ailleurs, plusieurs professionnels évoquent les difficultés grandissantes pour trouver des solutions sociales, alors qu'auparavant, il existait selon eux des marges de manœuvre plus importantes. Face à une précarisation des publics reçus, les équipes expliquent devoir faire face à des difficultés sociales extrêmes qui prennent le pas sur le «soin». Il s'agira d'abord de trouver un hébergement en urgence plutôt que d'élaborer avec la personne sur ses troubles de sommeil intimement liés à la situation de précarité vécue.

Dans le même sens, la saturation de plus en plus importante des dispositifs de psychiatrie complique, là encore, la tâche des EMPP, se retrouvant à accompagner un public de plus en plus isolé avec ses troubles. Se situant aux interstices, l'EMPP est impactée par l'état des dispositifs entre lesquels elle est censée faire du lien.

Dans l'optique de gérer des emplois du temps de plus en plus chargés et de pouvoir «absorber les demandes», certaines équipes, notamment lorsqu'elles sont fusionnées avec des PASS, recentrent plus ou moins consciemment leur activité sur des rendez-vous individuels, donnés aux personnes, souvent dans leurs locaux, leur permettant de recevoir davantage de personnes en moins de temps. La saturation des dispositifs EMPP vient donc mettre à mal une clinique dont les principes et modalités d'action favorisent largement le soin en santé mentale des personnes en situation de précarité.

Nous avons décrit les principes d'une clinique qui se place aux interstices du soin et du social. Nous pouvons alors nous interroger sur la place de celle-ci dans l'offre de soins en santé mentale.

2. Quelle place pour les EMPP dans l'offre de soins en santé mentale ?

À la suite des différents constats que nous avons pu faire concernant l'activité des EMPP, il nous paraît intéressant de porter une réflexion sur ce que représentent ces équipes dans l'offre de soins et plus largement le champ de la santé mentale aujourd'hui en France.

La mobilité des équipes est un des principes innovants dans l'organisation prônée du secteur avec les autres principes de *réactivité* (agir sans retard), de diversité de l'offre (proposer une palette d'alternatives à l'hospitalisation) et d'*écoute* des demandeurs⁶⁴. Ce « travail de disponibilité⁶⁵ » annonce une nouvelle territorialité dans l'accès aux soins qui vient définir le *lien* avec la personne comme le « lieu » principal d'intervention : « Les EMPP démontrent bien que la permanence du lien par un "aller vers" prévaut sur la permanence du lieu⁶⁶. »

Sur le terrain, nous avons pu observer que les intervenants professionnels apportent des réponses concrètes (celles-ci permettent des orientations, de la prévention, de l'aller vers, des suivis à court ou long terme si nécessaire) plus qu'un accès à l'équipement psychiatrique, comme le préconise la circulaire de 2005. En effet l'orientation vers le soin dans les dispositifs de droit commun est de fait, très faible.

Ainsi, il semble nécessaire aujourd'hui de reconnaître que les EMPP, au-delà de leur mission initiale d'amener vers le soin, constituent des *dispositifs de soins* à part entière. Alain Mercuel définit leur pratique : « La psychiatrie pratiquée par les EMPP est une psychiatrie interstitielle qui vient occuper tous les espaces vides d'écoute spécialisée afin de promouvoir un dépistage précoce des souffrances psychiques des exclus⁶⁷. » En effet, les EMPP représentent la possibilité d'un accueil très large de populations en situation de grande précarité, mais aussi des personnes « dont personne ne veut ». Ces dispositifs viennent effectivement combler les « espaces » laissés vide par les dispositifs de santé mentale de secteur en acceptant de rencontrer des publics qui n'accèdent que difficilement aux soins par ailleurs.

Néanmoins, les différentes observations que nous avons pu faire lors de cette enquête nous permettent d'affirmer que les **équipes mobiles psychiatrie précarité** ne sont pas uniquement des dispositifs qui viennent combler des « espaces vides » – et elles ne devraient pas uniquement être appréhendées du côté du manque. Comme nous l'avons montré précédemment, les équipes sont porteuses de réelles compétences spécifiques qu'il s'agit de soutenir et valoriser. Il apparaît donc nécessaire de reconnaître que les EMPP, au-delà de leur expertise médicale, proposent une clinique « psychosociale » qui fait « soin » : le cadre d'intervention flexible, un haut seuil de

⁶⁴ Au-delà des EMPP, certains dispositifs mobiles innovants voient le jour comme l'équipe mobile du pôle centre de l'hôpital du Vinatier porté par Nicolas Franck, et dont les principes de disponibilité, mobilité, réactivité, et coordination se rapproche beaucoup des principes d'action des EMPP.

⁶⁵ Demailly, L., Dembinski, O., Déchamp Le Roux, C., (2012) *Analyse d'innovations dans les secteurs psychiatriques : augmenter la mobilité et la disponibilité*, Op. cit.

⁶⁶ Mercuel, A. (2018). « Aller vers... » en psychiatrie et précarité : l'opposé du « voir venir... » !, Op. cit., p. 4.

⁶⁷ Ibid.

tolérance vis-à-vis du public accompagné, la forte accessibilité au dispositif, l'expertise médicale, mais aussi sociale, la capacité des équipes à reconnaître les personnes dans leurs réalités et à les prendre en charge dans la globalité, leurs singularités et leurs environnements sont autant d'éléments qui font soutien en santé mentale.

Plaider pour une valorisation et une diffusion du dispositif EMPP ne signifie pas pour autant écarter le rôle tenu par les autres dispositifs intra- et extrahospitaliers dans la prise en charge des publics précaires. La circulaire de 2005 préconise que «la création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie en faveur des personnes en situation de précarité et d'exclusion ne saurait donc se substituer aux obligations de prise en charge des équipes de secteur en faveur de ces publics⁶⁸». Nous constatons en pratique que ces obligations de

prise en charge sont peu effectives. Pourtant, afin de répondre au principe d'égalité devant la continuité des soins et de fluidifier les parcours de soins des personnes en situation de précarité, il est fondamental que les EMPP puissent s'appuyer sur les autres services hospitaliers en seconde ligne.

Il s'agit alors de reconnaître et de valoriser la place des EMPP comme des dispositifs de soins à part entière, mais qui ont besoin de liens effectifs et privilégiés avec les autres services de soins spécialisés de l'hôpital psychiatrique pour pouvoir fonctionner correctement. Il y a, à cet endroit, un véritable enjeu à sensibiliser et informer les professionnels de l'institution hospitalière (des directions des hôpitaux aux différents professionnels des dispositifs de soins) afin que l'EMPP soit davantage reconnue comme un dispositif de soin spécialisé à part entière.

⁶⁸ [http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso2dgs6cdgas1a1b-n-2005-521-du-23-novembre-2005-relative-a-la-prise-en-charge-des-besoins-en-sante-](http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso2dgs6cdgas1a1b-n-2005-521-du-23-novembre-2005-relative-a-la-prise-en-charge-des-besoins-en-sante-mentale-des-personnes-en-situation-de-precarite-et-dexclusion-et-a/)

[mentale-des-personnes-en-situation-de-precarite-et-dexclusion-et-a/](http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso2dgs6cdgas1a1b-n-2005-521-du-23-novembre-2005-relative-a-la-prise-en-charge-des-besoins-en-sante-mentale-des-personnes-en-situation-de-precarite-et-dexclusion-et-a/)

Compte tenu de nos observations et de nos échanges avec les acteurs, nous proposons différentes pistes pour soutenir les équipes mobiles psychiatrie précarité dans leurs missions.

Renforcer les moyens humains dans les équipes mobiles psychiatrie précarité

Comme nous l'avons déjà évoqué, les EMPP constituent souvent le seul acteur de la santé mentale accessible en pratique pour les publics en situation de précarité sur les territoires.

Nous proposons de renforcer les moyens humains attribués à ces équipes dont la charge de travail est actuellement très élevée. Cela permettrait notamment de :

- absorber les demandes de plus en plus importantes sur les territoires et d'améliorer ainsi l'accès aux soins des populations les plus éloignées de l'offre de soins en santé mentale. L'objectif est de réduire les délais d'attente afin de pouvoir proposer une prise en charge plus rapide et limiter ainsi l'aggravation des problématiques de santé mentale ;
- développer la possibilité pour les EMPP de couvrir des territoires qui ne le sont pas actuellement. On peut noter que certains départements ne sont que partiellement couverts, et plusieurs équipes auraient la volonté d'étendre leurs activités sur ces secteurs si les moyens le permettent, connaissant l'existence de besoins importants. Il pourrait également s'agir de créer des dispositifs EMPP sur les territoires non couverts actuellement en région. L'installation de nouveaux dispositifs doit se faire en lien avec les acteurs sanitaires et sociaux locaux afin de correspondre aux besoins sur les territoires ;
- développer plus largement le volet d'aide aux aidants, notamment par le renforcement du soutien aux pratiques et de temps de formations qui, dans un contexte de saturation des EMPP, ne sont pas forcément prioritaires ;
- développer des postes de psychiatres *effectifs* au minimum à 20 % dans chaque EMPP afin que les équipes puissent s'appuyer sur ce temps médical dans la clinique. Ce temps permettrait aussi une assise institutionnelle plus importante ;
- développer des projets en lien avec les besoins spécifiques repérés sur les territoires. Plusieurs EMPP ont par exemple exprimé leur souhait de diversifier les modalités d'intervention, afin de pouvoir proposer d'autres formes de soins, en utilisant notamment des médiations (art-thérapie, etc.) et des modalités groupales. Cela paraît particulièrement important avec des publics en situation de précarité, souvent réticents à rencontrer un soignant dans un cadre «classique» (derrière un bureau en face à face par exemple). Cela permet donc de toucher un public n'accédant actuellement pas nécessairement aux soins, et de toucher quantitativement davantage de personnes ;
- maintenir et renforcer les pratiques d'aller vers. En effet, la saturation grandissante des dispositifs EMPP peut avoir pour conséquence de recentrer les actions

proposées sur des consultations dans les locaux, permettant de prendre en charge plus de personnes que les actions d'aller vers, plus chronophages. Cela donc pour effet de réduire la diversité des actions proposées, notamment les actions d'aller vers, à la faveur d'une file active plus importante. Nous préconisons donc de renforcer les financements des équipes, afin de préserver les actions d'aller vers,

primordiales dans la pratique et le sens même des EMPP;

- s'impliquer davantage dans les instances locales (CLSM, etc.) des territoires sur lesquels ils exercent afin de rendre visible les personnes en situation de précarité pour qu'elles ne soient pas oubliées des politiques de santé mentale.

Renforcer les moyens matériels des équipes afin de faciliter leur travail au quotidien

Au-delà des moyens humains, les aspects matériels peuvent constituer une opportunité pour les équipes de fournir un travail en cohérence avec leurs modalités d'intervention, notamment les actions d'aller vers. Actuellement en effet, la grande majorité d'entre elles sont limitées dans leur travail par le manque de moyens matériels mis à leur disposition.

Nous proposons donc de renforcer les moyens matériels alloués aux équipes en mettant à leur disposition :

- des locaux adaptés à la pratique et aux besoins des professionnels, notamment quand ceux-ci souhaitent pouvoir recevoir du public en consultation dans leurs locaux;
- davantage de véhicules professionnels, actuellement en nombre insuffisant pour effectuer les actions d'aller vers dans de bonnes conditions;
- des téléphones portables de type *smartphone* permettant de lire ses mails à distance, utiliser les fonctions GPS lors des

nombreux déplacements, envoyer des SMS efficacement pour rappeler aux personnes leurs rendez-vous;

- des tablettes ou ordinateurs portables afin de faciliter la prise de note après ou pendant les consultations en dehors de l'hôpital;
- des ressources d'interprétariat professionnel en santé pour les structures qui n'en bénéficient pas ou pas suffisamment.

Ces différents éléments matériels peuvent sembler secondaires, mais ils renforceraient pour les équipes la possibilité d'un travail efficace. Trop souvent, les professionnels investissent leurs biens personnels (voitures, *smartphones* personnels, etc.) afin de réaliser leur travail dans des conditions satisfaisantes. Aussi, donner aux équipes les moyens d'effectuer leurs actions dans de bonnes conditions matérielles marquera une reconnaissance de l'importance et de la spécificité de leur travail.

Développer les partenariats et les actions favorisant la coordination des actions sur les territoires

Comme le précise la circulaire de 2005, le bon fonctionnement des EMPP nécessite « un partenariat dense et structuré » afin de pouvoir proposer une prise en charge pluripartenariale aux publics aux interstices des problématiques sociales, administratives, juridiques et sanitaires, des prises en charge globales et cohérentes. Pour les EMPP, développer les partenariats ainsi que définir les possibilités et les modalités de collaboration sur les territoires est un travail chronophage qu'elles doivent recommencer régulièrement. Les postes de coordination existent sur les équipes mais sont parfois insuffisants, avec pour conséquence, un temps dévolu à ces démarches d'aller vers les partenaires et de construction du réseau qui n'est pas à la hauteur des besoins. Dans tous les cas, il pourrait être pertinent de :

- renforcer les emplois à temps plein (ETP) de coordination sur les territoires où ceux-ci ne permettent pas un réel travail de coordination ;
- développer les temps d'échange entre les acteurs sanitaires et sociaux des territoires afin de coordonner des modalités d'action globales cohérentes pour les personnes accompagnées. Dans cette optique, il nous semble intéressant de développer les idées déjà mises en place par les équipes de temps d'échange formel et informel avec les partenaires sociaux ;

Développer et formaliser des protocoles d'orientation efficace entre les EMPP et les services de psychiatrie, notamment les CMP, afin de fluidifier les parcours des personnes et de donner plus de cohérence à l'offre de soins de la psychiatrie publique.

Prendre soin des professionnels dans leurs pratiques

Lors des entretiens et observations, nous avons pu constater à maintes reprises la souffrance professionnelle que pouvait impliquer le travail en EMPP.

Comme évoqué précédemment, cela peut s'expliquer par une charge de travail importante pouvant mener jusqu'à l'épuisement professionnel, mais aussi par le travail de proximité avec des publics en situation de grande détresse sociale pouvant engendrer une surcharge émotionnelle, voire un syndrome de stress post-traumatique pour les intervenants.

Il est donc nécessaire d'être particulièrement attentif à la santé mentale des intervenants des EMPP et d'en prendre soin en développant :

- des séances d'analyse des pratiques professionnelles (APP) réservées aux professionnels de l'EMPP au moins une fois par mois avec un professionnel de santé mentale, extérieur à l'institution hospitalière de rattachement de l'équipe. Certaines équipes ne disposent actuellement pas de ces espaces ou le nombre de séances est insuffisant. Ces temps d'échange et d'analyse sont pourtant primordiaux pour pouvoir partager les difficultés et apporter un

- étayage de groupe aux situations les plus problématiques;
- des espaces d'échange entre les EMPP. En effet, des rencontres entre certaines équipes pourraient favoriser le coétayage et permettre aux professionnels de découvrir les pratiques menées par leurs collègues;

- des modalités de formation pour les équipes et les spécificités des publics qu'ils accompagnent.

Des professionnels en souffrance dans leur travail ne seront pas en mesure, par ailleurs, de proposer des interventions optimales aux personnes qu'ils accompagnent. Prendre de soin de ceux qui prennent soin est donc un enjeu primordial, aussi bien pour les professionnels que pour les personnes accompagnées.

Créer une coordination des dispositifs EMPP sur la région Auvergne-Rhône-Alpes

Les dispositifs EMPP en région Auvergne-Rhône-Alpes sont hétérogènes et proposent des modalités d'intervention différentes afin qu'elles soient adaptées à leur territoire. À l'exception d'une journée de rencontre annuelle, les équipes ont peu d'occasions d'échanger autour des pratiques des unes et des autres. Aussi, on remarque que beaucoup d'équipes ne sont que peu en lien avec leurs institutions hospitalières ainsi qu'avec leurs financeurs. Il nous semble donc important que les équipes puissent bénéficier d'une coordination régionale qui, loin de représenter une volonté d'harmonisation excessive des pratiques, pourrait être un appui important aux équipes, notamment sur les aspects suivants :

- elle permettrait de favoriser les liens des équipes avec leur institution hospitalière ainsi qu'avec l'ARS. Actuellement, seules quelques équipes sont en effet en relation

avec les directions territoriales de l'agence. Certaines équipes ont exprimé le souhait d'être en contact plus régulier avec leurs financeurs, afin que ceux-ci puissent avoir une vision plus juste du travail de l'EMPP. La coordination des EMPP permettrait également de faire remonter à l'ARS les difficultés et problématiques rencontrées par les équipes de manière régulière.

Aussi, un travail important de sensibilisation et de défense des « intérêts » des équipes pourrait être fait auprès des institutions hospitalières. La coordination permettrait par ailleurs de contrôler la présence effective de postes, notamment ceux de médecin psychiatre, financés par l'ARS, et qui ne sont que peu ou pas effectifs en pratique dans ces équipes.

Nous avons remarqué que la réflexion commune et les liens avec l'institution hospitalière formulés dans la circulaire de 2005⁶⁹ ne sont la plupart du temps pas

⁶⁹ La circulaire de 2005 énonce en effet : « Au sein de l'établissement de psychiatrie, cet enjeu impose que le projet d'équipe mobile spécialisée fasse l'objet d'une appropriation par l'ensemble des équipes de secteur et soit le fruit d'une réflexion de l'ensemble de la

communauté médicale et hospitalière dans le cadre du projet médicale et du projet d'établissement. A cet effet, il est indispensable que ces équipes mobiles spécialisées soient coordonnées par un référent médical, chargé

effectifs. Cela tient sans doute à l'absence de représentation médicale forte au sein des équipes. Il existe aussi une « résistance » de certains hôpitaux à reconnaître et porter la pratique des EMPP au même titre que le reste de l'offre de soins.

Aussi, la coordination des EMPP pourrait avoir pour rôle d'initier dans les institutions hospitalières cette réflexion commune autour de l'inclusion effective des EMPP dans le projet médical et le projet de soins des établissements, avec pour objectif premier de fluidifier les parcours de santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

En pratique, il s'agirait par exemple de penser des protocoles d'orientation, lorsqu'ils n'existent pas, formalisant les liens et éclaircissant les situations pour lesquelles une orientation de l'EMPP vers les services intra- et extrahospitaliers est souhaitable. Des comités de pilotage réguliers doivent être organisés avec l'institution hospitalière, la coordination des EMPP et les équipes soignantes au moins une fois par an, comme c'est le cas actuellement avec les PASS;

- la coordination des EMPP pourrait porter une réflexion, en lien avec les équipes, sur le recueil de données. Il s'agirait alors, au-delà du recueil Piramig considéré comme essentiellement quantitatif, de penser des

modes de recueil et de valorisation des données pertinents, en lien avec les réalités des pratiques au sein des EMPP;

- le rôle de la coordination serait enfin de permettre le partage d'informations et d'outils entre les équipes. On remarque qu'aujourd'hui que les équipes sont parfois en demande de connaissance sur les modalités d'action et de structuration des autres équipes EMPP qui sont confrontées à des réalités parfois similaires. Le rôle de la coordination serait alors de mettre en lien des équipes fonctionnant différemment afin de favoriser le partage des « bonnes pratiques » et des « bons outils » permettant une circulation des savoirs professionnels des EMPP.

La personne en charge de cette coordination pourrait être un professionnel de santé avec des connaissances importantes en santé publique. Il serait cohérent de penser la création de ce poste de coordination en lien avec la coordination des PASS qui bénéficie déjà d'une expertise importante sur les dispositifs PASS/EMPP en région Auvergne-Rhône-Alpes. Aussi, en pratique, cette coordination pourrait être fusionnée à celle des PASS. Compte tenu de l'importance des missions confiées à cette coordination, nous proposons que ce poste soit financé *a minima* sur un équivalent temps plein.

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 ou d'hospitalisation à temps complet. »

Conclusion

Les équipes mobiles psychiatrie précarité proposent des modalités d'intervention et des principes cliniques spécifiques qui permettent l'accès aux soins ainsi que la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Les pratiques d'aller vers développées à l'égard des personnes les plus éloignées du soin, les propositions de soutien plurielles (visites à domicile, permanences formelles et informelles, groupes de parole, etc.), le travail d'accompagnement, de maillage entre le social et le soin permettent de rendre accessible un soin en santé mentale aux personnes ne pouvant accéder à ceux proposés dans l'offre de soins classique. Dans la clinique particulière de ces dispositifs, il s'agit d'*accueillir* au sens large, de prendre en compte la réalité de la personne, sa temporalité pour engager un travail de remise en lien et de reconnaissance de celle-ci dans ses difficultés et ses problématiques, mais aussi dans ses compétences, tout cela participant du soin et du prendre soin développé par ces équipes.

Le travail auprès des professionnels intervenants sociaux de première ligne est également une composante fondamentale des missions des EMPP. À travers des soutiens aux pratiques plus ou moins formels, des réunions d'échange, des temps de formation, les professionnels des équipes mobiles aident les intervenants sociaux à mieux comprendre les situations des personnes, à mieux repérer des signes de souffrance psychique pour offrir une montée en compétence dans l'orientation des

personnes. Leur position interstitielle permet également de favoriser les liens entre les structures sociales et les dispositifs de soins en santé mentale du territoire.

Les équipes mobiles interviennent au sein d'un réseau important d'acteurs sanitaires et sociaux. Celui-ci est fondamental pour offrir aux personnes reçues une prise en charge globale et cohérente avec les situations problématiques qu'elles rencontrent. Néanmoins, la complexité de ce maillage est parfois renforcée par des liens difficiles avec les dispositifs de soins intra- et extrahospitaliers, ce qui réduit les possibilités concrètes de passage de relais en psychiatrie. Aussi, les équipes mobiles ont parfois le sentiment de se situer à la marge d'une institution hospitalière qui ne reconnaît que peu leurs valeurs et spécificités.

Dans le paysage de l'offre de soins en santé mentale, les EMPP permettent une *hospitalité* là où la majorité des dispositifs de soins en santé mentale ont tendance à recentrer leurs actions sur le trouble. En effet, les équipes mobiles sont sans cesse dans un «travail de disponibilité⁷⁰», au sens où les équipes vont chercher de nouvelles manières de répondre aux besoins des nouveaux publics et aux situations problématiques auxquels ils sont confrontés.

⁷⁰ Demailly, L., Dembinski, O., Déchamp Le Roux, C., (2012) *Analyse d'innovations dans les secteurs*

psychiatriques : augmenter la mobilité et la disponibilité, Op. cit.

Les principes et les modalités d'intervention des EMPP, leurs compétences et savoir-faire spécialisés doivent être mieux reconnus. Il faudrait dès lors engager un travail de sensibilisation au sein des hôpitaux pour la reconnaissance de ces équipes et de leurs cliniques spécifiques. Les principes cliniques et l'expertise des EMPP pourraient notamment faire référence dans la prise en charge en santé mentale des personnes en situation de précarité à l'hôpital.

Les publics et les missions des **équipes mobiles psychiatrie précarité** ont considérablement évolué depuis la circulaire de 2005. Au-delà d'un accompagnement vers les soins, les équipes sont aujourd'hui, dans les faits, des équipes de soins de première ligne. Il s'agit alors de les reconnaître en tant que telle en leur donnant les moyens d'effectuer leurs missions dans des conditions satisfaisantes pour les professionnels et les personnes qu'elles accompagnent.

Références bibliographiques

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5®) (5^e éd.).

Agrali, S. et Morel, É. (2012). Prendre soin. *Maux d'exil*, (36), 3-4.

Arveiller, J.-P. et Mercuel, A., (dir.) (2011). *Santé mentale et précarité. Aller vers et rétablir*. Lavoisier.

Barbieri, G. (2018). *La clinique psychosociale et les dispositifs de soutien aux professionnels. Une enquête sur les nouveaux enjeux des espaces réflexifs au sein des institutions de la mésinscription* [rapport final de recherche]. Orspere-Samdarra, CH Le Vinatier, CRPPC, Université Lyon 2.

Chambon, N. et Le Goff, G. (2016). Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie. *Revue française des affaires sociales*, (6), 123-140.

Chobeaux, F. (2016). Vingt-cinq ans de jeunes en errance active. Où en est-on ? *Rhizome*, (59), 23-29.

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000295864>

Circulaire DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV 3 n° 98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

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 œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso2dgs6cdgas1a1b-n-2005-521-du-23-novembre-2005-relative-a-la-prise-en-charge-des-besoins-en-sante-mentale-des-personnes-en-situation-de-precarite-et-dexclusion-et-a/>

Demailly, L. (2017). L'idée de rétablissement-recovery : dimensions, ambiguïtés, enjeux. *Rhizome, Apprendre le rétablissement*, (65-66), 6-7.

Demailly, L., Dembinski, O. et Déchamp Le Roux, C. (2012). *Analyse d'innovations dans les secteurs psychiatriques : augmenter la mobilité et la disponibilité* [rapport de recherche]. Lille : Lille 1, Clerse, Fédération de recherche en santé mentale.

Emmanueli, X. (2018). « Aller vers » les grands exclus : la création du Samu social. *Rhizome*, (68), 5.

Fondation Abbé Pierre. (2021). *L'état du mal-logement en France. 26^e rapport*. <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/26e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2021#telechargementreml2021>

- Furtos, J. (2007). Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Mental'idées*, (11), 24-33. https://www.orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2021/01/Les_effets_cliniques_de_la_souffrance_psychique_d_origine_sociale-J_Furtos_Sept.2007.pdf
- Furtos J. (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le Carnet psy*, 156(7), 29-34.
- Furtos, J. (2015). Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale. *Empan*, 2(2), 55-59. <https://doi.org/10.3917/empa.098.0055>
- Furtos, J. et Laval, C. (2005). *La santé mentale en actes, de la clinique au politique*. Érès.
- Jacques, P. (2004). Souffrance psychique et souffrance sociale. *Pensée plurielle*, 2(2), 21-29. <https://doi.org/10.3917/pp.008.0021>
- Laforcade, M. (2016). *Rapport relatif à la santé mentale*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf
- Lanquetin, J.-P. (2013). L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie. *Rhizome*, (49-50), 5-6.
- Laporte, A. et Chauvin, P. (2010). *Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France*. Observatoire du Samu Social de Paris, Inserm. [https://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925-1?text=Concernant la santé mentale et,même au sujet des addiction](https://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925-1?text=Concernant%20la%20sant%C3%A9%20mentale%20et%20m%C3%AAme%20au%20sujet%20des%20addiction)
- Lazarus, A. et Strohl, H. (1995). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* [rapport]. <https://www.vie-publique.fr/rapport/24900-une-souffrance-quon-ne-peut-plus-cacher-rapport>
- Marques, A. (2010). *Construire sa légitimité au quotidien. Le travail micropolitique autour d'une équipe mobile de psychiatrie précarité* [thèse de doctorat en sociologie]. École des Hautes Études en sciences sociales, France.
- Mbaye, E. (2012). La clinique psychosociale : un objet difficile à transmettre ? *Rhizome*, (46-47), 15-16.
- Mercuel, A. (2018). « Aller vers... » en psychiatrie et précarité : l'opposé du « voir venir... » ! *Rhizome*, (68), 3-4.
- Métraux, J.-C. (2018). *La migration comme métaphore* (3^e ed.). La Dispute.
- Métraux, J.-C. (2007). Nourrir la reconnaissance mutuelle. *Le Journal des psychologues*, (252), 57-61. <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2007-9-page-57.htm>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018, 28 juin). Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie. *Feuille de route santé mentale et psychiatrie*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2020, juillet). *Séjour de la santé. Les conclusions*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf

Office français de protection des réfugiés et apatrides. (2020). *À l'écoute du monde. Rapport d'activité 2019*. <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/nos-publications/rapports-d-activite>

Ogien, A. (1989). *Le raisonnement psychiatrique*. Meridiens-Klincksieck.

Patris, C. et Roger-Lacan, C. (1996). *Psychiatrie et grande exclusion*. <https://www.vie-publique.fr/rapport/25199-psychiatrie-et-grande-exclusion-rapport>

Picon, E., Crovella, E., Lecouturier, F., Minet, B. et Seigneur, R. (2015). *Évaluation des EMPP. Rapport DGOS*.

Ravon, B. et Vidal-Naquet, P. (2018). Les épreuves de professionnalité, entre automandat et délibération collective. L'exemple du travail social. *Rhizome*, (67), 74-81.

Saïas, T., Greacen, T., Brengard, M., Lejoyeux, M. et Bourdais, M. (2008). Troubles de santé mentale, recours aux soins et au soutien social chez une population vulnérable : l'exemple des centres maternels de Paris. *L'Encéphale*, 34(6), 584-588. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.01.003>

Silvadon, P. et Duron, J. (1979). *La santé mentale*. Privat. Cité dans : Centre d'analyse stratégique. (2009, 17 novembre). *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie* [rapport].

Sorba, M. (2018). Enquêter l'incurie et rencontrer une personne ? *Rhizome*, (68), 16-17.

Veisse, A. Wolmark, L., Revault, P., Giacomelli, M., Bamberger, M. et Zlatanova, Z. (2017). Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (19-20), 405-414.

Liste des abréviations et acronymes

ACT : Appartement de coordination thérapeutique

Adsea : Association départementale pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence

Anef : Association nationale d'entraide féminine

Anpaa : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

APP : Analyse des pratiques professionnelles

ARS : Agence régionale de santé

Caarud : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues

CADA : Centre d'hébergement pour demandeur d'asile

CAO : Centre d'accueil et d'orientation

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CCAS : Centre communal d'action sociale

CH : Centre hospitalier

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CHU : Centre d'hébergement d'urgence ou centre hospitalier universitaire

CIM : Classification internationale des maladies

Cimade : Comité intermouvement auprès des évacués

CLSM : Conseil local de santé mentale

CMP : Centre médico- psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CMS : Centre médico-social

Comede : Comité pour la santé des exilés

CPH : Centre Provisoire d'Hébergement

Csapa : Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

CTAIR : Contrat territorial d'accueil et d'intégration

DDCS : Direction départementale de la Cohésion sociale

DDCSPP : Direction départementale de la Cohésion sociale et de la Protection des populations

DGOS : Direction générale de l'Offre de soins

Dhuda : Dispositif d'hébergement d'urgence des demandeurs d'asile

DNA : Dispositif national d'accueil

Drass : Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales

DT : Direction territoriale

DU : Diplôme universitaire

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ELSA : Équipe de liaison et de soins en addictologie

EMPP : Équipe mobile psychiatrie précarité

ETP : Équivalent temps plein

FIR : Formation information recherche

GEM : Groupe d'entraide mutuelle

GHU : Groupe hospitalier universitaire

HUDA : Hébergement d'urgence pour demandeur d'asile

IDE : Infirmier diplômé d'État

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

LAM : Lit d'accueil médicalisé

LHSS : Lit halte soins santé

MDS : Maison départementale des solidarités

MJC : Maison des jeunes et de la culture

MNA : Mineur non accompagné

Ofpra : Office français de protection des réfugiés et apatrides

OMS : Organisation mondiale de la santé

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PMI : Protection maternelle et infantile

Pradha : Programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile

PTSD : *Post-traumatic stress disorder*

PTSM : Projet territorial de santé mentale

SDRE : Soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'État

SIAO : Service intégré de l'accueil et de l'orientation

Spada : Structure du premier accueil des demandeurs d'asile

Annexes (fiches par dispositif)

Ces fiches ont été réalisées à partir des entretiens avec les dispositifs EMPP et des données disponibles dans les rapports d'activité. Elles ont été relues et validées par les dispositifs.

Équipe mobile santé mentale précarité de Bourg-en-Bresse – Ain (CSMP : Carrefour Santé mentale Précarité)

L'équipe et son organisation

Année de création et contexte

L'équipe mobile a été créée en 2008, sous l'impulsion de professionnels du centre psychothérapique de l'Ain (CPA) défendant la clinique psychosociale.

Établissement et pôle de rattachement

L'équipe mobile est une unité fonctionnelle du Carrefour Santé mentale Précarité (CSMP), lui-même rattaché au CPA. Le CSMP est un dispositif départemental, transversal et spécialisé du CPA, constitué de deux autres unités fonctionnelles en 2021 : le centre de santé mentale Pierre-Pouwels et la PASS Psy.

Adresse : 37 avenue Alsace-Lorraine, 01000 Bourg-en-Bresse.

Territoire concerné

L'EMPP intervient sur tout le département de l'Ain. Certaines inégalités territoriales subsistent du fait du faible effectif de l'EMPP pour un département rural de plus de 600 000 habitants.

Contexte territorial : Rural.

Des équipes mobiles rattachées aux secteurs de psychiatrie ont été mises en place en 2018. Dans ce département, de nombreuses structures d'hébergement et d'accompagnement des personnes migrantes et/ou en situation de précarité ont recruté des psychologues. Les soignants de ces dispositifs sont chargés de l'évaluation et l'orientation des personnes, mais pas de leur accompagnement. Ce dernier reste une problématique importante sur ce territoire du fait d'une démographie médicale compliquée (toutes spécialités confondues).

Composition des équipes de l'EMPP et de la PASS Psy

	2020		2019		2018	
	Équivalent temps plein effectifs sur l'équipe					
	EMPP	PASS Psy	EMPP	PASS Psy	EMPP	PASS Psy
Secrétaire	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3
Assistant social	0	1	0	1	0	1

Infirmier	2	0	2	0	2	0
Psychiatre	0	0	0	0	0	0
Psychologue	1,3	0	0,8	0	0,8	0
Cadre de santé	0	0	0	0	0	0
Cadre supérieur	0,1 sur l'ensemble du CSMP		0,1 sur l'ensemble du CSMP		0,1 sur l'ensemble du CSMP	
Éducateur	0	0	0	0	0	0
Responsable	0,5 sur l'ensemble du CSMP		0,8 sur l'ensemble du CSMP		0,8 sur l'ensemble du CSMP	

* Temps de présence réel par année

Présentation de l'équipe

L'équipe mobile et la PASS Psy sont fortement mutualisées, et ce, depuis la création de cette dernière en 2012. L'équipe mobile santé mentale précarité n'a jamais souhaité se nommer «équipe mobile psychiatrie précarité», même lorsqu'elle comprenait un psychiatre, défendant la clinique psychosociale et une approche plus large de la santé mentale. L'équipe est composée de deux IDE à temps plein ; 1,3 ETP de psychologue est réparti sur deux personnes. Un cadre supérieur est à 0,10 ETP sur le CSMP, mais son temps de présence réel varie selon les périodes. Un poste de psychiatre est vacant, non pourvu depuis 2016.

La PASS Psy ne dispose que d'une assistante sociale à temps plein. Le dispositif PASS s'appuie sur les médecins psychiatres du CPA : lorsqu'ils reçoivent des personnes n'ayant pas de droits ouverts dans n'importe quel dispositif du CPA, ils peuvent rédiger des «ordonnances PASS» et ont accès à la pharmacie du CPA ou à des pharmacies de ville pour obtenir une délivrance de traitement gratuitement.

Modalités d'organisation de l'équipe

Le responsable est présent à mi-temps sur le CSMP depuis mars 2020 (vs 0,8 ETP auparavant). Jusqu'à cette période, il exerçait une fonction de psychologue au sein de l'équipe, fonction transférée par la suite sur un autre collègue puis augmentée de 0,2 ETP (d'où l'augmentation du temps psychologue en 2020).

Une réunion clinique d'environ trois heures a lieu toutes les semaines, et une réunion d'équipe est organisée toutes les deux semaines. L'équipe du CSMP bénéficie de supervision mensuelle.

Un Copil de l'EMPP, réunissant un représentant de l'ARS, le directeur du CPA, le représentant de la commission médicale d'établissement (CME), le cadre de santé supérieur, des partenaires de l'équipe mobile et le conseil général se réunit une fois par an.

Activité de l'EMPP à destination du public

Sur site

Le CSMP dispose d'un local au centre-ville de Bourg-en-Bresse dans lequel l'équipe peut recevoir le public en entretien. Les infirmiers voient environ 1/3 des personnes au sein des locaux du CSMP et 2/3, en extérieur.

L'assistante sociale reçoit plutôt les personnes au CSMP, mais environ 1/3 de ces interventions ont lieu en extérieur. En 2019, elle a donc rencontré 45 personnes hors les murs.

Les psychologues reçoivent majoritairement au CSMP, notamment pour maximiser le nombre de personnes pouvant être reçues.

Un groupe de parole pour les femmes françaises et étrangères a lieu, en présence d'une interprète, tous les quinze jours depuis un an. Il est animé par une psychologue et l'assistante sociale.

À l'extérieur

L'équipe intervient dans les structures d'hébergement et les accueils de jour. Pour 2019, elle indique 606 déplacements sur le lieu de vie des personnes à la suite d'un signalement spécifique par un partenaire.

Au total, 50 partenaires ont pu bénéficier d'une ou plusieurs permanences en direction des publics précaires par l'équipe mobile au cours de l'année 2019, pour un volume de 100 permanences.

L'équipe a réalisé des maraudes dans le passé, notamment à Bourg-en-Bresse et Ambérieu, mais cela ne semblait pas être le mode d'intervention le plus adapté aux besoins des territoires. Elle travaille aujourd'hui en lien étroit avec les partenaires réalisant des maraudes tels que la Croix-Rouge et la médiatrice santé de la ville de Bourg-en-Bresse, qui les sollicite lorsque cela est nécessaire. Dix interventions de type maraude ou dans la rue ont eu lieu.

Lorsqu'un partenaire sollicite l'EMPP, ce sont généralement les infirmiers qui interviennent en première intention pour rencontrer la personne et le partenaire. L'équipe intervient parfois en binôme sur certaines situations ou propose des suivis individuels par différents professionnels de l'équipe selon les besoins.

Nombre d'actes de l'EMPP et de la PASS Psy

	2019	
	EMPP	PASS Psy
Nombre de patients différents (file active)	235	81
Dont nombre de patients vus pour la 1 ^{re} fois	95	34
Nombre total d'actes sur l'année	1612	
Nombre d'actes infirmiers	823	NA
Nombre d'actes psychiatres	0	NA
Nombre d'actes psychologues	698	NA

Nombre d'actes sociaux	567	682
------------------------	-----	-----

En 2019, 36 groupes de parole et ateliers thérapeutiques ont été animés ou coanimés par l'EMPP.

Origine de la demande

Les personnes sont majoritairement orientées par les structures d'hébergement du département (CHRS, Dhuda, CADA, etc.). Environ 10 % des personnes sont orientées par les maisons départementales des solidarités (MDS) et les PASS du département.

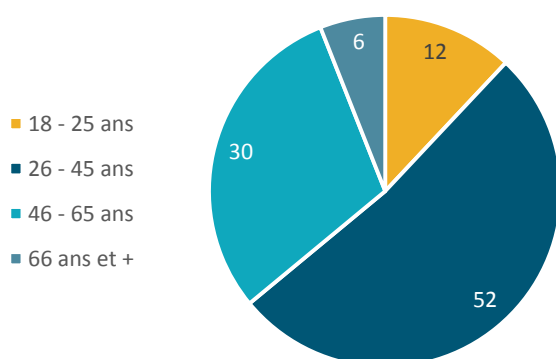
Sur la PASS, 66 personnes ont été adressées par le CPA, 2 par un autre hôpital, 5 de leur propre initiative.

Délai moyen avant l'obtention d'un premier rendez-vous/d'une première intervention en 2020

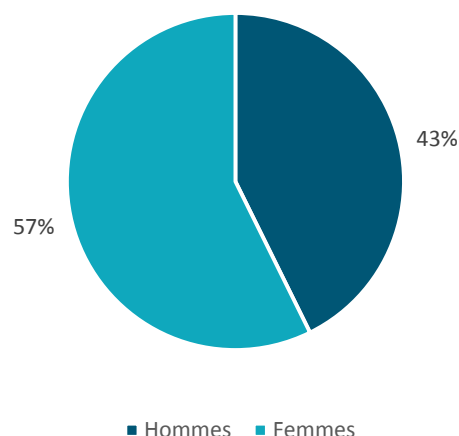
Deux à trois semaines en moyenne pour l'ensemble de l'équipe.

Caractéristiques des publics rencontrés par l'EMPP en 2019

EMPP/PASS de l'Ain - Âge - 2019



EMPP/PASS de l'Ain - Genre - 2019



SITUATION VIS-À-VIS DU LOGEMENT (au début de la prise en charge)	EMPP	PASS Psy
Fixe/stable	41 %	38 %
Hébergement dans un dispositif de l'État	38 %	26 %
Hébergement précaire ou sans hébergement	20 %	35 %
Ne sais pas	0.4 %	1.23 %

Spécificités du public

La file active de l'EMPP comprend 56 % de personnes migrantes. Celle de la PASS dénombre 42 patients français, 21 Européens hors Union européenne, 6 personnes issues du Maghreb, 7 d'Afrique subsaharienne, 4 d'Asie.

En 2019, 7 personnes migrantes et/ou allophones ont été prises en charge sur l'EMPP et 24 sur la PASS.

Le CSMP dispose de l'accès à l'interprétariat professionnel *via* ISM Corum. Une procédure qualité concernant l'interprétariat a été rédigée par la PASS Psy et l'EMPP pour le CPA.

L'équipe évoque des prises en charge difficiles pour les personnes vieillissantes et incuriques, voire les deux. Ils sont interpellés par les organismes de logement, les bailleurs sociaux, les services des aînés des villes et ne trouvent que peu de solutions pour ce public qui n'adhère pas à un accompagnement à l'extérieur. La porte de sortie est souvent l'hospitalisation pour dégradation de l'état de santé.

Activités de soutien aux professionnels

Modalités et fréquences d'intervention

Les appuis aux professionnels se font de manière informelle par le biais d'échanges individuels, mais également sur des temps formalisés nommés « espaces rencontres », permettant de se partager les informations et actualités du territoire et d'échanger sur des situations cliniques complexes.

Six espaces rencontres ont lieu avec les CHRS tous les deux mois (avec le service Logement de l'association Envol, le CHRS d'Ambérieu, le CHRS Le Regain à Bellegarde et Oyonnax, le CHRS L'Accueil Gexien à Gex, l'association Tremplin, la Croix-Rouge française). Un espace rencontre « Migrations Santé mentale » a été créé en septembre 2018 réunissant les psychologues des structures d'hébergement ou d'accompagnement des personnes en situation d'exil dans le département.

L'équipe réalise des formations à l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Le responsable participe au diplôme universitaire « Santé Société Migrations » de l'Orspere-Samdarra. Des formations peuvent également être réalisées à la demande des partenaires. En 2019, l'équipe a réalisé deux formations de deux jours sur la clinique psychosociale, le travail en réseau, le secret professionnel et l'information partagée, la psychologie interculturelle auprès des CHRS partenaires et de l'IFSI. Cela a touché une soixantaine de professionnels.

Le CSMP essaie également de maintenir un lien avec la recherche en participant à la réalisation d'une recherche par an.

Réseau et ancrage sur le territoire

L'activité du CSMP reste très en lien avec les politiques publiques. La coordination santé mentale de l'Ain était jusqu'à 2020 une unité fonctionnelle du CSMP. Celle-ci a porté le développement du PTSM, réalisé de manière collaborative sur quatre ans, et portait également le CLSM de Bourg-en-Bresse. En mars 2020, la coordination santé mentale de l'Ain est sortie du CSMP pour être rattachée à la direction du CPA.

Le CSMP garde un rôle important dans les CLSM du territoire tel que les CLSM de Bourg-en-Bresse (dans lequel a été développé un axe « santé mentale et migration », notamment dans le cadre du CTAIR) et Oyonnax.

Le CSMP participe également, au niveau départemental et régional, à de nombreux réseaux et comités, tels que l'atelier « Santé Ville » de Bourg-en-Bresse, différentes commissions techniques locales d'insertion et commissions d'étude techniques des MDS, le comité technique de l'Orspere Samdarra, le réseau local des acteurs sociaux de Gex.

Le responsable du CSMP représente la direction du CPA au Copil du SIAO de l'Ain et participe régulièrement aux commissions parcours résidentielles de ce SIAO ainsi qu'au comité d'éthique des SIAO de la région Auvergne-Rhône-Alpes (jusqu'à fin 2019).

Les liens avec les PASS

Les PASS se réunissent régulièrement pour échanger sur leurs pratiques ou des situations cliniques communes.

Rapport avec la psychiatrie

Le CSMP fonctionne depuis sa création avec des « référents précarité » (infirmiers, cadres de santé, assistants sociaux, etc.). exerçant en CMP, en intra ou encore sur les équipes mobiles de secteur, qui portent la question de la clinique psychosociale au sein de leurs dispositifs. Une vingtaine de ces référents exercent actuellement. Ils rencontrent tous les deux mois le CSMP auquel ils sont rattachés et échangent autour de situations cliniques, des nouvelles lois (asile) et dispositifs, etc.

À ce jour, l'équipe n'intervient plus du tout dans les CMP. Les liens avec la psychiatrie varient selon les secteurs, mais il existe cependant un protocole de fonctionnement entre les CMP et l'équipe mobile.

Une réorganisation a par ailleurs eu lieu en 2018 lors de la création d'équipes mobiles rattachées au secteur. Lorsque la problématique est d'ordre psychiatrique, c'est l'équipe mobile de secteur qui intervient, son rattachement aux CMP lui offrant davantage de possibilités d'accéder à une orientation psychiatrique. La proximité géographique des équipes de secteur a aussi pu participer à redéfinir les modalités d'intervention lorsqu'un suivi de proximité est nécessaire. Le CSMP intervient quant à lui lorsque la problématique relève du post-trauma ou de la détresse psychosociale.

Seulement 13 % du public pris en charge sont orientés vers le CMP, et 87 % sont pris en charge par l'EMPP. De ce constat émane le souhait de créer un centre de santé mentale au sein du CSMP, ce qui a été acté fin 2020.

Autres partenaires

Les liens avec les psychologues intervenant dans les structures de la précarité sont très dépendants des personnes et des structures. Les infirmiers de l'équipe peuvent intervenir dans la structure où intervient également un psychologue, davantage sur un étayage social et des missions propres à l'infirmier. Les psychologues sollicitent également l'équipe mobile pour limiter les ruptures de soins lorsque les personnes changent de structure d'hébergement.

Plusieurs autres partenaires peuvent être sollicités en fonction des domaines d'intervention :

- Addictologie : le responsable du Csapa Saliba est également référent précarité, ce qui permet de faciliter les liens avec les équipes de ce Csapa. Des rencontres ont lieu également avec le Csapa de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa);
- Logement/hébergement : centres d'hébergement du territoire (CADA, CHRS, etc.);
- Sanitaire : Centre hospitalier (CH) de Fleyriat à Bourg-en-Bresse;
- Administratif : ARS, direction départementale de la Cohésion sociale (DDCS);
- Associatifs : Comité intermouvement auprès des évacués (Cimade), Croix-Rouge française.

Un certain nombre de conventions existent pour encadrer et rendre visible le travail de maillage effectuée.

Difficultés repérées pour l'EMPP

On constate un sous-dimensionnement de la mission du pôle Ressources (réseau, formation, espaces rencontres, etc.) par rapport aux besoins et la grandeur du territoire d'intervention.

Un calcul du temps passé dans les transports par les membres de l'équipe avait été réalisé il y a quatre ans et montrait environ cinquante jours de travail par an passé en voiture.

Besoins et perspectives de l'EMPP

L'équipe porte un projet de requalification du CSMP en « pôle départemental de ressources et de soins en santé mentale, migration et précarité » (acté début 2021).

Une psychologue s'est formée à l'hypnose, une autre se forme actuellement à la thérapie *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) dans l'optique de privilégier les psychothérapies au soutien psychosocial, avec le passage du centre Pierre-Pouwels en unité fonctionnelle « centre santé mentale ».

L'équipe souhaite renforcer/développer différentes activités :

- un accueil petit déjeuner hebdomadaire, « La Matinale » ouvert à tous. L'objectif est de faciliter le premier rendez-vous par une découverte des locaux, des professionnels dans un temps informel autour d'un café, de déstigmatiser et faciliter l'accès aux soins;
- un groupe de parole, qui existe déjà depuis deux ans, pour les femmes françaises et étrangères, avec la présence d'une interprète;
- deux ateliers hebdomadaires d'art-thérapie;
- un espace psychosocial deux jours par semaine pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes bénéficiaires de la protection internationale.

L'équipe exprime des besoins de moyens humains supplémentaires pour répondre aux demandes, notamment :

- 1 ETP infirmier ;
- 0,7 ETP de psychologue pour arriver à 2 ETP;

- 0,5 ETP de cadre de santé.

Besoins matériels :

- un deuxième ordinateur portable pour l'équipe à ETP constant;
- 3 ordinateurs portables pour l'équipe si augmentation des ETP;
- deux véhicules supplémentaires si le nombre d'ETP augmente.

Équipes mobiles psychiatrie précarité de Vichy – Allier (EMPP : Centre hospitalier de Vichy)

L'équipe et son organisation

Année de création et contexte

L'EMPP a été créée en 2006 à la demande de la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass).

Établissement et pôle de rattachement : Centre hospitalier de Vichy – Pôle de psychiatrie adulte.

Adresse : Impasse Victoria, 03201 Vichy.

Territoire concerné

L'EMPP couvre l'ensemble du territoire de psychiatrie adulte du secteur couvert par le CH de Vichy. (Vichy Ouest et Vichy Est).

Contexte territorial

L'EMPP du CH de Vichy est la seule du département. Elle intervient sur Vichy, territoire urbain, mais aussi dans des territoires plus ruraux du Sud du département de l'Allier. Les secteurs de Montluçon et Moulins ne sont pas couverts par l'intervention de l'EMPP. Les loyers des logements étant assez faibles à Vichy, beaucoup de personnes, même en situation de précarité, ont un logement. La précarité se retrouve donc beaucoup dans les appartements.

Composition de l'équipe EMPP

	Équivalent temps plein effectifs sur l'équipe en 2020
Secrétaire	0,40
Assistant social	0,5
Infirmier	2
Psychiatre	0,10 non effectif (trois heures tous les quinze jours)
Psychologue	0,5
Cadre de santé	0,10

* Temps de présence réel par année

Présentation de l'équipe

L'équipe est composée d'une assistante sociale, de deux infirmiers à temps plein, d'une psychologue, d'un cadre de santé ainsi que d'un psychiatre présent trois heures toutes les deux semaines. L'équipe indique ne pas bénéficier de financement dédié ARS.

Modalités d'organisation de l'équipe

L'équipe organise une réunion de coordination toutes les semaines (auquel le psychiatre participe une fois sur deux) qui permet de répartir les nouvelles demandes et de coordonner les interventions sur le territoire. Elle ne bénéficie pas de temps d'analyse des pratiques professionnelles; les professionnels peuvent participer à ceux du CMP, mais cela n'est pas adapté à leurs pratiques particulières. Le cadre de santé assure un rôle de coordinateur de l'équipe à hauteur de 10 % de son temps.

Activité de l'EMPP à destination du public

Sur site

L'équipe dispose de locaux dédiés dans les mêmes bâtiments que le CMP, dans lesquels ils peuvent réaliser des consultations. L'équipe rencontre environ 2/3 des personnes en extérieur et 1/3 dans leurs locaux. La première rencontre est quasi systématiquement réalisée sur le lieu de vie ou de présence des personnes.

À l'extérieur

L'équipe réalise des permanences sur l'hébergement d'urgence géré par l'Association nationale d'entraide féminine (Anef) une fois par semaine. Un infirmier réalise des permanences à l'Anef sur le temps d'arrivée ou de départ des personnes, à savoir après 17 h ou avant 9 h. Le temps de présence peut être variable en fonction des besoins et sollicitations, mais est d'au moins une heure.

Sur sollicitation : les professionnels de l'EMPP interviennent ponctuellement à la demande des travailleurs sociaux et partenaires. L'équipe est bien repérée sur le territoire et les partenaires n'hésitent pas à les solliciter. Les professionnels réalisent alors des entretiens individuels dans les locaux des partenaires ou dans les leurs.

Visites à domicile : l'EMPP intervient fréquemment au domicile des personnes à la demande des intervenants sociaux. Parfois, l'intervenant social à l'origine de la demande se joint au professionnel de l'EMPP pour l'introduire auprès de la personne.

Nombre d'actes de l'EMPP

	2020	2019
Nombre de patients différents (file active)	177	245
Dont nombre de patients vus pour la 1 ^{re} fois	164	126
Nombre d'actes total sur l'année	2 348	2 682
Nombre d'actes infirmier	1 295	2 214
Nombre d'actes psychiatres	33	52
Nombre d'actes psychologues	105	117
Nombre d'actes sociaux	915	300

En 2019, le faible nombre d'actes sociaux s'explique par la non-réalisation des statistiques sur le logiciel identifié. Les statistiques sociales en 2020 ont été réalisées sur le même logiciel que celui utilisé par le reste de l'équipe. On constate une mauvaise attribution des actes IDE sur le logiciel du fait d'un mauvais paramétrage de l'unité fonctionnelle, avec pour conséquence un grand nombre d'actes IDE de l'EMPP répertoriés par erreur sous l'unité fonctionnelle du CMP. De plus, un poste IDE a été vacant pendant cinq mois et le temps psychologue l'a été pendant plusieurs mois en 2020.

Origine de la demande

Les personnes accompagnées par l'équipe sont orientées par :

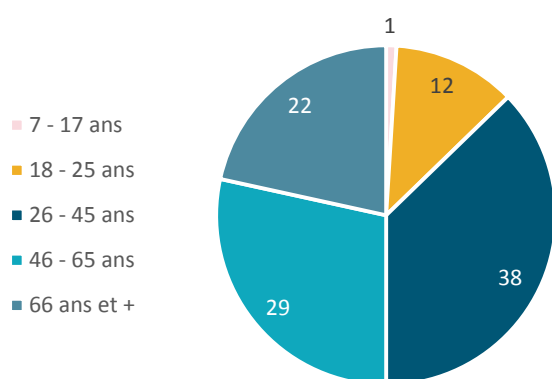
- des structures sociales ou d'insertion : 39;
- des services sociaux : 54;
- des structures d'accompagnement des migrants : 4;
- des partenaires médico-sociaux : 26;
- des partenaires psychiatriques : 12;
- des partenaires sanitaires somatiques : 17;
- les personnes elles-mêmes : 9;
- autre : 22.

Délai moyen avant l'obtention d'un premier rendez-vous/d'une première intervention en 2020

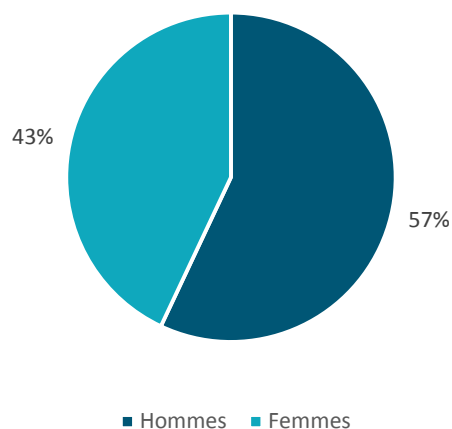
En fonction des situations et de l'urgence, les délais vont de quelques heures à une semaine environ pour les professionnels IDE, psychologue et assistante sociale. Le délai peut être plus long pour un rendez-vous médical, le médecin n'étant présent sur site que quinze jours par mois.

Caractéristiques des publics rencontrés par l'EMPP en 2019

EMPP Vichy - Âge en % - 2019



EMPP Vichy - en %- Genre - 2019



Spécificités du public (interprétariat, publics particuliers, etc.)

L'EMPP rencontre tous types de publics, néanmoins certaines problématiques et certains types de population sont particulièrement complexes à prendre en charge. On observe ainsi :

- beaucoup de publics en errance sur Vichy ;
- une forte précarité dans les logements, avec des personnes âgées parfois en situation de très grande précarité ;
- la présence d'un public demandeur d'asile : c'est un public compliqué à prendre en charge, notamment à cause de l'accès difficile à l'interprétariat, des situations d'interculturalité ainsi que des problématiques multiples et intriquées ;
- un grand nombre de situations qui relèvent d'une problématique d'incurie dans l'habitat et qui impliquent un syndrome de Diogène. Ce sont des situations très complexes et chronophages pour lesquelles il est souvent difficile de trouver le meilleur axe d'intervention.

Nombres d'actes d'interprétariat et procédure d'accès à l'interprétariat

On dénombre 14 personnes migrantes ou allophones dans la file active, 11 actes d'interprétariat réalisés.

Pour l'interprétariat, l'équipe doit d'abord passer par un listing de l'hôpital avec des professionnels qui parlent une autre langue. Quand il y a un besoin d'interprétariat pour des langues qui ne sont pas représentées, les soignants ont accès « avec parcimonie » à un service payant. Il faut à chaque fois demander l'autorisation à la direction de l'hôpital.

Activités de soutien aux professionnels

Modalités et fréquences d'intervention

Une réunion partenariale impliquant l'Association départementale pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence (Adsea), le 115, le CCAS, le centre médico-social (CMS), le Pôle de santé publique (PSP) et l'EMPP a lieu tous les deux mois afin de faire le point sur les situations complexes des personnes établies notamment dans le centre-ville. Cette réunion a pour but de se coordonner autour des prises en charge du public en errance et de faire appel à l'un ou l'autre des partenaires en appui si nécessaire.

Une réunion avec le CCAS de Vichy a lieu une fois par mois, en soutien aux professionnels.

Les réunions avec les associations tutélaires ont également le même objectif.

L'ensemble des partenaires du territoire peut solliciter l'EMPP pour un appui sur des situations particulières qui leur posent problème.

Réseau et ancrage sur le territoire

Les liens avec les PASS

Le partenariat avec le PSP n'est pas conventionné. Les professionnels de l'EMPP et du PSP se connaissent et entretiennent des liens réguliers. L'intervention du PSP est plus axée sur le volet somatique en complémentarité des actions de l'EMPP.

Rapport avec la psychiatrie

Les délais d'attente pour un psychiatre au CMP sont de trois semaines (ils peuvent être de trois mois durant certaines périodes). Les délais pour voir un psychologue sont de un an. L'équipe essaie de passer le relais au plus tôt vers le CMP pour les personnes pour qui cela est possible.

L'EMPP étant située dans les mêmes locaux que le CMP et certains membres de l'équipe y travaillant (AS et psychologue), les liens interpersonnels sont facilitants et jouent un rôle important dans la possibilité de déclencher un suivi en CMP.

En 2019, le nombre de personnes orientées par l'EMPP était :

- vers le CMP : 36;
- vers une hospitalisation en psychiatrie : 35.

Autres partenaires

L'EMPP travaille beaucoup avec les médecins généralistes qui constituent un relais important sur le territoire.

L'équipe est bien repérée par toutes les associations d'aide aux personnes en situation de précarité qui n'hésitent pas à les interpeller.

L'équipe travaille en lien avec les services d'hygiène, les bailleurs sociaux et la mairie, notamment pour les situations d'incurie dans l'habitat, très présentes à Vichy.

L'ANEF a ouvert un pôle Incurie sur Vichy. Deux professionnels interviennent en appui aux autres acteurs du territoire sur les situations qui relèvent de l'incurie dans l'habitat.

Le cadre de santé participe aux réunions du CLSM de Vichy.

Le réseau de partenaires est composé de la manière suivante :

- Addictologie : l'équipe travaille en partenariat avec le Csapa et l'unité d'addictologie du CH de Vichy;
- Logement/hébergement : ANEF, CADA, bailleurs sociaux, Service d'hygiène et de salubrité de la mairie;
- Sanitaire : le CHV dans son ensemble ainsi que le Csapa, le PSP, les médecins généralistes;
- Administratif : conseil départemental, mairies (de Vichy notamment), service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP);
- Associatifs : associations caritatives et associations tutélaires.

L'équipe indique avoir participé à 58 groupes de travail avec des partenaires.

Difficultés repérées pour l'EMPP

Les postes d'assistants sociaux font partie du Service social de l'hôpital et non du Pôle de psychiatrie. Il a été envisagé que le temps d'assistante sociale puisse être réduit au vu des chiffres de l'activité de l'EMPP pour les actes sociaux qui paraissent faibles en 2019, mais qui sont pourtant essentiels au bon fonctionnement de l'équipe. L'EMPP a donc peu de marge de manœuvre sur ce poste pourtant primordial dans l'équipe.

Il n'y a pas actuellement d'analyse de pratiques professionnelles pour l'équipe de l'EMPP.

L'équipe dispose de moyens matériels insuffisants : une seule voiture de fonction, un seul téléphone portable pour toute l'équipe qui ne permet ni d'envoyer des SMS ni d'utiliser la fonction GPS.

L'équipe note une absence de matériel de visioconférence (fortement nécessaire pour les réunions partenariales actuellement).

Enfin, le temps médical présent sur l'équipe est insuffisant.

Besoins et perspectives de l'EMPP

L'équipe a besoin de davantage de moyens matériels :

- une voiture de fonction pour l'équipe ;
- des *smartphones* pour tous les professionnels de l'équipe afin de pouvoir utiliser notamment les fonctions GPS/internet du téléphone et pouvoir envoyer des SMS facilement aux patients ;
- matériel de visioconférence.

L'équipe demande également plus de moyens humains, notamment un temps de psychiatre effectif d'au moins 0,2 ETP sur l'équipe pour faire de la consultation (notamment des visites à domicile).

Il existe également des besoins en termes de sécurisation des postes, notamment celui de l'assistante sociale, des temps de formation sur les thématiques en lien avec les publics rencontrés et d'analyse des pratiques professionnelles pour l'EMPP, par un psychologue extérieur à l'hôpital.

L'équipe a pour objectif en 2021 de formaliser les partenariats par des conventionnements.

Équipes mobiles psychiatrie précarité de Privas – Ardèche (EMPP : Centre hospitalier Sainte-Marie)

L'équipe et son organisation

Année de création et contexte

L'EMPP est créée en 2014 sur demande de l'ARS.

Établissement et pôle de rattachement : Pôle de réhabilitation psychosociale du CH Sainte-Marie.

Adresse : 19 cours du Temple, 07000 Privas.

Territoire concerné

L'équipe a été constituée sur un modèle d'action centré sur les CMP. Son champ d'intervention se concentre donc autour de quatre CMP pivots (Annonay, Aubenas, Montélimar et Privas), qui constituent les quatre bassins de population de l'Ardèche où sont répartis les membres de l'équipe. L'ensemble du territoire d'intervention du CH Sainte-Marie (en Ardèche et en Drôme) est donc couvert par le dispositif.

Contexte territorial

Le territoire est rural. Il y a de longues distances à parcourir, recouvrant des territoires très isolés.

Composition de l'équipe EMPP

	2020	2019	2018
Catégorie professionnelle	Équivalent temps plein effectifs sur l'équipe*		
Secrétaire	0,13	0,34	0,18
Assistant social	0,08	0,06	0,05
Infirmier	3,85	4	3,79
Psychiatre	0,10	0,10	0,10
Psychologue	0,10	0,10	0,10

Présentation de l'équipe

L'EMPP compte un ETP d'infirmier pour Montélimar (salariés mis à disposition), 0,99 ETP pour Annonay, 0,85 ETP pour le secteur d'Aubenas et 0,85 ETP pour le secteur de Privas.

L'équipe est composée de quatre ETP infirmiers répartis sur huit mi-temps. Chacun des professionnels exerce son autre mi-temps soit sur un des quatre CMP pivots, soit au Pôle de réhabilitation psychosociale du CH Sainte-Marie auquel l'équipe est rattachée. Sur chacun des quatre CMP pivots sont présents deux infirmiers, chacun à mi-temps sur l'EMPP et le CMP. L'équipe est fonctionnellement rattachée au Service de réhabilitation psychosociale, coordonnée par le psychiatre et le psychologue.

Modalités d'organisation de l'équipe

Une réunion d'équipe centrale a lieu tous les mois afin de suivre l'activité de l'EMPP. Ce temps permet de prendre du recul et d'analyser l'action menée par rapport aux missions prescrites. Il représente également un moment de partage entre les membres de l'équipe.

Avant la COVID-19, l'EMPP d'Ardèche se réunissait une fois par trimestre avec l'EMPP de la Drôme.

L'analyse des pratiques professionnelles n'est pas obligatoire pour l'EMPP (contrairement au CMP). Il est par ailleurs compliqué pour l'équipe de réunir tous ses membres – les psychologues en particulier n'ont que très peu de temps –, il n'y a donc pas de supervision d'équipe. Cependant, pour ceux qui sont rattachés au CMP d'Annonay il existe une supervision pour le CMP à laquelle ils peuvent participer.

Activité de l'EMPP à destination du public

Sur site

Les deux missions principales de l'EMPP (aide aux aidants, d'une part, et orientation vers le dispositif de droit commun, d'autre part) sont facilitées par la « double casquette » des infirmiers qui disposent de bureaux au sein du CMP. Les bénéficiaires vus à l'extérieur sont reçus dans des locaux mis à disposition par les structures bénéficiaires de l'EMPP.

À l'extérieur

L'équipe ne réalise pas d'action de maraude, car d'autres institutions les assurent et cette demande est peu présente sur ce territoire.

L'EMPP réalise un travail d'évaluation et d'orientation des situations, au travers de permanences proposées dans différentes structures d'accueil et/ou d'hébergement (CHRS, CADA, pensions de famille, etc.). Les permanences se décident en fonction des besoins exprimés par les usagers, les équipes exerçant dans les structures et les professionnels de l'EMPP. Elles sont donc très variables (présence hebdomadaire, rencontres « à la demande »). Selon la situation, l'intervention peut se faire en binôme ou avec un seul professionnel (permanence en CHRS). L'équipe est également très sollicitée au CMS. Le médecin psychiatre de l'équipe (coordinateur) est sollicité ponctuellement sur des consultations.

L'équipe indique qu'elle se rend disponible et à l'écoute des personnes afin de définir leurs besoins réels qui peuvent être loin de ceux qu'on leur imagine (besoin de téléphoner, retrouver une hygiène, se soigner physiquement, etc.). Il s'agit de prendre le temps pour traiter en premier lieu ce qui est prioritaire pour la personne, et par la suite s'intéresser aux soins psychiques et à l'orientation possible.

Nombre d'actes de l'EMPP

	2020	2019	2018
Nombre de patients différents (file active)	25	59	88
Dont nombre de patients vus pour la 1 ^{re} fois	18	42	61
Nombre d'actes total sur l'année	430	1 022	908
Nombre d'actes infirmier	430	1022	907
Nombre d'actes psychiatres			1

Les résultats ci-dessus sont extraits des logiciels utilisés par l'équipe. Ne sont donc pas comptabilisés dans ce tableau les usagers déjà suivis par la psychiatrie ni ceux rencontrés au sein des associations partenaires pour lesquels un dossier n'est pas nécessairement créé (personnes rencontrées pour avis le plus souvent, n'entrant à ce titre pas dans la filière «psychiatrie»). La majorité des actes est cotée en «actes pour la communauté», étiquette regroupant tant des rencontres individuelles que des réunions et du soutien d'équipe.

Origine de la demande

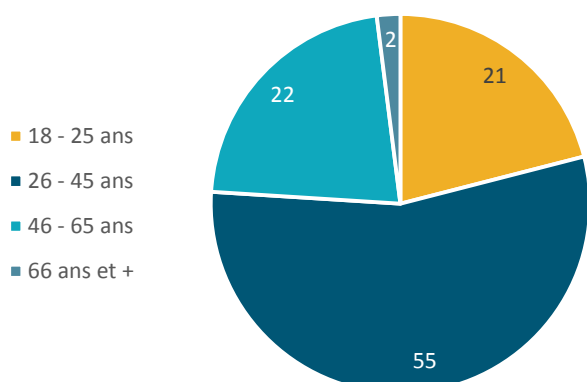
La demande émane principalement des intervenants sociaux. Lors des réunions avec les travailleurs sociaux du CMS peuvent être énoncées des situations où l'on demande à l'EMPP d'intervenir. Le premier entretien se fera alors en présence du travailleur social, de l'utilisateur et sur les lieux du CMS.

Délai moyen avant l'obtention d'un premier rendez-vous/d'une première intervention en 2020

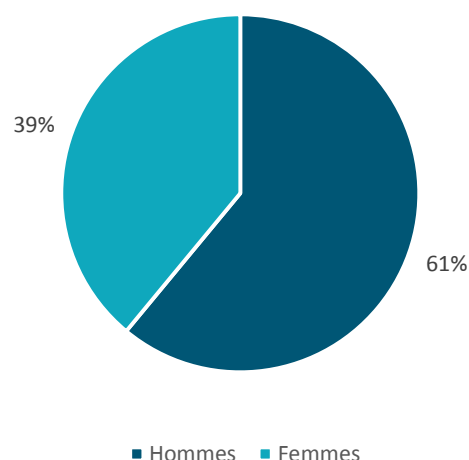
Les infirmiers du CMP, en lien avec les structures qui orientent, reçoivent la demande par téléphone et programment l'intervention, dans la semaine ou sous 48 h si la situation le nécessite. La consultation avec le psychiatre peut prendre plus de temps, mais en cas d'urgence, elle est programmée sans délai significatif.

Caractéristiques des publics rencontrés par l'EMPP en 2019

EMPP Ardèche - Âge en % - 2019



EMPP Ardèche - Genre en % - 2019



Spécificités du public

L'équipe intervient auprès de publics en situation de migration, avec des problématiques de santé mentale liées à l'exil, au traumatisme du parcours migratoire et des pathologies somatiques consécutives au voyage qui induisent des difficultés dans la vie quotidienne.

L'équipe rencontre également des situations d'incurie dans l'habitat.

Beaucoup de personnes n'honorent pas les rendez-vous et n'arrivent pas à s'insérer dans les accompagnements proposés.

L'EMPP intervient occasionnellement auprès de personnes en situation de grande précarité en milieu rural, particulièrement des agriculteurs exploitants isolés ayant des idées suicidaires. Une convention avec le Mutuelle Sociale Agricole a été établie.

Nombres d'actes d'interprétariat et procédure d'accès à l'interprétariat

Concernant l'interprétariat, un budget est alloué à l'EMPP. En 2019, l'équipe a réalisé 63 actes d'interprétariat. Les entretiens avec interprètes doivent être anticipés et se font par téléphone. La difficulté réside dans l'accès au réseau téléphonique, le territoire ardéchois n'étant pas entièrement couvert par certains opérateurs (celui de l'équipe en l'occurrence). Les professionnels sont donc amenés à utiliser leurs propres téléphones portables.

Les professionnels de l'équipe peuvent également recourir aux interprètes professionnels déjà connus sur le territoire qui intervenaient principalement dans les CADA.

Activités de soutien aux professionnels

Modalités et fréquences d'intervention

Du fait d'un maillage social étroit, peu de situations échappent au repérage dans une institution du champ social. L'EMPP assure donc principalement le volet d'aide aux aidants en «décodant» les situations avec les travailleurs sociaux afin de les comprendre et de déterminer les manières d'accompagner la personne présentant des troubles psychiques.

Pour se faire, l'équipe intervient dans les réunions entre intervenants sociaux où elle peut apporter des conseils. Des réunions avec les partenaires sont organisées dans l'optique d'évaluer des situations et d'apporter un point de vue clinique, parfois d'orienter (volet aide aux aidants). Au CMP d'Aubenas, lorsque des réunions de synthèse ont lieu avec les partenaires, deux membres de l'équipe interviennent systématiquement.

Les professionnels sont principalement sollicités par le CMS, par téléphone ou pour assister aux différentes réunions dont le rythme diffère d'un bassin à l'autre (de mensuel à trimestriel). Parmi elles figurent les groupes d'étude d'insertion où se réunissent les référents RSA pour discuter de situations. De manière générale, les situations abordées au CMS sont déjà connues de l'EMPP, et lorsqu'elles ne le sont pas, ce temps est prévu pour proposer une orientation.

Réseau et ancrage sur le territoire

Les liens avec les PASS

Il n'y a pas de PASS psychiatrique sur le territoire, donc l'EMPP s'organise avec la PASS généraliste des hôpitaux publics de chaque territoire. Le partenariat avec les PASS consiste principalement en des consultations semi-urgentes, pour les patients en cours d'ouverture de droits et la plupart du temps sans ressources. Lorsqu'un avis psychiatrique est nécessaire, les équipes s'orientent préférentiellement vers les psychiatres de leur CMP de rattachement. La délivrance de médicaments *via* la PASS de l'hôpital général peut se faire, notamment pour les médicaments utilisés en psychiatrie, grâce à un partenariat entre la PASS et les pharmacies de ville. Sur le secteur de Montélimar, on note la présence d'une équipe de liaison de psychiatrie rattachée au CMP dans le Service des urgences du CH général, ce qui facilite le lien et l'accompagnement des patients les plus précaires.

Rapport avec la psychiatrie

Une des spécificités de l'équipe réside dans son modèle centré sur les CMP, qui se traduit notamment par le fait que chaque professionnel de l'équipe partage son mi-temps sur la structure. Ce mode de fonctionnement facilite l'accès aux soins pour les usagers : lorsqu'ils sont adressés au CMP, ils sont alors pris en charge par des professionnels connus de l'équipe ou parfois des professionnels de l'équipe qui assurent eux-mêmes le suivi au sein du CMP. La majorité des usagers de l'EMPP peuvent ainsi accéder au CMP lorsque ce besoin est exprimé.

La densité de psychiatres est faible sur le territoire, confronté à une diminution des effectifs et des difficultés de recrutement. Par conséquent, lorsque les professionnels partent en retraite, ils ne sont

pas nécessairement remplacés. L'orientation vers un psychiatre est possible, mais les délais d'obtention d'un premier rendez-vous peuvent être très longs. Il arrive donc que les professionnels de l'équipe orientent la personne vers un médecin généraliste en attendant le rendez-vous avec un psychiatre. Lorsque la situation est vraiment urgente, il reste toutefois possible d'interpeller un psychiatre.

De manière générale, les relations avec les CMP sont bonnes. L'EMPP fonctionne en s'appuyant sur l'engagement de l'institution à son égard.

Autres partenaires

De manière générale, l'EMPP est connue et identifiée sur le territoire, elle peut donc être sollicitée facilement. Le réseau de partenaires permet une connaissance globale des personnes en situation de grande précarité en Ardèche.

L'EMPP est entourée de nombreux partenaires avec lesquels peuvent être établies des conventions (avec le CMS et la MSA, par exemple). Elle intervient auprès de structures d'accueil (CHRS, pensions de famille et autres dispositifs d'hébergement), et est également en lien avec des correspondants spécifiques de l'ARS pour travailler sur des situations de diogénisation.

Un des grands partenaires est le CMS où les professionnels sont fortement sollicités, ainsi que les autres dispositifs qui lui sont rattachés.

Une réunion de pilotage annuelle avec l'ARS permet de réévaluer régulièrement l'organisation, les attentes et les missions de service public de l'EMPP afin de s'assurer que le travail effectué sur le terrain correspond aux missions prescrites par les tutelles. Le réseau de partenaires est composé de la manière suivante :

- Addictologie : présence d'une équipe de liaison et de soins en addictologie en intrahospitalier ;
- Sanitaire : médecins généralistes (au cas par cas), services hospitaliers, urgences.

L'EMPP participe également aux travaux des CLSM et des conseils locaux de santé (CLS)

Difficultés repérées pour l'EMPP

L'EMPP rencontre des problèmes de téléphonie sur le territoire : des lieux isolés ne sont pas couverts par l'opérateur auquel a souscrit l'hôpital, ce qui soulève des difficultés pour joindre les personnes.

On déplore un défaut de psychiatres sur le territoire où les postes d'infirmier EMPP ne sont par ailleurs pas très attractifs ce qui se traduit par une difficulté à recruter.

L'accès aux soins est compliqué, notamment en raison d'un défaut de transports publics sur le territoire.

Le travail réalisé par l'EMPP n'est pas toujours valorisé (déplacements non comptabilisés, par exemple).

L'engagement institutionnel est fluctuant dès lors que les missions sortent du champ « classique »

Besoins et perspectives de l'EMPP

Sur le plan matériel, les équipes déplorent le manque ou l'absence de :

- *smartphones* (e-mail, GPS), opérateur téléphonique pouvant couvrir l'ensemble du territoire ;
- tablettes/ordinateurs portables afin de pouvoir consulter un dossier patient à distance ;
- formations en ethnopsychiatrie et anglais, afin de répondre au mieux aux besoins des populations en situation de migration qui requièrent des compétences particulières ;
- analyse des pratiques professionnelles.

Sur le plan humain : l'équipe aurait besoin de plus de temps de psychiatre.

Sur le plan de la formation : l'accès aux formations spécifiques reste compliqué, car elles sortent du schéma traditionnel, les relations avec l'Orspere Samdarra restent insuffisantes. Plus généralement, le rôle stratégique des formations est mal compris dans l'institution.

On note également un besoin d'organisation et de lien avec l'administration et un besoin de lien avec les équipes homologues.

Perspectives

S'inspirant d'un modèle d'action pour les réfugiés à Montélimar, l'EMPP envisage de valoriser l'insertion des personnes dans les réseaux de bénévoles afin de permettre une activité en association, de s'inscrire dans le maillage territorial et de faire partie d'un projet avec d'autres (chantiers d'insertion, etc.). C'est une manière de produire du soin. Ceci rejoint les problématiques de réhabilitation psychosociale dans lesquelles l'EMPP, rattachée à ce service transversal, se reconnaît pleinement.

Équipes mobiles psychiatrie précarité d'Aurillac – Cantal (EMPP : Centre hospitalier d'Aurillac)

L'équipe et son organisation

Les missions et champs d'intervention de l'équipe sont amenés à changer dans le courant de l'année 2021.

Année de création et contexte

L'EMPP a été créée en 2016 en réponse à un appel à projets national intitulé « 10000 logements accompagnés », grâce à l'obtention d'un financement par un bailleur social confronté à de nombreuses situations d'incurie dans l'habitat. À l'époque, le Pôle de psychiatrie n'a pas voulu se positionner sur cette demande, et le Pôle de santé publique qui y voyait une nécessité s'est donc positionné en créant l'EMPP.

L'équipe était financée *via* le projet initial du bailleur social jusqu'à fin 2020. En novembre 2019, l'ARS demande à l'équipe mobile de structurer la partie psychiatrie de l'équipe. Le contexte sanitaire a retardé cette structuration : la demande a été faite trop tardivement et l'équipe a perdu les financements qu'elle devait recevoir. Sans visibilité sur l'avenir, l'infirmière et la psychologue qui composaient l'équipe ont démissionné fin 2020.

Établissement et pôle de rattachement : CH Henri-Mondor.

Adresse : 50 avenue de la République, 15002 Aurillac.

Territoire concerné (champ d'intervention – réel et supposé) : Cantal.

Contexte territorial

Il s'agit d'un territoire rural. Aurillac est la principale ville du département qui est très étendu et très rural.

Composition de l'équipe EMPP : équipe à l'arrêt au moment de l'enquête.

Présentation de l'équipe

L'équipe était composée jusque fin 2020 d'une assistante sociale, d'une infirmière, d'une psychologue, d'une cadre de santé, d'un médecin généraliste ainsi que d'un psychiatre.

Modalités d'organisation de l'équipe

Un médecin généraliste est coordinateur de l'équipe. Des temps de coordination sont prévus avec les financeurs (ARS, DDCSPP, conseil départemental), le bailleur social (Cantal habitat) et plusieurs partenaires (financeurs, autres bailleurs sociaux, CCAS, Soliha, Association de développement du pays d'Aurillac, etc.)

Activité de l'EMPP à destination du public

L'équipe intervient à la demande des bailleurs sociaux rencontrant des difficultés avec des situations d'incurie dans l'habitat, de troubles du voisinage, des personnes avec des troubles du comportement. Pour chaque situation, une cellule de coordination est mise en place avec tous les partenaires pour expliciter la situation et discuter ainsi que coordonner l'intervention des différents acteurs. L'équipe mobile intervient toujours en binôme assistante sociale/psychologue sur les premières rencontres. Celles-ci ont lieu soit dans les logements des personnes, soit dans la rue pour celles qui n'investissent pas leur domicile ou qui sont réticentes à recevoir.

Nombre d'actes de l'EMPP

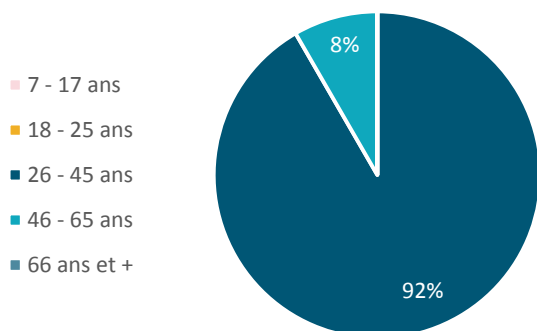
	2019
Nombre de patients différents (file active)	22
Dont nombre de patients vus pour la 1 ^{re} fois	5
Nombre d'actes total sur l'année	131
Nombre d'actes infirmier	38
Nombre d'actes psychiatres	3
Nombre d'actes psychologues	31
Nombres d'actes médecin généraliste	5
Nombre d'actes sociaux	23

Origine de la demande

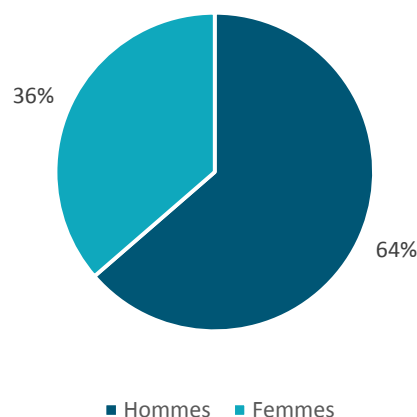
Les demandes émanent du bailleur social à l'origine du projet. L'équipe, à la demande de l'ARS, a élargi la prise en charge à quelques accompagnements d'autres bailleurs. Les trois quarts des situations sont à l'origine du bailleur initial sur le projet.

Caractéristiques des publics rencontrés par l'EMPP en 2019

EMPP Cantal - Âge en % - 2019



EMPP Cantal - Genre en % - 2019



Spécificités du public

Il s'agit d'un public avec lequel le lien est parfois difficile à créer, et qui nécessite un temps long, parfois de plusieurs mois. Il s'agit souvent d'un travail de longue haleine tant pour convaincre les personnes de bénéficier de soins basiques que pour les faire accepter au niveau des équipes hospitalières.

Activités de soutien aux professionnels

Modalités et fréquences d'intervention

En 2019, l'EMPP a réalisé six ateliers à destination des partenaires avec une vingtaine de professionnels présents à chaque rencontre. Les thématiques étaient les suivantes : « Parentalité et précarité », « Freins à l'accès aux soins du public migrant précaire », « Psychotraumatisme et précarité », « Vivre l'urgence et gérer la crise », « Travail de réseau, force ou faiblesse » et « Ethnopsychiatrie du public migrant ».

L'équipe a réalisé 17 appuis aux professionnels et réalisé 20 temps d'informations et de communications générales.

Réseau et ancrage sur le territoire

Les liens avec les PASS

Il existe des liens étroits entre l'EMPP et la PASS somatique. Les équipes pourraient ainsi être fusionnées pour créer un « service précarité ».

Rapport avec la psychiatrie

Les équipes rencontrent beaucoup de difficultés pour travailler avec la psychiatrie. Il n'y a eu que très peu de situations travaillées en lien avec le CMP (2 en 2019). Les patients repassent parfois par un entretien infirmier pour pouvoir rencontrer un psychiatre alors qu'une évaluation a déjà été faite par le

psychologue de l'EMPP. Cette situation s'améliore un peu depuis l'arrivée d'un nouveau chef de pôle qui travaille à 0,10 ETP sur l'équipe mobile.

Autres partenaires

Le faible nombre d'acteurs présents dans le Cantal sur les questions de précarité facilite l'interconnaissance, le lien et la communication.

Besoins et perspectives de l'EMPP

Pour la suite, les besoins sont à définir avec le Copil en fonction des missions qui seront définies pour la future EMPP. Il semble néanmoins intéressant de développer certains temps de travail :

- plus de temps d'assistante sociale, car les temps de passage de relais vers des tutelles ou curatelles sont très longs ;
- développer d'autres compétences, par exemple recruter un ergothérapeute dans l'équipe. Les professionnels sont souvent confrontés à la question de l'investissement des personnes dans les logements.

Équipes mobiles psychiatrie précarité de Valence – Drôme (EMPP : Centre hospitalier Drôme Vivarais)

L'équipe et son organisation

Établissement et pôle de rattachement : CH Drôme Vivarais – Pôle transversal.

Adresse : 391 route des Rebatières, 26760 Montéléger.

Territoire concerné

Le champ d'intervention de l'équipe est très étendu. Les principaux territoires concernés sont les zones de Romans-sur-Isère, Valence, Tournon-sur-Rhône, Crest, Die, Dieulefit et Nyons, Buis-les-Baronnies, Ardèche limitrophe à la Drôme (secteur Guilherand-Granges, Touloud, Soyons).

Contexte territorial

Territoire très étendu qui comprend quelques villes moyennes, mais aussi des zones très rurales.

Composition de l'équipe EMPP

	2020	2019
Catégorie professionnelle	Équivalent temps plein effectifs sur l'équipe*	
Secrétaire	0	0
Assistant social	0	0
Infirmier	4	
Psychiatre	0,1 vacant (fléché coordination)	0,1 vacant (fléché coordination)
Psychologue	0	0
Cadre de santé	0,3 depuis 8 juillet 2020	0,3 à partir du 31 mai 2019

Présentation de l'équipe

L'équipe est composée de dix infirmiers à temps partiel qui travaillent par ailleurs sur les CMP du territoire. Un infirmier est en alternance sur la PASS Psy de Valence. Ces temps d'alternance entre EMPP et CMP facilitent les passages de relais vers les CMP.

Modalités d'organisation de l'équipe

La cadre de santé assure une fonction de coordination sur 0,5 ETP depuis juillet 2020.

L'équipe se réunit mensuellement pour un temps de coordination. Ces temps de parole permettent d'organiser et de coordonner les actions des différents professionnels sur les territoires et de partager des informations.

L'équipe est également en lien avec l'EMPP de l'Ardèche avec qui elle organise des temps d'échange trimestriels.

L'équipe dispose de temps d'analyse des pratiques professionnelles une fois par mois.

Activité de l'EMPP à destination du public

Sur site

L'activité des professionnels s'organise autour des CMP des territoires dans lesquels ils disposent de bureaux, mais l'équipe fait presque uniquement de l'aller vers sur les temps dédiés à l'EMPP.

À l'extérieur

Les professionnels mettent en place les actions suivantes en fonction de la pertinence de ces actions sur leurs secteurs spécifiques :

- permanences en structures sociales et médico-sociales : CHRS, centres d'hébergement pour demandeurs d'asile, locaux d'associations diverses, centres médico-sociaux, foyers éducatifs, CCAS, accueils de jour. Ces permanences sont formelles : des rendez-vous sont fixés avec les partenaires (sur un volet aide aux aidants) et avec les patients pour des entretiens individuels. Ou informelles : les infirmiers de l'EMPP ne fixent pas de rendez-vous, mais sont présents sur les lieux, ce qui permet de créer du lien et d'échanger avec certaines personnes qui ne viendraient pas à un entretien formel avec un soignant. 17 partenaires différents ont bénéficié de ce type de permanence pour un total de 531 permanences effectuées en 2019 ;
- déplacements ponctuels vers différents partenaires sur sollicitation : PASS, Les Restos du cœur, centres médico-sociaux, etc. ;
- visites à domicile ;
- maraudes ponctuelles en lien avec le Semiss (dispositif de la Croix rouge qui réalise les maraudes).

Nombre d'actes de l'EMPP

	2019
Nombre de patients différents (file active)	211
Dont nombre de patients vus pour la 1 ^{re} fois	-
Nombre d'actes total sur l'année	980
Nombre d'actes infirmier	949
Nombre d'actes psychiatres	27
Nombre d'actes psychologues	0
Nombre d'actes sociaux	0
Nombre d'actes avec intervenants multiples	4

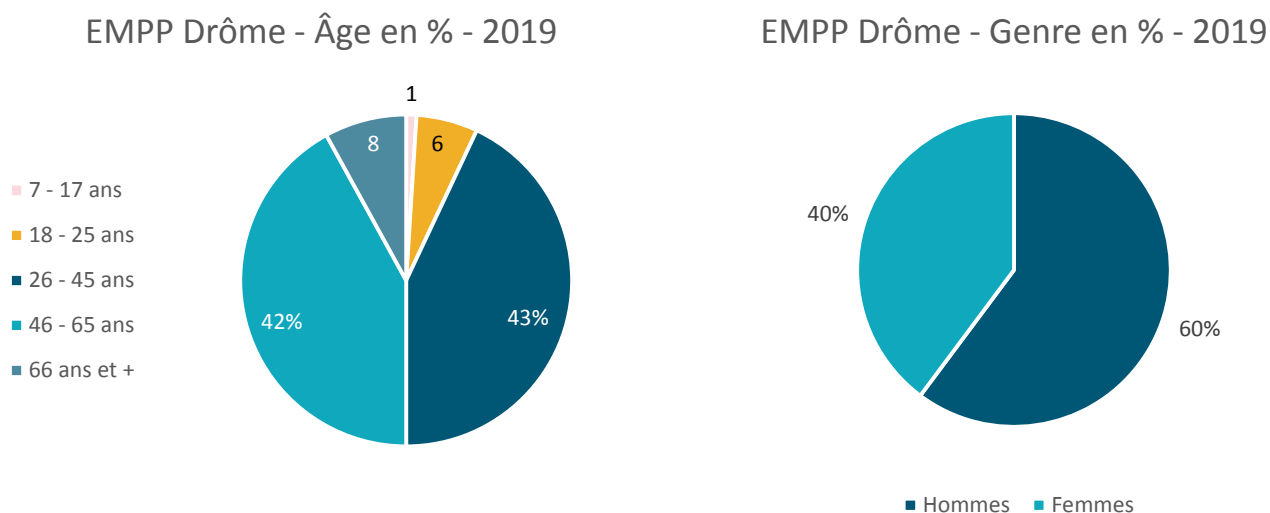
Origine de la demande

Toutes les structures peuvent solliciter l'EMPP dès l'instant où elles accompagnent une personne en situation de précarité qui semble en souffrance psychique. L'équipe peut être sollicitée par téléphone,

mail ou lors des permanences. Il existe une plaquette de l'EMPP et chaque professionnel possède des cartes de visite.

Les services d'hygiène des différentes villes ainsi que les bailleurs sociaux peuvent alerter l'EMPP sur certaines situations.

Caractéristiques des publics rencontrés par l'EMPP en 2019



Activités de soutien aux professionnels

Modalités et fréquences d'intervention

Les professionnels peuvent être sollicités au cas par cas, pour des conseils sur des situations particulièrement problématiques.

Intervention à destination des intervenants sociaux : le soutien peut être informel lors de permanences dans les structures du social, mais également formel lors de réunions cliniques dans lesquelles des situations problématiques pour les intervenants sociaux sont exposées aux infirmiers de l'EMPP.

Les professionnels participent à des journées de formation.

Réseau et ancrage sur le territoire

Les liens avec les PASS

Il n'y a pas de PASS Psy sur les secteurs sud et nord du département. La PASS Psy de Valence n'est plus très active par manque de professionnels. Une infirmière de l'EMPP travaille également à 40 % sur la PASS Psy du CH Drôme Vivarais.

Les professionnels de l'EMPP travaillent en lien avec la PASS somatique de Valence et Nyons.

Rapport avec la psychiatrie

Les liens avec la psychiatrie sont assez étroits du fait de mi-temps des professionnels au CMP en plus de l'EMPP. Les orientations ne sont néanmoins pas toujours évidentes vers des psychologues ou des psychiatres du CMP, qui peuvent parfois considérer le public de l'EMPP comme ne relevant pas de la psychiatrie. Aussi, il arrive que les professionnels des CMP aient repéré les professionnels de l'EMPP comme « référents précarité » et sollicitent ceux-ci sur leurs temps CMP pour prendre en charge des personnes en situation de précarité. Ce constat pose question aux professionnels qui sont censés accompagner les personnes sur le droit commun. Souvent les professionnels de l'EMPP continuent de suivre les personnes sur leur temps EMPP alors qu'elles pourraient être prises en charge au CMP.

Autres partenaires

Il existe des instances de coordination sur le territoire : CLSM de Valence, réseau addictologie organisé par l'ACH à Romans-sur-Isère, petits déjeuners partenaires à Crest.

Le CLSM du secteur centre du département sollicite parfois l'EMPP sur des situations spécifiques.

Il existe un lien important de l'EMPP avec les dispositifs spécialisés dans les addictions, notamment l'ACH, le Caarud, le Csapa et l'ELSA.

À la marge, l'EMPP travaille en lien avec les SPIP et les forces de l'ordre.

L'EMPP travaille avec un réseau de territoire : associations médico-sociales, sociales, réseau de santé, structures sanitaires, médecins traitants, associations tutélaires...

Difficultés repérées pour l'EMPP

Le territoire couvert par l'EMPP est urbain et rural (particulièrement le Sud du département). De manière générale, les personnes sont très éloignées des dispositifs de soins en santé mentale et peu ou pas de transports en commun sont disponibles pour se déplacer vers ces structures. Cela implique pour les travailleurs sociaux des temps de déplacement très importants pour rencontrer et accompagner les personnes qui en ont besoin vers les soins de santé mentale. À titre d'exemple, les urgences les plus proches pour les habitants de Buis-les-Baronies (sud de la Drôme) sont situées à Montélimar, à une heure trente de trajet en voiture.

Cotation

L'équipe mobile est confrontée à un problème face aux demandes de cotation de l'hôpital qui demande de créer un dossier pour chaque personne rencontrée et d'indiquer un prénom, nom, etc. sur le logiciel interne de l'hôpital. Ainsi, les personnes suivies à l'extérieur de l'hôpital par l'EMPP, même lorsqu'elles n'ont été vues qu'une seule fois, devraient se voir créer un dossier nominatif en psychiatrie sur le logiciel de l'hôpital. Cela implique que les professionnels de l'EMPP informent *a priori* les personnes rencontrées pour leur demander l'autorisation d'être enregistrées dans les logiciels de l'hôpital comme patients suivis par l'EMPP, et donc en psychiatrie. En pratique, cela pose un gros problème puisque beaucoup de personnes seraient réticentes à poursuivre la démarche avec l'EMPP dans ces conditions.

Une nouvelle version du dossier patient informatisé qui permettrait de tracer les consultations des personnes précaires refusant de donner leur identité sous « identité incertaine » pourrait être mise en place prochainement.

Besoins et perspectives de l'EMPP

De manière générale, il existe un besoin de renforcement des postes, car l'équipe est saturée. Il serait important de créer un poste de secrétariat, de psychologue et d'assistante sociale sur l'équipe.

Un poste de psychiatre effectif serait nécessaire, notamment pour faire de la clinique et de l'aller vers. Les infirmiers auraient besoin que le psychiatre puisse parfois se déplacer pour rencontrer des patients. Aussi, en seconde ligne, ce médecin pourrait soutenir l'équipe dans les évaluations préthérapeutiques. Enfin, ce poste pourrait être un appui sur la représentation et la visibilité de l'EMPP au niveau de l'hôpital, pour porter la voix de l'équipe et faciliter les liens.

L'équipe note un besoin de renforcement des moyens matériels qui sont insuffisants actuellement pour pouvoir travailler dans de bonnes conditions. Il s'agit notamment du besoin d'avoir des *smartphones* afin de 1) faciliter l'envoi de SMS aux patients (rappel de rendez-vous, etc.), 2) améliorer la communication dans certaines situations *via* l'utilisation de logiciels de traduction ou d'autres outils disponibles en ligne, 3) optimiser les déplacements grâce à la fonction GPS des téléphones.

Un besoin de liens plus étroits avec l'ARS a également été exprimé, par exemple par le biais d'une rencontre annuelle, pour pouvoir faire remonter les problématiques et besoins éventuels, et pouvoir échanger sur les attentes respectives

L'équipe exprime enfin un besoin de formations régulières sur des thématiques spécifiques en lien avec les populations accompagnées.

Perspectives : L'équipe a le projet de développer des actions de sensibilisation auprès des partenaires sur la clinique si les moyens le permettent, notamment sur les différents symptômes, et pathologies.

Équipes mobiles psychiatrie précarité de Bourgoin-Jallieu – (ESMPI : Établissement de santé mentale Portes de l'Isère)

L'équipe et son organisation

Année de création et contexte

L'EMPP a été créée en 2007, en amont de la PASS Psy en 2009. Les deux équipes ont fusionné récemment, car la PASS ne pouvait fonctionner correctement avec une seule assistante sociale et cette mutualisation apportait un appui pour l'EMPP, qui rencontre un public similaire.

Établissement et pôle de rattachement : EMSPI site Bourgoin-Jallieu – Pôle extrahospitalier.

Adresse : 100 avenue du Médipôle, 38307 Bourgoin-Jallieu.

Territoire concerné : Nord-Isère, à l'exception du territoire de l'EMPP de Vienne, soit les secteurs G11, G12, G13.

Contexte territorial : Semi-urbain et rural.

Composition de l'équipe EMPP

	2020	2019	2018
Catégorie professionnelle	Équivalent temps plein effectifs sur l'équipe*		
Secrétaire	0,2 (PASS/EMPP)	0,2	0,2
Assistant social	0,8 (PASS)	0,8	0,3 puis 0,8
Infirmier	1,8 (PASS/EMPP)	1,4	1 puis 1,5
Psychiatre	0,2 (PASS/EMPP)	0,2	Vacant
Psychologue	0,5 (EMPP) 0,5 (PASS)	0,5	Vacant puis 0,5
Cadre de santé	0,05 (EMPP)	0,05	0,05

Présentation de l'équipe

L'équipe est composée de deux infirmières, une à temps plein et une autre à mi-temps; un mi-temps de psychologue et un autre mi-temps sur la PASS depuis janvier 2021; un 0,8 ETP d'assistante sociale; un 0,2 ETP de secrétaire; un 0,2 ETP de médecin qui est effectif depuis novembre 2019.

Modalités d'organisation de l'équipe

L'assistante sociale fait fonction de coordinatrice, mais il n'y a pas d'ETP spécifique de coordination. Une intervision a lieu avec les EMPP de Vienne, Grenoble et Interface 9 (Lyon) environ tous les deux à trois

mois. La supervision est partagée avec l'EMPP de Vienne, à raison de trois à quatre séances sur l'année pour les deux équipes. Une réunion d'équipe a lieu une fois par semaine.

Activité de l'EMPP à destination du public

Sur site

Un bureau au sein du CMP permettant l'accueil du public est mis à disposition de l'équipe EMPP-PASS. Toutefois, le bureau est partagé par les quatre soignantes, qui doivent donc sortir lorsque l'une d'entre elle reçoit quelqu'un en entretien. Environ 10 % des personnes sont reçus dans les locaux.

À l'extérieur

L'équipe organise des maraudes de manière ponctuelle lorsqu'il y a un besoin, mais se déplace généralement lorsqu'une personne a été signalée ou que les professionnels ont eux-mêmes repéré quelqu'un. Il n'y a pas de réel besoin de systématiser une maraude sur ce territoire.

Sur un territoire rural comme le Nord-Isère, l'EMPP-PASS travaille dans une démarche d'aller vers les personnes concernées qui, cumulant précarité et troubles psychiques, ont des difficultés à se déplacer (à cela s'ajoute le manque de transports et la difficulté à accéder physiquement aux soins).

Des permanences dans les structures d'hébergement sont organisées (dans deux CADA et à l'accueil de jour de Bourgoin). La régularité des permanences varie selon les structures. Elles peuvent avoir lieu consécutivement à une demande ponctuelle. L'EMPP-PASS se déplace également dans tous les centres d'hébergement (urgences et CHRS) du territoire à la demande des professionnels; un gros travail de réseau est réalisé avec les CMS, les CCAS et différentes associations. L'équipe a réalisé 75 permanences en 2019.

L'équipe propose des temps informels dans les accueils de jour pour se rendre visible et donner la possibilité aux personnes de venir échanger.

Lorsque l'orientation est difficile, l'équipe suit la personne où elle se trouve (visite à domicile, structure, rue).

Nombre d'actes de l'EMPP

	2019	
	EMPP	PASS
Nombre de patients différents (file active)	110	91
Dont nombre de patients vus pour la 1 ^{re} fois	67	51
Nombre d'actes total sur l'année	354	
Nombre d'actes infirmier	348	
Nombre d'actes psychiatres	4	
Nombre d'actes psychologues	101	

Nombre d'actes sociaux		
Nombre d'actes avec intervenants multiples paramédicaux	46	

Origine de la demande

Concernant la demande, l'EMPP-PASS est sollicitée par un tiers : le plus souvent, ce sont des intervenants sociaux qui le font lorsqu'une situation les préoccupe, mais aussi des personnes du milieu médical, de l'entourage... parfois la mairie de Bourgoin-Jallieu signale des petits groupes de personnes à la rue.

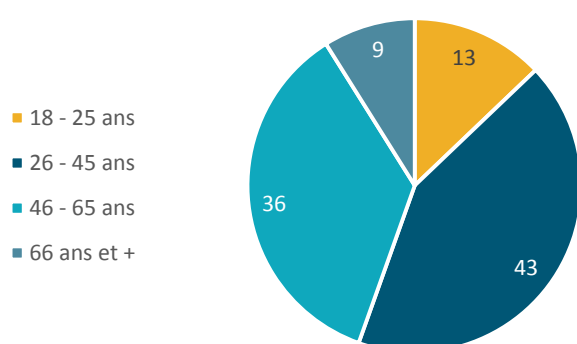
Chaque situation est étudiée en équipe puis un binôme est défini pour cette première rencontre d'évaluation avec la personne, qui se fait systématiquement à deux.

Délai moyen avant l'obtention d'un premier rendez-vous/d'une première intervention en 2020

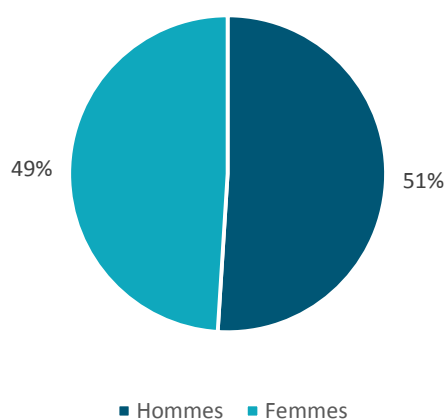
Le délai moyen pour un premier rendez-vous est de quinze jours.

Caractéristiques des publics rencontrés par l'EMPP en 2019

EMPP Bourgoin-Jallieu - Âge en % - 2019



EMPP Bourgoin-Jallieu - Genre en % - 2019



SITUATION VIS-À-VIS DU LOGEMENT (au début de la prise en charge)	EMPP
Fixe/stable	32 %
Hébergement dans un dispositif de l'état	31 %
Hébergement précaire ou sans hébergement	31 %

Ne sais pas	6 %
-------------	-----

Spécificités du public (interprétariat, publics particuliers, etc.) :

L'équipe rencontre une majorité de personnes en demande d'asile ou déboutées, pour lesquelles la question du traumatisme lié à l'exil est très présente. Il y a beaucoup de situations de jeunes mineurs et jeunes majeurs, mais également de femmes avec leur bébé, souvent issues du parcours migratoire.

L'équipe constate moins de personnes sans domicile fixe visibles dans la rue ; elles sont généralement hébergées et souvent présentes à l'accueil de jour.

Le public des territoires ruraux est très isolé autant socialement que psychiquement. Il peut s'agir de personnes âgées, souvent sans confort matériel (parfois sans eau ni électricité). Auprès de ces personnes trop éloignées géographiquement des structures de soins, l'équipe va agir « en veille » ; elle n'a pas les moyens humains de prendre en charge ces profils au long cours.

Nombres d'actes d'interprétariat et procédure d'accès à l'interprétariat

L'équipe utilise le budget interprétariat fourni par l'ARS (enveloppe « interprétariat ») destiné à la PASS. Un accès à l'interprétariat est également possible dans les CADA dans lesquels l'équipe intervient. À l'hôpital, une ligne dédiée peut être utilisée, mais son utilisation est plus compliquée et donc plus rare. Il faut en effet, par exemple, faire une demande préalable au service Gestion et envoyer un devis.

Dans le passé, l'hôpital avait mis en place une « boîte à interprétariat » (traduction automatique par une machine, pour remplacer l'interprétariat humain), mais ce système n'a pas fonctionné.

Pour l'EMPP, le nombre d'actes d'interprétariat en présentiel est de 38 sur l'année 2019, et de 15 par téléphone. Pour la PASS Psy, six actes d'interprétariat ont été réalisés en présentiel.

Activités de soutien aux professionnels

Modalités et fréquences d'intervention

Le soutien aux équipes est réalisé en binôme PASS-EMPP (assistante sociale-psychologue, assistante sociale-infirmier) systématiquement différent du binôme d'intervention dans la même structure. Des professionnels sollicitent l'EMPP sur des situations pour échanger autour du trouble, de la question du soin. Les interventions sont plus ou moins instituées selon les structures. L'équipe intervient régulièrement (tous les deux mois) dans les structures d'hébergement proposées par certaines associations d'aide aux plus précaires. L'EMPP repense régulièrement la nécessité de ces interventions en fonction des besoins, de la vie des structures, etc.

Réseau et ancrage sur le territoire

Les liens avec les PASS

L'EMPP fonctionne conjointement avec la PASS Psy. Elle est également en lien avec la PASS généraliste du CH Pierre-Oudot de Bourgoin-Jallieu.

Rapport avec la psychiatrie

Le bureau de l'équipe est situé au sein du CMP, qui est doté également d'un service de consultation post-traumatique et d'addictologie. Cette proximité (géographique et relationnelle) facilite le passage des personnes entre les services. *A contrario*, cela peut constituer un frein pour des personnes ayant une représentation négative de la psychiatrie.

Lorsque l'orientation n'est pas possible sur l'hôpital, l'équipe se rapproche de l'équipe de liaison de l'hôpital basée aux urgences. Le psychiatre et les infirmiers de cette équipe peuvent faire une évaluation de la personne. Les médecins généralistes peuvent également être sollicités.

Lorsqu'il n'existe aucune solution, aucune possibilité d'orienter, l'équipe effectue un suivi de la personne « en attendant ». Cette situation concerne en grande partie le public demandeur d'asile dans les CADA, mais aussi les personnes qui ne sont pas prêtes à renouer avec le droit commun.

De manière générale, il y a un gros défaut de psychiatre sur le CMP. C'est la réponse apportée par le maillage avec le réseau de partenaires qui fait soutien en santé mentale.

En 2019, le nombre de personnes orientées par l'EMPP s'élevait à :

- vers le CMP : 24 ;
- vers une hospitalisation en psychiatrie : 3.

Autres partenaires

L'EMPP-PASS est en lien avec de nombreuses associations sur le territoire du Nord-Isère à la fois dans le champ du soin (deux Csapa à Bourgoin-Jallieu, psychologues pour les personnes bénéficiaires du RSA, maison des réseaux de santé Isère [MRSI]) et dans le champ du social (partenaires de l'hébergement et du logement, violences conjugales à Villefontaine et La Tour-du-Pin). Un travail est aussi engagé avec les CCAS et les CMS. Pour l'équipe, se rendre visible et faire connaître l'activité de l'EMPP-PASS auprès des partenaires est un enjeu primordial pour permettre d'orienter les personnes et leur proposer un accès aux soins ; c'est un travail constant de construction et de maintien de liens au sein du réseau.

Afin d'être en lien, l'accueil de jour organise avec les partenaires les « veilles sociales » où ont lieu des échanges sur des situations préoccupantes. Chaque partenaire peut organiser des tables de concertation. Ces espaces permettent notamment d'aborder les situations les plus complexes en réunissant tous les partenaires concernés. La MRSI organise également des réunions avec les partenaires.

Le CLSM, anciennement porté par l'ESMPI n'existe plus depuis 2017.

L'équipe travaille également en partenariat avec les services d'addictologie. Les équipes travaillent souvent sur des situations ponctuelles qui les concernent et se rencontrent tous les ans pour se représenter.

Difficultés repérées pour l'EMPP

L'EMPP rencontre des difficultés pour orienter les personnes vers l'accès aux soins de santé mentale en psychiatrie, notamment le public des CADA.

Les temps partiels provoquent de l'instabilité dans l'équipe, là où la stabilité est au contraire primordiale dans la mobilité. Les professionnels expriment ainsi le souhait d'avoir une « vraie » équipe.

Des difficultés sont exprimées pour faire remonter les besoins du territoire à la plateforme SIAO qui est uniquement gérée par Grenoble.

Il existe une problématique importante liée à l'éloignement géographique de certains publics des dispositifs de prise en charge en santé mentale. Pour répondre en partie à la problématique de la ruralité, l'équipe pointe la nécessité de remettre des permanences de CMP et Csapà dans les communes.

L'équipe souhaiterait aussi avoir des locaux plus adaptés à sa pratique.

Besoins et perspectives de l'EMPP

L'équipe évoque différents besoins matériels :

- des *smartphones* (actuellement deux téléphones portables de type Nokia pour toute l'équipe);
- un véhicule en plus;
- un bureau plus grand et adapté à l'accueil des publics;
- des séances supplémentaires de supervision;
- équipement pour faire des visioconférences (ordinateur portable avec webcam).

Perspectives : Mettre en place des activités thérapeutiques groupales.

Équipes mobiles psychiatrie précarité de Grenoble – Isère (EMLPP : Équipe mobile de liaison psychiatrie précarité)

L'équipe et son organisation

Année de création et contexte

Dès 1996, un poste d'IDE avait été créé sur le CMP Bonnafé (CMP du centre-ville de Grenoble dépendant du CH Alpes Isère [CHAI]) pour travailler en lien avec les dispositifs sanitaires associatifs et autres prenant en charge les personnes en situation de précarité sur le département de l'Isère. C'est en 2001 que des moyens ont été alloués au CHAI pour créer l'EMLPP, suivie de la PASS Psy en 2010. L'équipe a été renforcée depuis la création de la PASS et le temps de travail des professionnels se répartit désormais sur les deux dispositifs.

Établissement et pôle de rattachement : CH Alpes Isère, pôle général de psychiatrie adulte (pôle Grenoble Grésivaudan).

Adresse : 51 rue Thiers, 38000, Grenoble.

Territoire concerné

Territoire d'intervention du CHAI. Les zones rurales sont peu couvertes, mais peuvent l'être sur sollicitation des équipes de ces territoires.

Contexte territorial

Urbain, même s'il y a aussi une ruralité forte dans les alentours.

Composition de l'équipe EMLPP

	2020		2019		2018	
Catégorie professionnelle	EMPP	PASS	EMPP	PASS	EMPP	PASS
Secrétaire	0,35	0,35	0,25	0,55	0,29	0,57
Assistant social	0,5	0,5	0,3	0,6	0,33	0,66
Infirmier	1,5	1,5	1	2	1	2
Psychiatre	0,2	0,4	0,2	0,4	0,35	0,7
Psychologue	0,75	0,75	0,5	1	0,47	0,95
Cadre de santé	0,25	0,25	0,15	0,35		
Interne psychiatrie	0,2	0,4	0,2	0,4	0,4	0,2

Présentation de l'équipe

L'équipe est composée des deux dispositifs EMLPP et PASS Psy qui fonctionnent en complémentarité. En 2019, l'équipe a fait une demande de répartition à un niveau 50/50 sur le tableau des emplois (en dehors du temps médical), même si l'activité est majoritairement tournée vers la PASS (2/3 de l'activité environ). L'interne de psychiatrie n'est pas présent tous les semestres.

Modalités d'organisation de l'équipe

Tous les mardis après-midi, l'équipe organise une réunion institutionnelle et clinique dont une partie est dédiée aux missions de la PASS et une autre à celles de l'EMLPP. Elle permet d'élaborer le planning pour les quinze jours à venir, de faire un point institutionnel, de présenter les cas cliniques rencontrés lors des permanences PASS, de travailler sur la clinique de l'EMLPP avec notamment le retour du vécu sur les permanences, de programmer des soins pour les suivis complexes et difficiles, d'élaborer des actions envers les aidants.

Un travail théorique « temps de lecture » d'une durée de deux heures, portant sur des thématiques EMLPP/PASS est mené une fois par mois par la psychologue pour l'ensemble de l'équipe.

Deux réunions annuelles d'une journée sont organisées pour discuter du fonctionnement de l'équipe.

Il existe une supervision d'équipe, déployée sur dix séances par an.

Un travail d'intervision est réalisé une fois tous les deux mois (interrompu à cause de la crise COVID-19) avec des EMPP de la région notamment celles de Lyon 9, du CH de Vienne et du Centre psychothérapique Nord Dauphiné (CPND) de Bourgoin-Jallieu.

Il n'y a en revanche pas de temps dédié à la coordination sur une même fonction. L'équipe pluridisciplinaire se distribue les missions de coordination au regard des actions à entreprendre.

Activité de l'EMPP à destination du public

Sur site

L'EMLPP-PASS dispose de bureaux dans le centre-ville de Grenoble pour accueillir du public. Cette localisation permet une plus grande accessibilité des personnes.

Les missions sur site sont les suivantes : coordination, entretiens sociaux, médicaux, infirmiers.

À l'extérieur

L'EMLPP réalise des permanences fixes dans des lieux d'accueil de jour, réalise parfois des maraudes avec la métropole ainsi que sur interpellations.

L'EMLPP fonctionne en binôme sur les permanences dans les accueils de jour de Grenoble :

- Point d'eau ;
- Secours catholique ;
- Fournil ;

- Vieux temple.

Un total de 126 permanences et 36 maraudes ont été réalisés en 2019.

Des rencontres régulières sont fixées avec les partenaires. L'équipe organise et participe à des rondes de parole (fréquence hebdomadaire). Une des infirmières de l'EMLPP intervient sur le groupe de thérapie communautaire intégrative au sein de l'association Point d'eau, pour un public qui « n'a pas accès à » en essayant de faire émerger leurs propres ressources.

Le projet du groupe « Photo langage » au sein du centre d'accueil intercommunal (CAI) a pour objectif de repérer les personnes qui ne vont pas bien, mais qui ne sollicitent pas les professionnels. Ce groupe permet de leur donner la parole autrement.

Il existe des réunions de synthèse et de concertation autour des patients organisées par les partenaires.

L'activité de l'EMLPP a diminué pendant la crise de la COVID-19, car les accueils où intervenait l'équipe ont fermé.

Nombre d'actes de l'EMPP

	2019		2018
	EMPP	PASS	EMPP
Nombre de patients différents (file active)	71 (non exhaustif)	221	69
Dont nombre de patients vus pour la 1 ^{re} fois	47	128	NC
Nombre d'actes total sur l'année	1 242		824
Nombre d'actes infirmier	377		346
Nombre d'actes psychiatres	227		81
Nombre d'actes psychologues	460		130
Nombre d'actes sociaux	178		267

Important : Sur chaque lieu de permanence, les personnes rencontrées ne sont pas quantifiées. Cette démarche a été construite avec le comité d'éthique.

Origine de la demande

Les principaux partenaires orienteurs sont les suivants :

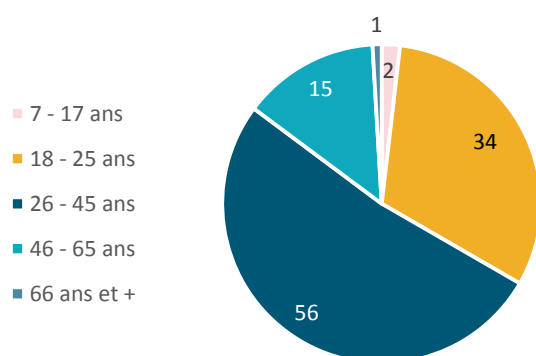
- les associations du département prenant en charge la problématique de la précarité ;
- les médecins libéraux ;
- le CHAI ;
- les municipalités ;
- le CHU ;

- la police ;
- les personnes se présentant d'elles-mêmes.

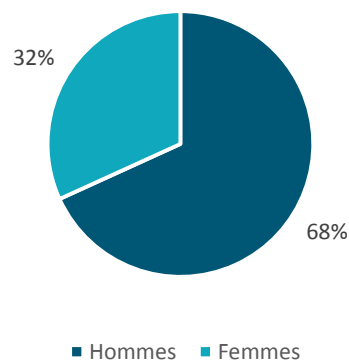
Délai moyen d'obtention d'un premier rendez-vous/d'une première intervention en 2020 : 2-7 jours

Caractéristiques des publics rencontrés par l'EMPP en 2019

EMPP/PASS Grenoble - Âge en % - 2019



EMPP/PASS Grenoble - Genre en % - 2019



SITUATION VIS-À-VIS DU LOGEMENT (au début de la prise en charge)	
Fixe/stable	3 %
Hébergement dans un dispositif de l'état	31 %
Hébergement précaire ou sans hébergement	66 %

Spécificités du public

L'équipe accompagne les personnes les plus en situation de précarité, atteintes de troubles psychiatriques ou en souffrance psychique ainsi que les publics en situation de migration, avec besoins d'interprétariat.

Nombres d'actes d'interprétariat et procédure d'accès à l'interprétariat :

Pour les missions EMLPP, l'équipe fait parfois appel à des interprètes. C'est le CHAI qui finance les frais pour l'interprétariat en présentiel et en téléphonie *via* ISM.

Activités de soutien aux professionnels

Modalités et fréquences d'intervention

L'équipe intervient régulièrement auprès de certains partenaires pour des actions de soutien aux professionnels :

- CAI tous les deux mois (convention avec la ville);
- Lits halte soins santé (LHSS) sur demande et interpellation (convention avec la ville);
- Emmaüs (fréquence mensuelle);
- Totem (relai Ozanam) (Copil commission d'admission);
- 115 DM (mensuel);
- Commission « Un chez-soi d'abord » (mensuel);
- Le Local des femmes.

L'équipe remarque une diminution de l'activité d'aide aux aidants avec la COVID-19, même si quelques visioconférences de concertations ont eu lieu.

L'EMLPP intervient pédagogiquement auprès des collectifs de maraudeurs (bénévoles, professionnels) pour discuter des postures adaptées en présence de personnes en situation de précarité et ayant des troubles psychiatriques.

L'équipe a réalisé 52 réunions d'appui aux professionnels en 2019.

Réseau et ancrage sur le territoire

Les liens avec les PASS

L'EMLPP et la PASS Psy travaillent conjointement, même si la répartition du temps des professionnels se fait en faveur de la PASS, où les professionnels constatent que les conditions d'accès aux soins pour le public se sont complexifiées (aide médicale d'État [AME], couverture maladie universelle [CMU]).

L'EMLPP est également en lien avec la PASS généraliste du CHU de Grenoble et la PASS de Bourgoin-Jallieu.

Rapport avec la psychiatrie

L'EMLPP et la PASS Psy éprouvent des difficultés pour orienter les personnes sur les CMP et la médecine libérale. Ils peuvent être amenés à réaliser eux-mêmes leur suivi lorsqu'il n'existe aucune autre possibilité après l'ouverture de leurs droits.

Les structures de soins en santé mentale sont globalement saturées sur le territoire, comme les lieux d'écoute (par exemple l'Agesca), et on dénombre peu de psychiatres libéraux disponibles sur le territoire.

L'orientation peut se faire vers des médecins généralistes lorsque les patients sont stabilisés.

Le non-financement de l'interprétariat au long cours est un frein important à l'orientation de ce public vers le réseau de santé du droit commun.

Autres partenaires

L'EMLPP est une équipe prescriptrice pour permettre l'entrée au dispositif « Un chez-soi d'abord ».

Des liens forts existent avec certaines associations (Point d'eau, Secours catholique).

L'équipe a des liens occasionnels avec le service Addictologie du CHU (unité de soin en addictologie).

Elle a participé à 90 réunions partenariales en 2019.

Difficultés repérées pour l'EMPP

Les missions EMLPP ont été impactées par la crise du COVID-19. En parallèle, la charge de travail sur les permanences PASS a largement augmenté.

Du fait de la connaissance de l'EMLPP sur le territoire et sa présence sur les lieux sociaux et médicaux sociaux, l'équipe est fréquemment interpellée sur des situations de difficulté d'accès aux soins.

L'équipe note que le turn-over important des travailleurs sociaux chez les partenaires rend complexe une interconnaissance mutuelle des missions de chacun.

La plus grande difficulté est de créer un réseau de soin de proximité.

Enfin, l'EMLPP est sollicitée sur des missions qui ne sont pas les siennes : elle a parfois le sentiment de travailler par injonctions en prestataire de services, sur des missions de crise plus que de la prévention.

Besoins et perspectives de l'EMPP

L'équipe formule des besoins de temps de travail supplémentaires (médical, infirmiers, psychologue, assistant social, secrétariat) pour pouvoir répondre aux besoins des usagers et développer des activités.

Elle déplore l'absence sur le territoire d'une structure d'accueil pour que les personnes puissent accéder à des lits d'urgence sur un temps court, sur le modèle des lits halte soins santé. Aussi, il y a des besoins de moyens pour les structures du social, afin d'empêcher la précarisation des personnes. En effet, l'équipe constate que plus les personnes se précarisent, plus les pathologies se chronicisent et se transforment en pathologies psychiatriques.

Perspective

- Concrétiser les projets en attente (groupe Photo langage sur le CAI, ronde de parole au Point d'eau) qui ont été impossibles à réaliser sur l'année 2020 (COVID);
- Allier à moyen terme santé et culture, avec la mise en place d'un dispositif culturel avec du théâtre, de la musique, peut être en lien avec le centre culturel de Grenoble;
- Mieux rééquilibrer à l'avenir la charge de travail entre EMLPP et PASS;
- Développer et renforcer les rencontres avec les partenaires;

- Créer en lien avec les partenaires, sur le lieu du social, des actions de prévention et d'accompagnement du public (photo langage au CAI, ronde de parole à développer, etc.);

Équipes mobiles psychiatrie précarité de Vienne – Isère (Elips : Équipe de liaison intersectorielle Précarité Santé mentale)

L'équipe et son organisation

Année de création et contexte

L'EMPP est créée en 2009 à la suite d'un atelier santé ville où avaient été évoqués les besoins d'accompagnement en santé mentale des personnes en situation de précarité. La PASS Psy existe depuis 2012.

Établissement et pôle de rattachement : ESMPI Site de Bourgoin-Jallieu – Pôle de psychiatrie ESMPI.

Adresse : Montée du Docteur-Chapuis, 38200 Vienne.

Territoire concerné (champ d'intervention – réel et supposé) :

Vienne et 18 communes de l'agglomération ainsi que le secteur de Péage-de-Roussillon.

Contexte territorial : Territoire plutôt urbain.

Composition de l'équipe EMPP

	2020		2019		2018	
Catégorie professionnelle	Équivalent temps plein effectifs sur l'équipe*					
	EMPP	PASS Psy	EMPP	PASS Psy	EMPP	PASS Psy
Secrétaire	0	0	0	0	0,1	0
Assistant social		0,5		0,5		0,5
Infirmier	1,7	0,8 (coordination Elips)	1,7	0	1,7	0
Psychiatre	0,1 (EMPP+PASS)	0	0	0	0	
Psychologue	0,6	0	0,6	0	0,6	0,5
Cadre de santé	0,1 (EMPP+PASS)		0,1 (EMPP+PASS)		0,1 (EMPP+PASS)	
Éducateur	0	0,8	0	0,8	0	0,8

Présentation de l'équipe

Les structures EMPP et PASS Psy forment pratiquement une seule et même équipe qui travaille en lien très étroit. Aujourd'hui, très peu de choses distinguent les deux dispositifs.

Après plusieurs années sans médecin, l'équipe est composée aujourd'hui d'un médecin psychiatre sur 0,1 ETP qui peut être interpellée pour des prescriptions uniquement.

L'assistante sociale de la PASS travaille également dans une unité d'entrée en psychiatrie, ce qui rend possibles des ponts intéressants vis-à-vis des patients. Cela facilite notamment parfois l'hospitalisation, car les personnes ont pu rencontrer l'assistante sociale sur les lieux d'accueils de jour.

Modalités d'organisation de l'équipe

Un temps de réunion d'équipe a lieu tous les vendredis après-midi. Il permet d'échanger sur les nouvelles situations ainsi que de coordonner le suivi des prises en charge en cours.

Des temps d'Intervision existent avec les équipes de Bourgoin, Grenoble et Interface 9 Lyon.

Des temps de supervision en commun sont organisés avec l'EMPP de Bourgoin-Jallieu quatre fois dans l'année.

Un temps d'infirmier est dédié à la coordination du dispositif Elips (PASS et EMPP) à 0,8 ETP.

Activité de l'EMPP à destination du public

Sur site

Elips n'ayant pas de locaux spécifiques permettant l'accueil du public, l'équipe se déplace dans ceux des partenaires.

À l'extérieur

Les professionnels se déplacent toujours en binôme. L'équipe intervient toujours à la demande des partenaires, qui sollicitent l'EMPP-PASS pour des situations qui les mettent en difficulté.

Elips rencontre dans un premier temps les professionnels l'ayant sollicitée pour comprendre les situations, puis en parle en équipe le vendredi après-midi. Ensuite, l'équipe revient vers les partenaires en proposant soit d'apporter un soutien aux pratiques sur un versant d'aide aux aidants, soit de rencontrer la personne directement. Le premier entretien se fait presque toujours avec le partenaire orienteur.

Des permanences sont réalisées sur les deux accueils de jour de Vienne. En 2019, 108 permanences des infirmiers et psychologue ont été réalisées. L'assistante sociale de la PASS Psy se déplace sur les permanences des deux lieux d'accueil de jour de la ville de Vienne. Cela permet de créer des dossiers d'ouverture de droits, de l'orientation. Parfois, le volet social permet une première accroche avec la personne qui pourra ensuite être réorientée vers le soin au sein de l'équipe d'Elips.

Un groupe de parole est proposé sur le CADA de Péage-de-Roussillon tous les quinze jours, animé par un infirmier et le psychologue. Il permet de faire du lien entre les différentes personnes qui participent

au groupe et de réactiver certaines ressources en santé mentale que les personnes avaient avant leur arrivée en France.

En 2019, le nombre de groupes de parole proposés par l'équipe de l'EMPP s'élève à 92.

De manière générale, les professionnels d'Elips accompagnent souvent les personnes pour leurs premiers rendez-vous médicaux et font un travail de « veille » sur les patients orientés.

Nombre d'actes de l'EMPP

	2019	
	EMPP	PASS
Nombre de patients différents (file active)	136	80
Dont nombre de patients vus pour la 1 ^{re} fois	54	34
Nombre d'actes total sur l'année	226	
Nombre d'actes infirmier	171	
Nombre d'actes psychiatres		
Nombre d'actes psychologues	55	
Nombre d'actes sociaux		140

Origine de la demande

Les personnes sont principalement orientées :

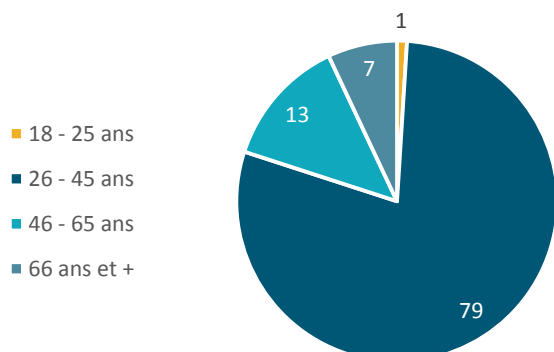
- par des structures sociales ou d'insertion : 39;
- par des services sociaux : 73;
- par des structures d'accompagnement des migrants : 13;
- par des partenaires médico-sociaux : 9;
- par des partenaires psychiatriques : 0;
- par des partenaires sanitaires somatique : 2;
- personnes elles-mêmes : 0;
- autre : 0;

Délai moyen avant l'obtention d'un premier rendez-vous/d'une première intervention en 2020

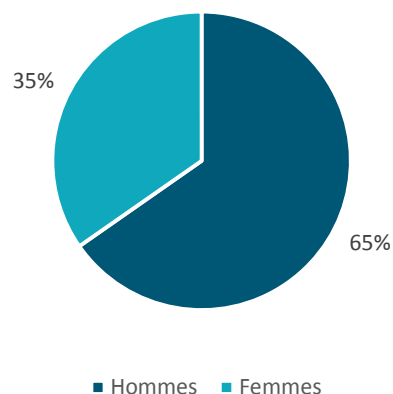
Les rendez-vous peuvent être donnés sous deux semaines.

Caractéristiques des publics rencontrés par l'EMPP en 2019

EMPP/PASS Vienne - Âge en % - 2019



EMPP/PASS Vienne - Genre en % - 2019



SITUATION VIS-À-VIS DU LOGEMENT (au début de la prise en charge)		
Fixe/stable	58 %	81 %
Hébergement dans un dispositif d'État	18 %	0 %
Hébergement précaire ou sans hébergement	24 %	19 %

Spécificités du public

Les situations des publics migrants posent question. Ce sont souvent des personnes en demande de soins, mais pour qui les problèmes de la langue, de la situation administrative et sociale ainsi que les problématiques liées au psychotraumatisme rendent l'accès pratique aux soins complexes. L'interprétariat est très peu utilisé par l'équipe, mais il existe « normalement » des lignes budgétaires qu'il est possible d'utiliser.

Même si ce n'est pas le public cible de l'équipe, la situation des mineurs est source de beaucoup d'inquiétude de la part des partenaires qui sollicitent parfois Elips sur ces questions.

Les personnes âgées posent également question, car l'évaluation des problématiques de santé mentale entre potentielle démence et trouble psychiatrique par exemple est difficile.

Activités de soutien aux professionnels

Modalités et fréquences d'intervention

L'équipe propose du soutien aux aidants à certaines associations qui accompagnent les publics en situation de précarité : les professionnels ou bénévoles présentent une situation avec laquelle ils sont en difficulté ; l'équipe d'Elips intervient alors en soutien aux pratiques, notamment auprès du dispositif des maraudeurs qui rencontrent des personnes en situation de grande précarité lors de maraudes qui ont lieu trois fois par semaine.

L'équipe intervient aux accueils de jour et CHRS sous forme d'aide aux aidants. Il s'agit d'un travail à partir de situations amenées par les intervenants. Une psychologue intervient par ailleurs au CHRS directement auprès du public.

Tous les partenariats sont conventionnés. L'EMPP a réalisé 153 réunions d'appui aux professionnels en 2019.

Réseau et ancrage sur le territoire

Les liens avec les PASS

Les liens avec la PASS somatique de Vienne sont réguliers : ils se présentent sous forme de rencontres hebdomadaires institutionnalisées et d'échanges au quotidien sur les situations.

Rapport avec la psychiatrie

Les professionnels d'Elips accompagnent parfois des patients pour leurs rendez-vous médicaux, notamment au CMP. La procédure consiste à réaliser un entretien infirmier en première intention avant de réorienter vers des psychologues ou médecins du CMP. Il arrive que les patients orientés par les infirmiers et psychologues d'Elips repassent eux aussi par un entretien infirmier au CMP alors même que ceux-ci ont déjà évalué largement les situations.

Elips est en lien avec le Service des urgences pour les situations les plus difficiles.

Le nombre de personnes orientées par l'EMPP est de :

- vers le CMP : 3 ;
- vers une hospitalisation en psychiatrie : 4.

Autres partenaires

Addictologie : Elips travaille beaucoup avec les services d'addictologie de l'hôpital, l'ELSA. Le Csapa SAM situé dans le centre de Vienne peut aussi constituer une ressource importante.

Logement/hébergement : les réunions sont rares et moins fréquentes qu'auparavant avec les acteurs du logement et de l'hébergement.

Partenaire sanitaire : l'équipe travaille avec des psychiatres et IDE libéraux. Elips fonctionne beaucoup en lien avec les différents médecins libéraux, notamment les généralistes qui sont une ressource importante, au même titre que les spécialistes.

Partenaires administratifs : CCAS, CMS, SPIP, PLIE, MLIRE, RIVAJH, Prévenir.

Partenaires associatifs : Croix-Rouge française, Secours populaire, Emmaüs. L'association France victime constitue également une ressource importante pour les personnes victimes de violences. Elle dispose notamment de psychologues et peut aussi être un soutien sur le plan juridique.

Il existe une commission Errance sur le territoire qui regroupe tous les acteurs de la précarité et certains dispositifs soignants. Elle regroupe notamment ELIPS, le CCAS, le SIAO, les responsables des accueils de jour, le département, des éducateurs de rue, le dispositif des maraudeurs... Il s'agit de réaliser une veille sur les situations des personnes à la rue.

Difficultés repérées pour l'EMPP

Sur le territoire, le CMP est situé à Malissol, qui est un peu excentré, ce qui ne facilite pas l'accès des patients à celui-ci.

On note également un questionnement autour de la population sans domicile fixe en grande précarité que l'équipe n'arrive que peu à « toucher » pour ceux qui ne viennent ni en accueils de jour ni dans les associations d'accompagnement. Ces personnes sont connues indirectement *via* les maraudeurs, mais pas approchées directement par l'équipe.

Besoins et perspectives de l'EMPP

L'équipe note le besoin de moyens supplémentaires pour pouvoir élargir son territoire d'intervention, notamment sur les secteurs de Péage-de-Roussillon et Beaurepaire, qui ne sont actuellement pas couverts.

La question de fusionner les équipes de la PASS et de l'EMPP se pose pour ces deux dispositifs qui le sont déjà quasiment en pratique (ELIPS). Il faudrait notamment une fusion en termes de budget, pour faciliter la gestion.

Il y a des besoins globaux afin d'améliorer les possibilités de prise en charge en CMP et dans les services de soins en santé mentale des hôpitaux. L'EMPP et la PASS Psy ont pour mission d'amener les personnes vers le soin, mais encore faut-il que les structures soient en capacité de les accueillir.

ELIPS aurait besoin d'avoir un local dans l'hypercentre de Vienne pour accueillir du public. Cette solution permettrait de toucher une population qui ne vient ni dans les accueils de jour ni à l'hôpital, et de pouvoir fixer un rendez-vous dans ses locaux pour les personnes rencontrées dans des structures qui ne disposent pas de bureau adapté pour les entretiens. Il s'agirait d'un lieu « tiers », un lieu d'accueil entre le social et le soin.

L'équipe souligne également le besoin de plus de séances d'analyse de pratiques professionnelles.

Équipes mobiles psychiatrie précarité de Montbrison – Loire (Elipse : Équipe de liaison intersectorielle de psychiatrie pour les personnes en situation d'exclusion)

L'équipe et son organisation

Année de création et contexte : L'équipe a été créée en juillet 2009 sur demande de l'ARS.

Établissement et pôle de rattachement : CH du Forez.

Adresse : 25 boulevard de la Préfecture – 42600 Montbrison.

Territoire concerné

Secteurs psychiatriques de Feurs et Montbrison (qui représentent environ un tiers du département, 180000 habitants et plus de 140 communes) et couvre tout le secteur Centre Loire. En pratique, certaines zones ne sont pas couvertes par manque de moyens humains.

Contexte territorial : Rural.

Composition de l'équipe EMPP

	2020	2019	2018
Catégorie professionnelle	Équivalent temps plein effectifs sur l'équipe*		
Secrétaire	0,5	0,5	0,5
Assistant social			
Infirmier	1	1	1
Psychiatre	0	0	0
Psychologue	1	1	1

Pour ce qui est du temps de psychologue, l'équipe comptait, en 2018, quatre mois à 0,60 ETP; en 2020, quatre mois à 0,4 ETP, en raison du départ de professionnels non remplacés immédiatement.

Présentation de l'équipe

À sa création, l'équipe était composée d'un ETP infirmier et d'un ETP psychologue. Le temps psychologue est réparti sur deux personnes : une psychologue est à 0,40 ETP et l'autre à 0,6 ETP.

Un temps de psychiatre est normalement de 0,10 ETP, mais celui-ci est souvent mobilisé sur d'autres services et ne peut assurer effectivement cette présence.

Modalités d'organisation de l'équipe

Il existe un temps de coordination à 0,10 ETP psychiatre, mais celui-ci n'est pas effectif. L'équipe s'auto-organise en gardant des repas collectifs les mardis et jeudis pour pouvoir échanger. Une fois par mois, une réunion de deux heures est dédiée à l'organisation de l'équipe.

Il n'y a pas d'analyse des pratiques professionnelles propres à l'équipe. L'infirmier bénéficie de temps d'APP partagé avec d'autres services, tels que l'hôpital de jour et le CMP, mais cela ne semble pas être le cadre idéal pour parler de sa pratique, très différente de celles des autres services. Les psychologues n'ont pas d'APP.

Activité de l'EMPP à destination du public

Sur site

L'équipe dispose de locaux, mais ces derniers sont toutefois inadaptés pour l'accueil du public et ils sont partagés avec la pédopsychiatrie et l'hôpital de jour. L'endroit résonne, n'est pas isolé et très bruyant.

À l'extérieur

L'équipe propose quatre types d'actes principaux : consultations, VAD, accompagnement, démarches (accompagnement vers le psychiatre par exemple). La majorité des actes sont des consultations thérapeutiques.

L'équipe réalise les premiers entretiens en binôme avec le travailleur social ayant sollicité l'intervention de l'EMPP. L'infirmier étant à temps plein, il fait majoritairement les premiers entretiens. Pour la suite des rendez-vous, l'équipe choisit le lieu avec la personne (à son domicile, dans le même bureau, dans les locaux de l'EMPP, en extérieur, etc.) sans le partenaire. Lorsqu'une orientation vers le psychologue de l'équipe est nécessaire, l'infirmier fait le lien avec ses collègues et les introduit lors d'un entretien collectif.

Sur Montbrison, l'infirmier réalise une maraude une fois tous les quinze jours avec les éducateurs de rue, avec lesquels il est par ailleurs très en lien.

L'équipe a pu organiser des permanences lorsque cela semblait pertinent, mais elle n'en réalise plus de manière systématique actuellement et s'adapte aux besoins. Les permanences ont été essayées à différentes reprises, par exemple à Montbrison à la maison des permanences, mais ne semblaient pas être une modalité adaptée, car peu de personnes y venaient. L'EMPP a fait des permanences dans un CADA à Boën-sur-Lignon, jusqu'à la réorganisation du CADA en logement diffus.

L'équipe réalise une permanence à la PASS de Montbrison et de Feurs environ une fois toutes les trois semaines : l'équipe vient rencontrer les personnes identifiées par la PASS sur rendez-vous, et voient ensuite s'ils continuent une prise en charge, s'ils orientent, etc.

En 2019, 15 permanences ont eu lieu auprès de 4 partenaires.

L'équipe réalise de nombreuses visites à domicile.

Nombre d'actes de l'EMPP

	2019
Nombre de patients différents (file active)	111
Dont nombre de patients vus pour la 1 ^{re} fois	46
Nombre d'actes total sur l'année	829
Nombre d'actes infirmier	420
Nombre d'actes psychiatres	10
Nombre d'actes psychologues	319
Nombre d'actes sociaux	0
Nombre d'actes avec intervenants multiples	84

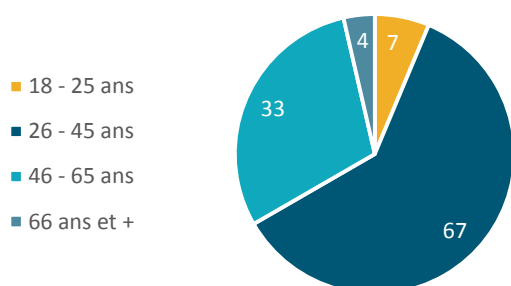
Origine de la demande

Les personnes sont majoritairement orientées par les assistants sociaux de secteur, les tuteurs, curateurs ainsi que les éducateurs spécialisés.

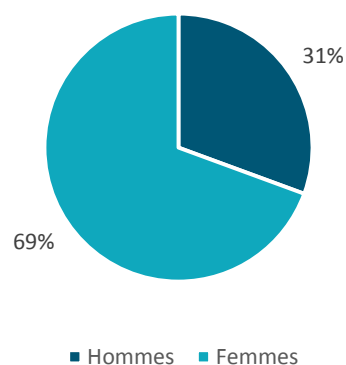
Délai moyen d'obtention d'un premier rendez-vous/d'une première intervention en 2020 : 2-3 semaines.

Caractéristiques des publics rencontrés par l'EMPP en 2019

EMPP Montbrison - Âge en % - 2019



EMPP Montbrison - Genre en % - 2019



SITUATION VIS-À-VIS DU LOGEMENT (au début de la prise en charge)	EMPP
Fixe/stable	30 %
Hébergement dans un dispositif de l'état	21 %
Hébergement précaire ou sans hébergement	5 %

Ne sais pas	44 %
-------------	------

Spécificités du public

L'EMPP s'adapte à l'évolution très rapide des publics. Ces dernières années, elle note une forte augmentation de la population migrante dans sa file active. En 2019, 60 actes d'interprétariat ont eu lieu en présentiel.

En 2020, l'interprétariat en présentiel n'est *a priori* plus possible, remplacé par l'interprétariat par téléphone, ce qui représente un obstacle pour l'équipe. L'hôpital a un conventionnement avec ISM.

L'équipe accompagne également au long cours de nombreuses personnes isolées qui ne sortent pas de chez elles, pour lesquelles une orientation est difficile à mettre en place.

Activités de soutien aux professionnels

Modalités et fréquences d'intervention

Différentes modalités de soutien aux professionnels sont animées par l'EMPP :

- Groupe interinstitutionnel d'approches cliniques de situations (GIACS) : ces temps réunissent différents partenaires (du social, médical, médico-social) pour apporter un regard clinique sur une situation ;
- Petits cafés d'Elipse : un partenaire reçoit tous les autres partenaires dans ses locaux pour présenter sa structure et son fonctionnement. Exemple : la consultation jeune consommateur ;
- Analyse des pratiques professionnelles : l'équipe est sollicitée par des partenaires lorsqu'ils sont en difficulté face à une situation. Quelques réunions peuvent par la suite être mises en place pour soutenir l'équipe et leur apporter un éclairage clinique, notamment avec les Jardins d'Astrée ;
- Supervision ponctuelle pour un membre de l'association Cildea qui travaille auprès des agriculteurs ;
- Consultations secondaires : des échanges sont réalisés avec les partenaires autour de personnes que l'EMPP ne connaît pas directement.

Réseau et ancrage sur le territoire

Un CLSM existe à Montbrison, auquel participe l'EMPP. Celle-ci participe fortement à faire vivre le réseau, notamment auprès des acteurs sociaux.

Les liens avec les PASS

Il n'y a pas de PASS Psy sur le secteur. L'EMPP réalise des permanences dans les PASS somatiques de Feurs et Montbrison.

Rapport avec la psychiatrie

Les fonctionnements avec la psychiatrie sont très différents selon les CMP et très « personnes dépendantes ». Aucun protocole n'existe, les modalités d'orientation vers le CMP changent régulièrement. Au CMP de Montbrison, l'attente est actuellement de un an pour une consultation chez

un psychologue. Le CMP de Boën ne bénéficie plus de temps psychiatre et seulement d'un faible temps psychologue, ce qui rend difficiles les orientations.

On observe régulièrement des confusions sur les critères d'orientation avec la psychiatrie : les personnes allophones nécessitant le recours à l'interprétariat, ou en situation de précarité, sont quasi systématiquement orientées vers Elipse.

En mars 2020, l'EMPP avait sollicité le CMP de Boën pour pouvoir bénéficier de ses locaux régulièrement et y recevoir les personnes du CADA hébergées dans des appartements.

Nombre de personnes orientées par l'EMPP :

- vers le CMP : 3;
- vers une hospitalisation en psychiatrie : 2.

Autres partenaires

L'équipe travaille en lien avec le groupe d'entraide mutuelle (GEM) de Montbrison, l'addictologie, le Csapa, Vie libre, Rimbaud.

Partenaire sanitaire : Ithac.

Partenaire administratif : département de la Loire.

Partenaires associatifs : Sauvegarde 42, l'Association de gestion de l'action sociale des ensembles familiaux (Agasef).

Difficultés repérées pour l'EMPP

L'accessibilité de l'interprétariat uniquement par téléphone pose problème à l'équipe, qui souhaiterait pouvoir recourir à l'interprétariat en présentiel lorsque cela s'avère nécessaire.

Le secteur couvert étant très large, elle passe beaucoup de temps dans les déplacements.

L'absence de coordination et de référence médicale met l'équipe en difficulté.

Le manque de moyens matériels limite ses possibilités d'action.

Besoins et perspectives de l'EMPP

Moyens humains

Le dispositif a besoin d'un renforcement de l'équipe pour répondre à l'augmentation de la demande et réduire les délais de prise en charge. Des moyens humains supplémentaires lui permettraient en effet de développer et renforcer son activité pour répondre au mieux aux besoins des personnes et des professionnels, notamment de :

- effectuer des demi-journées de permanence dans chaque secteur du département et optimiser ainsi le temps de déplacement et le temps de présence effective auprès des bénéficiaires;

- faire des entretiens et des visites à domicile en binôme lorsque la situation clinique ou sécuritaire le nécessite.

Un temps effectif de médecin coordinateur paraît nécessaire afin de pouvoir :

- assumer la coordination de l'équipe (qui est actuellement autogérée) et les soutenir dans leurs activités,
- réaliser des consultations auprès des patient-e-s,
- étayer l'équipe au niveau médical (pouvoir échanger sur les patients, leurs traitements, etc.).

Moyens matériels

L'équipe souhaiterait des moyens matériels supplémentaires pour améliorer son fonctionnement :

- un ordinateur portable équipé d'une webcam et permettant de participer à des visioconférences;
- un budget d'achat de matériel pour ceux qui souhaitent utiliser des médiations : peinture, dessin, etc. ;
- une deuxième voiture de service, les professionnels étant actuellement contraints d'utiliser leur voiture personnelle;
- des *smartphones* : plus simple pour les appels avec les interprètes, mais aussi pour rédiger des SMS. À ce jour, l'équipe n'a accès ni à internet sur les téléphones ni à la fonction GPS.

L'équipe est par ailleurs en demande :

- d'un temps de supervision propre à l'équipe EMPP;
- de formations pouvant les aider dans la prise en charge de publics spécifiques.

Équipes mobiles psychiatrie précarité de Roanne – Loire (EMPP : Centre hospitalier de Roanne)

L'équipe et son organisation

Année de création et contexte

L'EMPP a été créée en septembre 2017 suite à la demande du CLSM pour pourvoir le poste d'infirmier qui existait auparavant sur la PASS. L'EMPP et la PASS somatique forment aujourd'hui le dispositif commun de lutte contre les exclusions du CH de Roanne.

Établissement et pôle de rattachement : CH de Roanne.

Adresse : 28 rue de Charlieu, 42328 Roanne.

Territoire concerné : Ville de Roanne.

Contexte territorial

Roanne est une ville moyenne, mais dans laquelle il y a un gros flux migratoire. C'est aussi une ville avec un passé ouvrier qui compte beaucoup de personnes avec peu de ressources.

Composition de l'équipe EMPP

	2020
Catégorie professionnelle	Équivalent temps plein effectifs sur l'équipe*
Assistant social	0,5
Infirmier	2 + 0,5 = 2,5
Psychiatre	0,2 (non effectif)
Psychologue	0,5
Cadre socio-éducatif	0,2

Présentation de l'équipe

L'EMPP est composée de trois infirmiers (dont un à mi-temps), un mi-temps de psychologue et un mi-temps d'assistante sociale qui partage son autre mi-temps sur la PASS somatique, ce qui facilite l'accès aux soins des personnes. Une cadre socio-éducative assure une coordination à hauteur de 0,2 ETP sur l'EMPP.

L'équipe est dotée d'un médecin référent institutionnel et d'un médecin consultant psychiatre à 0,2 ETP, qui n'est cependant pas effectif.

Modalités d'organisation de l'équipe

Les équipes ont mis en place des temps de réunion fixes entre l'EMPP et la PASS. L'équipe bénéficie de temps de supervision à hauteur d'une séance toutes les six semaines. Le dispositif a 0,2 ETP de coordination qui est assuré par une cadre socio-éducative. Elle intervient sur la structuration et la représentation de l'EMPP au sein du réseau de partenaires, notamment institutionnels (elle porte les projets de l'EMPP auprès de l'ARS, travaille la rédaction des conventions). Elle assiste également aux réunions cliniques de l'équipe, ce qui lui permet de comprendre au plus près les besoins, les freins, la réalité du terrain des EMPP.

Activité de l'EMPP à destination du public

Sur site

L'EMPP ne dispose pas de locaux pour accueillir les personnes.

À l'extérieur

L'EMPP ne disposant pas de locaux, les professionnels voient les personnes au sein des structures, dans les associations, les cafés ou dans le cadre des visites à domicile.

Lors de la création de l'équipe, la demande des structures sociales étant très forte, des binômes constitués (et référents) étaient présents une demi-journée par semaine sur cinq structures : un CHRS, deux CADA, un accueil de jour, une maison relais. Depuis, ces permanences ont perduré et d'autres permanences ou modalités d'intervention se sont ajoutées :

- des permanences téléphoniques ont été assurées pendant la période COVID pour soutenir les équipes;
- lors des permanences, des rendez-vous peuvent être fixés par le travailleur social ou le soignant pour des entretiens individuels. En 2019, 106 permanences ont été réalisées;
- des réunions cliniques ont lieu à fréquence variable dans les structures partenaires;
- un espace « Cafés communautaires » a été mis en place à la maison relais, en partenariat avec Cap Droit, des adhérents du GEM et des résidents de la maison relais. Cet espace avait pour objectif de donner un espace de parole aux personnes, sur un temps régulier et stable.

Les professionnels interviennent en binôme lors des premières rencontres, évaluent ensuite si cela a du sens de continuer à deux ou s'adaptent en fonction de la situation. Il existe des binômes référents pour chaque structure afin de faciliter la création du lien de confiance avec les personnes et les professionnels. L'idée des permanences est d'ouvrir un espace de rencontre, créer un temps régulier et repérable.

Nombre d'actes de l'EMPP

	2019
Nombre de patients différents (file active)	183
Dont nombre de patients vus pour la 1 ^{re} fois	122
Nombre d'actes total sur l'année	1253
Nombre d'actes infirmier	584
Nombre d'actes psychiatres	299
Nombre d'actes psychologues	182
Nombre d'actes sociaux	106

Origine de la demande

L'EMPP peut être sollicitée ponctuellement par une structure. L'idée est alors de s'appuyer sur la demande du travailleur social, sur ce lien déjà établi avec la personne, et d'aller à sa rencontre afin d'évaluer si une prise en charge par l'équipe est pertinente et possible.

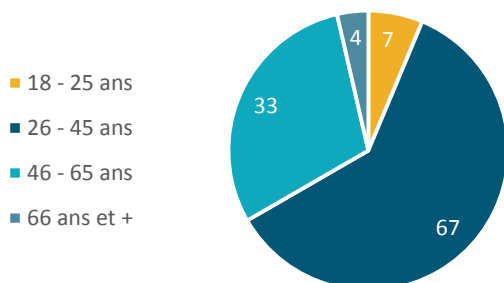
Les personnes peuvent aussi demander un rendez-vous au travailleur social ou s'adresser directement à l'EMPP lors des temps informels.

Personnes orientées (en 2019) :

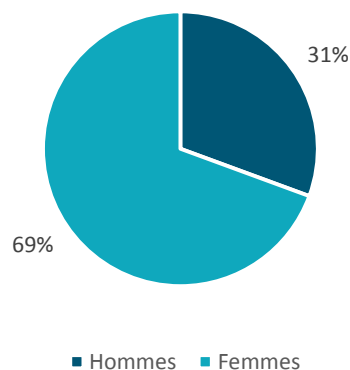
- par des structures sociales ou d'insertion : 75;
- par des services sociaux : 21;
- par des structures d'accompagnement des migrants : 87;
- par des partenaires médico-sociaux : 18;
- par des partenaires psychiatriques : 52.

Caractéristiques des publics rencontrés par l'EMPP en 2019

EMPP Montbrison - Âge en % -
2019



EMPP Montbrison - Genre en % -
2019



Spécificités du public (interprétariat, publics particuliers, etc.) :

Roanne est une ville au passé ouvrier où l'on trouve des personnes ayant de petites retraites, donc peu de ressources. Elles sont logées mais souvent en situation de mal-logement ou avec des problématiques de logements insalubres. On rencontre également de nombreuses situations d'incurie dans l'habitat. Peu de médecins sont installés à Roanne, donc peu de personnes sont suivies par un médecin généraliste, ce qui rend difficile l'accès aux soins.

En 2015, la ville a connu une forte arrivée de personnes en situation de migration. Parmi les publics de l'EMPP il y a donc des demandeurs d'asile, mais aussi des familles déboutées qui sont sans solution.

Depuis quelques années, l'équipe rencontre beaucoup de jeunes entre 20 et 25 ans en rupture de liens, en grande souffrance, souvent avec des problématiques d'addiction. Travailler une demande de soins pour ces jeunes peut prendre beaucoup de temps.

On y rencontre aussi des personnes avec un parcours de rue long et compliqué, qui accèdent aux soins puis se retrouvent en rupture de soins et de liens, et reviennent par « effet boomerang ». Ces personnes auraient besoin d'un accompagnement plus important selon l'équipe.

Les publics de l'EMPP demandent ainsi un accompagnement de proximité et de la souplesse, l'équipe s'adapte au mieux aux besoins des personnes.

Nombres d'actes d'interprétariat et procédure d'accès à l'interprétariat

L'équipe utilise l'enveloppe « interprétariat » mise à disposition par l'ARS, via la PASS. Lorsqu'il n'y a pas d'interprète disponible à ISM Corum ou sur l'hôpital, c'est le partenariat avec l'association SÉSAME qui est sollicité, et financé par l'hôpital. Le nombre d'actes d'interprétariat par téléphone s'élève à 164 en 2019.

Activités de soutien aux professionnels

Modalités et fréquences d'intervention

Des réunions sont organisées avec les professionnels des structures partenaires sur la mission d'aide aux aidants des EMPP. Pour certaines, des rendez-vous fixes et réguliers sont formalisés, pour d'autres, la sollicitation est plus ponctuelle. Au total, 36 réunions d'appui aux pratiques ont eu lieu en 2019.

Parfois, un entretien téléphonique ou des échanges au sujet d'une situation problématique suffisent.

Plus généralement, l'équipe se rend disponible auprès de ses différents partenaires qui expriment le besoin d'être aidés sur une situation.

Réseau et ancrage sur le territoire

Les liens avec les PASS

Historiquement, les infirmiers qui travaillaient à l'hôpital pour le versant psychiatrique faisaient partie intégrante de la PASS. Mais les effectifs s'étant disloqués, vint à manquer un temps d'infirmier sur la PASS. L'EMPP s'est créé à partir de ce manque. L'assistante sociale de l'EMPP exerce son autre mi-temps sur la PASS. Des réunions sont organisées très régulièrement entre les deux dispositifs qui sont donc très en lien.

Rapport avec la psychiatrie

Le rapport avec l'institution psychiatrique peut être problématique, notamment par rapport au cadre rigide à respecter (rendez-vous fixes, etc.), qui est en décalage avec le travail des EMPP.

L'accès aux soins est compliqué en raison de la saturation du CMP (patients sur liste d'attente) et de la pénurie de psychiatres. La question du sens d'orienter les personnes pour qu'elles commencent un suivi au CMP après avoir attendu plusieurs mois se pose pour l'équipe. Cependant, tous les mercredis après-midi, le CMP prend en consultation des personnes orientées par l'EMPP.

La psychologue de l'équipe exerce son autre mi-temps en intra hospitalier, ce qui facilite les liens avec le secteur.

Autres partenaires

Depuis sa création, l'EMPP est très active et implantée dans les structures afin d'en comprendre les besoins, construire des projets, établir des conventions. Elle s'est rendue visible et s'est fait connaître au sein du réseau des acteurs de la précarité et du secteur hospitalier.

L'EMPP participe à :

- des réunions avec des partenaires de proximité pour évaluer des cas complexes ;
- des réunions cliniques à fréquence différente selon les partenaires ;
- des sollicitations de réunions parfois ponctuelles ;
- la cellule « cas complexes » montée par le CLSM (Cap2s).

Difficultés repérées pour l'EMPP

Il y existe une difficulté pratique du fait que les infirmiers ne peuvent pas réserver eux-mêmes l'interprétariat. En effet, il faut obligatoirement que la réservation passe par le médecin ou le psychologue. Des interprètes pour certains dialectes sont difficiles à trouver.

L'EMPP évolue au sein d'un réseau de partenaires dense, et les changements et évolutions internes aux structures partenaires elles-mêmes peuvent générer des difficultés pour l'EMPP de s'y retrouver, avec un souci de réadaptation constant.

Besoins et perspectives de l'EMPP

L'EMPP formule le besoin d'avoir davantage de moyens matériels afin notamment d'avoir des *smartphones*, mais les besoins portent surtout sur les ressources humaines :

- un temps de cadre infirmier dédié ;
- un temps de psychologue ;
- un temps effectif à 0,2 ETP de psychiatre (minimum) ;
- un ETP administratif en accueil et secrétariat ;
- un temps plus conséquent d'assistance sociale.

Perspectives de l'EMPP

L'équipe a pour projet d'organiser des « petits goûters » : partir d'une thématique théorique, rassembler les travailleurs sociaux et aboutir sur des groupes de travail où il y aurait des professionnels d'institutions différentes pour travailler ensemble la clinique et la pratique. Par ailleurs, cela aurait pour fonction de renforcer et développer le réseau de partenaires.

Équipes mobiles psychiatrie précarité de Saint-Étienne – Loire (EMPP : CHU de Saint-Étienne – Interface)

L'équipe et son organisation

Nom de l'équipe : EMPP – CHU de Saint-Étienne (Interface)

Année de création et contexte

L'équipe a été créée en 1999 sur une sollicitation de l'ARS, faisant suite aux demandes des associations locales qui cherchaient à être accompagnées et aidées sur la santé mentale et l'accompagnement vers le soin. Historiquement, l'équipe était assez réduite (1,5 ETP) et intervenait sur quelques associations ciblées. Avec le temps, elle a pris de l'ampleur pour devenir ce qu'elle est aujourd'hui.

Établissement et pôle de rattachement : CHU de Saint-Étienne – Pôle de psychiatrie adulte.

Adresse : 44 rue Pointe-Cadet, 42100 Saint-Étienne.

Territoire concerné

L'EMPP couvre les secteurs de Saint-Étienne, couronne stéphanoise, vallée d'Ondaine, Andrézieux-Bouthéon, Saint-Just-Saint-Rambert. La vallée du Gier n'est pas couverte.

Contexte territorial

Il s'agit d'un territoire urbain. On peut noter que sur Saint-Étienne et sa périphérie, les loyers sont très peu élevés. La plupart des personnes en situation de précarité suivies par l'EMPP disposent d'un logement (qui néanmoins peut-être insalubre, en situation d'incurie, etc.).

Composition de l'équipe EMPP

	2020	2019	2018
Catégorie professionnelle	Équivalent temps plein effectifs sur l'équipe*		
Secrétaire	1	1	1
Assistant social	0	0	0
Infirmier	4	4	4
Psychiatre	0,1 vacant depuis plusieurs années	0,1 vacant depuis plusieurs années	0,1 vacant depuis plusieurs années
Psychologue	3,3	3,3	3,1
Cadre de santé	0,3		
Éducateur	0	0	0

Interne en psychiatrie	0,2	0,2	0,2
------------------------	-----	-----	-----

Présentation de l'équipe

L'équipe comprend cinq psychologues à temps partiel, quatre infirmiers à temps plein, une secrétaire qui a un rôle de centralisation des informations et des demandes de rendez-vous, une cadre, une interne qui travaillent par ailleurs aux urgences psychiatriques. Un poste de psychiatre est vacant depuis plusieurs années. Depuis mars 2021, l'équipe dispose d'un temps de psychiatre une demi-journée par mois. Ce psychiatre est présent les lundis après-midi pour la réunion d'équipe.

Modalités d'organisation de l'équipe

L'équipe se réunit une fois par semaine à l'occasion d'une réunion d'équipe pour traiter les nouvelles demandes et coordonner les actions. L'équipe dispose de six séances d'analyse des pratiques professionnelles par an. La cadre de santé coordonne les actions de l'équipe.

Activité de l'EMPP à destination du public

Sur site

L'EMPP dispose de locaux dédiés dans l'hôpital avec trois bureaux à disposition pour réaliser des consultations, équipés pour pouvoir avoir l'interprétariat par téléphone. Les consultations peuvent se faire par téléphone en période de COVID.

À l'extérieur

Les professionnels de l'EMPP interviennent sur différentes modalités :

- les permanences : ce sont des temps formels dans les structures partenaires. Des rendez-vous sont fixés avec les personnes ;
- les passages : il s'agit de temps de passage informel dans les structures partenaires. Les passages permettent de toucher un public plus réticent à rencontrer un soignant.

Les permanences et les passages ont lieu dans les accueils de jour et de nuit, au 115, à la mise à l'abri hivernale, dans les centres d'hébergements pour personnes migrantes, dans des associations, etc.

Au total, 185 partenaires différents ont bénéficié de ce type de permanence/passage pour un total de 691 permanences/passages effectuées en 2019 :

- groupes de parole et d'échange : plusieurs groupes sont mis en place (hors COVID) ou ont été mis en place à l'initiative de l'EMPP ces dernières années. Exemple : groupe pour les femmes migrantes autour des questions de la parentalité et «groupe photo» avec des personnes migrantes. L'équipe travaille en lien avec une galerie de photographie pour mettre en avant des portraits de personnes en situation de migration par une exposition itinérante afin de faire connaître cette population sur Saint-Étienne. L'idée sous-jacente est la reconnaissance et la réaffiliation de l'individu au groupe ;

- groupes informels comme les « Temps café » : ils sont proposés dans les structures partenaires et permettent aux personnes de se rencontrer autrement, de dire des choses qu’elles ne diraient pas en entretien individuel ;
- visites à domicile : l’EMPP réalise beaucoup de VAD, du fait de la grande précarité observée dans les logements, plutôt qu’à la rue en raison des prix peu élevés des logements. Cela invite les professionnels de l’EMPP à faire plus de VAD que de maraudes par exemple. En 2019, 106 VAD ont eu lieu.

Il arrive que les professionnels interviennent en binôme quand cela semble pertinent et notamment pour les situations très complexes.

Nombre d’actes de l’EMPP

	2019
Nombre de patients différents (file active)	869
Dont nombre de patients vus pour la 1 ^{re} fois	501
Nombre d’actes total sur l’année	4 794
Nombre d’actes infirmier	2 491
Nombre d’actes psychiatres	663
Nombre d’actes psychologues	1 449
Nombre d’actes intervenants multiples paramédicaux	191

Origine de la demande

Personnes orientées :

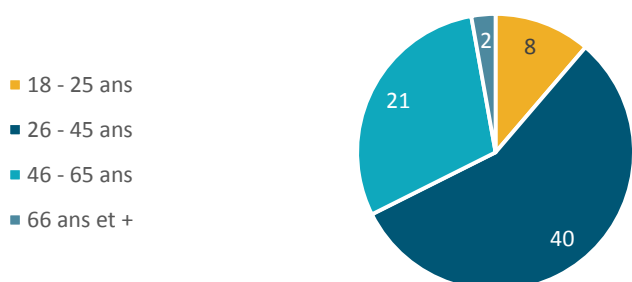
- par des structures sociales ou d’insertion : 194 ;
- par des services sociaux : 360 ;
- par des structures d’accompagnement des migrants : 222 ;
- par des partenaires sanitaires somatiques : 65 ;
- par les personnes elles-mêmes : 27 ;
- autre : 1.

Délai moyen avant l’obtention d’un premier rendez-vous/d’une première intervention en 2020

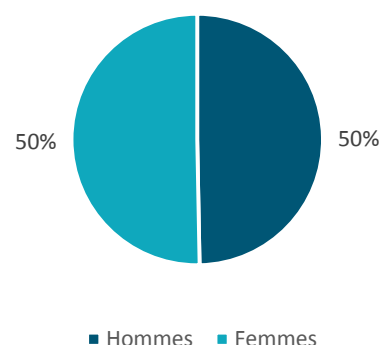
Les premiers rendez-vous avec les psychologues ou les infirmiers sont donnés sous moins d’un mois.

Caractéristiques des publics rencontrés par l'EMPP en 2019

EMPP Saint-Étienne - Âge en % - 2019



EMPP Saint-Étienne - Genre en % - 2019



Spécificités du public

L'équipe repère trois principaux publics qui sont rencontrés dans le cadre de leurs actions :

- les personnes en situation de migration ;
- les personnes en situation de très grande précarité ;
- les personnes bénéficiaires des minima sociaux.

Nombres d'actes d'interprétariat et procédure d'accès à l'interprétariat

993 actes d'interprétariat ont eu lieu en 2019. Pour cette même année, il y a 380 personnes allophones dans la file active.

Depuis environ 2012, l'hôpital ne finance plus que des consultations avec interprète dans les murs de l'hôpital. Toutes les consultations avec interprète doivent donc avoir lieu dans les locaux d'Interface. Par ailleurs, l'hôpital finance uniquement les langues non européennes. Pour les autres, la procédure consiste à passer par un listing de professionnels de l'hôpital parlant les langues en question. Certains membres de l'équipe parlent anglais et peuvent recevoir les personnes anglophones, ce que l'équipe explique ne pas trouver idéal.

Activités de soutien aux professionnels

Modalités et fréquences d'intervention

L'équipe propose différentes modalités d'intervention en soutien aux professionnels :

- des actions de soutien aux équipes sous la forme d'appui technique. Elles peuvent avoir lieu par téléphone ;
- des soutiens informels aux intervenants sociaux : prendre du temps avant les rendez-vous avec les personnes pour discuter de certaines situations. Cela peut être lors des permanences ou des passages dans les différents dispositifs partenaires ;

- des actions concertées sont organisées : elles regroupent plusieurs professionnels autour d'une situation pour pouvoir y voir plus clair ;
- les « petits déjeuners d'Interface » qui accueillent toutes les structures sociales du territoire et qui permettent d'échanger, de faire connaissance avec les nouveaux arrivants et de coordonner les actions. Ces temps sont suspendus pendant la COVID-19 ;
- entre les deux périodes de confinement, l'équipe a proposé un projet « Sandwich veille sociale » qui permettra de réunir les différents acteurs des associations sociales et l'EMPP pour des moments rencontres informels ou pour pouvoir échanger sur des situations complexes, aborder des thématiques particulières. C'est un projet en cours, mais suspendu à cause de la COVID-19 ;
- des réunions situations complexes sont organisées avec les partenaires du réseau de la veille sociale. (Suspendu pendant la COVID-19).

L'équipe a réalisé 70 temps d'appui aux pratiques en 2019.

Réseau et ancrage sur le territoire

Les liens avec les PASS

Les PASS du territoire orientent beaucoup de personnes vers l'EMPP. Il y a des contacts réguliers dans le cadre de prises en charge communes de patients avec les PASS du CHU de Saint-Étienne et de l'hôpital de Firminy. L'EMPP participe au Copil de la PASS du CHU de Saint-Étienne.

Rapport avec la psychiatrie

La cheffe de service et cheffe de pôle de l'EMPP qui est largement sensibilisée aux questions de santé mentale dans des contextes de précarité permet un lien assez fort avec l'institution de manière générale. Aussi, le fait d'appartenir au Pôle de psychiatrie adulte constitue une attache importante aux autres services de psychiatrie de l'hôpital. Certains soignants de l'équipe de l'EMPP travaillent également au CMP de Saint-Étienne, ce qui facilite les orientations. Néanmoins, les CMP sont saturés et manquent parfois d'effectifs ce qui explique que certains de ces professionnels sont réticents à prendre en charge le public en situation de précarité : il est possible d'orienter au CMP les patients qui relèvent purement de la psychiatrie. L'état de stress post-traumatique n'est, par exemple, pas toujours reconnu par certains CMP ou par certains médecins. Aussi, pour les publics allophones, la situation est parfois compliquée puisque tous les soignants ne veulent pas travailler avec des interprètes.

Nombre de personnes orientées par l'EMPP :

- vers le CMP : 78 ;
- vers une hospitalisation en psychiatrie : 18.

Autres partenaires

L'EMPP travaille en partenariat avec environ 90 associations.

Il existe des liens étroits avec les médecins généralistes du territoire qui sont souvent des relais importants vers le soin. Souvent, l'interne de l'équipe met en place un traitement et propose ensuite aux médecins

généralistes de poursuivre le suivi, notamment en faisant du renouvellement d'ordonnance. Il existe une ligne d'appui aux médecins généralistes mise en place par le CMP de Saint-Étienne qui permet d'avoir des conseils en psychiatrie (notamment sur les traitements à mettre en place).

À la suite d'une réunion de CLSM, une « cellule de coordination Incurie » a été développée : un travailleur social de la mairie établit une veille sociale en lien avec l'EMPP pour la partie santé mentale.

Difficultés repérées pour l'EMPP

L'équipe dispose de moyens matériels insuffisants :

- l'EMPP dispose actuellement d'une voiture pour neuf soignants, ce qui ne permet pas de se déplacer efficacement sur les lieux d'intervention. Les soignants utilisent donc leur véhicule personnel, mais ils ne sont pas remboursés à la mesure de leur engagement financier pour les frais de déplacement;
- Il n'y a que deux ordinateurs pour toute l'équipe de l'EMPP;
- les téléphones portables professionnels fournis par l'hôpital permettent uniquement de téléphoner et ne permettent donc pas de travailler dans de bonnes conditions;
- les locaux de l'EMPP sont très vétustes;
- les possibilités de formation sont très restreintes pour les soignants de l'hôpital.

Besoins et perspectives de l'EMPP

L'équipe indique avoir besoin de plus de moyens matériels, notamment :

- des voitures de fonction pour être plus mobile;
- des *smartphones* pour tous les soignants de l'équipe afin de pouvoir utiliser notamment les fonctions GPS/internet du téléphone et envoyer des SMS facilement aux patients;
- plus d'ordinateurs portables;
- des possibilités de formation accrues sur des thématiques en lien avec les publics rencontrés.

Des manques de moyens humains se font aussi ressentir : il faudrait notamment un temps de psychiatre effectif équivalent au moins à 0,3 ETP sur l'équipe pour faire de la consultation et des réunions cliniques. La présence d'un médecin permettrait également une assise institutionnelle plus importante ainsi que la facilitation des orientations sur les autres services de psychiatrie.

L'équipe aurait aussi besoin de renforcer le nombre de séances d'analyse des pratiques professionnelles à 12 séances par an. Avec le temps, les séances d'APP sont de plus en plus réduites. En 2020, ces séances par an étaient au nombre de sept, elles sont passées à six en 2021 ce qui n'est pas suffisant.

Équipes mobiles psychiatrie précarité du Puy-en-Velay – Haute-Loire (EMPP : Centre hospitalier Sainte-Marie)

L'équipe et son organisation

Année de création et contexte

Le dispositif a été créé en janvier 2011 à partir des besoins locaux.

Établissement et pôle de rattachement : CHS Sainte-Marie, Le Puy-en-Velay.

L'EMPP est rattaché à trois CMP distincts, eux-mêmes rattachés à trois services de psychiatrie adulte du CH Sainte-Marie.

Adresse : 50 route de Montredon, 43009 Le Puy-en-Velay.

Territoire concerné

Le champ d'intervention de l'équipe concerne les secteurs du Puy-en-Velay, Brioude et Monistrol-sur-Loire. L'équipe intervient sur ces secteurs au niveau des CHRS locaux (Le Puy et Brioude), les CADA (Yssingeaux, Le Chambon-sur-Lignon, Saint-Beauzire), l'équipe pluridisciplinaire d'intervention dans l'habitat (EPIH), et la maison d'arrêt du Puy.

Contexte territorial : Rural.

Il existe un contexte immobilier particulier sur le territoire : les loyers sont très peu chers, peu de personnes sont donc à la rue.

Composition de l'équipe EMPP

	2020	2019	2018
Catégorie professionnelle	Équivalent temps plein effectifs sur l'équipe*		
Infirmier	2 (dont 0,5 EPIH)	2 (dont 0,5 EPIH)	1,5
Psychiatre	0	0	0
Psychologue	1	0,9	0,8
Cadre de santé	0,3	0,3	0,3

Présentation de l'équipe

L'équipe est composée de deux psychologues et de deux infirmiers à mi-temps sur l'EMPP. Un des infirmiers travaille à mi-temps dans un Caarud. Un autre infirmier travaille à mi-temps sur des missions fléchées « incurie » dans l'habitat. Ces seconds temps de travail permettent des liens intéressants dans les missions d'accompagnement du public en situation de précarité. Les soignants travaillent presque toujours seuls, rarement en binôme.

Modalités d'organisation de l'équipe

L'équipe se réunit une demi-journée tous les quinze jours pour une réunion d'équipe. Par ailleurs, les membres de l'équipe se croisent lors des interventions. L'EMPP est coordonnée par une cadre de santé à 0,30 ETP.

Activité de l'EMPP à destination du public

Sur site

Les professionnels de l'EMPP peuvent recevoir les personnes au CMP, mais ce n'est pas toujours facile d'y trouver un bureau libre, ces derniers étant souvent partagés avec les professionnels du CMP. Les professionnels n'ont pas de bureaux dédiés à l'exception de la psychologue de Brioude qui reçoit au CMP.

À l'extérieur

Les interventions de l'EMPP se font *a priori* à destination des personnes sans domicile stable et autonome. À partir du moment où les personnes ont un hébergement, les professionnels de l'EMPP essaient de faire le lien avec les CMP. Quand quelque chose s'enclenche avec une personne à la rue, les professionnels peuvent la suivre même si elle passe en appartement. Il s'agit alors de s'assurer que le relais se fasse bien avec le CMP, notamment pendant l'attente du premier rendez-vous.

Sur Le Puy-en-Velay, la psychologue intervient deux demi-journées par semaine au CHRS de l'association Tremplin : les personnes sont orientées par les intervenants sociaux où des rendez-vous sont donnés par la psychologue d'une semaine sur l'autre. Les personnes peuvent également se présenter directement à l'accueil du CHRS pour prendre rendez-vous. La psychologue intervient également une demi-journée à l'accueil de jour et de nuit où elle dispose d'un bureau bien repéré. Dans chaque lieu, il est possible également de prendre des temps informels : boire le café et discuter hors cadre.

L'infirmier quant à lui intervient sur le CHRS du Puy-en-Velay deux demi-journées par semaine, dont une en commun avec la psychologue, ce qui permet une complémentarité dans la pratique. L'autre infirmier intervient une matinée au CHRS et deux matinées sur l'accueil de jour.

Sur Brioude, la psychologue reçoit les personnes du CHRS Trait d'union exclusivement au CMP et sur rendez-vous. L'infirmier intervient quant à lui directement sur le CHRS de Brioude. Il y fait notamment un travail de déconstruction des représentations sur la psychiatrie. Il s'agit de passages informels qui permettent de repérer et d'orienter si besoin vers la psychologue.

Un infirmier intervient au CADA de Saint-Beauzire une journée par mois. Un autre intervient une demi-journée par mois sur deux CADA : Le Chambon-sur-Lignon et Yssingeaux.

Un infirmier intervient beaucoup en lien avec le SIAO (commissions « demandes d'hébergement ») par le biais notamment de permanences et maraudes avec les intervenants sociaux du service.

Les partenariats avec toutes ces structures sont formalisés par des conventions.

Nombre d'actes de l'EMPP

	2019	2018
Nombre de patients différents (file active)	118	154
Dont nombre de patients vus pour la 1 ^{re} fois	76	
Nombre d'actes total sur l'année	430	439
Nombre d'actes infirmier	143	199
Nombre d'actes psychiatres	0	0
Nombre d'actes psychologues	287	240

Origine de la demande

Personnes orientées :

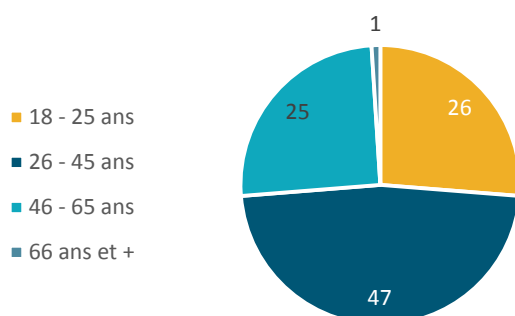
- par des structures sociales ou d'insertion : 107;
- par des structures d'accompagnement des migrants : 11.

Délai moyen avant l'obtention d'un premier rendez-vous/d'une première intervention en 2020

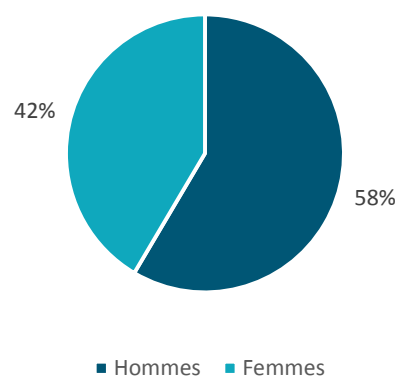
Pour un rendez-vous (infirmier et psychologue), le délai est de sept jours environ.

Caractéristiques des publics rencontrés par l'EMPP en 2019

EMPP Le Puy-En-Velay - Âge en % - 2019



EMPP Le Puy-En-Velay - Genre en % - 2019



La totalité des publics est hébergée par un organisme ou une association.

Spécificités du public

Les demandes sont fortes sur les CADA du département. Il est parfois difficile d'appréhender les besoins des personnes en situation de migration en termes de santé mentale : il ne s'agit pas du public « historique » de l'EMPP, les professionnels peuvent donc être en difficulté face à certaines prises en charge. On constate une forte attente des intervenants sociaux des CADA vis-à-vis des professionnels de l'EMPP. Ces derniers se sentent parfois impuissants face à des situations très complexes administrativement, socialement et psychiquement.

D'autres publics spécifiques coexistent sur le territoire :

- les femmes victimes de violence et de traite pour qui il n'existe plus de lieu spécialisé dans leur accompagnement ;
- les publics usagers de drogues et d'alcool.

Nombres d'actes d'interprétariat et procédure d'accès à l'interprétariat

L'EMPP utilise l'enveloppe mise à disposition par l'ARS avec ISM Corum en première intention. Plus généralement, il est possible de payer des interprètes *via* l'hôpital qui a établi un réseau d'interprètes avec lesquels ils ont déjà travaillé. On dénombre 13 personnes migrantes allophones dans la file active en 2019 et 13 actes d'interprétariat réalisés.

Activités de soutien aux professionnels

Modalités et fréquences d'intervention

Au Puy-en-Velay, une semaine sur deux, la psychologue organise un temps de réunion avec toute l'équipe de l'accueil de jour et de nuit pour faire le point sur les personnes hébergées. Il s'agit d'apporter un éclairage clinique aux situations. Une fois par mois, la psychologue se rend à l'accueil de jour pour un temps informel : cela peut-être en soutien à l'équipe d'intervenants sociaux ou à destination du public directement.

Les professionnels de l'EMPP font un gros travail d'information auprès des structures sociales pour dédramatiser, dépsychiatriser les situations.

Sur Brioude, les infirmiers participent une fois par mois à la réunion d'équipe du CHRS. Les intervenants sociaux préparent une liste de situations préoccupantes pour échanger avec le professionnel de l'EMPP. Il peut s'agir aussi de temps informel : l'infirmier mange avec les intervenants sociaux ce qui permet aussi des échanges.

Réseau et ancrage sur le territoire

Les liens avec les PASS

L'EMPP travaille avec les PASS du Puy-en-Velay et de Brioude. Les liens sont néanmoins rares et ne sont pas formalisés par des conventions, faute de moyens humains suffisants.

Rapport avec la psychiatrie

L'EMPP est ancrée au sein des différents CMP, ce qui permet parfois de faciliter les orientations. L'orientation vers les soins (consultations CMP ou hospitalisation) est assurée en collaboration avec les équipes des urgences et des infirmiers du CMP. L'accès aux soins est facilité par le fait que l'EMPP est portée par le CHSM.

Nombre de personnes orientées par l'EMPP :

- vers le CMP : 47 ;
- vers une hospitalisation en psychiatrie : 3.

Autres partenaires

Partenaires de l'addictologie : L'équipe est en lien avec l'unité d'addictologie du CH Émile-Roux ainsi qu'avec le Caarud du Puy-en-Velay, par une identification de leur mission et la connaissance mutuelle de l'EMPP/Service d'addictologie.

Partenaire sanitaire : les médecins généralistes jouent un rôle important dans l'orientation des populations vers le soin. Le GEM du territoire du Puy-en-Velay peut apporter un soutien.

L'ISBA Santé Prévention réalise des bilans de santé pour les personnes précaires sur le territoire.

Difficultés repérées pour l'EMPP

L'équipe n'a pas ou peu d'interlocuteurs médicaux pour échanger sur les situations difficiles, ce qui est parfois problématique.

On constate une difficulté à être reconnu du côté de l'institution hospitalière : les professionnels ont parfois le sentiment de se situer en dehors, d'être mis à part. Ils doivent en permanence réexpliquer aux autres services de l'hôpital ce qu'est l'EMPP et quelles sont ses missions.

L'équipe ne dispose pas d'analyse de pratiques professionnelles.

Besoins et perspectives de l'EMPP

Les professionnels sont confrontés à la nécessité de redéfinir leurs champs d'intervention : le public actuel de la précarité n'est plus le public historique et il existe donc des champs non couverts actuellement par l'EMPP, notamment par manque de moyens (certains CADA, CCAS, interventions avec les partenaires sur les maraudes notamment). Ils évoquent également la nécessité d'un approfondissement du travail auprès des CADA qui sont en forte demande et pour qui l'EMPP a l'impression de ne répondre que partiellement.

L'équipe exprime le besoin de moyens supplémentaires sur le plan humain : un poste de psychiatre présent au minimum sur 0,2 ETP serait nécessaire afin de pouvoir échanger sur les situations les plus problématiques. Cela permettrait également d'avoir un ancrage institutionnel plus poussé ainsi que la possibilité de démêler certaines situations au niveau clinique. Aussi, pour répondre aux nouvelles demandes et élargir les champs d'intervention, il faudrait 0,5 ETP psychologue et un ETP infirmier supplémentaires.

Les besoins matériels quant à eux sont les suivants :

- des ordinateurs pour faciliter la prise de note notamment et retranscrire des entretiens ;
- des *smartphones*, indispensables dans la pratique de l'EMPP, notamment pour les fonctions GPS, facilité pour envoyer des SMS, etc.

L'équipe aurait aussi besoin d'analyse des pratiques professionnelles tous les mois.

Équipes mobiles psychiatrie précarité de Clermont-Ferrand – Puy-de-Dôme (EMPP : Centre hospitalier Sainte-Marie)

L'équipe et son organisation

Année de création et contexte

L'EMPP a été créée en novembre 2007 suite à un projet commun entre le centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand et le CH Sainte-Marie.

Établissement et pôle de rattachement : CH Sainte-Marie.

L'EMPP est l'une des trois unités du Service de soins aux personnes en situation de précarité, avec la PASS Psy et le dispositif « Rétablis Toit ». Ce service est rattaché à l'intersecteur de psychiatrie d'adulte du CH Sainte-Marie.

Adresse : Bâtiment Saint-François, 37 rue Gabriel-Péri, 63037 Clermont-Ferrand

Territoire concerné

En théorie, seule la métropole de Clermont-Ferrand est concernée par l'intervention de l'équipe. En réalité, le champ d'intervention est beaucoup plus large, certaines structures d'hébergement éloignées de la métropole sollicitant elles aussi l'EMPP. L'équipe continue parfois de suivre des patients initialement suivis sur Clermont-Ferrand et orientés vers un territoire limitrophe afin d'éviter des ruptures de soins. Une réécriture du projet de service est en cours avec une demande de financements afin que l'ensemble des trois secteurs dépendant du CH Sainte-Marie (Centre, Sud et Nord) soient couverts.

Contexte territorial

Le territoire est plutôt urbain, mais il couvre des zones rurales en dehors de Clermont-Ferrand. Après plusieurs fermetures de services, les capacités d'hospitalisation sur Clermont-Ferrand sont fortement réduites, et les personnes peuvent être sur liste d'attente pendant plusieurs semaines avant de pouvoir accéder à une hospitalisation.

Composition de l'équipe EMPP et PASS

Les personnels de la PASS et de l'EMPP sont mutualisés : la seule différence tient dans la cotation qui varie selon que la personne ait des droits ouverts ou non. Cela permet d'améliorer la cohérence du parcours de soins des patients et de limiter les ruptures de soins.

	2020		2019		2018	
Catégorie professionnelle	Équivalent temps plein effectifs par unité*					
Unité	EMPP	PASS	EMPP	PASS	EMPP	PASS
Secrétaire	1 (DDCS + ARS)		1 (DDCS + ARS)		1 (DDCS + ARS)	

Assistant social	0	0,5 (ARS)	0	0,5 (ARS)	0	0,5 (ARS)
Infirmier		1 (ARS)		1 (ARS)		1 (ARS)
Psychiatre	0.75 (dont 0,6 ARS et 0,15 à la charge de l'hôpital)	0.25 (ARS)	0.75 (dont 0,6 ARS et 0,15 à la charge de l'hôpital)	0.25 (ARS)	0.75 (dont 0,6 ARS et 0,15 à la charge de l'hôpital)	0.25 (ARS)
dont coordination	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1
Psychologue	0,7 (coût à la charge de l'hôpital)	0	0,7 (coût à la charge de l'hôpital)	0	0,7 (coût à la charge de l'hôpital)	0
Cadre de santé		0.05 (ARS)		0.05 (ARS)		0.05 (ARS)
Éducateur	1 (DDCS)	0	1 (DDCS)	0	1 (DDCS)	0
Interne en psychiatrie	0	1 (poste gelé au 1/11/2019)		1 (poste créé au 1/11/2018)		

Présentation de l'équipe

Les trois ETP infirmiers sont répartis sur deux temps pleins et deux mi-temps. Les ETP psychiatres sont répartis sur deux personnes et constituent un ETP (0,7 + 0,3), financé à hauteur de 0,85 ETP par l'ARS, et 0,15 ETP par le CH Sainte-Marie.

L'EMPP dispose d'une éducatrice de rue à temps plein, qui était le premier poste de ce genre en France.

L'équipe médicale a été renforcée en 2019 d'un équivalent de 0,2 ETP sur la PASS et l'EMPP, avec l'arrivée d'un second psychiatre. Un poste d'interne avait été créé en novembre 2018, mais n'a pas été financé en novembre 2019.

Un 0,7 ETP de psychologue a été obtenu, réparti sur deux psychologues.

En mai 2019 le service « Rétablis Toit » a été créé. Cette unité a pour vocation d'évoluer vers un dispositif « Un chez-soi d'abord » de 55 places.

Modalités d'organisation de l'équipe

La coordination est assurée par une psychiatre ainsi qu'une cadre de santé (arrivée en janvier 2021). Le temps de coordination médical est de 0,2 ETP pour l'EMPP et 0,1 ETP pour la PASS, et de 0,15 ETP pour l'EMPP et 0,05 ETP pour la cadre de santé. En pratique, ce temps de coordination se limite aux temps de réunion avec les partenaires, l'explosion des demandes de consultation médicale ne permettant plus de réserver des créneaux spécifiquement pour la coordination.

Une réunion institutionnelle hebdomadaire regroupant la PASS et l'EMPP se déroule tous les lundis matin afin de faire le point sur les actualités et les situations. Ces temps peuvent également être le lieu de rencontres partenariales. Des « flashes » quotidiens ont lieu tous les matins pour évoquer les situations urgentes.

L'équipe bénéficie d'un temps d'analyse des pratiques professionnelles collective entre Rétablis Toit, la PASS et l'EMPP de manière mensuelle depuis janvier 2021.

Activité de l'EMPP à destination du public

Sur site

L'équipe dispose de locaux dédiés à l'accueil du public (de la PASS, de l'EMPP et Rétablis Toit). Ces derniers sont maintenant séparés du CH et permettent un accès direct des personnes. Une petite cour permet également l'accès aux personnes ayant des chiens, ce qui n'était pas le cas dans les précédents locaux et pouvait compliquer l'accès aux soins. La configuration des locaux offre également la possibilité de proposer des temps plus informels. Tous les professionnels de l'équipe reçoivent des personnes dans les locaux, principalement sur rendez-vous, mais il arrive que certaines personnes passent directement sans rendez-vous.

Les lundis après-midi, un groupe sur la parentalité est animé par une infirmière et une psychologue dans les locaux de l'EMPP. Au total, 35 groupes ont été animés en 2019.

À l'extérieur

L'équipe réalise différents types d'intervention à l'extérieur de la structure :

- « aller vers » sur différents lieux : hébergements d'urgence, CHRS, lieux de soins destinés au public précaire (Solidarité Santé 63, dispensaire Émile-Roux), rue, lieux alternatifs, squats, etc. Les professionnels passent sur ces lieux sans avoir de rendez-vous spécifiques avec les personnes, afin de pouvoir faciliter les échanges sur des temps informels. En 2019, l'équipe a réalisé 1463 déplacements sur le lieu de vie des personnes et 31 permanences en direction des publics ;
- entretiens individuels à visée d'évaluation et/ou d'orientation, réalisés sur les lieux de vie des personnes (institution sociale, structure médico-sociale, dispensaire, hôpital ou rue).

Parmi ces activités conduites à l'extérieur, il existe des permanences fixes :

- consultations d'un psychiatre : une demi-journée par semaine dans les locaux de l'association CeCler (le lundi après-midi) pour recevoir des personnes hébergées dans ce dispositif, mais également d'autres personnes accompagnées par CeCler ; une demi-journée tous les quinze jours à Solidarité Santé 63 ;
- consultations des IDE : deux demi-journées par mois à Solidarité Santé 63 ;
- consultations des psychologues : participation mensuelle à une maraude assurée par un partenaire.

En 2020, 34,5 % des actes sont réalisés hors les murs. L'équipe note que les actes à l'extérieur sont en diminution par rapport à 2018. Cela s'explique entre autres par l'arrêt maladie d'un professionnel, l'augmentation du nombre d'actes infirmiers ainsi que la diversification de l'activité qui amène les professionnels à tenter rapidement de « ramener » les patients vers le soin sur le service pour diminuer les déplacements et pouvoir voir un plus grand nombre de patients. Aussi, les nouveaux locaux de l'EMPP sont plus adaptés à l'accueil du public.

Les actes sont réalisés dans cinq catégories de lieux (CMP, domicile du patient, établissement social ou médico-social avec hébergement, établissement social ou médico-social sans hébergement, lieu de soins psychiatriques de l'établissement) auxquelles s'ajoutent trois catégories pour l'EMPP : protection maternelle et infantile (PMI), unité d'hospitalisation ou unité d'accueil d'un service d'urgence.

Nombre d'actes de l'EMPP

	2019	
	EMPP	PASS
Nombre de patients différents (file active)	573	151
Dont nombre de patients vus pour la 1 ^{re} fois	334	124
Nombre d'actes total sur l'année	4 623	693
Nombre d'actes infirmier	2 749 actes pour 481 patients	353 actes 956 patients
Nombre d'actes psychiatres	1 143 pour 277 patients	65 actes pour 38 patients
Nombre d'actes psychologues	359 pour 79 patients	59 pour 9 patients
Nombre d'actes sociaux	<i>Non existant</i>	219 pour 83 patients
Nombre d'actes éducateurs spécialisés	383 actes	<i>Non existant</i>

Nombre moyen d'actes par patient : huit par an pour l'EMPP, cinq pour la PASS.

Origine de la demande

Sur la PASS comme sur l'EMPP, les consultations en première intention sont réalisées par les infirmiers, hors les murs ou sur site. À la suite de celle-ci, une orientation peut être réalisée, en interne (par l'équipe) ou en externe (par un partenaire). En 2019, les personnes arrivant à la PASS/EMPP ont été orientées par les partenaires suivants :

	Orientations vers l'EMPP	Orientations vers la PASS
Structures ou associations sociales ou d'insertion	156	62
Services sociaux	13	2
Structures d'accueil et d'accompagnement des migrants	130	27
Partenaires médico-sociaux	13	
Partenaires de la psychiatrie	44	13
Partenaires sanitaires somatiques	75	30
Patient	16	7

Autre	15	13
-------	----	----

Délai moyen avant l'obtention d'un premier rendez-vous/d'une première intervention en 2020

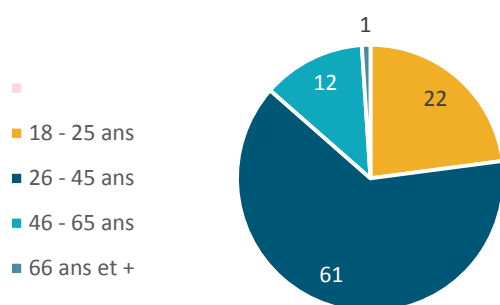
Face à l'augmentation importante des demandes, les délais de premiers rendez-vous se sont allongés :

- infirmiers : trois semaines à un mois de délai ;
- psychologues : actuellement (mars 2021) les psychologues ne peuvent plus prendre de nouveaux patients, les personnes sont placées sur liste d'attente ;
- psychiatre : deux mois environ ;
- assistante sociale : trois semaines.

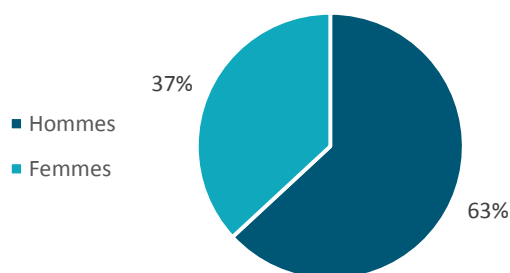
L'équipe s'arrange toutefois pour essayer de répondre au plus vite en fonction des besoins et du degré d'urgence.

Caractéristiques des publics rencontrés par l'EMPP

EMPP/PASS Clermont-Ferrand
- Âge en % - 2019



EMPP/PASS Clermont-Ferrand - Genre en % - 2019



SITUATION VIS-À-VIS DU LOGEMENT (au début de la prise en charge)	EMPP	PASS
Fixe/stable	5,93 %	3,97 %
Hébergement dans un dispositif de l'état	33,16 %	25,17 %
Hébergement précaire ou sans hébergement	58,99 %	64,9 %
Ne sait pas	11,52 %	6,62 %

Spécificités du public

Les patients issus de la migration représentent 73,8 % de la file active de l'EMPP (plus de 49 nationalités sont représentées, la plupart provenant d'Afrique et d'Europe de l'Est), et 94 % de la file active de la PASS (plus de 32 nationalités, la plupart également d'Afrique et d'Europe de l'Est).

L'EMPP utilise l'interprétariat professionnel d'ISM Corum, financé sur l'enveloppe PASS.

Au total, en 2019 :

- 250 personnes migrantes et/ou allophones ont été prises en charge par l'EMPP ;
- 100 actes d'interprétariat ont eu lieu ;
- 125 personnes migrantes ont été prises en charge par la PASS.

Activités de soutien aux professionnels

Modalités et fréquences d'intervention

Diverses activités de soutien aux professionnels ont lieu, telles que des réunions consacrées à la clinique, dites « d'appui soutien », la participation de l'EMPP à des synthèses, l'organisation de « débriefing » lorsque les acteurs de première ligne sont confrontés à une situation aiguë ou de crise, des actions de formation, de sensibilisation à la santé mentale, d'échange de pratiques et de savoirs.

Des séances de sensibilisation sur la santé mentale animées par la psychiatre et regroupant chacune une trentaine de participants avaient été mises en place une après-midi par mois avant la crise du COVID-19. Les thématiques, définies collectivement avec les partenaires, étaient répétées deux mois de suite pour que les équipes puissent tourner. Les premières ayant eu lieu portaient sur les thèmes suivants : « Traumatisme et spécificités chez le public migrant », « La schizophrénie ».

Réseau et ancrage sur le territoire

Les liens avec les PASS

La PASS Psy et l'EMPP sont constituées par la même équipe. L'EMPP est en lien avec les PASS somatiques du territoire et peut être en lien avec les PASS d'autres territoires dans le cadre des orientations.

Rapport avec la psychiatrie

Une psychiatre de l'EMPP travaille également à mi-temps sur l'Unité d'accueil, d'évaluation et d'orientation (UAEO) du CH, ce qui peut permettre de faciliter l'accès à l'intrahospitalier. Les liens avec la psychiatrie dépendant beaucoup des personnes, il n'y a pas de « protocoles » formalisés.

La fermeture de nombreuses unités et la forte baisse du nombre de places en hospitalisation engendrent d'importantes difficultés à accéder à l'hospitalisation qui se traduisent par des inscriptions sur liste d'attente. Ces difficultés d'accès à l'hospitalisation posent de nombreux problèmes pour l'EMPP, contrainte de renvoyer à la rue ou en hébergement précaire des personnes ayant des problématiques importantes de santé mentale, dont les personnes ayant des idées suicidaires ou des troubles psychotiques mal équilibrés.

Autres partenaires

Les réunions partenaires urgences ont normalement lieu tous les quinze jours. Elles permettent de faire un point sur les actualités des partenaires ainsi que sur certaines situations problématiques.

Le groupe Santé Précarité réunit les professionnels du domaine sanitaire intervenant auprès des personnes en situation de précarité dans l'agglomération.

Des réunions sont organisées pour coordonner la prise en charge des personnes en situation de précarité en période hivernale.

Des réunions interpartenariales ont été mises à mal par la crise sanitaire, seuls les cadres y participent dorénavant. Elles se déroulent par ailleurs régulièrement en visioconférence, ce qui complexifie les échanges.

Addictologie : multipartenariat avec l'association Addictions France (anciennement ACH), l'UA (Unité d'addictologie) du CHSM, le dispositif Soins Accompagnement Thérapies Information et Substitution (Satis). Un accompagnement est réalisé par l'équipe de l'EMPP auprès de ces différents partenaires lorsque des problématiques d'addictions sont repérées chez les patients suivis sur l'EMPP. Un travail de réflexion est en cours afin formaliser ces liens.

Logement/hébergement : ANEF (115, CHRS), collectif Pauvreté Précarité (hébergement d'urgence, accueil de jour, maraude), CHRS Auger, CeCler, hébergements spécifiques des demandeurs d'asile (CADA, HUDA, CAES...), appartements de coordination thérapeutique.

Partenaires sanitaires : PASS Psy et PASS somatiques, secteurs psychiatriques, CHU, Solidarité Santé 63, dispensaire Émile-Roux, LHSS, Intermed, médecins libéraux.

Partenaires administratifs : préfecture, CCAS, Point Accueil Jeune, conseil départemental, caisse primaire d'assurance maladie, Office français de l'immigration et de l'intégration.

Partenaires associatifs : Secours populaire, Secours catholique, Restos du Cœur, Forum Réfugiés, Cimade, Ligue des droits de l'Homme, Réseau éducation sans frontières (RESF).

Les coordinations Santé mentale Migrants Puy-de-Dôme ont été mises en place à partir de 2019, en lien avec l'Orspere-Samdarra.

Difficultés repérées pour l'EMPP

L'équipe a vu une augmentation considérable de sa charge de travail et n'est pas suffisamment dimensionnée pour y répondre. En conséquence, les professionnels de l'EMPP réalisent parfois des heures supplémentaires, les délais de premiers rendez-vous ne cessent de s'allonger et l'équipe ne peut plus être aussi réactive, amenant des aménagements qui ne sont confortables ni pour les personnes ni pour les professionnels.

Ainsi, pour que les personnes puissent accéder à une consultation psychiatrique, les infirmiers sont parfois amenés à accompagner les patients à l'UAEO, où ils peuvent rencontrer un psychiatre pour la mise en place d'un traitement. Ils seront ensuite revus avec le psychiatre de l'EMPP. Dans un second

temps, les personnes peuvent parfois être réorientées vers le secteur. Le fonctionnement devrait pouvoir permettre une consultation initiale effectuée par une psychiatre de l'EMPP, l'évaluation des personnes précaires n'étant pas une mission de l'UAEO.

La psychiatre de l'EMPP avait pour habitude de réévaluer à quinze jours les personnes en grande souffrance, mais elle n'est plus en mesure de le faire. La réévaluation médicale s'effectue à présent à un mois.

Les temps de maraude et d'« aller vers » de l'éducatrice, nécessaires à la création du lien, au repérage de personnes en souffrance psychique sont de plus en plus réduits en raison du nombre de rendez-vous grandissant. Il en est de même pour les autres professionnels de l'EMPP, qui, face au nombre important de personnes, finissent par prendre en charge majoritairement ceux qui expriment une demande de soins, n'ayant plus les capacités de réaliser de « l'aller vers » autant que cela serait nécessaire.

Enfin, l'équipe n'est plus capable, par manque de réactivité, de répondre aux situations d'urgence, si ce n'est par coordination téléphonique, les agendas étant saturés par les rendez-vous de consultations.

Besoins et perspectives de l'EMPP

Actuellement, l'EMPP ne dispose que d'un seul ordinateur portable, ce qui oblige les membres de l'équipe à retaper leurs données après leurs activités à l'extérieur. Les locaux nécessitent des travaux afin de pouvoir disposer de bureaux supplémentaires.

Pour pouvoir absorber les demandes croissantes, gérer de façon plus satisfaisante les situations urgentes et renforcer la mission d'aller vers, l'EMPP/PASS aurait besoin de plusieurs ETP supplémentaires. Cette nécessité de majoration des temps de personnel concerne l'ensemble des catégories socioprofessionnelles. Le projet de service est en cours de réécriture pour réorganiser le fonctionnement du service et estimer les besoins nécessaires.

Par ailleurs, il apparaît nécessaire de repenser l'organisation du service afin de répondre de façon plus spécifique aux besoins différents des deux types de populations accueillies (droits communs ayant un long parcours d'errance et présentant le plus souvent des troubles psychotiques ou de graves troubles de la personnalité associés à des conduites addictives, d'une part, public migrant précaire, d'autre part, présentant le plus souvent des troubles de type « trauma complexe »). L'EMPP/PASS envisage ainsi de restructurer le service de la façon suivante :

- Réorienter l'activité de l'EMPP sur les personnes de droit commun, dans une réelle démarche d'aller vers, d'accompagnement au retour au droit et à la prise en charge sectorielle dès que cela est possible ;
 - créer une équipe mobile transculturelle à l'échelle départementale afin de pouvoir répondre aux besoins spécifiques du public migrant précaire. Dans le cadre de la création de cette équipe, la mise en place d'activités collectives est envisagée (sophrologie/relaxation, groupe de parole). Les activités groupales permettent d'augmenter le nombre de patients pouvant être pris en charge et de diversifier les propositions de prise en charge en proposant des alternatives thérapeutiques. Ces types de soins apparaissent particulièrement adaptés à la population

migrante : ils sont l'occasion de travailler le sentiment d'appartenance, de faire prendre conscience au patient qu'il n'est pas seul dans cette situation et de lutter contre le sentiment de solitude.

Équipes mobiles psychiatrie précarité de Lyon – Rhône (EMPP : Interface 9 Alynea)

L'équipe et son organisation

Année de création et contexte

Le dispositif a été créé dans les années 2000 en réaction notamment aux émeutes de la Duchère à la fin des années 1990. Il s'agissait au départ d'une idée plutôt sécuritaire visant à amener les « jeunes délinquants » vers la psychiatrie. La proposition de réponse a immédiatement été de décaler cette commande initiale pour s'orienter vers la création d'une équipe mobile de prévention en santé mentale et d'accès aux soins. Volontairement ancré dans une approche plus systémique, le dispositif s'adresse aux professionnels dépositaires des souffrances de l'ensemble des habitants du 9^e arrondissement de Lyon en vue de favoriser l'accès aux soins et prendre soin de ces derniers.

L'équipe est financée par l'ARS et la ville de Lyon (à parts égales) ainsi que la Métropole de Lyon.

Établissement et pôle de rattachement : Alynea, un opérateur de l'hébergement social.

Adresse : 267 rue du 4 Août 1789, 69100 Villeurbanne.

Territoire concerné

Le dispositif est composé d'une équipe territoriale de prévention en santé mentale et d'accès aux soins dédiée au 9^e arrondissement uniquement. Elle a une « entrée » de territoire et non de public.

Contexte territorial : Territoire urbain.

Composition de l'équipe EMPP

	2020	2019	2018
Catégorie professionnelle	Équivalent temps plein effectifs sur l'équipe*		
Assistant social	0,40	0,40	0,40
Infirmier	0,50	0,50	0,50
Psychiatre	0	0,40 (jusqu'en décembre 2019)	0,40
Psychologue	0,70 (à partir de mars 2020)	0,40	0,40
Cadre de santé	NC	NC	NC
Éducateur	0,6	0,60	0,60
Cheffe de service	0,10	0,10	0,10

Présentation de l'équipe

L'équipe est composée de deux travailleuses sociales (actuellement une assistante sociale et une éducatrice), d'une infirmière et d'une psychologue. Tous les postes sont des temps partiels. Actuellement, il n'y a plus de médecin psychiatre au sein de l'équipe, le précédent étant parti en retraite et n'ayant pas été remplacé. En 2020, une tentative de conventionnement avec un psychiatre libéral a été faite, mais celle-ci a pris fin en février 2021. Une partie des missions a été transférée à la psychologue (augmentation temps de travail).

Modalités d'organisation de l'équipe

Un Copil de l'équipe Interface 9 se réunit une fois par an ainsi qu'un comité technique qui a lieu tous les deux mois avec les représentants territoriaux des financeurs. Le Copil réunit : la cheffe de service de la mission Santé de la ville de Lyon, l'élue à la santé du 9^e arrondissement, les chefs de pôle de l'hôpital psychiatrique (pédopsychiatrie et psychiatrie adulte), des représentants de la métropole, la coordination des ateliers Santé Ville, la coordinatrice du CLSM.

Interface 9^e participe aux journées régionales des EMPP.

L'EMPP réalise des intervisions avec ses homologues de Grenoble, Bourgoin-Jallieu et Vienne.

L'équipe organise une réunion clinique hebdomadaire et dispose d'une analyse des pratiques professionnelles mensuelle.

Le chef de service coordonne l'équipe sur un 0,10 ETP.

Activité de l'EMPP à destination du public

Sur site

L'équipe reçoit les personnes chez les partenaires dans les lieux du social du 9^e arrondissement.

À l'extérieur

L'équipe réalise des entretiens psychosociaux, de l'« aller vers » les institutions et les personnes, des visites à domicile, des groupes de parole et des entretiens individuels.

En tant qu'équipe mobile de prévention en santé mentale et d'accès aux soins, l'équipe répond à la demande de tous les professionnels du secteur social engagés dans un accompagnement. Elle les rencontre sur leur lieu d'exercice professionnel. Après un diagnostic psychosocial partagé de la situation de la personne accompagnée, le professionnel demandeur se voit proposer des pistes d'accompagnement. Celui-ci peut être mené aux côtés du professionnel uniquement ou en lien direct avec la personne concernée. Dans cette seconde éventualité, toutes les professionnelles de l'équipe d'Interface 9 peuvent intervenir.

Actuellement, il s'agit en grande majorité d'interventions de l'infirmière de l'équipe, mais la psychologue et les travailleuses sociales interviennent également en fonction des besoins de la situation.

L'équipe se déplace sur les lieux que les gens fréquentent, dans les locaux des partenaires qui les sollicitent, sur le lieu du social. Les professionnels de l'équipe interviennent toujours en binôme composé d'un soignant et d'un intervenant social, ce qui permet de toucher la dimension psychosociale : l'idée est de faire du soin à partir du social et de la situation de la personne.

Si l'accroche directe au soin n'est pas possible, les soignants de l'équipe travaillent en lien étroit avec les partenaires sociaux et les « objets sociaux » pour construire une réponse ajustée à la personne.

Si la situation le nécessite, des visites à domicile sont possibles. Cela a été notamment le cas pour l'infirmière lors des périodes de confinement du fait de la fermeture des structures partenaires.

De plus, l'équipe mobile participe à des actions de prévention au sein de groupes existants dans les structures partenaires. Lors de ces groupes, il s'agit d'être présent « en creux », afin notamment de déstigmatiser les représentations sur la santé mentale. Il peut s'agir aussi pratiquement de coanimer certains temps avec les partenaires. Exemple : un binôme de l'équipe est présent aux « Petits déjeuners santé » initiés par la structure d'hébergement Aralis tous les premiers mardis du mois.

L'équipe est également présente à des événements de quartier afin de se faire connaître, toujours dans une optique de sensibilisation/dé stigmatisation. Par exemple, depuis 2019, l'équipe anime des groupes de parole sur le renouvellement urbain en direction des habitants des quartiers de la Duchère.

Nombre de patients différents (file active)

2019 : 67 personnes (hors collectifs).

2018 : 102 personnes (hors collectifs).

Origine de la demande

Les demandes viennent exclusivement des partenaires sociaux du 9^e arrondissement.

Interface 9 est beaucoup sollicitée par les associations d'insertion professionnelle, les chantiers d'insertion, les mandataires judiciaires, les résidences sociales, mais aussi la maison de la métropole pour les solidarités.

Les interventions concernent les partenaires suivants (du plus grand nombre de sollicitations au plus faible) : Aralis, Saajes, Mirly Solidarité, MDMS Duchère, Aiden Solidarités, Fil en Forme (IDEO), Soliha, mission locale, MDMS Vaise, MDEF, GLH (GSS), arborescence (résidence sociale, services d'insertion professionnelle, chantiers d'insertion, travailleurs sociaux de secteur, service de mandataires judiciaires, bailleurs...)

Délai moyen avant l'obtention d'un premier rendez-vous/d'une première intervention en 2020

L'équipe fonctionne avec des permanences mensuelles auprès de quasiment tous les partenaires. Elle est en lien constant avec eux sur les situations connues.

Pour les demandes ponctuelles, le délai de réponse habituelle pour un premier entretien psychosocial est de quelques jours (hors période de grosses tensions).

Quel que soit le professionnel de l'équipe qui intervient, le délai de réponse pour un premier rendez-vous avec une personne accompagnée est de une ou deux semaines. Il peut cependant se passer plusieurs semaines ou mois de travail avec le partenaire social avant que soit mis en place un accompagnement.

Pour les demandes d'intervention sur des groupes (en plus de ceux renouvelés chaque année) les délais sont très variables et peuvent être de plusieurs semaines, voire des mois en période de tension.

Caractéristiques des publics rencontrés par l'EMPP en 2019

61 % du public accompagné est masculin (hors groupe).

Les 26-60 ans représentent 70 % du public accompagné.

41 % du public reçu est bénéficiaire du RSA.

Spécificités du public

L'équipe travaille avec des publics pour lesquels il y a toujours quelque chose « qui tient » (un objet social parfois très mis à mal, mais présent), très peu avec des publics complètement désaffiliés. Elle peut également être sollicitée pour des personnes vivant à la rue dans le 9^e arrondissement.

Le public rencontré est majoritairement adulte. Concernant les plus jeunes, l'équipe intervient dans un lieu d'accueil parent enfant (LAEP) et participe à des instances territoriales de type « commission CLSM adolescents/jeunes adultes ». La psychologue participe dans le cadre d'un projet territorial à une formation/action « Jeunes et addictions » avec un grand nombre de partenaires (centre social, ALTM, éducateurs de prévention, mission locale). Les ressources territoriales et le maillage interinstitutionnel permettant d'apporter des réponses satisfaisantes, l'équipe est peu sollicitée sur des situations individuelles de jeunes.

Activités de soutien aux professionnels

Modalités et fréquences d'intervention

L'équipe propose :

- des permanences tous les mois avec un certain nombre d'institutions et partenaires pour parler des situations problématiques pour eux;
- des interventions ponctuelles et à la demande.

À partir des inquiétudes et des empêchements dans la relation d'accompagnement social, les professionnelles d'Interface 9 tracent avec le professionnel demandeur les contours de l'accompagnement vers le soin/prendre soin en tenant compte des « possibles » et des « impossibles » de la personne concernée. Il s'agira alors d'un soutien au professionnel et/ou d'un accompagnement de la personne par un des membres de l'équipe dans la perspective d'un accès aux soins. L'équipe n'est pas une équipe soignante en tant que telle et n'est pas missionnée à faire du soin.

Au total, 43 professionnels ont bénéficié du soutien d'Interface 9 en 2019 (données du rapport d'activité 2019).

On dénombre 48 interventions au sein des collectifs en lien avec des actions de prévention primaire à destination des usagers et/ou des professionnels en 2019.

Réseau et ancrage sur le territoire

Les liens avec les PASS

L'équipe travaille très peu avec les PASS et PASS Psy dans la mesure où les gens ont souvent des droits ouverts. Lorsque ce n'est pas le cas, elle oriente la personne vers les services adaptés. Elle ne réalise pas d'ouverture de droits.

Rapport avec la psychiatrie

Des rencontres trimestrielles sont organisées avec les médecins-chefs du Pôle de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie ainsi que les cadres de santé de ces deux pôles. Le travail régulier permet une bonne coordination dans l'accès aux soins même si celle-ci peut être malmenée par les réalités de la psychiatrie et notamment le manque de moyens alloués à ses services.

Autres partenaires

Du fait de l'existence d'équipes dédiées (interface SDF, Samu social, maraude jeunes), Interface 9 oriente parfois le professionnel en demande vers ces dispositifs. Il apparaît pertinent que la personne bénéficie de l'accompagnement le plus adapté à sa situation (moyens mobilisables, disponibilités). Il n'y a pas de protocole particulier pour les personnes à la rue. Dans tous les cas, l'équipe répond à une demande qui lui est adressée tant qu'elle concerne le 9^e arrondissement.

L'équipe participe à différentes instances, permettant aux professionnels de renforcer les partenariats :

- commissions du CLSM du territoire, selon les thématiques abordées;
- groupe de suivi social coordonné par des bailleurs du territoire (Grand Lyon Habitat, Lyon Métropole Habitat);
- instances techniques territoriales animées par la métropole de Lyon;
- réunions de coordination des travailleurs sociaux animées par les professionnels du territoire;
- réunions partenariales liées à la santé et animées par les ateliers Santé Ville.

Elle travaille également en lien avec les médecins traitants qui sont de bons relais.

L'équipe est peu en rapport avec l'EMPP Interface SDF du fait des publics qu'elle accompagne et qui ne relèvent pas des missions de cette dernière. Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, en cas de besoin pour une situation, l'équipe n'hésite pas à faire le relais avec l'EMPP Interface SDF.

Elle participe par ailleurs aux journées d'étude proposées par Interface SDF.

Difficultés repérées pour l'EMPP

On constate une difficulté à trouver un psychiatre sur l'équipe pour pourvoir le poste manquant. Un transfert d'une partie du temps de travail du médecin psychiatre a toutefois pu être opéré vers la psychologue de l'équipe. L'activité, en termes de chiffres, n'en est pas affectée, mais l'équipe souligne que le pendant médical de l'approche psychosociale (constitution dossiers MDPH, vision clinique spécifique au médecin psychiatre) ne peut plus être assuré.

Besoins et perspectives de l'EMPP

L'équipe observe que son champ d'intervention a tendance à s'élargir et note la nécessité d'un travail de coordination tant avec les acteurs du social que ceux du soin. Elle précise d'ailleurs que les liens avec la psychiatrie de secteur et la psychiatrie libérale pourraient être développés pour faciliter les orientations lorsque celles-ci sont nécessaires.

Équipes mobiles psychiatrie précarité de Lyon – Rhône (EMPP : Saint-Jean-de-Dieu ARHM – Interface SDF)

L'équipe et son organisation

Année de création et contexte

Créée en 1997 suite à un appel à projets, Interface SDF est l'une des trois EMPP historiques, pionnières en France, avec Diogène (Lille) et le Samu social (Paris).

Établissement et pôle de rattachement : CH Saint-Jean de Dieu – ARHM.

Adresse : 290 route de Vienne, 69373 Lyon (8^e).

Territoire concerné

L'EMPP couvre en théorie les secteurs des trois hôpitaux psychiatriques du Rhône. En pratique, l'équipe couvre la métropole de Lyon, mais elle réalise peu d'interventions sur le secteur de Givors. Il y a en revanche une activité soutenue sur Dardilly. Le reste du département (notamment Tarare et Villefranche-sur-Saône) n'est pas couvert.

Contexte territorial : Milieu urbain, sur la métropole de Lyon.

Composition de l'équipe EMPP

	2020	2019	2018
Catégorie professionnelle	Équivalent temps plein effectifs sur l'équipe*		
Secrétaire	1	1	0,80
Assistant social			
Infirmier	5	5	6
Psychiatre	1,5	1,5	1,5
Psychologue	1,1	1,1	0,5
Cadre de santé	0,2	0,2	0,1
Éducateur			
Interne psychiatre	1	1	
TOTAL	9,8	9,8	8,9

Présentation de l'équipe

L'équipe est composée de cinq infirmiers, un secrétaire, deux psychologues à temps partiel, un cadre infirmier qui travaille également au sein de l'ELSA et en gériopsychiatrie, un interne en psychiatrie à temps partiel, un médecin psychiatre responsable à mi-temps sur l'ELSA, un psychiatre à plein temps.

Modalités d'organisation de l'équipe

L'équipe se réunit deux fois par semaine, une première fois le mardi pendant deux heures, une seconde fois le vendredi toute l'après-midi avec l'intégralité de l'équipe. Les deux réunions comportent un temps organisationnel, un temps d'information sur les différentes réunions partenariales, l'étude des nouvelles demandes et un temps consacré à la clinique.

Il existe également une supervision d'équipe, à hauteur de dix séances d'une durée de une heure trente sur l'année.

Un médecin psychiatre à temps plein est le coordinateur de l'équipe.

Activité de l'EMPP à destination du public

Sur site

L'équipe ne dispose pas de lieu dédié pour accueillir le public et ne souhaite pas en avoir. Elle se déplace dans les lieux de la précarité, là où se trouvent les personnes, soit dans les structures d'accueil et d'hébergement ou la rue. Des locaux sont cependant disponibles à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu pour le travail en équipe et le secrétariat.

À l'extérieur

Une des missions essentielles d'Interface SDF est l'aller vers à la demande d'un tiers. Cette démarche, qui prend différentes formes selon les situations, est portée systématiquement par un binôme généralement pluriprofessionnel (infirmier-psychologue, infirmier-infirmier, infirmier-médecin, etc.), défini chaque semaine en équipe.

Des maraudes sont instituées avec le Samu social tous les jeudis matin. L'équipe réalise également de nombreuses maraudes informelles avec le Samu social, ciblées sur une ou plusieurs situations. Le binôme est souvent constitué d'un travailleur social du Samu et d'un soignant d'Interface.

L'équipe réalise des « passages » dans les accueils de jour (neuf sur Lyon) une fois tous les quinze jours sur un jour fixe.

Elle effectue également des déplacements dans les structures sociales et médico-sociales : CHRS, CHU, Caarud, foyers. Il n'y a pas de permanence fixe dans les structures, car cela créerait une demande qui dépasserait rapidement les capacités de l'équipe du fait du trop grand nombre de structures présentes sur la métropole; l'équipe reste ainsi vigilante afin de ne pas devenir l'intervenant spécifique de la structure. Elle ne bénéficie d'aucun mandat de l'ARS pour intervenir dans les CADA (et autres lieux spécifiques pour les migrants ou réfugiés) ou dans les squats.

Parmi ses attributions, l'équipe peut proposer des groupes :

- groupe thérapeutique dans certains CHRS, une initiative réalisée deux fois;
- groupe Café-parole en 2007 avec un programme construit;
- groupe pour parler cuisine à Rillieux sur une année, qui a mené à la rédaction d'un livre.

L'équipe réalise également des accompagnements ponctuels des patients (rendez-vous au CMP, etc.).

Nombre d'actes de l'EMPP

	2019	2018
Nombre de patients différents (file active)	350	361
Dont nombre de patients vus pour la 1 ^{re} fois	161	187
Nombre d'actes total sur l'année	1 580	1 703

Origine de la demande

L'aller vers se fait toujours à la demande d'un tiers social ou médical. Ces demandes proviennent en majorité des CHRS, des accueils de jour et du Samu social. Une fiche «nouvelle demande» est remplie pour chaque personne lors de son passage dans une structure ou par la secrétaire au téléphone à partir d'informations recueillies sur le contexte et les difficultés psychiques constatées. La situation est ensuite discutée en équipe.

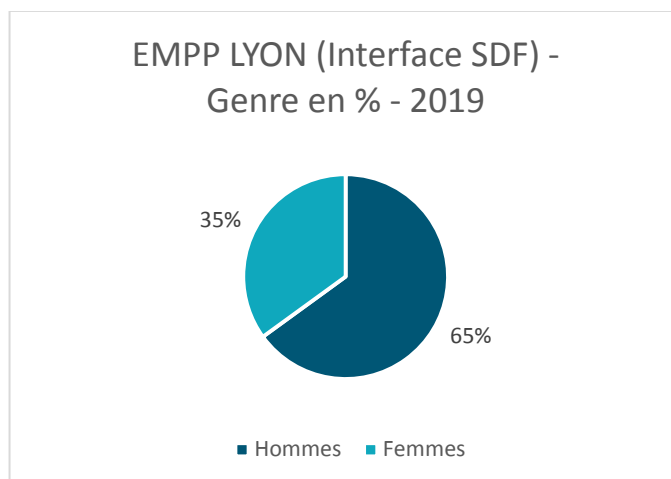
Personnes orientées (en 2019)

- Par des structures et associations sociales ou d'insertion : 40.
- Par des services sociaux : 16.
- Par des structures d'accueil et d'accompagnement de migrants : 0.
- Par des partenaires médico-sociaux : 7.
- Par des partenaires psychiatriques : 0.
- Par des partenaires sanitaires somatiques : 2.
- Personne elle-même : 0.
- Autre : 27

Délai moyen avant l'obtention d'un premier rendez-vous/d'une première intervention en 2020

Lorsque l'équipe est complète, la réponse d'un rendez-vous avec les professionnels se fait sous huit à dix jours.

Caractéristiques des publics rencontrés par l'EMPP en 2019



Spécificités du public

L'équipe intervient auprès des publics en situation de grande précarité vivant à la rue ou hébergés dans des structures relevant de l'urgence sociale. L'absence de domiciliation pose la question de la sectorisation psychiatrique, ce qui entraîne des difficultés supplémentaires dans l'orientation vers les soins. La clinique de la rue est hors cadre et mouvante (décalage avec les cadres fixes et la rigidité des rendez-vous dans les CMP, avec les interprètes).

L'équipe prend en charge les personnes réfugiées ou demandeuses d'asile seulement si elles sont rencontrées à la rue ou hébergées dans les structures de l'urgence sociale ; elle n'intervient jamais dans les structures spécifiques (CADA, HUDA, etc.). Dans les CHRS et les CHU, l'équipe rencontre en revanche beaucoup de personnes déboutées de leur demande d'asile.

Nombres d'actes d'interprétariat et procédure d'accès à l'interprétariat

L'équipe utilise l'enveloppe « interprétariat » de l'ARS (ISM Corum à Lyon) lorsqu'il est nécessaire d'avoir une traduction neutre et professionnelle et que l'indication de rendez-vous réguliers est posée par l'équipe. Sinon, lorsque cela est possible, il est habituel que la structure partenaire requérante paye les frais d'interprétariat. La ligne interne de l'hôpital est parfois utilisée, mais de manière très limitée.

Activités de soutien aux professionnels

Modalités et fréquences d'intervention

L'aide et le soutien aux équipes du social et du médico-social représentent une part importante de l'activité de l'EMPP. Cette mission prend plusieurs formes :

- tous les membres de l'équipe sont joignables par téléphone ou par mail, ce qui assure une présence constante ;
- l'équipe participe à des réunions de travail partenariales où sont discutées des situations. Ces réunions sont instituées en moyenne toutes les six semaines, avec environ une trentaine de

structures, pour une durée allant de une à deux heures. Elles sont réalisées en binôme ou en trinôme, avec un système de référents infirmiers sur l'année qui font office de support et apportent un éclairage clinique. Ces réunions peuvent être plus fréquentes si besoin, comme avec le Samu social avec lequel elles ont lieu tous les quinze jours ;

- certaines structures demandent un soutien ponctuel ;
- les passages dans les accueils de jour une fois tous les quinze jours sont aussi destinés aux professionnels ;
- l'EMPP assure également une mission de formation auprès des équipes du social et du médico-social en organisant des journées d'échange de pratiques, de formation/action et des ateliers centrés autour d'une thématique, avec l'idée de mettre en tension les différents discours (du social, de la psychiatrie). Parmi ces temps de formation, une journée est organisée chaque année sur le site de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu en collaboration avec l'institut Bergeret (en 2019 a été traitée la question des « délires en errance »). Dirigée vers les partenaires médicaux, cette journée prend la forme d'une participation à des séminaires sur la clinique de la précarité, des violences faites aux femmes ou encore sur le thème de « l'habiter ».

L'EMPP entreprend enfin un travail de déstigmatisation de la maladie mentale, de déconstruction des représentations de la psychiatrie auprès des professionnels et des usagers.

Réseau et ancrage sur le territoire

Les liens avec les PASS

Il existe un partenariat avec la PASS de Saint-Joseph Saint-Luc articulé autour de réunions régulières. Il s'agit d'échanger pour avoir un regard somatique/psychiatrique des personnes à la rue.

Rapport avec la psychiatrie

L'équipe constate que les premières rencontres à la rue se transforment souvent en un suivi à la rue car l'orientation est difficile (décalage avec la rigidité du secteur), mais toujours avec l'idée de raccrocher à un lieu plus fixe (CMP, Csapa...).

L'orientation est plus facile lorsque les personnes sont référées à une unité intrahospitalière plutôt qu'à un CMP (plus grande souplesse que dans le CMP).

Lors des hospitalisations depuis la rue, le rapport avec le Service des urgences peut être compliqué, car le prisme de la psychiatrie est celui de la crise. Or ces personnes ne sont pas forcément en crise lors de leur entrée. Il y a là un décalage entre ce que constate l'équipe d'Interface et le traitement des situations par l'hôpital, qui, parfois, remet les personnes à la rue rapidement alors que celles-ci nécessiteraient une hospitalisation ou une prise en charge plus longue du point de vue de l'EMPP.

Nombre de personnes orientées par l'EMPP :

- vers le CMP : 8 ;
- vers une hospitalisation en psychiatrie : 18.

Autres partenaires

L'équipe siège à la commission d'orientation du dispositif « Un chez-soi d'abord » à Lyon.

Un travail de complémentarité avec le Samu social, qui n'a pas de soignants, et l'EMPP, qui n'a pas d'assistant social ou d'éducateur s'est mis en place.

L'équipe a désigné un infirmier référent pour chaque CLSM, qui participe aux réunions sur l'accès aux soins, l'hébergement, etc.

L'EMPP fait partie du Réseau social Rue-Hôpital (RSRH) qui inclut un grand nombre de partenaires (lits de repos H/F, Armée du Salut, PASS, Médecins du monde (MDM), LHSS, etc.).

L'équipe réalise un travail de liaison avec plusieurs acteurs concernant les hospitalisations sous contrainte.

L'équipe participe également à deux commissions de la maison de la veille sociale du Rhône.

Dans le champ de l'addictologie, l'équipe est en lien avec les dispositifs existants (équipe mobile du Csapa). Un partenariat privilégié avec le Csapa du Griffon s'est développé directement sur le terrain notamment aux CHRS La Chardonnière, Carteret, Cléberg, la fondation Armée du Salut...

Elle participe aux groupes de travail pilotés par l'ARS, mais aussi à l'élaboration du PTSM et du Plan national Pauvreté Précarité.

L'équipe s'inscrit globalement dans un réseau de partenaires très vaste.

Difficultés repérées pour l'EMPP

La fluctuation permanente des structures partenaires rend difficile le travail de mise en lien.

La plus grande difficulté est celle de se projeter à cause de l'instabilité des postes non pérennes sur l'EMPP, qui sont renégociés chaque année avec les financeurs.

Dans ces conditions, couvrir l'ensemble du département, notamment Villefranche, Tarare et Givors, est une gageure.

Besoins et perspectives de l'EMPP

L'équipe aurait besoin de pérenniser les postes pour pouvoir monter des projets et avoir une vision sur le long terme.

Elle relève également des besoins indirects, mais qui restent à combler afin que le système de soins fonctionne :

- une réponse d'accès aux soins psychiatriques pour les demandeurs d'asile ;
- une PASS mobile qui accompagne l'équipe sur le terrain ;
- un interprétariat fort ;
- une intervention professionnelle dans les squats ;

- la question de l’hospitalisation depuis la rue.

Les perspectives de l’équipe sont les suivantes :

- instaurer des réunions cliniques régulières dans l’année pour créer du lien avec le Service des urgences psychiatriques ;
- approfondir le volet formation des équipes du social, en proposant des temps plus formalisés autour d’une thématique qui partirait de la pratique, où l’EMPP pourrait étoffer d’un contenu plus théorique.

Équipes mobiles psychiatrie précarité de Chambéry – Savoie (EMPP : Centre hospitalier de la Savoie)

L'équipe et son organisation

Année de création et contexte

L'équipe s'est créée en 2005 à la suite de la circulaire, avec des professionnels qui intervenaient déjà dans le champ de la précarité, notamment à l'accueil de jour de Chambéry. Son champ d'intervention s'est donc constitué autour de cet accueil de jour, pour ensuite s'étendre à d'autres dispositifs du département.

Établissement et pôle de rattachement : CHS de la Savoie – Pôle adulte.

Adresse : Centre hospitalier spécialisé de la Savoie, Bassens, 73011 Chambéry.

Territoire concerné

L'EMPP couvre le département de la Savoie même s'il reste des territoires non couverts, souvent parce que trop éloignés géographiquement. Aussi, les effectifs de l'équipe ne permettent pas toujours de répondre aux besoins des nouvelles structures sur le département.

Contexte territorial : Semi-urbain.

Composition de l'équipe EMPP

	2021	2020	2019	2018
Catégorie professionnelle	Équivalent temps plein effectifs sur l'équipe*			
Secrétaire	0,5	0,2	0,2	0,2
Assistant social	0,5	0,0	0	0
Infirmier	3	2,5	2,5	2,5
Psychiatre	0,5	0,5	0,5	0,5
Psychologue	0,65	0,65	0,65	0,65
Cadre de santé	0,4	0,4	0,5	0,5

Présentation de l'équipe

La composition de l'équipe a connu de nombreux changements ces dernières années, avec un turn-over infirmier assez conséquent. En ce début 2021, elle est constituée d'une psychiatre à mi-temps responsable de l'équipe, qui exerce son autre mi-temps comme psychiatre de secteur; d'un cadre de

santé, à mi-temps sur l'association Intermed; de six infirmiers à mi-temps et d'un 0,6 ETP de psychologue, qui exercent leurs autres mi-temps au sein du CHS dans différents services (hospitalisation, CMP, pédopsychiatrie), ainsi que d'un 0,5 ETP d'assistant social et 0,5 ETP de secrétariat depuis début 2021.

Modalités d'organisation de l'équipe

Les professionnels se réunissent tous les mardis pendant deux heures. Les réunions sont consacrées à l'étude de situations et au fonctionnement interne de l'équipe.

Les infirmiers et psychologues ont un temps de supervision prévu tous les mois par une psychiatre de l'établissement, avec l'idée de faire une supervision « sans les chefs ». La psychiatre a également une supervision systémique (car elle est aussi thérapeute systémique).

Activité de l'EMPP à destination du public

Sur site

L'équipe dispose de locaux au CHS pour accueillir du public. Cet espace d'accueil récemment refait à neuf est apprécié. Les locaux vont être augmentés de deux bureaux et d'une salle de réunion.

La psychiatre de l'EMPP ainsi que la psychologue reçoivent la majorité des personnes en consultation sur le CHS. Depuis le confinement, les temps de consultation du psychiatre, de la psychologue et des infirmiers ont été réorientés au sein de locaux du CHS.

À l'extérieur

L'équipe effectue différentes actions d'aller vers :

- des permanences dans des structures d'hébergement et d'accueil (CADA, CHRS, CHU, maisons relais, pensions de famille, etc.) avec un infirmier référent pour chaque structure afin de faciliter les échanges avec les référents sociaux. On enregistre une augmentation du nombre d'actes sur les CADA de Chambéry en 2019 avec la mise en place d'une permanence dans les locaux d'Adoma;
- des maraudes avec les services sociaux en lien avec les services de l'État. Elles sont ponctuelles, c'est pourquoi l'EMPP a pour projet de développer une maraude d'équipe si plus de moyens sont alloués;
- des visites à domicile par les infirmières, mais ceci est plus rare (les personnes qui ont un domicile concernent moins l'EMPP). Les VAD sont réalisées par les accompagnateurs santé du Conseil départemental, qui sont rattachés à l'EMPP sur le plan institutionnel.

La psychiatre intervient également sur le lieu de vie des personnes lorsque cela facilite l'accès aux soins, dans les CADA de Chambéry et d'Albertville, ainsi que sur un CHRS d'Albertville comme point de chute pour les consultations de personnes habitant la ville. Avant la crise COVID, une intervention à l'accueil de jour dans le centre-ville de Chambéry était instituée.

Nombre d'actes de l'EMPP

	2019
Nombre de patients différents (file active)	750
Dont nombre de patients vus pour la 1 ^{re} fois	
Nombre d'actes total sur l'année	3 969
Nombre d'actes infirmier	2918
Nombre d'actes psychiatres	699
Nombre d'actes psychologues	290

Le nombre d'entretiens individuels constitue plus de la moitié du total des actes donnés (58,12 %) en 2019 et plus de 11 % d'entre eux sont consacrés à des démarches, des accompagnements auprès des personnes suivies. Au total, ce sont donc environ 70 % de l'activité de l'EMPP qui se concentre autour de la personne, les 30 % restant étant consacré au travail de partenariat et de soutiens aux équipes.

Origine de la demande

Les infirmières voient les personnes en première intention, soit à partir de leurs permanences dans les lieux, soit sur signalement des autres partenaires qui les interpellent et formulent une demande pour une personne. Ces partenaires sont variés : intervenants sociaux de différentes structures, pensions de famille, résidence d'hébergement, etc.

La psychiatre de l'équipe reçoit des consultations en grande majorité adressées par les infirmières de l'équipe à la suite de leur entretien d'accueil et d'orientation, puis une petite partie venant directement de la PASS.

Personnes orientées en 2019 :

- par des structures et associations sociales ou d'insertion : 225;
- par des structures d'accueil et d'accompagnement de migrants : 500;
- par des partenaires psychiatriques : 20.

Délai moyen avant l'obtention d'un premier rendez-vous/d'une première intervention en 2020

Un premier rendez-vous peut être donné sous quelques semaines et une première demande peut être réorientée rapidement s'il y a urgence.

Spécificités du public

Un grand nombre de personnes reçues (entre 70 et 80 % de la file active) sont des personnes issues de l'asile. Ce public a beaucoup augmenté en Savoie, en raison de l'augmentation des places d'hébergement pour demandeurs d'asile. Ce public montre de nombreuses difficultés d'accès aux droits (CMU, AME). L'EMPP suit également beaucoup de personnes déboutées et leur précarisation rajoute à

leur souffrance. De fait, la grande majorité des personnes (environ 95 %) vues par la psychiatre sont en situation de migration, et ont développé un psychotraumatisme « grave » selon elle.

Certaines personnes suivies sont à la rue et cette part augmente sensiblement sur le territoire. Les personnes à la rue ont souvent déjà connu la psychiatrie et sont réticentes à aller vers le soin, notamment de santé mentale.

Une part importante des personnes incluses dans la file active est suivie au long cours (deux à trois ans), car les situations demandent beaucoup de temps.

Nombres d'actes d'interprétariat et procédure d'accès à l'interprétariat

L'équipe utilise la ligne budgétaire de l'hôpital ainsi que l'enveloppe de l'ARS concernant l'interprétariat.

Parallèlement, elle peut contacter l'Association départementale pour le développement et la coordination des actions auprès des étrangers de la Savoie (Addcaes) à Chambéry. En effet, les interprètes de cette association sont connus depuis longtemps par l'équipe, un lien de confiance s'est instauré et les entretiens sont réalisés en présentiel. L'équipe ne rencontre donc actuellement pas de difficultés avec l'interprétariat, notamment grâce à ses liens forts avec cette association.

Le nombre d'interventions en interprétariat à l'EMPP a été de 89 en 2020. Il était de 247 en 2019 et 155 en 2018.

Activités de soutien aux professionnels

Modalités et fréquences d'intervention :

La psychiatre réalise des interventions ponctuelles dans des réunions de concertation, sur des situations souvent répétitives ou problématiques. Elle fait également de la formation auprès des internes.

L'EMPP réalise des formations auprès des bénévoles d'associations et des intervenants sociaux au sein des structures d'hébergement pour demandeurs d'asile, sur les thématiques des vulnérabilités et de la pathologie psychiatrique dans le champ de la précarité. Au sein même du CHS également, une formation sur la précarité est réalisée. Une convention annuelle a été signée depuis 2014 pour réaliser des formations territorialisées entre l'EMPP et l'association Respects 73 sur des thèmes liés à l'accès aux soins des populations précaires.

D'autres formations ont été réalisées auprès d'associations (Secours catholique), bailleurs, professionnels, du CHS (infirmiers, psychologues, internes, etc.)

Réseau et ancrage sur le territoire

Deux PASS cohabitent sur le territoire : 1) celle de Chambéry qui est ancienne d'au moins vingt-cinq ans et jouit d'une grande stabilité et 2) celle d'Albertville, plutôt portée par une conseillère économique et sociale. Les PASS adressent des personnes à l'EMPP lorsqu'elles en évaluent le besoin ; à Chambéry, cela passe par une fiche de liaison. Les personnes adressées sont souvent en situation de migration, avec de grandes difficultés d'accès aux droits ou en rupture de droits.

La PASS de Chambéry effectue, en plus de sa structure de rattachement (CHMS), une permanence à l'accueil de jour, où l'infirmière de l'EMPP est parfois présente.

Globalement, l'EMPP a de très bons liens avec les PASS de Chambéry et d'Albertville.

Rapport avec la psychiatrie

L'équipe se heurte à des difficultés dans l'orientation en général (psychiatrie adulte et pédopsychiatrie).

Quand il y a une importante difficulté d'orientation, la psychiatre et le cadre de santé interviennent auprès de leurs confrères, psychiatres ou cadres de CMP, ce qui permet de faciliter l'accès aux soins. Aussi, une des infirmières exerce un mi-temps en pédopsychiatrie, c'est une grande plus-value pour l'équipe, car cette spécificité vient apporter des connaissances sur le réseau spécifique de la pédopsychiatrie.

Nombre de personnes orientées par l'EMPP :

- vers le CMP : 40;
- vers une hospitalisation en psychiatrie : 10.

Autres partenaires

Pour que les partenariats soient fonctionnels, le travail de coordination et de visibilité auprès des partenaires est fondamental pour l'équipe (instaurer des temps de présentation du travail réalisé). L'EMPP s'adapte aux changements très fréquents des structures partenaires; c'est un travail constant de refonte des liens qui passe par des réunions d'information et de présentation de l'EMPP, des interventions en colloque, organisées régulièrement. Ce rôle de coordination, pourtant fondamental selon l'équipe n'a pas été pensé dans la circulaire de 2005 alors qu'il est chronophage.

L'EMPP travaille régulièrement en lien avec les médecins généralistes.

Le département de la Savoie a passé une convention avec le CHS pour accompagner le public suivi par le département dans le cadre du dispositif de revenu de solidarité active (RSA) et il en assure le financement. Cette mission permet de mettre à disposition du temps de psychologues et d'infirmiers pour travailler avec les assistants sociaux de secteur et rencontrer les personnes. Au besoin, les infirmiers peuvent réaliser des visites à domicile. Ces professionnels sont rattachés institutionnellement à l'EMPP.

De nouvelles structures se sont montées en Savoie dans l'urgence pour accueillir le public en situation de migration, mais souvent sans prévoir les besoins en santé. C'est l'association Psy mobile 73, composée de bénévoles qui intervient sur ces structures où l'EMPP n'a pas les moyens d'aller.

L'équipe participe au CLSM.

Addictologie : ANPAA, Le pélican.

Partenaires logement/hébergement : CHRS, centres d'hébergement pour migrants (CADA/ATSA/HUDA/SPADA/PRADHA), CHU, Un chez-soi d'abord, accueils de jour, maison relais, ACT.

Partenaires sanitaires : CH de Chambéry (urgences, services de maternité), CH d'Albertville (urgences), CH de Saint-Jean-de-Maurienne, CH spécialisé (CMP, services d'hospitalisation, pédopsychiatrie), médecins généralistes, PASS Chambéry et Albertville

Partenaires administratifs : PMI, services d'interprétariat (Addcaes, Adate, ISM Corum), ARS, Police, justice, CCAS, Département, MDPH,

Autres : Dentaires solidaires, Intermed, MDM, Orspere-Samdarra, Rehpsy, Unafam, MRIE, Action Froid, ACFP 73, Addcaes, ASTA, Banque alimentaire, Cantine savoyarde, Emmaüs, Entraide de l'Église protestante unie de Savoie (EPUS), Ligue des droits de l'Homme, Amnesty International, Restos du Cœur, Savoie Solidarité Migrants, Secours catholique, Passerelles, Welcome.

Difficultés repérées pour l'EMPP

L'EMPP peine à couvrir tout le territoire et répondre à la demande qui a fortement augmenté ces dernières années notamment concernant le public de l'asile.

Besoins et perspectives de l'EMPP

L'équipe met en avant les besoins suivants :

- un budget pharmacie (en lien avec les pharmacies de ville), afin de pouvoir délivrer directement des médicaments à certains patients : cela leur serait très utile, surtout pour des endroits éloignés des grandes villes comme Albertville;
- un budget formation plus important : les projets institutionnels de formation ne sont pour le moment pas axés sur l'évolution et le besoin de compétences nouvelles face aux nouveaux publics accueillis.

L'équipe a également besoin de plus d'ordinateurs portables ou de tablettes.

Perspectives

- L'équipe a pour projet d'organiser des maraudes pour avoir accès aux publics qui ne viennent pas à l'accueil de jour par exemple. Ces maraudes seraient réalisées par un infirmier de l'équipe en lien avec un éducateur de rue de la Sasson.
- L'équipe participe à la préparation d'un colloque sur la santé des personnes migrantes, coconstruit avec ces dernières.
- Un film documentaire s'intitulant *Avec les mots des autres* a été réalisé par Antoine Dubos, sur le fonctionnement de l'EMPP de Chambéry.
- L'équipe est en train de poser les bases de son fonctionnement à partir des nouvelles arrivées : refonte de la plaquette, détermination des lieux où seront mises en place de nouvelles permanences.
- Une réflexion est en cours pour savoir comment répondre aux demandes des bénévoles du territoire concernant la prise en charge des mineurs non accompagnés.

Équipes mobiles psychiatrie précarité de la Haute-Savoie



Plusieurs projets d'équipe sont en cours de réactivation ou d'activation sur le département de la Haute-Savoie.

Équipe mobile psychosociale du Chablais (Thonon-les-Bains)

Une fiche détaillée se trouve à la suite de cette présentation. L'équipe de l'EMPS du Chablais constitue la seule équipe active sur la Haute-Savoie au moment de l'état des lieux.

Équipe mobile psychosociale du Genevois (Annemasse)

L'équipe financée par le département, la communauté de communes d'Annemasse ainsi que l'ARS a arrêté son activité en juillet 2019 et est en cours de réactivation. Cette équipe avait été dissoute à la suite des insatisfactions exprimées par les différents cofinanceurs et partenaires. L'idée est de reconstituer cette équipe sur des missions plus précises. Le recrutement de deux infirmières et d'une

psychologue est en cours. Il est compliqué de recruter sur ce territoire, notamment en raison de la proximité de la Suisse qui attire beaucoup de soignants.

Un Copil et un bilan d'activité annuel seront remis en place pour suivre l'activité de l'équipe.

Pour l'hôpital, l'idée générale est de reprendre le même modèle que celui du Chablais qui, selon eux, fonctionne bien. L'équipe devrait couvrir l'agglomération de Saint-Julien-en-Genevois et le secteur de la « Vallée verte » en plus d'Annemasse, sous réserve que les mairies et/ou communautés de communes ou d'agglomérations acceptent d'apporter un cofinancement.

Équipe mobile précarité de Bonneville (vallée de l'Arve/La Roche-sur-Foron)

Créée en 2016, l'EMPP de Bonneville est intégralement financée par l'ARS. Jusqu'au début 2020, une infirmière seule était affectée à cette équipe à 80 %. Elle travaillait par ailleurs en CMP, ce qui permettait certains liens avec la psychiatrie. L'EMPP couvrant uniquement le territoire de Bonneville, la Haute-Vallée de l'Arve (Cluses, Sallanches, Chamonix) n'est donc pas couverte. L'infirmière se déplaçait sur les accueils de jour et CHRS toutes les semaines, proposait également des temps de « Café-rencontre » pour faire du lien avec les partenaires, participait à différents temps d'animation de quartier (santé communautaire, tabac, bien-être...). Elle était en lien avec la PASS de Bonneville, le CCAS, le pôle médico-social. Le rapport d'activité Piramig détaille les différents partenariats.

Pour l'année 2019, la file active était de 111 personnes. Les acteurs constatent des besoins très importants sur ces territoires.

Cette équipe est en cours de recrutement depuis le 1^{er} janvier 2020 sur le poste d'infirmier, mais aucune candidature n'a été reçue.

Un projet de création d'une coordination pour ces trois équipes serait à l'étude.

Une équipe EMPP est également en cours de création à Annecy.

Équipe mobile psychosociale du Chablais – Haute-Savoie

L'équipe de l'EMPS constitue la seule équipe active au moment de l'état de lieux sur la Haute-Savoie.

L'équipe et son organisation

Année de création et contexte

Création de l'équipe en 2007 avec l'idée d'un outil coporté par plusieurs financeurs.

Établissement et pôle de rattachement

EPSM 74 depuis 2020 (créé sous la direction des Hôpitaux du Léman de Thonon-les-Bains)

Adresse : 19B avenue de Sénévulaz, Résidence l'Helvétia, 74200 Thonon-les-Bains

Territoire concerné : L'équipe exerce sur le territoire du Chablais.

Contexte territorial : Semi-rural.

Le territoire n'est que peu desservi par les transports en commun. La mobilité est donc une difficulté pour les publics.

Au niveau médical, la Suisse très proche draine une large part des soignants ; il existe donc des difficultés importantes liées à la pénurie de médecins. Le coût de la vie dans la région est très élevé, notamment au niveau des hébergements. L'équipe constate qu'il y a toutefois peu de personnes à la rue et suppose que les personnes en grande précarité se trouvent plutôt dans de grandes agglomérations, à Annecy, Annemasse ou dans des villes moins chères.

Composition de l'équipe EMPP

	2020	2018	2017
Catégorie professionnelle	Équivalent temps plein effectifs sur l'équipe*		
Secrétaire			
Assistant social			
Infirmier	0.8 ETP	0.8 ETP	0.7 ETP
Psychiatre			
Psychologue	1.5 ETP	1.5 ETP	1 ETP
Cadre de santé			
Éducateur			

Présentation de l'équipe

L'équipe est composée de deux psychologues, dont une à mi-temps ainsi que d'une infirmière à 80 %. L'équipe travaille de façon autonome et n'a jamais eu de médecin. Elle est financée depuis l'origine et jusqu'à

aujourd'hui par plusieurs institutions : le conseil départemental, l'ARS, les communautés de communes et certaines agglomérations. Il existe un Copil avec les cofinanceurs ainsi que certains partenaires.

Modalités d'organisation de l'équipe

L'équipe a une réunion hebdomadaire. Elle dispose de temps d'analyse des pratiques professionnelles d'1 h 30 par mois (dix séances annuelles).

Les psychologues de l'équipe réalisent de la supervision individuelle et des conférences sur leurs temps de formation information recherche (FIR).

Il n'existe pas de temps dédié à la coordination pour le moment.

Activité de l'EMPP à destination du public

Sur site

L'équipe dispose de bureaux dans un appartement anonyme dans un quartier prioritaire de la ville de Thonon-les-Bains. Les professionnels réalisent des entretiens individuels avec les personnes et travaillent de temps en temps en binôme.

À l'extérieur

L'équipe fait beaucoup de prévention et se place en amont des situations qui pourraient déborder, l'idée étant d'éviter les ruptures importantes. Les soignants font également des visites à domicile ainsi que des entretiens sur sites extérieurs (bancs dans un parc ou emprunt de bureaux de partenaires par exemple).

La première rencontre (nommée « rendez-vous tripartite ») avec la personne se fait souvent avec les partenaires prescripteurs dans leurs locaux. Une fois ce premier rendez-vous passé, l'équipe discute avec la personne le lieu du prochain rendez-vous (VAD, locaux de l'EMPS, site extérieur, etc.).

En 2020, l'équipe a accompagné 183 personnes. Elle a réalisé 2020 visites à domicile, 192 entretiens sur sites extérieurs et 108 entretiens dans leurs locaux.

Origine de la demande

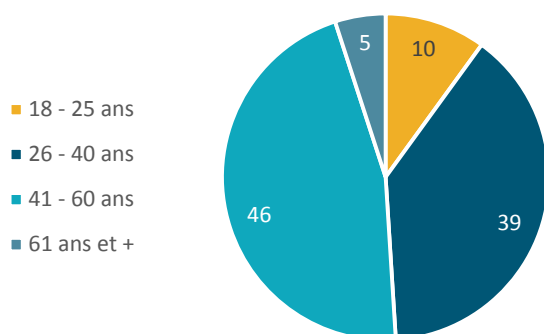
Une adhésion de la personne est impérativement requise avant de réaliser une première rencontre. Les demandes émanent toujours de travailleurs sociaux du territoire et, à la marge, de certains professionnels de santé. Les prescripteurs doivent remplir une fiche de prescription et l'équipe se réunit autour de ces situations pour se positionner en fonction de la problématique.

Délai moyen avant l'obtention d'un premier rendez-vous/d'une première intervention en 2020

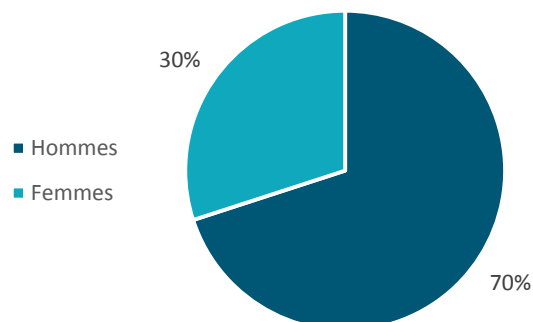
Les délais sont ajustés aux possibilités des professionnels concernés et en fonction de la situation de l'utilisateur.

Caractéristiques des publics rencontrés par l'EMPP en 2019

EMPP du Chablais - Âge en % - 2019



EMPP du Chablais - Genre en % - 2019



Spécificités du public

Les publics rencontrés sont souvent des personnes bénéficiaires des minima sociaux. Il y a beaucoup de personnes qui souffrent d'isolement. Il s'agit de personnes en souffrance psychique avec un parcours de soins à soutenir.

Les personnes rencontrées ne sont pas en « crise », l'équipe ne pouvant pas gérer des personnes en situation d'urgence. Elles ne sont pas non plus dans une « rupture » très forte, mais ont besoin d'un soutien pour faire face à un événement difficile de la vie. Il s'agit d'un public qui n'est pas dans une très grande précarité, ni trop éloigné du parcours de soins, de l'insertion professionnelle, etc.

L'équipe ne rencontre que très peu de publics en situation de migration. Les quelques personnes en situation d'exil rencontrées le sont *via* le CHRS.

Les professionnels constatent que les situations sont globalement de plus en plus dégradées, incluant de nombreuses situations de femmes isolées, de personnes victimes de violences.

Activités de soutien aux professionnels

Modalités et fréquences d'intervention

L'équipe propose aux partenaires du « ressourcement ». Ceux-ci peuvent solliciter l'équipe de l'EMPS sur des situations qui leur sont problématiques.

Réseau et ancrage sur le territoire

L'équipe participe à la Semaine d'information sur la santé mentale (SISM) ainsi qu'au « Village addicto ».

L'EMPS participe aussi à la commission locale d'insertion par l'emploi (CLIE) pour y apporter l'axe santé mentale. Il s'agit d'une réunion organisée par le conseil départemental 74, rassemblant de façon régulière les différents partenaires du secteur en lien avec les problématiques rencontrées.

Les liens avec les PASS

Il arrive que l'équipe sollicite la PASS, notamment quand les usagers sont en attente de leurs documents et attestation de Sécurité sociale, CMU, carte vitale.

Rapport avec la psychiatrie

L'hôpital de Thonon-les-Bains possède un service d'urgence ainsi qu'une équipe de liaison psychiatrique que l'EMPS sollicite quand les situations relèvent de la crise ou de la psychiatrie. Elle peut aussi s'appuyer sur les unités de soins normalisés (USN) et mes services de psychiatrie adulte des HDL.

Autres partenaires

L'équipe comprend parmi ses partenaires, la mission locale, les chantiers d'insertion professionnels, Cap Emploi, Chablais interemploi, la Passerelle (CHRS), l'accueil mère-enfant, le service de protection de l'enfance (à la marge). L'équipe travail en lien avec l'équipe d'addictologie de l'hôpital.

L'équipe a mis en place des « espaces femmes » pour les femmes victimes de violences.

Difficultés repérées pour l'EMPP

Il n'y a pas de médecins au sein du Service d'addictologie de l'hôpital, ce qui pose parfois problème dans les possibilités d'orientation des publics usagers d'alcool et de drogues. Les services de cure sont éloignés de la ville et parfois inaccessibles financièrement aux personnes en situation de précarité.

La difficulté principale réside dans le fait que l'orientation est parfois compliquée vers des services spécialisés trop peu nombreux ou qui n'existent pas sur le territoire. Exemple : service de gestion de la douleur.

Besoins et perspectives de l'EMPP

L'équipe souhaiterait multiplier les temps de formation qui sont des outils très intéressants dans la pratique.

ORSPERE-SAMDARRA

Initier le soin : des professionnels au front de la précarité.

*État des lieux des équipes mobiles psychiatrie précarité en région
Auvergne-Rhône-Alpes*

173

Pour citer ce document :

Einhorn, L. et Tremblay, V. (2021). *Initier le soin : des professionnels au front de la précarité. État des lieux des équipes mobiles psychiatrie précarité en région Auvergne-Rhône-Alpes*. Lyon : Orspere-Samdarra.



Orspere-Samdarra

Observatoire-ressource national santé mentale, vulnérabilités et sociétés

L'Orspere-Samdarra est un observatoire national sur les thématiques de santé mentale et vulnérabilités, fondé en 1996 et hébergé par l'hôpital du Vinatier à Lyon. Il est dirigé par Halima Zeroug-Vial, psychiatre, et est animé par une équipe pluridisciplinaire. L'Observatoire édite notamment la revue *Rhizome*, porte les diplômes universitaires « Santé, société, migration », « Dialogues – Médiation, interprétariat et migration » et « Logement d'abord », ainsi que L'espace, lieu d'accueil et d'échange ouvert aux personnes concernées par la migration.

Rédaction du rapport

Lou Einhorn, psychologue

Vincent Tremblay, chargé d'étude en sociologie

Avec la participation de **Claire Kolodziej**, stagiaire en science politique à l'Orspere-Samdarra et **Maëlle Gouriff**, chargée de mission à l'Orspere-Samdarra

Sous la direction de

Nicolas Chambon, responsable du pôle recherche, sociologue à l'Orspere-Samdarra

Gwen Le Goff, responsable du pôle ressource, directrice adjointe de l'Orspere-Samdarra

Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre, directrice de l'Orspere-Samdarra

Avec le soutien de

L'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes