

**UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS DE TOURS  
FACULTÉ DE MÉDECINE**

**MÉMOIRE DE MASTER 2  
PROMOTION ET GESTION DE LA SANTÉ  
OPTION  
PRÉVENTION, ÉDUCATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ**

**Dans le cadre de rencontre avec des personnes en souffrance psychique en situation de précarité, quelle autonomie est laissée à chaque structure dans son organisation ?**

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH  
Professeur des Universités- Praticien Hospitalier Enseignant Chercheur Unité de Formation et de Recherche de Tours

Madame Alicia BONNIN  
Psychologue -Équipe Éducation Santé-Université de Tours  
CHRU de Tours

Monsieur Christian POUPIN  
Cadre Supérieur de Santé -Assistant au chef de pôle du Pôle Universitaire Adulte Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers

BOUIGES Grégory  
Promotion 2016/2017

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier particulièrement:

**Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH** Professeur des Universités- Praticien Hospitalier Enseignant Chercheur Unité de Formation et de Recherche de Tours pour avoir illustré ses enseignements d'exemples empruntés à la vie professionnelle et ainsi soutenu cette démarche, ce questionnement

**Monsieur Christian POUPIN** Cadre Supérieur de Santé -Assistant du chef de pôle- Pôle Universitaire Adulte Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers pour son accompagnement, sa grande disponibilité qui m'ont aidé dans cette démarche, mais aussi pour m'avoir permis et donné les moyens de suivre ce Master 2 Santé Publique Promotion de la Santé

Je tiens également à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenu mais aussi aidé dans cette démarche par leurs conseils et disponibilité:

**Madame Léa MAIGNAN, Madame Géraldine POUVREAU , Madame Karen LABERT, Madame Marie SCHMITT, Madame Peggy GOUVERNEUR mais aussi Madame GUERIN Aline, Madame Lucile CASTAINGS**, Psychologues actuelles ou ayant exercées au sein de l'Équipe Mobile de Psychiatrie Précarité de la Vienne

**Monsieur le Docteur Jean-Jacques CHAVAGNAT** Praticien Hospitalier-Psychiatre et Pédopsychiatre au Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers et Psychiatre responsable de l'Équipe Mobile de Psychiatrie Précarité de la Vienne

**Madame PICARD** Assistante Sociale de l'Équipe Mobile de Psychiatrie Précarité Exclusion de Tours

**Madame DURAES** Cadre de Santé de l'Équipe Mobile de Psychiatrie Précarité Exclusion de Tours

**Monsieur GAUTHIER** Cadre de Santé de l'Équipe Mobile de Psychiatrie Précarité / Permanence d'Accès de Charente

**Monsieur VINCENT THIERRY** Documentaliste au Centre de Documentation du Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers

De même je remercie:

**Monsieur Roger TARRADE** Directeur des Soins du Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers pour m'avoir permis l'inscription au Master 2 de Santé Publique et Promotion de la Santé, **Monsieur Jean-François BRETAGNON** son successeur pour les échanges concernant la précarité et l'évolution du dispositif Équipe Mobile Psychiatrie Précarité de la Vienne

Je tiens également à remercier même si elle n'est à ce jour plus parmi nous :

**Madame Amélie TAHON** Psychologue de Équipe Mobile de Psychiatrie Précarité de la Vienne pour les nombreux échanges quant à la complexité du travail auprès du public en précarité en tant que jeune professionnelle

Tous ceux qui à différentes étapes de ce travail m'ont accompagné.

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION :LES MOTIVATIONS ET LA QUESTION DE DÉPART.....	7
---	---

### **PREMIÈRE PARTIE : CONTEXTE**

#### **1.1/Qu'est-ce que la Précarité ?**

1.1.1/Définitions.....	11
-Psychologie / Economie.....	12
-Les représentations sociales.....	15
1.1.2/Perception de la précarité par le précaire.....	16

#### **1.2/ La prise en charge de la Précarité**

1.2.1-La prise en charge de la précarité : évolution.....	16
1.2.2- Textes Réglementaires et de référence.....	18

#### **1.3/Création des EMPP**

1.3.1. Les acteurs et leurs attentes.....	22
-La population (précaires moins visibles dans la rue).....	22
-Les politiques.....	22
-Les institutions.....	23
-Les précaires.....	24
1.3.2-Face à ces demandes :Mise en place des EMPP.....	24
1.3.3 Évaluation de ces dispositifs.....	25

### **DEUXIÈME PARTIE : DE LA PROBLÉMATIQUE AUX HYPOTHÈSES :LES LIENS ENTRE LES TEXTES ET LA MISE EN PLACE SUR LE TERRAIN PRÉSENTATION DE LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE**

<b>2.1 De la problématique aux hypothèses : liens entre textes et mise place des EMPP....</b>	<b>27</b>
---	-----------

<b>2.2Méthodologie de la Recherche.....</b>	<b>28</b>
---	-----------

2.2.1. Les supports.....	28
2.2.2. Les Équipe Mobile de Psychiatrie Précarité explorées.....	28
2.2.3. La Méthode.....	31

## **TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS**

<b>3.1/ Analyse des textes réglementaires et documents de référence.....</b>	<b>36</b>
<b>3.1.1 Le Choix des textes supports de l'étude</b>	
Textes fondateurs.....	36
Évaluation.....	36
Perspectives.....	36
<b>3.1.2. Commentaires du tableau récapitulatif (ANNEXE 3)</b>	
<b>3.2/Analyse comparative des EMPP.....</b>	<b>37</b>
-Analyse comparative des projets.....	38
-Analyse comparative des rapports d'activité de trois Équipes Mobiles de Psychiatrie Précarité.....	43
<b>3.3/ Synthèse des résultats et mise en perspective.....</b>	<b>47</b>

## **QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION**

<b>4.1/ Critique des résultats.....</b>	<b>52</b>
<b>4.2/Enjeux Éthiques .....</b>	<b>54</b>
<b>4.3/Quelle autonomie laissée aux Équipes Mobiles de Psychiatrie Précarité? .....</b>	<b>57</b>

## **CINQUIÈME PARTIE : LES CONTRIBUTIONS DE LA DÉMARCHE**

<b>Analyse et intérêt en tant que Cadre de Santé d'une Équipe Mobile de Psychiatrie Précarité.....</b>	<b>59</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>60</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>67</b>
<b>Liste des ANNEXES spécifiques aux membres du jury</b>	

## Principaux sigles utilisés (1/2)

ADAPGV	Association Départementale pour l'Accueil et la Promotion des Gens du Voyage
ANESM	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
ATD Quart Monde	Agir Tous pour la Dignité Quart Monde
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CD	Conseil Départemental
CG	Conseil Général (devenu Conseil Départemental en 2016)
CILE	Comité Interministériel de Lutte contre les Exclusions
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNIAE	Conseil National de l'Insertion par l'Activité Économique
CNLE	Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale
DISS	Direction Départementale des Interventions Sanitaires et Sociales
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale (ancienne DISS)
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
EMPP	Équipe Mobile de Psychiatrie Précarité (EMPP 16 pour la Charente , EMPP 86 pour la Vienne principalement)
EMPPE	Équipe Mobile de Psychiatrie Précarité Exclusion (EMPP 37)
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
ESMPP	Équipe Mobile Départementale de Santé Mentale pour Personnes Précarisées

## Principaux sigles utilisés (2/2)

FSE	Fonds Social Européen
GRP	Groupe de Recherche sur la Parole
HALDE	Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité
HCLPD	Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées
MDS	Maison Départementale de la Solidarité
MLI	Mission Locale d'Insertion
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PPSM	Plan Psychiatrie et Santé Mentale
PRAPS	Programme d'Accès à la Prévention et Aux Soins
PRSP	Programmes Régionaux de Santé Publique
PRS	Projet Régional de Santé
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
RSA	Revenu de Solidarité Active (bRSA pour bénéficiaire du RSA)
RSMP	Réseau Santé Mentale Précarité
UAOCC	Unité d'Accueil, d'Orientation et Centre de Crise (présent à Angoulême)
UDAF	Union Départementale d'Aide aux Familles

## **INTRODUCTION**

## LES MOTIVATIONS ET LA QUESTION DE DÉPART

La psychiatrie de secteur dont l'organisation a longtemps été définie par les préconisations de la circulaire du 15 mars 1960 faisait principalement référence aux enfants, aux adultes atteints de pathologies psychiatriques et aux vieillards. Elle visait à éviter la «sédimentation psychiatrique», alors que s'effectuait une diminution du nombre de lits parallèlement à l'amélioration des techniques thérapeutiques. Cela a permis une baisse de la durée de séjour.

Ces améliorations, voulues en son temps par le ministre de la Santé Publique Monsieur CHENOT ont induit une profonde mutation de la prise en charge psychiatrique, toutefois, le volet «hygiène mentale» et préventif a lui, évolué bien plus tardivement.

Face à ces nécessaires changements, les équipes, souvent portées par des soignants particulièrement investis, ont pu faire évoluer le modèle de prise en charge. Ainsi, face à une clinique particulière que Jean FURTOS nommera « la clinique de la précarité », les outils devaient nécessairement être modifiés. Cette évolution institutionnelle du schéma de prise en soins s'est souvent calquée sur des expérimentations mises en place dans les années 90 proches de « l'aller vers » préconisé aujourd'hui . Il aura fallu attendre cette période comme le souligne Alain MERCUEL dans les « cahiers de Saint Anne »,pour que la « *problématique des personnes en situation d'exclusion sociale soit placée dans une perspective de santé mentale et commence à entrer dans le champ de la psychiatrie de secteur* ».

Dans cette logique évolutive de l'outil de soins, la création conjointe d'une équipe mobile de psychiatrie précarité de Poitiers en 2008 et d'un un pôle de santé publique au sein de l'établissement public de santé mentale Henri LABORIT de Poitiers a permis la prise en charge d'une population en situation de précarité réversible mais à fort risque d'entrée dans la « grande précarité ».

Une Équipe Mobile de Psychiatrie a été créée concomitamment dans la Vienne. Elle a tout d'abord été constituée de 2 puis 4 et enfin 5 psychologues à ce jour. En effet, le Fonds Social Européen ainsi que le Conseil Départemental de la Vienne au travers du Programme Départemental d'Insertion ont apporté leur soutien à ce projet .Ce partenariat s'inscrivait dans un engagement à renforcer la cohésion sociale pour les personnes les plus éloignées de l'emploi.En 2014,suite à un appel à projet de la Fondation de France intitulé « Programme Santé des jeunes / Réduire le risque suicidaire chez les jeunes en situation de grande

vulnérabilité » un poste de psychologue supplémentaire a été obtenu, Ses missions ont été réparties sur les 5 psychologues. pour une organisation territoriale au plus près des usagers avec la participation du Conseil Régional et de l'Agence Régionale de Santé (Poitou Charentes à l'époque) pour une période allant du 1/01/15 au 31/12/16. A l'issue de cette période, l'Équipe Mobile de Psychiatrie Précarité de la Vienne a sollicité ses tutelles et en particulier l'Agence Régionale de Santé de la région devenue Nouvelle Aquitaine pour pérenniser cette offre de soin au travers d'une extension de financement. En outre la DGOS a commandé un audit en 2014 dont les résultats ont été publiés en 2015 qui met en évidence que la constitution des 118 EMPP sur le territoire national n'est pas homogène, tant dans sa composition des personnels que dans la déclinaison de ses interventions.

La question du partenariat avait motivé mon travail de mémoire à l'Institut de Formation des Cadres de Santé. Mon exercice au sein de l'Équipe Mobile de Psychiatrie Précarité ainsi que la volonté de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine de questionner l'offre de soins psychiatrique auprès des populations en situation de précarité m'ont à nouveau interpellé.

Ainsi, j'ai souhaité en tant qu'étudiant en Master 2 de Prévention et Promotion de la Santé explorer **comment un même texte organisant la prise en charge des précaires peut donner lieu à la création de structures aux modalités de fonctionnement très différentes?**

Suite à l'audit de l'unité dans laquelle je suis cadre de santé et à ces préconisations , suite également aux échanges que j'ai pu avoir avec mon encadrement supérieur direct mais aussi avec l'universitaire en charge du master durant la formation j'ai alors modifié mon premier questionnement : **la relative liberté d'organisation des EMPP que laisse supposer à la fois la circulaire de novembre 2005 ainsi que l'état des lieux effectué par la DGOS en 2014 est-il en contradiction avec la volonté de l'ARS dont je dépends d'uniformiser les pratiques?**

Ce questionnement me permet de mettre en lien mon expérience de cadre exerçant au sein d'un tel dispositif à la réflexion menée par l'ARS quant à l'organisation de la prise en charge de la précarité dans la nouvelle Région Aquitaine.

Pour tenter d'y répondre nous nous attacherons à étudier, comparer, les textes réglementaires mais aussi les différents projets et rapports d'activité de trois Équipes Mobiles de Psychiatrie Précarité d'Agences Régionales de Santé différentes.

**PREMIÈRE PARTIE: CONTEXTE**

## 1.1/Qu'est-ce que la Précarité?

### 1.1.1./Définitions

Certains termes concernant la précarité nécessitent d'être précisés, en effet, il apparaît à la lecture d'un certain nombre de documents qu'en fonction du regard porté sur la précarité, les termes n'ont pas tous la même signification.

Pour le Petit Larousse:

-la **Précarité** est le *«caractère de ce qui est précaire»*. ( et donc: **Précaire** : *«dont l'avenir, la durée ne sont pas assurés. Synonymes : fragilité, instabilité, passager. Mots clés allant avec précarité : pauvreté, santé et précarité, misère, chômage, exclusion, démuné.»*)

-la **Pauvreté** est l' *«État d'une personne qui manque de moyens matériels, d'argent. Insuffisance de ressources. Insuffisance matérielle ou morale»*.

-l'**Exclusion** est l'*«action d'exclure quelqu'un, en tenant à l'écart, en interdisant l'accès. (Exclu: qui n'est pas accepté»*.

En ce qui concerne l'Exclusion Xavier EMMANUELLI (Emmanuelli, Fromontier 2004) explique que cette définition a été utilisée pour la première fois par René LENOIR en 1974 (Lenoir, 1974). Le terme *«a été inventé pour décrire une situation qui touchait trois catégories de population:(...)les personnes âgées qui disposaient d'un minimum vieillesse dérisoire, (...)les personnes handicapées,pour lesquelles on manquait d'établissements(...) enfin tous ceux qui relevaient du vaste domaine de l'inadaptation sociale, les marginaux, les jeunes de l'aide sociale à l'enfance,les personnes isolées dans la ville, celles qui occupaient des logements insalubres,les travailleurs précaires, les groupes vulnérables»*.

Celle qui est la plus couramment utilisée nous vient de Joseph WRESINSKI (prêtre diocésain français fondateur du Mouvement des droits de l'homme, Agir Tous pour la Dignité Quart Monde, initiateur de la lutte contre l'illettrisme) qui définit la précarité en 1987 comme: *«l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves ou définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-*

*même, dans un avenir prévisible*». Cette définition a été retenue par le conseil économique et social français les 10 et 11 février 1987, sur la base du rapport Grande pauvreté et précarité économique et sociale présenté par Joseph WRESINSKI. Elle a aussi été reprise par les Nations Unies en particulier dans les travaux de la Commission et du Conseil des Droits de l'Homme sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté.

Les sécurités dont il est question sont le travail, les revenus, le logement, l'accès aux soins, l'école et l'accès à l'instruction, l'accès à la culture, le lien familial, le lien social.

### **- En psychologie**

Clément RIZET (Docteur en psychologie chargé de cours pour les partenaires de l'EMPP 86) évoque les conséquences psychiques de la précarité sociale et plus particulièrement le sentiment de perte dans cette situation. Si il cite l'Avare de Molière qui est riche, mais vit dans la constante inquiétude, parfois paroxystique, de la perte il évoque aussi Diogène qui disait à celui qui se tenait debout devant le pauvre tonneau qui lui servait de demeure «Ôte-toi de mon soleil». Ces deux images, l'une d'un riche et l'autre d'un pauvre, semblent nous dire que la subjectivité du sentiment de perte ne se mesure qu'à l'aune de nos exigences, ou de nos capacités. Il décrit des pertes d'objet de deux ordres: pertes réelles et pertes d'idéaux ainsi:

*«Les pertes réelles peuvent être liées à une situation socio-économique qui a entraîné la perte du logement, de l'emploi, et des pertes affectives parfois séparation d'avec les enfants, le conjoint. La «maison» est, on ne doit jamais l'oublier, la sécurité de base.*

*(...) les pertes immatérielles comme le sont celles qui entraînent des déceptions: pertes d'idéaux, elles sont imaginaires mais leurs effets bien réels. Par exemple, la perte du métier, où le sujet s'épanouissait via la reconnaissance par ses pairs et par autrui.»*

Il décrit alors la désorientation qui suit la «*blessure narcissique*» où l'Idéal du moi est attaqué par la perte de l'emploi par exemple ou toute autre forme de «*précarité*» puisque l'important est «*la façon dont la personne vit les choses de l'intérieur, ce n'est pas tant la dépression que la perte subjective qui est suicidogène*». Enfin, il semble important au regard de la thématique retenue de reprendre certaines notions propres au public «*précaire*» qui ne sont que la reprise de ce que FREUD nommait la perte d'objet en 1915 «*Métapsychologie*». La perte d'objet entraîne dépression, auto-accusation, sentiment d'indignité avec ce que le

Docteur Clément RIZET nomme *«la désorientation narcissique (qui) s'accompagne d'affects dysphoriques, d'anxiété et d'angoisse, signant l'impasse dans laquelle le moi se trouve à tenter de faire coïncider désir et défenses. Des états de détresse primaires, infantiles, peuvent même surgir et désarmer le sujet, résultats de mouvements de régression narcissique invalidant dans le rapport à la réalité. Un sentiment de honte s'installe alors face au regard supposé d'autrui, un sentiment de mise à nu (définition de la honte). Un sentiment de culpabilité aussi, à l'égard des proches (compagne, compagnon, enfants, voire parents), qu'on ne peut plus ni satisfaire de la même manière dans la réalité ni combler affectivement autant»* apparaît alors. Comme le décrit André SYLVESTRE dans la revue Soins (Numéro 29), l'individu ne peut être considéré dans le cadre de la seule précarité monétaire puisqu'il fait aussi face à une «sidération des compétences» liée à cette «souffrance psychique» spécifique. Le sentiment «d'insécurité» paradoxal puisque notre société semble offrir des protections pose la problématique du soin puisque des solutions «médicales» peuvent être choisies pour traiter des «problèmes sociaux».

### **-En économie**

Comme on a pu le voir précédemment, la précarité est souvent une combinaison de facteurs associés avec certaines caractéristiques plus facilement mesurables comme la Pauvreté monétaire. Ainsi, une personne est *«considérée comme pauvre lorsque son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Ce seuil est calculé par rapport à la médiane de la distribution nationale des niveaux de vie. C'est le seuil à 60 % du niveau de vie médian qui est privilégié en Europe. Le taux de pauvreté correspond à la proportion de personnes dont le niveau de vie est inférieur à ce seuil»*(Fontaine, Sicsic, 2015) comme le définit l'INSEE. Dans cette même catégorisation, on retrouve fréquemment le chiffre de «10 millions de précaires».

Comment mesurer la pauvreté et la précarité ? les différents instruments de mesure sont présentés par Julien DAMON, professeur associé à Sciences Politiques dans un article extrait des Cahiers français, n°390. *«Pauvreté et précarité relèvent, au moins, de trois possibles dimensions: dans les esprits (des représentations), dans les textes (des normes), dans les poches (des budgets) . Si l'on se cantonne à la pauvreté, mais dans une approche large, permettant d'embrasser le thème de la précarité, une autre partition, plus technique, spécifie quatre approches: «absolues», «relatives», «administratives», «ressenties». Par symétrie de*

conventions, on peut également approcher la richesse et l'opulence selon ces quatre approches. Le tableau ci-dessous en contient une synthèse.»

Tableau 1. Richesse et pauvreté						
	Approche « absolue »	Approches « relatives »			Approche « administrative »	Approches « ressenties »
		Fraction	Seuils monétaires	Conditions de vie		
Pauvres	Pouvoir se nourrir, se vêtir, se loger	Les x % les plus pauvres	60 % du revenu médian	Privations de certains biens et services	RSA, etc.	Part de la population se déclarant « pauvre » ou « précaire »
Riches	Vivre des intérêts sur les intérêts de son capital	Les x % les plus riches	200 % du revenu médian	Abondance de tous ces mêmes biens et services	ISF, etc.	Part de la population se déclarant « riche »

*Source : Julien Damon.*

L'actualité de cette précarité est rapportée par le secours catholique qui, dans son rapport au sénat de novembre 2016 explique que la précarité ne cesse d'augmenter en France, «Aujourd'hui en France, 9 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté, fixé à 1008 euros par mois. Le rapport insiste notamment sur le faible recours aux aides sociales par les personnes en situation de pauvreté. Selon le Secours catholique, 66% des personnes éligibles au RSA activité, accordé à ceux qui travaillent, ne l'ont pas demandé, et 38% des ménages accueillis en 2015 par l'association n'ont pas fait les démarches pour toucher le RSA socle (pour ceux qui ne travaillent pas), alors qu'elles pouvaient en bénéficier(...)» «Ces personnes ne demandent pas ces aides sociales car ils ne sont pas bien informés, et les procédures sont longues et difficiles à comprendre» explique Daniel VERGER. «Il y a aussi les discours des politiques qui mettent davantage l'accent sur les risques de fraude. Cela les freine dans leurs démarches».

Si la réponse aux besoins primaires que sont notamment l'hébergement et l'alimentation est priorisée par la personne précaire, la santé passe souvent au second plan, les situations nécessitant une prise en charge (somatique ou psychiatrique) sont souvent différées même lors d'épisodes aigus. Certaines études (DRESS, Ylmaz & Raynaud) montrent qu'au-delà même de l'accès difficile aux soins, la prise en charge hospitalière s'avérait plus longue pour ces publics (Meynaud-Kraemer, 2001).

## -Les représentations sociales

Comme on l'a vu précédemment les chiffres vont à l'encontre des discours politiques et des préjugés sur les aides sociales et les pauvres «assistés». En effet, une grande partie des précaires ne fait pas appel aux aides auxquelles ils ont droit. Pierre BOURDIEU dans ses propos introductifs à son ouvrage «la misère du monde» résume la complexité des représentations sociales de ce qu'il nomme la «misère» (Bourdieu, 1993.) . Ainsi, il propose une lecture de l'ordre social *«l'ordre social a sans doute fait reculer la grande misère(...)mais qui a offert toutes les conditions sans précédent favorable au développement de toutes les formes de la petite misère»*. Il décrit alors la nécessité dans cette multiplication des «espaces sociaux» de faire appel à ces catégories professionnelles particulièrement exposées à la petite misère que sont ceux qui ont pour mission de la traiter ou d'en parler pour obtenir des représentations, même si ces regards peuvent être influencés par la fonction, les missions de l'interlocuteur. Il décrit cela comme *«(...) toutes les distorsions liées à la particularité de leur point de vue»*. Les représentations sociales sont aussi dépendantes des stades de désocialisation décrits par Alexandre VEXLIARD (Vexliard, 1957). En effet, lors du processus de désaffiliation, l'individu passe par 4 phases durant lesquelles sa confrontation à la société sont totalement différentes

### Les Quatre Phases de désocialisation selon Alexandre VEXLIARD

Phases de désocialisation	Manifestations	Confrontation à la société
1 /AGRESSION ou Revendication	Demandes / exigences face à son état	Plus revendication violente =plus de rejet Cercle vicieux Agression/Rejet
2/RÉGRESSION ou Dépréciation Compréhension de la phase 1 auto-condamnation	L'individu ne désigne plus la société comme coupable mais sa propre personne risque suicide /dépendance	Suite de TS, phase prise de toxiques / dépendances
3/FIXATION ou Acceptation (individu accepte sa position en marge)	Apparente résignation	Réinsertion impossible =individu convaincu d'être à la bonne place
4/ABANDON	Le sujet devient une victime	L'institution doit aller à la rencontre pour secourir

### **1.1.2/Perception de la précarité par le précaire**

Comme l'évoquent Xavier EMMANUELLI et Clémentine FREMONTIER, (Emmanuelli & Frémontier, 2004.), « *plus on est atteint par le processus d'exclusion, moins on maîtrise la représentation de sois-même et de l'environnement* », la perte de représentation du corps va jusqu'à l'absence de manifestations liées à la douleur et l'absence de plainte ou de demande est une caractéristique récurrente chez ces personnes précaires, la conséquence de « l'absence d'existence dans le regard de l'autre » est souvent rapportée comme élément causal d'absence d'existence de son propre corps pour l'individu exclu. De même, la perte des repères dans le temps est fréquente, comme pour certains patients suivis en psychiatrie pour qui, seul le temps présent existe, sans inscription dans une continuité, une histoire, une évolution et donc un « progrès ». Xavier EMMANUELLI décrit cette impossibilité à s'inscrire dans un projet de prise en charge en partie parce que l'individu ne peut s'astreindre à des rendez-vous ni dans le temps ni dans l'espace, en raison de l'absence de maîtrise de ces deux éléments.

En conclusion, on retiendra que la précarité ne caractérise pas une « catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique social et familial », comme le souligne Mme POPA ROMBEAU dans son travail à la Haute École de Santé Publique (Popa Rombeau, 1998.). Ce constat est celui du Haut Conseil de la Santé Publique en 1998 (Haut Conseil de la Santé Publique, 1998) . On retiendra aussi que la perte du capital social et de la représentation sociétale fait que l'individu n'établit plus de relations par perte de sens et perd progressivement la représentation de lui-même.

## **1.2/ La prise en charge de la Précarité**

### **1.2.1-La prise en charge de la précarité : évolution**

Comme le décrit Mélanie PESSEL NOBREGA (Revue Soins Mai 2011), l'évolution du « Care à la sollicitude » a induit de multiples évolutions dans la conception même du soin. « *Au Moyen Age, le soin se distingue de la médecine : d'un côté la médecine qui guérit les malades selon l'héritage d'Hippocrate, de l'autre ceux qui par une démarche religieuse de charité apportent des soins à des pauvres, jusqu'au 17<sup>e</sup> siècle, c'est le pauvre et non le malade qui fait l'objet de soins* ». Par la suite, la médecine du 19<sup>e</sup> siècle se focalise sur la

*maladie, les professions soignantes « soignent », cherchant à se « libérer de l'héritage religieux », le social acquiert son autonomie (diplôme Assistant Social créé en 1932), les soignants réfléchissent sur le « care » (à la fois guérir et prendre soin littéralement) (Walter HESBEEN, Marie Françoise COLLIÈRE). Même si le changement de paradigme lié à l'évolution des techniques et des hôpitaux a fait que certains « précaires » se sont retrouvés pris en charge par des associations, le contexte économique, la fin des « trente glorieuses », la répétition des crises économiques a fait qu'une partie de la population qui aurait pu être accompagnée face à ces fragilités s'est retrouvé sans « place ». Xavier EMMANUELLI décrit quant à lui le parallèle avec l'évolution de l'hôpital, certaines personnes devant changer d'« aidant » car « la loi du 7 août 1851 distingue l'hôpital de l'hospice, (...) la séparation du sanitaire et du social initiée par la loi du 31 décembre 1970 relative à la réforme hospitalière » scinde les prises en charge. L'hôpital devient alors uniquement un établissement de santé qui n'a plus vocation à accueillir ou héberger, il « soigne ». De plus la « précarité » est devenue polymorphe, elle ne correspond plus à celle du « clochard ». Ainsi, des travailleurs qui « faute de contrat pérenne ou revenus suffisants se sont retrouvés en centre d'hébergement, ayant parfois besoin de services charnières entre l'hospitalisation et les centres de santé municipaux » comme le décrit Jacques HASSIN (médecin chef de service du pôle médecine sociale de Nanterre dans la revue SOINS-n°29).*

Progressivement, à la fin des années 90, la prise de conscience d'une souffrance psychique importante et spécifique, la meilleure connaissance de ces parcours de vie aux successives ruptures, les dépistages tardifs, les suivis aléatoires et observances complexes mais aussi la prise de conscience des coûts induits par cette clinique a conduit à la mise en place de réseaux, fonctionnels et opérationnels entre le secteur médical et les structures sociales et médico-sociales.

Comme le rappellent Monsieur POUPIN et le Dr CHAVAGNAT dans le projet d'EMPP de la Vienne en décembre 2007, « Le comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE) du 6 juillet 2004 a souhaité améliorer les réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité par le développement d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie ». Si depuis la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé cela a été possible grâce aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), les schémas régionaux de psychiatrie. Cette loi, dans son article 67 a renforcé la

*mission sociale des Établissements publics de santé, en ajoutant aux missions du service public hospitalier la lutte contre l'exclusion sociale en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseau.»* Cette priorité est aussi formalisée dans les volets psychiatrie et santé mentale des SROS de troisième génération, les plans psychiatrie et santé mentale (PPSM). De plus, les programmes régionaux de santé publique (PRSP) issus de la loi de santé publique de 2004 et mis en œuvre conjointement par l'État, l'assurance maladie et les collectivités territoriales prennent en compte les difficultés des personnes les plus démunies. Ces préoccupations doivent même exister lors de la sortie du patient pour que ses conditions d'existence permettent la suite du traitement.

### 1.2.2- Textes Réglementaires et de référence

C'est dans une logique d'amélioration à la fois de l'accès aux soins mais aussi d'adaptation de l'offre de soins aux conséquences de la précarité qu'à la fin des années 1990, différents textes et loi permettent de faire face aux difficultés de prise en charge de cette population, prise en charge sociale, médico-sociale et soignante au travers de difficultés comme le repérage, la complexité des soins nécessaires à cette population nommée «précaire», ou «exclue». Ces textes ont été retenus soit parce qu'ils symbolisent une évolution dans la perception, de l'action face à la précarité (comme la loi de 1988 qui aboutit à la création du CNLE, circulaire de 2005 créant les EMPP), soit parce qu'ils constituent un élément éclairant la façon dont on évalue à distance une action (rapport DGOS de 2014). Les textes «supports» de l'analyse sont précisés.

**-loi n°88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion et son article 43-1** qui définit les missions du CNLE réellement installé plus tardivement en 2004 même s'il est l'un des textes importants quant à la précarité, il ne sera pas retenu pour analyse car il n'est pas en lien direct avec la mise en place des EMPP.

**- la Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions** parue au **Journal Officiel de la République Française n°175 du 31 juillet 1998** fait suite au constat d'inégalités persistantes en matière de santé, questionnant la mission sociale de l'hôpital,

notamment en termes d'accès aux soins et lutte contre les exclusions. Elle est une loi-cadre qui stipule l'accès à tous à l'ensemble des droits fondamentaux (la santé mais aussi l'emploi, le logement, la justice, etc.). Cette loi définit les bases d'un accès égal à la santé mais aussi à des actions de soins et de prévention plus spécifiques, tout en prenant compte des pathologies «aggravées» par la précarité. Dans son Chapitre III «Accès aux soins» et plus précisément dans l'Article 67, cette loi précise que *«l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé.»* Les modalités de mise en œuvre (comme le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis), les actions de prévention, d'éducation, de réinsertion, et de suivi y sont déclinées *«Il s'attache à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels.»*

**-Le Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale (CNLE) et plus particulièrement sa première conférence le 6 juillet 2004** nécessitent d'être évoqués. Même s'il ne produit pas directement de loi, le Conseil National de lutte contre la pauvreté et l'exclusion y contribue. Même si la réflexion politique avait commencé en 1988, les éléments factuels de l'organisation du CNLE ont mis bien plus de temps à prendre effet et chronologiquement, même si c'est la loi n°88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion et son article 43-1 qui définit les missions du CNLE, il est d'abord conçu sous la forme d'un comité de suivi et d'évaluation du RMI, Il est chargé d'animer les réflexions sur la coordination des politiques d'insertion au plan national et local, de proposer ou réaliser toutes études sur les phénomènes de pauvreté et de précarité, de faire des propositions sur les problèmes posés par la pauvreté.

Les missions du CNLE sont ensuite précisées par le décret n° 99-216 du 22 mars 1999, *«il assiste de ses avis le Gouvernement de toutes les questions de portée générale qui concernent la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, assure une concertation entre les pouvoirs publics et les associations, organisations et personnalités qualifiées qui agissent dans le domaine de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Enfin, le CNLE peut être consulté par le Premier ministre sur les projets de texte législatif ou réglementaire et sur les programmes d'action relatifs à l'insertion et à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il peut également être saisi pour avis par les membres du Gouvernement dans les*

*domaines qui relèvent de leur compétence. De plus, il peut, de sa propre initiative, proposer aux pouvoirs publics les mesures qui paraissent de nature à améliorer la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Citer cette instance est à la fois important car elle symbolise les préoccupations du «politiques» pour cette problématique.»*

**-La Conférence nationale de prévention et de lutte contre l'exclusion est organisée pour la première fois le 6 juillet 2004.** Cet événement a été préparé conjointement par le CNLE et la Direction Générale de l'Action Sociale (ancienne DISS nommée DGAS par la suite). Les contributions du CNLE ont été élaborées au sein de quatre groupes de travail, placés sous la présidence de membres du CNLE: «Être acteurs ensemble de la lutte contre l'exclusion»; «Droits fondamentaux: accès, exercice, recours»; «Sans abri et territoires»; «Droit au logement». Ce comité aboutit en Avril 2006 à la création d'une «Maison de la cohésion sociale». Ainsi, une réflexion menée par plusieurs conseils consultatifs qui traitent de la pauvreté et de l'exclusion sociale aboutit à la proposition de regrouper dans une structure commune les secrétariats de trois conseils: le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), le Conseil national de l'insertion par l'activité économique (CNIAE) et le Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées (HCLPD). Cette proposition est retenue par le gouvernement lors du Comité interministériel de lutte contre l'exclusion du 6 juillet 2004. La Maison de la cohésion sociale a pour objectif de rapprocher et mutualiser les capacités d'expertise des trois conseils et leurs logistiques respectives, pour développer la cohérence de leurs travaux et les synergies entre les acteurs. Elle a été implantée dans une partie des locaux de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE), rue Saint-Georges à Paris.

**-La 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** précise le contexte de la mise en place de telles équipes.

Pour rappel, l'un des programmes spécifiques du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 visait à favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Il s'agissait d'assurer l'accès aux soins des personnes en exclusion et de prévenir une dégradation de leur état de santé psychique.

Le premier axe d'intervention de ce programme renvoyait à la création des Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité, pour lesquelles un cahier des charges avait été décliné dans une annexe à cette circulaire.

#### **-Plan de Psychiatrie et Santé Mentale 2011/2015**

Le plan de psychiatrie et Santé Mentale s'inscrit dans le cadre du pacte européen qui reconnaît que la santé mentale est un droit de l'homme. Il définit le cadre d'action aux acteurs de lutte contre les troubles psychiques. Dans l'évaluation du dernier plan Psychiatrie et de Santé Mentale 2011-2015, le Haut Conseil de la Santé Publique et en particulier dans la partie «Rendre plus accessibles les soins aux populations qui rencontrent des obstacles supplémentaires pour se faire aider» il est précisé que les personnes en errance dites « sans domicile fixe » ou en situation de très grande précarité nécessitent une adaptation du dispositif (EMPP) (...) *«même si plus de 90 équipes mobiles psychiatrie-précarité, appelées à se développer encore, existent»,* car *«l'errance s'accommode mal des frontières de compétence et de territoires. Souvent, les professionnels initient une rencontre, mais butent sur le phénomène d'errance qui fragilise la personne comme demandeuse de soins, mais aussi sur une relation difficile à établir»*.

**-la Loi de modernisation du système de santé dans son Article 69, art. L. 3221-1 du Code de Santé Publique** (dans le chapitre 1 de l'organisation du système de santé) propose une approche globale de l'organisation des soins en santé mentale montre une volonté assumée du législateur d'identifier et de reconnaître les spécificités de la prise en charge en santé mentale, qui s'accompagne le plus souvent d'une articulation avec d'autres dispositifs d'accompagnement, dans le domaine social, éducatif, judiciaire. On retrouve dans ces dispositions certains concepts désormais inscrits ou explicités formellement dans le nouveau cadre législatif comme l'engagement de collaboration des établissements de santé autorisés en psychiatrie avec les autres acteurs de l'accompagnement, y compris hors du champ sanitaire. Les EMPP étaient déjà inscrites dans cette logique mais cette volonté maintenant inscrite dans la loi d'articulation avec les autres acteurs nécessitait d'être rappelée.

**-Rapport relatif à la santé mentale, de Michel LAFORCADE**, Directeur de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, daté de Octobre 2016. Ce document même s'il paraît chronologiquement après la loi de Modernisation du système de santé a servi à la rédaction de cette dernière. Il permet d'avoir

une vision du contexte et des perspectives actuelles en ce qui concerne la santé mentale et plus particulièrement les orientations et préconisations en ce qui concerne les EMPP.

### **1.3/Création des E.M.P.P.**

Xavier EMMANUELLI, nommé secrétaire d'état auprès du premier ministre Alain JUPPE le 18 mai 1995 est chargé de l'Action humanitaire d'urgence. A sa demande un groupe «psychiatrie et grande exclusion» est réuni sous la direction initiale de Cyril ROGER-LACAN et Catherine PATRIS qui formuleront des proposition au travers un rapport du même nom publié au milieu des années 90 (Roger-Lacan & Patris 1996). Ce rapport effectue surtout un état des lieux et les propositions sont plutôt générales au regard de notre questionnement. En septembre 2003 le « RAPPORT PARQUET» intitulé « Souffrance psychique et exclusion sociale» propose la mise en place d'un réseau santé mentale précarité (RSMP) appuyé par une Équipe Mobile Départementale de Santé Mentale pour Personnes Précarisées (ESMPP). Les co-financements à la mise en place de ce dispositif sont encouragés (contribution de la psychiatrie publique, redéploiement de restructurations hospitalières, contribution du PRAPS ou inclusion dans les réseaux de santé).

#### **1.3.1. Les acteurs et leurs attentes**

##### **1-La population**

Si la volonté que les précaires soient «moins visibles dans la rue» est parfois présente, la crainte d'assimilation ou de glissement vers cette «situation» est souvent rapportée comme dans l'ouvrage de Pierre BOURDIEU (la Misère du Monde ) (Bourdieu, 1993). Il semble important de rappeler comme le fait Xavier EMMANUELLI que le «Quart Monde» provient par analogie de la séparation de notre société en « ordres » et que le «quatrième ordre» était celui des exclus, comme celui du «Tiers État» qui désignait les masses de population, pauvres, lointaines, exploitées.

##### **2-Les politiques**

L'intégration des sans abris pour favoriser son intégration dans la collectivité est une préoccupation du politique avec des expériences comme « Projet chez-soi Montréal » autrement nommées Housing First ou Streets to Home. Mais la prise en compte des problèmes concomitant à la précarité est résumée par les propos du secrétaire d'état lors de la

présentation du rapport PARQUET: «nul ne peut ignorer aujourd'hui l'émergence d'une souffrance psychique invalidante qui touche les personnes en situation de précarité et parallèlement une précarisation croissante des malades mentaux.» De plus, l'impact économique est important: coûts de santé (majoration des durées de séjour en hospitalisation, prise en charge aiguë et non en amont des problèmes de santé), coûts indirects.

### 3-Les institutions

On évoquera ici les institutions du soin et plus généralement de la prise en charge (qu'elle soit sociale, soignante, administrative). Si comme on a pu l'évoquer l'hôpital s'est défait de sa vocation sociale initiale (Xavier Emmanuelli, 2004), son orientation progressivement médicale ne permettait plus la prise en charge de situations mêlant sanitaire et social, les réorientations récentes de «prise en charge globale» sont une attente des différents acteurs mais aussi une crainte car elles s'inscrivent en contradiction avec les objectifs d'efficience fixés à chaque institution. Pour les soignants, certaines fragilités des précaires sont révélées face aux difficultés auxquelles ces derniers sont confrontés ce qui majore l'importance de leur évaluation et de leur prise en charge. Leurs attentes sont aussi confrontées à celles des différents partenaires qui sont parfois différentes.

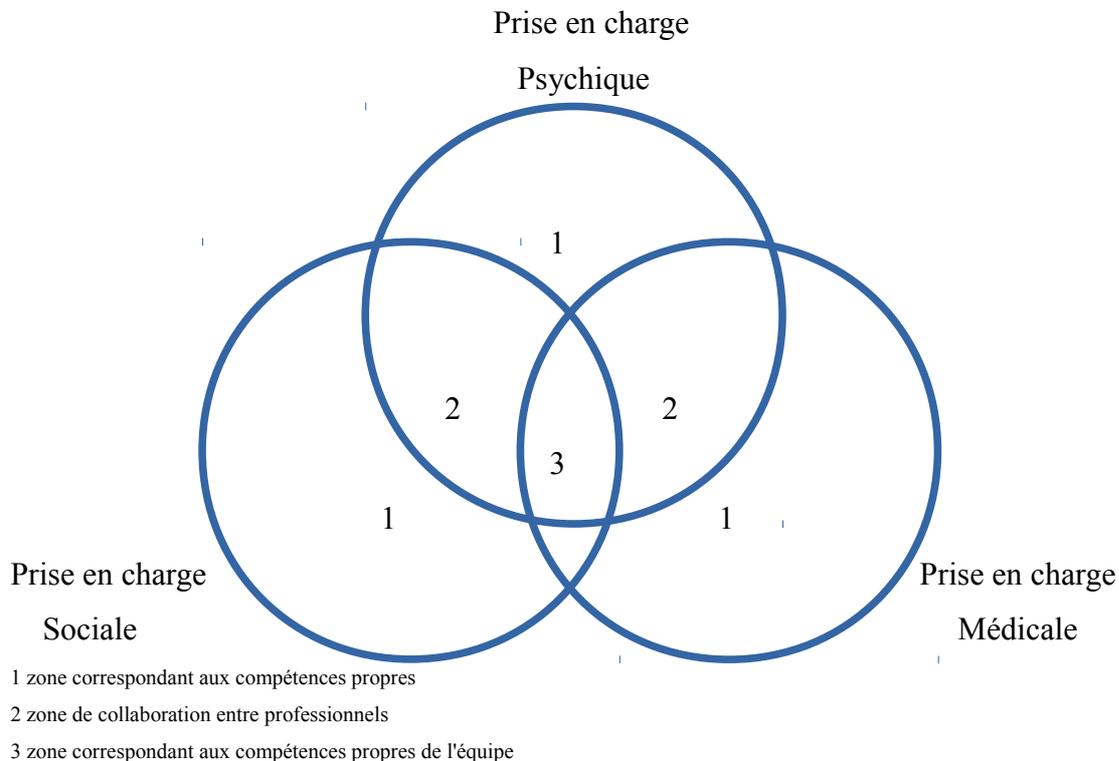


Schéma de la prise en charge globale et délimitation des champs de compétence

#### 4-Les précaires

La situation de pauvreté et de précarité peut provoquer un sentiment de dévalorisation, de mauvaise image de soi, de honte, de mal-être, source de démotivation à s'occuper de sa santé, qu'il s'agisse d'entreprendre des démarches administratives, d'effectuer des soins nécessaires ou de s'inscrire dans une démarche de prévention. Le manque de confiance en soi, le déficit de compétences psychosociales sont aussi de nature à entraver l'entrée dans une démarche de soins.. Des expériences passées mal vécues ou incomprises, l'illisibilité des dispositifs de prévention et de soins donnent une image négative du système de santé et favorisent le développement d'une appréhension vis-à-vis du monde médical et administratif. La peur est souvent citée comme un frein, peur de l'inconnu, peur du regard des autres, peur du dépistage qui pourrait révéler une pathologie à laquelle il serait difficile de faire face, peur des effets secondaires des traitements. Les attentes exprimées des précaires peuvent donc être relativement réduites au regard de cette clinique particulière.

Enfin, comme le souligne Jacques HASSIN (médecin chef de service du pôle médecine sociale du Centre Hospitalier de Nanterre en 2011 dans la revue Soins, quand il décrit la nécessaire création de réseaux entre médical et social, la multiplicité des acteurs concernés *«ici, peut-être plus qu'ailleurs c'est de l'homme et de sa dignité dont il s'agit»*.

#### **1.3.2-Face à ces demandes: Mise en place des EMPP**

Comme on a pu le décrire au travers de différentes chronologies: celle des connaissances quant à la typologie des publics, la spécificité des prises en charges mais aussi celle du «politique» au travers différents rapports mais aussi instances ont permis de façon étalée dans le temps la création des EMPP.

C'est la 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 qui crée les EMPP et en fixe les objectifs, les modalités pratiques au travers d'une annexe à cette circulaire. Les Missions des EMPP sont décrites dans cette circulaire: entre soins et prévention, elles sont les suivantes:

1) Aller au devant des publics en souffrance en fonction de l'expression de leurs besoins

- 2) Assurer une mission d'interface entre ces publics et les structures psychiatriques, en particulier les Centres Médico-Psychologiques (CMP).
- 3) Assurer une mission d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sociales et sanitaires intervenant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion.
- 4) Assurer un soutien aux intervenants de 1ère ligne,
- 5) Assurer une prise en charge coordonnée des personnes en situation d'exclusion et/ou de marginalité, en milieu hospitalier.

### 1.3.3 Évaluation de ces dispositifs

Depuis cette circulaire fondatrice de 2005 des EMPP en France, un large audit a été réalisé en 2014 (Rapport DGOS Itinere, 2014. en Annexe 2) , cette consultation de la majeure partie des EMPP (74 sur 118) visait à faire un état des lieux de l'existant. On constate une grande hétérogénéité des EMPP, en résumé:

- En ce qui concerne leur composition: l'effectif moyen est de 3,72 ETP par équipe. Dans la plupart des cas, l'équipe mobile est composée au moins d'un infirmier (93 %) et/ou d'un psychiatre (90 %) et/ou d'un psychologue (78 %). Un cadre de santé est présent dans un peu plus d'un cas sur deux, tout comme, dans une moindre mesure, le secrétariat. Les fonctions sociales ne sont pas majoritairement présentes. Cumulées, les fonctions d'assistant social, d'éducateur ou d'assistant socio-éducatif sont présentes dans moins de la moitié des équipes.
- Concernant la zone d'intervention des EMPP, un peu plus de la moitié des EMPP sont localisées dans des territoires urbains (51 %), 40 % exercent sur des territoires mixtes (urbain et rural) tandis que 6 EMPP seulement sont implantées dans des zones rurales.
- Les publics prioritaires des EMPP sont les personnes en institutions sociales et les grands désocialisés. Cela s'explique du fait de partenariats noués principalement avec des CHRS. Les équipes accompagnent de manière moins fréquente d'autres publics.
- Les EMPP interviennent dans de nombreux lieux 25 lieux différents en moyenne par EMPP en 2014 contre 18 en 2011
- inadéquation entre moyens humains et cahier des charges (souvent lié à insuffisance d'encadrement médical et absence de secrétariat)
- les actions quant à elles sont relativement homogènes (entretiens, soutien aux professionnels)

**DEUXIÈME PARTIE :**  
**DE LA PROBLÉMATIQUE AUX HYPOTHÈSES :LES LIENS ENTRE LES TEXTES**  
**ET LA MISE EN PLACE SUR LE TERRAIN**  
**PRÉSENTATION DE LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE**

Comme nous avons tenté de le montrer, la précarité est multiple, elle est différente en milieu rural et en milieu urbain. Les attentes ne sont pas totalement identiques en fonction d'où on se situe (population, politique). Elle est également différente en fonction du regard que l'on porte sur la manière de la traiter. Certains veulent tenter de la prévenir, d'autres souhaitent plutôt soulager ceux qui la vivent mais avec peu d'espoir de «guérison».

## **2.1 De la problématique aux hypothèses: liens entre textes et mise place des E.M.P.P.**

L'ensemble de ces constats suscite de nombreux questionnements et même si l'objet de l'étude ne les concerne pas tous, il semble important de les évoquer:

- Qu'est-ce qui justifie que les moyens mis en œuvre varient d'un département à l'autre, d'une région à l'autre?
- Qu'est-ce qui amène à un respect de l'hétérogénéité des organisations, des pratiques ou à leur uniformisation?
- Est-ce lié à la spécificité locale de la population?
- Est-ce lié à la spécificité de l'organisation de la psychiatrie dans le département concerné?
- Y-a-t il dans ce contexte des différences d'orientation entre soin (curatif) et prévention?
- Un modèle unique d'EMPP permet-il de répondre à toutes les précarités?

Il semble que selon où l'on se situe la précarité ait des impacts multiples: psychiques, humains, éthiques, économiques, politiques. Les textes réglementaires ont montré le nombre importants d'implications sociétales et ont pointé la nécessité de mettre en place des dispositifs spécifiques pour précaires. Face à cette réponse «organisationnelle», l'évaluation a montré que la plupart du temps les organisations sont différentes. C'est cette question de l'hétérogénéité qui retient notre attention et oriente le questionnement vers la problématique suivante:

### **PROBLÉMATIQUE**

En quoi la construction des Équipes Mobiles de Psychiatrie Précarité est un compromis entre les attentes des acteurs impliqués?

### **HYPOTHÈSES**

1/ En fonction de sa vision de la précarité une EMPP adopte un mode d'organisation

2/ Chaque E.M.P.P. s'adapte à un contexte local

## **2.2.Méthodologie de la Recherche**

### **2.2.1. Les supports**

Pour explorer ces hypothèses, nous avons travaillé sur l'analyse des contenus de trois grands types de supports que sont: les textes réglementaires, les projets initiaux de trois EMPP, les rapports d'activité de ces trois EMPP.

### **2.2.2 Les EMPP explorées**

#### Pourquoi ces trois EMPP ?

La question du choix des EMPP supports de l'étude a été évoqué avec les personnes encadrant ce travail . Au final, il semblait plus cohérent de retenir deux EMPP dépendantes d'une même ARS mais avec des modes de fonctionnements différents et une troisième relevant d'une autre ARS. Le choix s'est donc porté sur l' EMPP du Département de la Vienne et l'EMPP d'Angoulême, toutes les deux en Nouvelle Aquitaine. L'une intervient sur tout le département, l'autre est plus urbaine ; la première est composée uniquement de psychologues et l'autre principalement d'infirmiers. La troisième EMPP est celle d'Indre et Loire (ARS Centre).

La question de la population de ces différents terrains nécessite d'être explorée. La précarité est la conjonction de multiples éléments dont certains sont mesurables. Ainsi, le tableau page 29 compare les éléments suivants: revenus, logements, tissus économiques des trois terrains considérés.

La question de la «précarité» et de sa répartition sur le territoire est quant à elle longuement développée par Frédéric BERTAUX et Nicolas BOUDROT (Insee Analyse, 2015). Leur analyse montre que la précarité est majorée dans l'espace rural isolé et que ce constat est relativement similaire sur les différents départements du Poitou Charentes.

Le tableau suivant (page 30) compare les trois EMPP retenues et permet une synthèse descriptive de leur organisation, leur composition, leur mode de fonctionnement mais aussi leur histoire (date de création, publics cibles notamment).

	Charente (16)	Vienne (86)	Indre-et-Loire	Métropole (1)
Population				
Population en 2014	353853	433203	603924	64027958
Densité de la population (nombre d'habitants au km <sup>2</sup> ) en 2014	59,4	62	98,6	117,7
Superficie (en km <sup>2</sup> )	5956	6990,4	6126,7	543939,9
Variation de la population : taux annuel moyen entre 2009 et 2014, en %	0,1	0,3	0,5	0,5
dont variation due au solde naturel : taux annuel moyen entre 2009 et 2014, en %	-0,1	0,2	0,3	0,4
dont variation due au solde apparent des entrées sorties : taux annuel moyen entre 2009 et 2014, en %	0,2	0,2	0,3	0,1
Nombre de ménages en 2014	161762	198755	273348	28044628

Sources : Insee, RP2009 et RP2014 exploitations principales en géographie au 01/01/2016

Naissances domiciliées en 2015	3272	4461	6458	758341
Décès domiciliés en 2015	4157	4185	5575	579463

Source : Insee, état civil en géographie au 01/01/2016

	Charente (16)	Vienne (86)	Indre-et-Loire	Métropole (1)
Logement				
Nombre total de logements en 2014	193481	233865	311772	33943137
Part des résidences principales en 2014, en %	83,6	85	87,7	82,6
Part des résidences secondaires (y compris les logements occasionnels) en 2014, en %	6,1	5,5	4,4	9,6
Part des logements vacants en 2014, en %	10,3	9,5	7,9	7,8
Part des ménages propriétaires de leur résidence principale en 2014, en %	66,7	61,8	59,1	57,8

Source : Insee, RP2014 exploitation principale en géographie au 01/01/2016

	Charente (16)	Vienne (86)	Indre-et-Loire	Métropole (1)
Revenus				
Nombre de ménages fiscaux en 2013	154494	182762	257369	26738826
Part des ménages fiscaux imposés en 2013, en %	52,1	54	58,2	58,2
Médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2013, en euros	19265,3	19654	20402,7	20184,5
Taux de pauvreté en 2013, en %	14,8	13,4	11,7	14,5

Avertissement : Pour des raisons de secret statistique, certains indicateurs peuvent ne pas être renseignés.

Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal en géographie au 01/01/2014

	Charente (16)	Vienne (86)	Indre-et-Loire	Métropole (1)
Emploi - Chômage				
Emploi total (salarié et non salarié) au lieu de travail en 2014	141455	171784	242691	25747176
dont part de l'emploi salarié au lieu de travail en 2014, en %	85	87,5	87,9	87
Variation de l'emploi total au lieu de travail : taux annuel moyen entre 2009 et 2014, en %	-0,1	-0,2	-0,0	0
Taux d'activité des 15 à 64 ans en 2014	74,1	72,5	73,7	73,6
Taux de chômage des 15 à 64 ans en 2014	13,9	12,6	12,6	13,5

Sources : Insee, RP2009 et RP2014 exploitations principales en géographie au 01/01/2016

	Charente (16)	Vienne (86)	Indre-et-Loire	Métropole (1)
Établissements				
Nombre d'établissements actifs au 31 décembre 2014	35042	37565	52530	6370365
Part de l'agriculture, en %	14,4	11,2	7,8	6,4
Part de l'industrie, en %	7,2	6,4	5,7	5,2
Part de la construction, en %	10,5	9,2	9,6	10,1
Part du commerce, transports et services divers, en %	55,4	60	62,1	64,7
dont commerce et réparation automobile, en %	16,9	15,5	16,3	16
Part de l'administration publique, enseignement, santé et action sociale, en %	12,5	13,2	14,7	13,6
Part des établissements de 1 à 9 salariés, en %	25,2	23,5	24,3	23,2
Part des établissements de 10 salariés ou plus, en %	5,9	6,4	6,7	5,8

Champ : ensemble des activités

Source : Insee, CLAP (connaissance locale de l'appareil productif) en géographie au 01/01/2014

Tableau de Synthèse -Organisation/fonctionnement- EMPP  
Vienne, Charente Indre et Loire

	EMPP de la Vienne	EMPP de la Charente	EMPPE 37
<b>Historique</b>	Création 2006 pour jeunes puis EMPP 2008	Rattachée à «Lieu-dit» depuis mars 2008	Décembre 2007
<b>Personnels (en ETP)</b> -médical -Infirmiers -psychologue -assistante sociale -cadre de santé -cadre supérieur santé -secrétaire	0,2 0 5 (2ARS) 0 0,23 0,1 0,5	0,1 3 (dont 1 PASS PSY) 0 0,8 0,25	0,5 et 0,2 PASS PSY 3 -- 0,5 (+1PASS PSY) 1CDS (0,2) 0,8 (0,2pass psy et 0,2 pass mco)
<b>Publics cibles</b>  nb de personnes -objectif fixé  -réalisé	b RSA/ jeunes  110 b RSA et 165 (275) 343	Démunis / exclus / en rupture de soins  --  121 (en 2016)	Démunis / exclus / en rupture de soins  -- 163 (2014) 325 (2016)
<b>Lieux interventions</b> nombre	126 lieux	32	13 types (pas de nb par typologie au regard du rapport d'activité)
<b>Modalités interventions et lieux d'interventions</b>	Pas de Maraudes Pas aux Urgences Hôpital Pas en CMP MDS MLI CCAS ADAPGV vocation départementale intervient dans antennes rurales	Vocation départementale PASS lien avec UAOC	Maraudes Urgences Hôpital PASS CHU en Psychiatrie Hosp et CMP Libéraux Pharmacies structures urgences sociales CHRS UDAF CCAS Secours Catholique Entretiens avec Prof.
<b>Financements</b>	ARS / CD /FSE (Fondation France et CR en 2015/2016)	ARS	ARS
<b>Suivi Action</b> -rapport activités -statut patient -Comité technique / Comité de pilotage Autres	non	oui	oui
<b>Audit</b> (dernière date)	Décembre 2016 (ARS)	2016	--
<b>Remarques / Observations</b>		1/3 personnes rencontrées en 2016 : étrangers	

### 2.2.3. La Méthode

La méthodologie utilisée (analyse de contenu) permet par l'identification d'unités de sens puis le regroupement en thèmes puis sous-thèmes de donner du sens (pas forcément apparent à la première lecture) à un discours retranscrit mot à mot. Si le plus souvent, cet outil est utilisé pour analyser le contenu d'un discours oral, lors des différents enseignements reçus durant ce Master 2 Santé Publique Promotion de la Santé et suite aux échanges avec Madame GUILLAUMAIN et Monsieur RENIER (Enseignement de Méthodologie de recherche M2 SPPS), la possibilité d'utilisation de cet outil pour des textes de loi nous est apparue pertinente. Après de multiples échanges avec Monsieur le Professeur RUSCH, l'extension de ce mode d'analyse aux projets et aux rapport d'activité des unités ou équipes concernées en parallèles des textes originaux fixant les orientations devraient éclairer le questionnement initial quant aux divergences ou convergences entre les différents protagonistes de la problématique.

L'outil utilisé «Tropes» est un logiciel d'analyse sémantique ou de fouille de textes créé en 1994 par Pierre MOLETTE et Agnès LANDRE, sur la base des travaux de Rodolphe GHIGLIONE (psychologue français qui fut le fondateur et le directeur du Groupe de Recherche sur la Parole (GRP) du laboratoire de recherche en psychologie sociale de l'Université Paris VIII. Pour rappel et comme le décrivent les concepteurs du logiciel *«Chaque texte, qu'il s'agisse d'un article, d'un ouvrage, d'un discours, etc. contient quelques phrases clés correspondant aux idées qui constituent son ossature, son squelette. Le problème dès lors est - hors de toute interprétation préalable - d'atteindre ce(s) noyau(x) du texte qui contiennent l'essentiel du sens.»* Ainsi, un texte est composé d'Univers dans lesquels des acteurs font, sont ou disent avec d'autres acteurs des choses diverses(...) ces Univers, qui ont tous un format propositionnel - n'ont pas la même importance dans la structuration du texte. Certains de ces Univers, en nombre faible, sont des fondements du texte, au sens où si on les retirait, « l'édifice textuel » s'écroulerait, et le sens serait perdu. L'analyse de contenus explore à la fois, quels sont les principaux acteurs à l'œuvre dans le texte, quelle est la structure des relations qui les lient et quelle est la hiérarchie de ces relations et leur évolution. Cet outil tente aussi de rendre neutre la position de celui qui explore les textes et c'est ce moyen d'écarter tout ou partie de «subjectivité» qui m'a intéressé dans cette méthodologie.

Des éléments généraux du textes sont analysés:

**-style et mise en scène**

extrait du manuel de Tropes:

Les Le logiciel effectue un diagnostic du **style** général du texte et de sa **mise en scène** verbale, en fonction des indicateurs statistiques récupérés au cours de l'analyse.

Les Les **styles** possibles sont les suivants :

Style :	Explication :
Argumentatif	le sujet s'engage, argumente, explique ou critique pour essayer de persuader l'interlocuteur
Narratif	un narrateur expose une succession d'événements, qui se déroulent à un moment donné, en un certain lieu
Enonciatif	le locuteur et l'interlocuteur établissent un rapport d'influence, révèlent leurs points de vue
Descriptif	un narrateur décrit, identifie ou classe quelque chose ou quelqu'un

Les **mis en scène** verbales possibles sont les suivantes :

Mise en scène :	La mise en scène s'exprime à travers :
Dynamique, action	des verbes d'action
Ancrée dans le réel	des verbes de la famille d'être et avoir
Prise en charge par le narrateur	des verbes qui permettent de réaliser une déclaration sur un état, une action, ...
Prise en charge à l'aide du « Je »	de nombreux pronoms à la première personne du singulier (« je », « moi », « me », ...)

Les Univers de référence des mots du texte sont aussi explorés . Du texte sont extraits différents Univers, précédés d'un compteur indiquant le nombre de mots pour chaque «univers» il s'agit du nombre d'occurrences qu'il contient. Seuls les Univers significatifs sont affichés.Les Univers de référence représentent le contexte. Ils regroupent, dans des classes d'équivalents, les principaux substantifs du texte analysés. Le logiciel détecte les Univers de référence en utilisant deux niveaux de représentation du contexte (Univers de référence 1 et 2).Il s'agit

-des substantifs ( mot ou groupe de mots qui désignent un être, une chose, une idée)

-des références du Contexte Général (Univers de référence 1 précédemment cité)

-des références du Contexte Détaillé (Univers de référence 2 précédemment cité)

Au regard de la fréquence des termes employés, il semble que les 10 premiers items soient les plus représentatifs des unités de sens les plus utilisées dans les textes analysés. Les 10 unités de sens du Contexte les plus utilisées ont ensuite été différenciées en pourcentage pour retranscrire l'écart entre une utilisation très fréquente ou non.

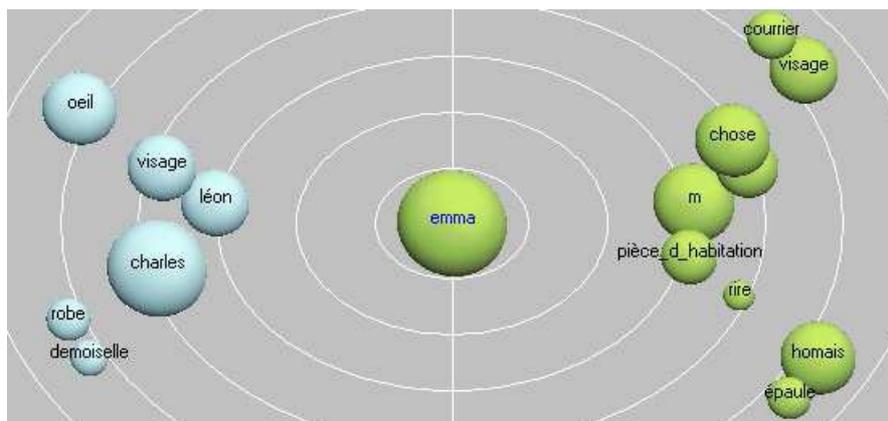
-les **verbes les plus utilisés** et les **adjectifs les plus utilisés** sont deux catégories affichées par fréquence décroissante. Ils sont inscrits en ordre décroissant selon le compteur du nombre de mots(occurrences) trouvés, les 5 premiers sont retenus pour faciliter la lecture mais aussi parce que le nombre d'occurrences chute rapidement après ces 5 premiers

-les **Références Utilisées** affichent les références regroupées par classe, cet item répond à la question: «Sur quoi porte ce texte ?».

Les couleurs ne sont utilisées que pour mieux identifier des thématiques récurrentes (exemple: santé en Rouge, Lieu en violet...)

Ensuite seront étudiées les relations entre les occurrences

Après un tableau de synthèse, **les graphes en aires** seront utilisés, pour exemple :



Chaque référence est représentée par une sphère dont la surface est proportionnelle au nombre de mots qu'elle contient. Dans l'exemple ci-dessus, on voit qu'Emma et Charles ont des fréquences d'occurrence comparables. Alors que « robe » et « demoiselle » ont une fréquence beaucoup plus faible. La distance entre la classe centrale et les autres classes est proportionnelle au nombre de relations qui les lient : autrement dit, lorsque deux classes sont proches du centre elles possèdent beaucoup de relations en commun. Dans l'exemple ci-dessus, on voit que Léon est un peu plus souvent associé à Emma que Charles. Les graphes en

aires et en étoile sont orientés : les éléments affichées à gauche de la classe centrale sont ses prédécesseurs, ceux qui sont placés à droite sont ses successeurs. Dans l'exemple ci-dessus, on voit qu'on parle de Charles avant Emma. Pour reprendre la métaphore de système planétaire utilisée pour ce graphe, disons qu'autour d'une planète centrale (classe d'équivalent) gravitent d'autres planètes (classes d'équivalent qui ont des relations avec la classe centrale) qui sont plus ou moins proches du centre (fréquemment utilisées ensemble) et sont plus ou moins grosses (en fonction du nombre d'occurrences de mots qu'elles contiennent).

### **Quelle finalité ?**

L'utilisation de Tropes devrait nous permettre de mettre en évidence les liens ou les différences notables entre le législateur, l'évaluateur mais aussi les similitudes (ou non) entre ce qui était souhaité par le responsable du projet et les « tutelles » qui au final ont validé les projets et ce qui a été effectivement mis en place.

Si initialement l'ARS devait être sollicitée au travers d'entretiens, l'actualité de l'EMPP 86 n'a pas permis cette exploration. (Actualité trop «aiguë» en ce qui concerne la modification du projet même de l'Unité par l'un de ses financeurs: l'ARS).

Enfin, par le choix même des unités de sens, des mots et des adjectifs, nous chercherons à montrer si les objectifs généraux sont identiques, si chaque EMPP parle le même langage et en quoi cette composante est liée ou non avec l'organisation qui a été retenue. Les graphes en aires quant à eux devraient nous permettre, au-delà même d'une unité de sens identique, de comprendre ce que chaque EMPP met comme lien avec cette unité de sens. On pourra distinguer quelle priorité et quelle chronologie est liée à une unité de sens.

### **Pourquoi Tropes et l'analyse de contenu ?**

Le choix de l'analyse de contenu et non la comparaison d'indicateurs doit être expliqué. En effet, la comparaison d'éléments sémantiques semble plus adaptée à une comparaison d'organisations, de modes de fonctionnement et de projets qu'une simple comparaison de tableaux de bord d'activité (avec par exemple le simple nombre de personnes vues). De même les verbes ont été privilégiés car ils permettent de transcrire les actions et les substantifs les idées.

**TROISIÈME PARTIE:RÉSULTATS**

## TROISIÈME PARTIE :RÉSULTATS

### **3.1/ Analyse des textes réglementaires et documents de référence (Annexe N°3)**

#### **3.1.1Le Choix des textes supports de l'étude**

Le choix des textes s'est fait sur soit leur capacité à cibler le thème étudié soit comme initiateur de cette mise en œuvre. La loi de Modernisation du système de santé n'étant pas spécifique il n'est pas «comparé» aux autres mais comme le Rapport LAFORCADE il donne une représentation des perspectives de la politique de santé et c'est dans ce cadre qu'il a été retenu. Cette analyse de contenu concerne 5 documents que sont (par ordre d'analyse dans le tableau récapitulatif joint):

#### Les Textes fondateurs

1-la Loi relative à la lutte contre les exclusions (29 juillet 1998)

-la partie consacrée à l'accès aux soins de cette loi (Chapitre 3 et deuxième colonne du tableau)

2-la Circulaire DHOS/02/DGS/6C/DGAS/1A/1B n°2005-521 du 23 Novembre 2005 qui constitue l'acte créateur des EMPP en France

-l'annexe à la circulaire de 2005 qui concerne le cahier des charges techniques et donc l'aspect «pratique» de la création des équipes mobiles de psychiatrie précarité destinées à favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion

#### L'Évaluation

3-le document issu de l'audit des EMPP réalisé par Itinere Conseil en Avril 2015 à la demande de la DGOS intitulé «Évaluation des EMPP» Note de Synthèse (colonne grise dans le tableau)

#### Les Perspectives

4-Le Rapport Relatif à la Santé Mentale de Michel LAFORCADE de Octobre 2016 qui a servi de support notamment à l'élaboration de la loi de santé du 27 janvier 2016 et qui donne les orientations de la psychiatrie.

5-La loi de Modernisation du système de santé du 27 janvier 2016

### **3.1.2. Commentaires du tableau récapitulatif des textes de référence -ANNEXE 3**

#### Contexte Général:

-la «santé» est l'occurrence la plus retrouvée

#### Contexte Détaillé

-l'occurrence «Santé» est systématique (sauf dans le texte de lutte contre l'exclusion, plus spécifique et multiple dans les champs d'action

-la présence de «Droit» est fréquente

-la notion de «Temps» se situe entre la cinquième et la dixième occurrence

-«organisation» est dans chaque texte

#### Les verbes :

-le verbe pouvoir est commun à tous les textes,

-le verbe «devoir» n'est pas dans la loi de santé, presque dans tous les autres textes

#### Les adjectifs

-adjectif social présents sauf dans la loi de modernisation du système de santé

#### Les Références Utilisées

-elles sont en cohérence avec les principales remarques précédemment énoncées

Tableau de synthèse de l'analyse des Textes fondateurs Notions retrouvées (par ordre décroissant) (en <b>gras</b> les occurrences exactes retrouvées dans les textes)			
Thèmes communs retrouvés	<b>Soins et Santé</b> <b>Personne</b> <b>Exclusion (pas dans évaluation)</b> <b>Action</b> <b>Organisation et Lieu</b>		
Thèmes spécifiques Remarques (aspect général du texte-références utilisées)	Loi relative lutte/exclusion 1998 (accès soins plus particulièrement)  <b>Prévention</b> <b>État</b>	Circulaire 23 nov 2005 création EMPP  <b>Équipe</b> <b>Précarité (et non exclusion)</b>	Évaluation Audit Itinere  <b>Réponse</b> <b>Partenariat</b> <b>Estimation</b>

Le rapport LAFORCADE ainsi que la loi de Santé ne font pas parties de ce tableau au regard des thèmes généraux abordés sans qu'une partie soit spécifiquement dédiée à la précarité, l'exclusion ou sa prise en charge spécifiquement. En effet si l'accès au soin par exemple est abordé, la loi envisage dans différents articles son amélioration et cela avec différents outils. Pour la loi de santé, la personne, l'organisation, l'information sont systématiquement retrouvés avec les notions de territoire et établissement également. Quel que soit le filtre utilisé, l'homogénéité des occurrences est importante. Plus spécifique, le Rapport LAFORCADE y ajoute le secteur, la médecine et l'enseignement.

### **3.2/Analyse comparative des EMPP**

#### **-Analyse comparative des projets ANNEXE 4**

##### Substantifs :

- pas homogénéité et peu de points communs en ce qui concerne la hiérarchisation des occurrences même si «la personne» est retrouvée prioritairement
- la personne au centre sous différentes formes pour l'EMPP 86 (âge, sexe dans projet complet, personne dans projet hors références à l'antériorité)
- l'Équipe pour l'EMPP 16 puis les structures de l'hôpital et l'hôpital ensuite (4 items sur 10)
- La PASS et la personne pour l'EMPPE 37

##### Contexte Général:

- la «santé» est l'occurrence systématiquement retrouvée
- viennent ensuite les notions d'organisation, de temps, celle de «gens» également présentes mais à des niveaux d'importance différents

##### Contexte Détaillé

- notion de temps présente pour 2 équipes (pas pour celle de Charente)

##### Les verbes

##### Les adjectifs

##### Les Références Utilisées

**Éléments communs ou spécifiques pour chaque EMPP Analyse des Projets(Annexe 4):**

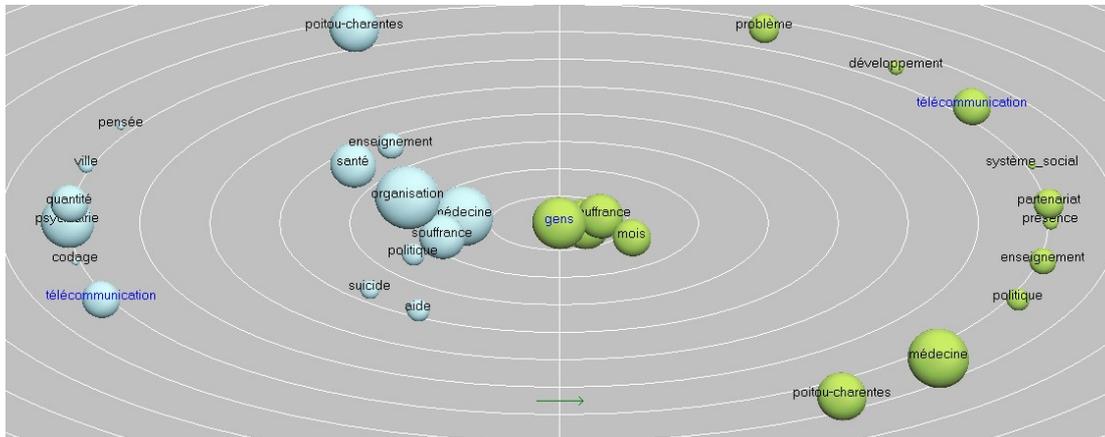
Tableau de synthèse de l'analyse des projets des EMPP Notions retrouvées (par ordre décroissant) (en <b>gras</b> les occurrences exactes)			
Thèmes systématiquement retrouvés et communs aux trois projets	<p><b>Santé</b> systématiquement retrouvé en référence prioritaire du contexte général</p> <p><b>Gens et Équipe</b> systématiquement retrouvés dans références utilisées</p> <p>la notion de <b>Droit</b> n'est pas retrouvée (comme dans les textes de référence)</p> <p>le <b>Temps</b> très présent pour 2 équipes sur trois</p> <p>L'<b>organisation</b> présente pour les trois structures (dans les 5 premiers items du contexte général.)</p>		
	EMPP 86	EMPP 16	EMPE 37
Thèmes spécifiques à chaque Projet	<p><b>- Personne</b></p> <p><b>-Insertion Professionnelle</b></p> <p><b>-demande et orientateur (conseiller)</b></p> <p><b>-Emploi</b></p>	<p><b>-Structures (hôpital/secteur)</b></p> <p>-Notion de <b>Lien</b></p> <p>-ensuite <b>Personne</b></p> <p><b>Mobilité</b></p> <p><b>-Emploi arrive plus tardivement</b></p>	<p>-Notion de <b>PASS</b></p> <p><b>-Personne</b></p> <p><b>-Organisation</b></p>
Remarques (aspect général du texte- références utilisées)	<p>Notions de <b>travail</b>(embauche/conseiller) dans projet général</p> <p>Notions <b>exclusion souffranceInstabilité</b> dans projet sans partie bilan de l'existant</p>	<p>Notions <b>-institutions</b></p> <p><b>-équipe</b></p> <p><b>-situation</b></p>	<p>Notions <b>-PASS</b></p> <p><b>-Gens</b></p> <p><b>-dispositif</b></p> <p><b>-partenaires</b></p>

- L'occurrence« EMPLOI » est présente dans les 4 premières analyses pour l'EMPP86 (partie du projet (réinsertion), il est présent en 9ème occurrence pour l'EMPP16 : cette orientation avec la nécessité de renforcer les partenariats avec les travailleurs sociaux des MDS a été énoncée par le cadre de l'EMPP16.

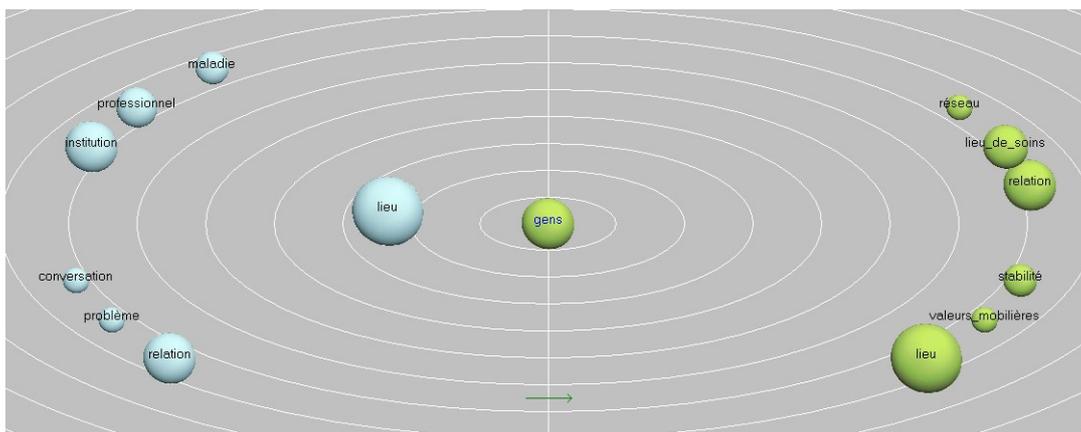


Alors que la santé est une occurrence commune aux trois projets, si on la place au centre pour explorer ses liens avec les autres unités de sens, on découvre que l'emploi est un élément en amont de la santé et est important (nombre d'occurrences et liens) pour l'EMPP 86, il est inexistant pour l'EMPP16, mais numériquement faible pour l'EMPPE 37.

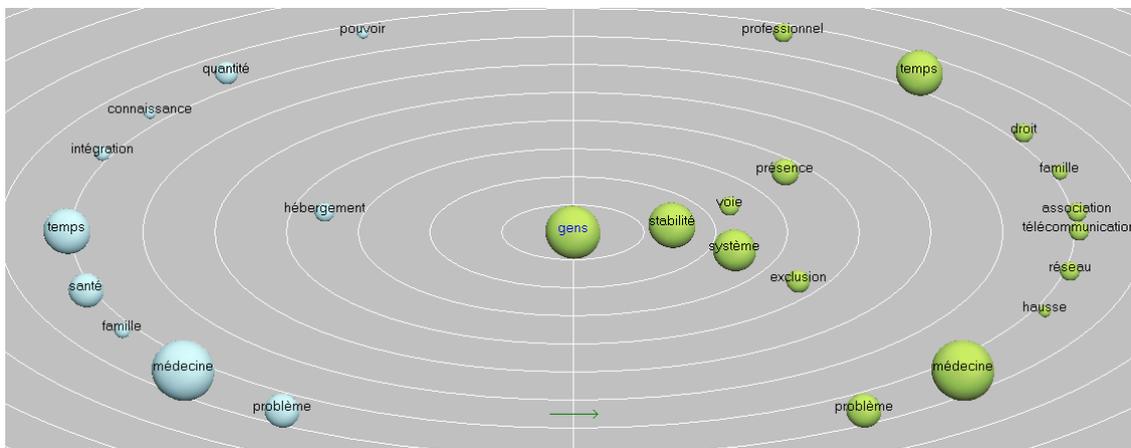
**Lien entre « Gens » et autres occurrences dans le projet EMPP 86**



**Lien entre « Gens » et autres occurrences dans le projet EMPP 16**

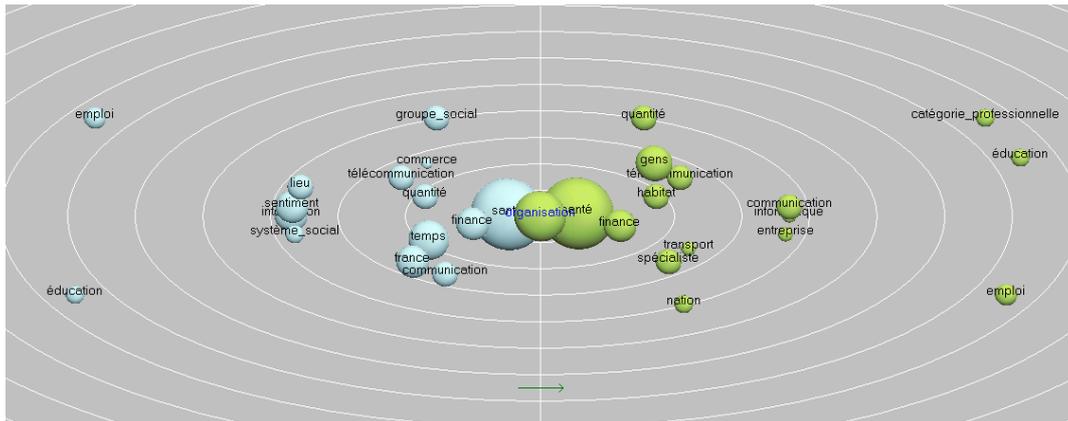


**Lien entre « Gens » et autres occurrences dans le projet EMPPE 37**

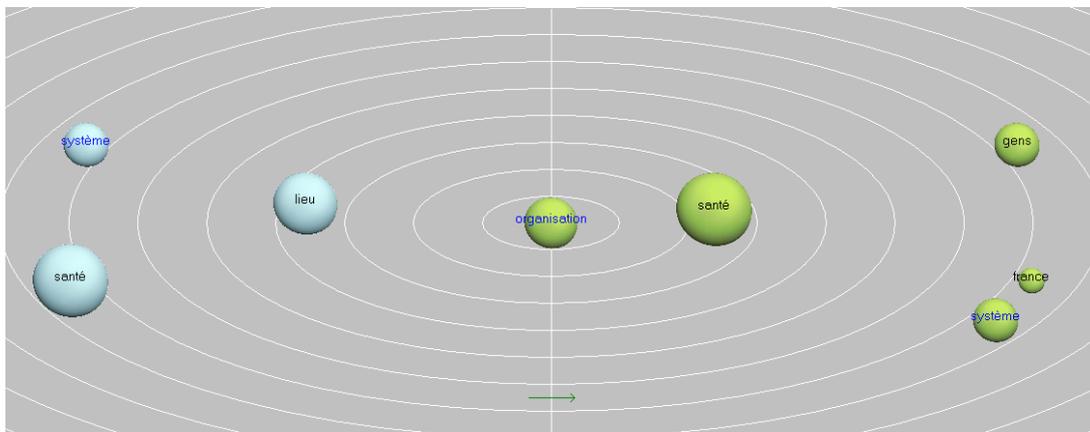


Alors que « gens » est une occurrence commune aux projets des trois EMPP, si on la place au centre pour explorer ses liens avec les autres unités de sens, on découvre que la souffrance, les problèmes d'organisation et de médecine sont en rapport avec ces personnes pour l'EMPP86 alors que pour l'EMPP16, il s'agit plus de lieux (sectorisation, et liens avec le secteur). Pour l'EMPP37 c'est la question de la stabilité (et de la continuité si on reprend les termes auxquelles ces données font référence) qui est prépondérante.

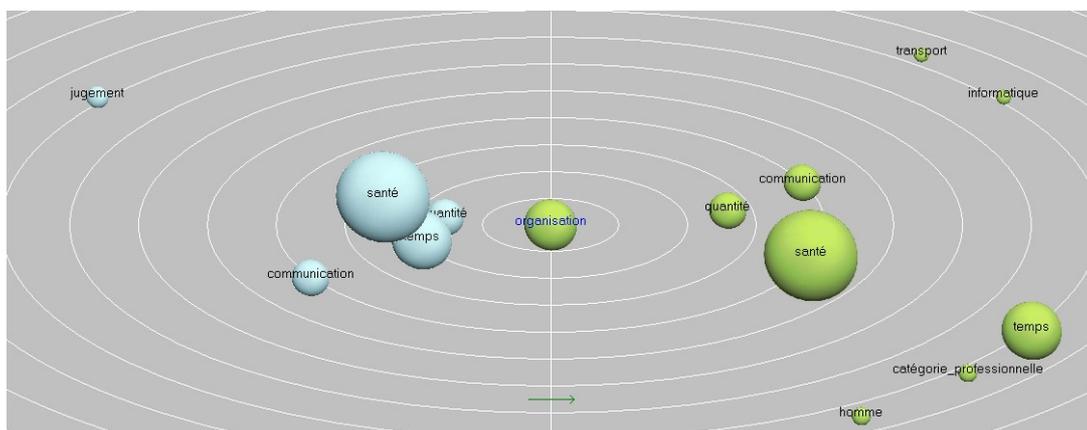
#### Lien entre « Organisation » et autres occurrences dans le projet EMPP86



#### Lien entre « Organisation » et autres occurrences dans le projet EMPP16



#### Lien entre « Organisation » et autres occurrences dans le projet EMPP37



Alors que «Organisation» est une occurrence commune aux projets des trois EMPP, si on la place au centre pour explorer ses liens avec les autres unités de sens, on découvre que les occurrences sont multiples pour l'EMPP86 (santé, habitat, communication...), alors que pour l'EMPP16 il s'agit de lieux et d'organisation avec la santé. Pour l'EMPPE37 c'est la question de la quantité (activité) et de la santé qui sont prépondérants.

### **-Analyse Comparative des rapports d'activité de trois Équipes Mobiles de Psychiatrie Précarité (ANNEXE 5)**

On rappellera que l'activité est restituée différemment, la personne ayant un statut de «patient» pour l'EMPPE37 et 16 et de simple usager pour l'EMPP 86.

#### Substantifs

- Personne (première occurrence très majoritaire)
- psychologue pour l'EMPP86, psychiatrie pour 2 autres
- activité et bénéficiaire pour l'EMPP 86, plutôt descriptif de la personne pour les deux autres (âge, étranger...)

#### Contexte Général:

- Santé systématiquement retrouvée
- Notion de temporalité retrouvée systématiquement
- Communication

#### Contexte Détaillé

- gens
- psychologie pour l'EMPP86, psychiatrie pour l'EMPP16 et EMPPE 37
- finance pour l'EMPP86, logement et Afrique pour l'EMPP16, médecine et logement pour l'EMPPE 37

#### Les verbes

#### Les adjectifs

#### Les Références Utilisées

Tableau de synthèse de l' <b>analyse des Rapports d'activité des EMPP (Annexe 5)</b> Notions retrouvées (par ordre décroissant) (en <b>gras</b> les occurrences exactes)			
Thèmes systématiquement retrouvés et communs aux trois rapports d'activité	<b>Santé</b> systématiquement retrouvée <b>Personne</b> (première occurrence très majoritaire) <b>Temps</b> <b>Psychologue</b> pour 86, <b>psychiatrie</b> pour 16 et 37 <b>Communication</b>		
	EMPP 86	EMPP 16	EMPE 37
Thèmes spécifiques à chaque Rapport	<b>Psychologues</b> <b>Financement</b>	<b>Afrique / Europe</b> <b>Logement/habitat</b> <b>Partenaire/</b> <b>Système Social</b>	<b>Médecine</b> <b>Logement/habitat</b>
Remarques (aspect général du texte- références utilisées)	Notion d'interlocuteur : <b>psychologues</b> de <b>bénéficiaire / RSA</b> <b>Finance</b> <b>Organisation</b>	Notion de <b>population/Migrant</b> <b>Partenaires</b> <b>Travail social</b>	Notion <b>Gens Équipe Lieu</b> <b>Permanences</b> <b>Soins Médicaux</b>

Comme on a pu le faire précédemment, les points « communs vont être explorés grâce à la méthode des aires pour explorer les points communs, divergences et aspects prioritaires dans les différents rapports d'activité des EMPP.

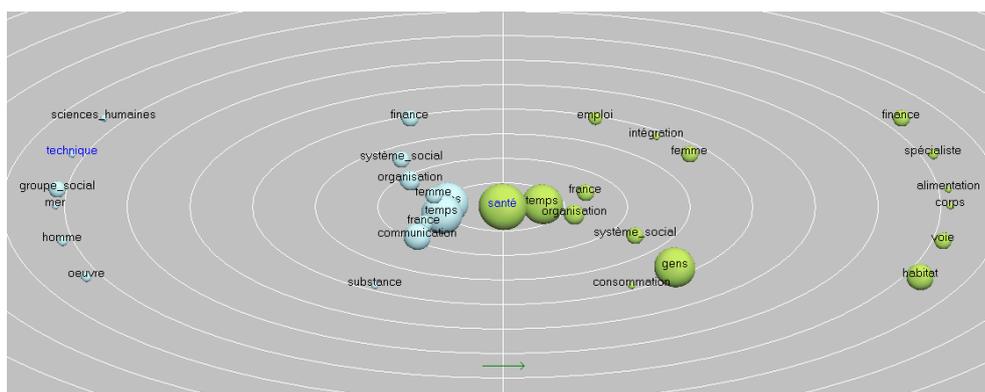
### Lien entre «Santé» et autres occurrences dans le rapport d'activité EMPP86



### Lien entre «Santé» et autres occurrences dans le rapport d'activité EMPP16



### Lien entre «Santé» et autres occurrences dans le rapport d'activité EMPPE37



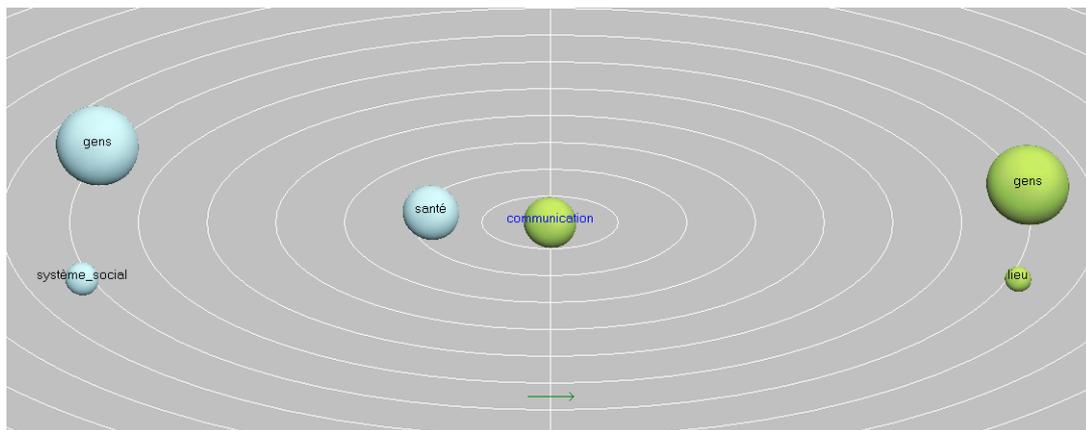
Alors que «Santé» est une occurrence commune aux rapports d'activité des trois EMPP, si on la place au centre pour explorer ses liens avec les autres unités de sens, on découvre que les occurrences sont communes entre les trois structures : finance, temps et organisation

principalement. Les autres occurrences, personnes et temps, ne permettent pas de déterminer des particularités de sens.

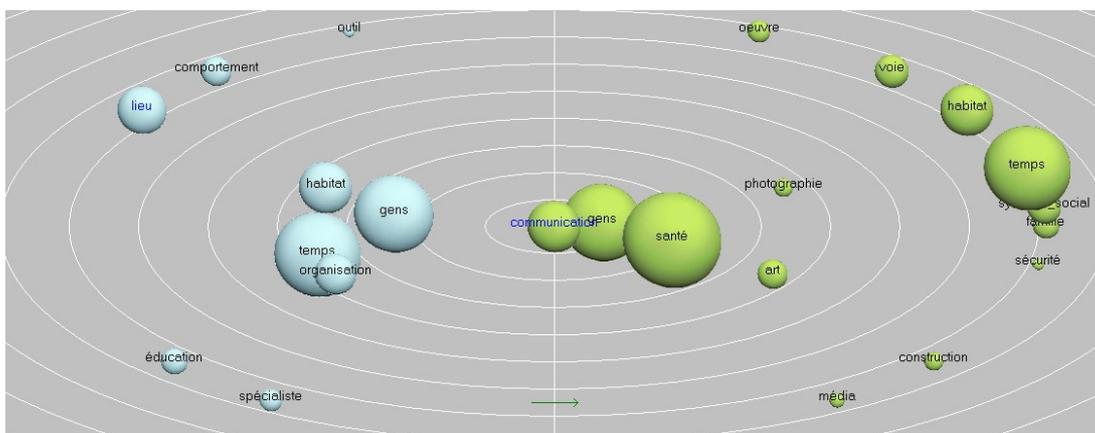
**Lien entre «Communication» et autres occurrences dans le rapport d'activité EMPP86**



**Lien entre «Communication» et autres occurrences dans le rapport d'activité EMPP16**



**Lien entre «Communication» et autres occurrences dans le rapport d'activité EMPPE37**



Si la communication est orientée vers l'organisation et la gestion du temps pour l'EMPP 86, elle est centrée sur l'usager pour l'EMPP 16, et pour l'EMPPE 37 pour laquelle il est même question des médiations.

### **3.3/ Synthèse des Résultats et Mise en perspective**

Pour simplifier la compréhension, une vue de synthèse est proposée dans l'annexe 6 qui regroupe les conclusions des analyses de contenu des textes fondateurs, des projets et des rapports d'activité. Cela est complétée par un dernier tableau qui regroupe les éléments additionnels qui se sont dégagés de l'analyse par «aires». En effet, si certains éléments semblaient communs en première lecture et première analyse de contenu, leur analyse grâce cette méthode a permis de révéler certaines différences quant au lien de chaque occurrence avec les autres thèmes. L'objectif était de mettre en évidence des différences, même si les points communs restent des éléments eux-mêmes chargés de «sens».

Si l'interprétation reste multifactorielle, nous allons essayer, par la mise en parallèle de la première partie de notre travail (partie descriptive, définitions de la précarité) et de l'ensemble de ces observations consécutives à l'analyse de contenu, de dégager quelques éléments de réponse à la première hypothèse : « En fonction de sa vision de la précarité une EMPP adopte un mode d'organisation ».

En effet, définir la précarité et la prise en charge nous a permis d'entrevoir quelques éléments de «perception» de la précarité. Cependant, au regard des analyses de contenu, y-a-il un lien entre perception, conception de la précarité et mode d'organisation de l'équipe ?

Évidemment, limité à l'analyse des textes, ce travail n'explore pas la perception, et la vision directe des acteurs, que des entretiens auraient peut-être pu mettre en évidence. Cependant, l'analyse de contenu a permis, à plusieurs reprises, de retrouver, de confirmer certains propos des principaux acteurs interrogés de façon informelle sur leur quotidien et la vie de leur équipe au décours de la recherche des éléments « textuels » sources du travail.

Certaines thématiques plus apparentes ont donc été retenues, on retiendra donc

#### A- les représentations, la place donnée à l'occurrence «gens»

Pour rappel, alors que «gens» est une occurrence commune aux projets des trois EMPP, si on la place au centre pour explorer ses liens avec les autres unités de sens, on découvre que

-la souffrance, les problèmes d'organisation, de médecine sont en rapport avec ces personnes pour l'EMPP86,

-pour l'EMPP16, il s'agit plus de lieux (sectorisation, et liens avec le secteur), or pour le cadre de santé de l'EMPP 16, lors d'échanges téléphoniques, la difficulté principale pour l'équipe est «l'existence auprès de l'hôpital de référence» , comme si l'importance accordée à leur travail l'était plus par les partenaires extérieurs que par leur propre institution. On retrouve ces références aux secteurs, à l'institution aussi bien dans le projet que dans le rapport d'activité.

-pour l'EMPPE 37 c'est la question de la stabilité de la prise en charge (et de la continuité si on reprend les termes auxquelles ces données font référence) qui est prépondérante.

#### B-la place donnée à l'emploi (ou absence d'emploi) et le lien entre santé et emploi

Le dernier tableau de synthèse de l'analyse des aires en lien avec les projets et rapports d'activité nous montre que le lien entre emploi et santé est très présent dans le projet de l'EMPP 86 et absent dans celui de l'EMPP 16. Il l'est dans celui de l'EMPPE 37 et notamment en ce qui concerne l'impact de l'emploi sur la santé.

Le tableau de synthèse des projets montre que l'emploi (comme l'insertion professionnelle) est très présent dans le projet de l'EMPP 86, qu'il apparaît plus tardivement dans le projet de l'EMPP 16, mais qu'il ne fait pas partie des occurrences principalement relevées dans le projet de l'EMPPE 37.

L'emploi comme «impact sur la santé» et «ayant une action sur la santé» est particulièrement développé par l'EMPP 86, alors même que cette composante présente dans le projet de l'EMPP 16 ne l'est pas en terme de lien avec la santé. Doit-on y voir un lien avec les orientations mêmes des financeurs, l'EMPP 86 étant pour moitié financée par le CD/FSE qui visent à la réinsertion et considère le soin comme le levier à cela? Cette interprétation semble remise en cause par l'analyse du lien Emploi / Santé de l'EMPPE 37 qui est présent sans que les financeurs autres que l'ARS soient présents.

### C-la place donnée à l'habitat

Comme le montre la synthèse des rapports d'activités, pour les EMPP 16 et 37, le «logement» et «l'habitat» sont très présents, ce qui n'est pas le cas pour l'EMPP 86 qui ne l'évoque que dans son projet et toujours en lien avec la santé. Est-ce que cette absence de la composante «habitat» est liée à des modes d'interventions très différents ? Les EMPP qui rapportent la question de l'habitat dans leurs bilans se déplacent par les maraudes voire au domicile des personnes, ce qui n'est pas le cas de l'EMPP 86 même si ses déplacements se font « au plus près » mais au sein des locaux des partenaires. Cette observation questionne aussi le rapport d'activité qui ne reprend pas des objectifs du projet initial. Est-ce que l'existence même de travailleurs sociaux (présents dans l'EMPP16 et l'EMPPE, absents dans la Vienne) conditionne cet aspect de la prise en charge?

### D-la thématique des « ressources » et la façon dont elle est abordée

plusieurs remarques concernent

-la nature même des acteurs de l'EMPP, les « psychologues » ne sont nommées que pour l'EMPP 86, pour les deux autres EMPP, ce sont les termes de « psychiatrie » mais aussi « équipe » qui sont présents sans plus de précisions quant à la nature des intervenants (qualification nommée mais insuffisamment pour faire partie des occurrences retenues selon les critères propre à notre analyse)

-la nature des partenaires de l'EMPP considérée. Pour l'EMPP 86 il s'agit des conseillers et orientateurs qui sont aussi prescripteur de consultations vers les psychologues .Pour l'EMPP 16, « l'institution », le « secteur », les « partenaires du social » « du travail social » sont évoqués, pour l'EMPPE 37, la PASS, les « soins médicaux » et les « partenaires » sans précision sont cités.

En ce qui concerne l'EMPP 86 l'orientation souhaitée par les financeurs pourrait nous laisser penser qu'elle conditionne la prise en charge or,sans financement extérieur, cela se retrouve aussi sur les deux autres EMPP. Ainsi, pour l'EMPP 16, cette logique de nécessité de travail en lien avec le social fait suite à une réflexion quant à la nature même des actions à mener (en effet comme nous pourrions l'évoquer par la suite, une logique d'action en amont (de prévention) est rapportée par le cadre de l'équipe de l'EMPP 16 comme la difficulté à exister auprès de sa propre institution. Pour l'EMPPE 37, les liens avec les soins somatiques

semblent plus prépondérants. Les partenaires « prioritaires » évoqués ne semblent donc pas conditionnés par le financeur mais plus par le terrain (ou orientation de l'équipe?)

Au final, cette considération psychosociale est présente sur l'EMPPE37 et l'EMPP86, peu dans l'analyse des documents fournis par l'EMPP16 même si elle est clairement énoncée par le cadre de santé de l'unité.

#### E-la vision curative ou préventive des équipes

Après échanges avec les différents collègues des équipes concernées mais aussi avec la lecture des différents projets qui émanent de ces équipes, il semble que les champs d'action soient différents, comme si l'intervention se faisait à des niveaux plus ou moins élevés de la pyramide de MASELOW. Ainsi, les actions peuvent être «curatives» comme celles pratiquées par l'EMPPE 37 et EMPP 16, et plus «préventives» pour l'EMPP 86. Le constat concernant « une action de traitement dans les difficultés et la grande précarité » est d'ailleurs fait oralement par le cadre de l'EMPP 16 avec une volonté d'agir en amont.

Le terme «prévention» n'est présent que dans le texte de lutte contre l'exclusion, après recherche complémentaire, le terme est présent 20 fois dans le projet de l'EMPP86; inexistant dans celui de l'EMPP 16, présent 1 seul fois mais en lien avec 5 thématiques dans celui de l'EMPPE 37.

Il ne s'agit pas ici de qualifier ou d'évaluer la nature de l'action ni de rendre compte de l'efficacité de telle ou telle équipe mais plutôt de mettre en lumière des modes d'actions différents. Les financements et les professionnels de l'EMPP (psychologues ou infirmiers) peuvent-ils aussi influencer ces orientations ? Cette analyse des différents contenus ne peut répondre à ce type de questionnement.

**QUATRIÈME PARTIE: DISCUSSION**

## QUATRIÈME PARTIE: DISCUSSION

### 4.1/ Critique des résultats

#### -Quelles limites inhérentes à l'outil, aux supports analysés?

Certaines limites doivent être évoquées

-l'absence d'homogénéité des textes étudiés (en particulier pour les projets et rapports d'activité non standardisés) de tailles différentes.

-cette difficulté est d'ailleurs renforcée par le choix de document exhaustif

Ainsi, le projet EMPP 86 qui fait un historique du «déjà réalisé»avec bilan doit-il être conservé intégralement?

Pour éviter ce biais, l'analyse a été faite avec le texte intégral et le projet simple sans le bilan de l'expérience. L'absence d'homogénéité des textes étudiés concerne aussi la nature même des informations communiquées. Ainsi, non standardisé, le rapport d'activité comme le projet est souvent orienté (selon les financeurs ou les points que le rédacteur souhaite mettre en lumière quant à des évolutions à venir par exemple).

-de cette absence d'homogénéité des textes découle une répartition inégale des unités de sens quant au nombre des occurrences. Ainsi si proportionnellement au texte, une unité de sens est plus ou moins utilisée, pour celles qui ne le sont pas du tout, cette absence a une signification. Ainsi, l'occurrence «prévention» non retrouvée dans les 10 premières occurrences d'un texte très long peut l'être si nous allons au delà (même si quantitativement elle est peu utilisée dans ce même texte) ce qui n'a pas la même signification que son absence totale (qui plus est dans un texte de taille minimale).

-des grilles pré-établies qui nécessitent elles-mêmes leur utilisation combinée pour ne pas omettre une unité de sens spécifique et qui n'est appréhendée que par l'un des filtres. C'est ce qui explique que les contextes (généraux et détaillés) et les références utilisées ont été conservées même si certaines données sont similaires lors de l'extraction des résultats.

-comparer des organisations très différentes dans leurs financements fait que certaines catégories de publics conditionnent des financements, dans le cadre

de cette éligibilité des publics, les projets, les rapports d'activité sont parfois orientés. Pour éviter ce biais, le rapport d'activité de l'EMPP 86 retenu est celui a destination de la Direction des soins de l'hôpital et non de l'un des financeurs extérieurs ce qui évite un écrit destiné à valider l'obtention de financements (Fonds Social Européen / Conseil départemental pour l'EMPP 86 par exemple). De plus ce rapport d'activité rend compte de la globalité de l'activité.

Au final, ce travail pourrait constituer un travail préliminaire à une analyse qui aurait pour objet les 5 thématiques identifiées. Ainsi, quelle que soit la taille des textes étudiés, les thématiques étudiées pourraient l'être de façon systématique.

## 4.2/Enjeux Éthiques

### Introduction

Pour rappel, si notre thématique est la suivante: «Dans le cadre de la rencontre avec des personnes en souffrance psychique en situation de précarité, quelle autonomie est laissée à chaque structure dans son organisation ?», la problématique qui en découle concerne la construction des Équipes Mobiles de Psychiatrie Précarité qui serait un compromis entre les attentes des acteurs impliqués. L'analyse de contenus nous a permis de constater que les orientations des EMPP étudiées peuvent effectivement être différentes mais que certaines thématiques sont malgré tout récurrentes et conformes aux textes de référence. La nature des financements, de la composition des équipes et de l'association à d'autres dispositifs que sont par exemple les PASS semblent influencer les modes de prises en charge et les personnes éligibles aux différents dispositifs. Les conceptions de la précarité propres à chaque équipe ont pu être perçues dans l'analyse des différents documents produits par ces équipes sans qu'une approche par des questionnaires ou des entretiens ait pu vérifier ces éléments. En se référant aux axes prioritaires de la prise en charge, aux rapports d'activité et aux projets, est-ce qu'une approche des enjeux éthiques liés à ces équipes peut permettre d'éclairer notre questionnement?

### Définitions de l'Éthique

Comme le souligne Alice MÜLLER dans sa revue de littérature (avec l'appui du Cabinet Socrates) (ANESM, 2010, p14) il n'y a «*pas une seule théorie de l'éthique, indiscutable et faisant consensus*». Elle liste les différentes références théoriques éclairant la définition de l'éthique dans le domaine social et médico-social:

«• *La théorie de la justice (J. RAWLS)*

• *L'éthique de la vertu (ARISTOTE, P. RICOEUR, E. KANT)*

• *L'éthique de conviction, éthique de responsabilité (E. LEVINAS, M. WEBER, H. JONAS)*

• *L'utilitarisme et le conséquentialisme (J.S. MILL)*

• *L'éthique de la discussion (K.-O. APEL, J. HABERMAS)*

• *L'éthique de la sollicitude ou éthique du care (C. GILLIGAN, A.-C. BAIER)*»

Cependant, le lien entre Éthique, Morale et Droit, Déontologie nécessite d'être repris; il est résumé dans ce schéma (ci-dessous) extrait du référentiel d'aide méthodologique de l'ANESM (ANESM, 2010)

## Relations entre éthique, morale, droit et déontologie<sup>20</sup>



Schéma des relations entre éthique, morale et déontologie extrait de Cabinet Socrates, Anesm / Etude « *Analyse documentaire relative au développement d'une démarche éthique dans les ESSMS* ». Disponible sur [www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)

Il ne s'agit pas ici de reprendre les différentes théories mais de chercher des éléments de réponse à notre questionnement. Reprendre les quatre grands principes de l'éthique que sont : le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malveillance (Éviter de causer un préjudice) et la justice semble moins pertinent pour envisager des pistes de réponse que la question de la proximité entre législateur et professionnel de terrain. C'est dans cette approche que nous chercherons des éléments de réponse.

### Quels enjeux éthiques pour les EMPP ?

Si la «Morale» concerne donc le respect des interdits et se se décline à travers des codes, des obligations, l'Éthique concerne plutôt la situation dans laquelle les règles manquent, le flou existe, comme le décrit Fabienne BRUGERE (Brugère, 2011. p39.), l'éthique est d'autant plus difficile à définir qu'elle est «*du côté du local, du contextuel, du proche*».

Ainsi, l'attitude du sujet, du professionnel face à la précarité, la conduite à tenir pour aider n'est pas systématiquement définie par des règles. La conduite à tenir, la bonne pratique relève plus de l'éthique «*du côté du contexte, du local du proche*».

La réflexion éthique est un espace d'autorisation de la pensée où le professionnel peut se poser les questions : est-ce que je fais « bien » ? En quoi mon action contribue-t-elle à une création de valeur pour la personne accompagnée ? Qu'est-ce qui justifie telle règle ou telle procédure ?

## Quelle particularités liées à l'éthique du Care pour les EMPP ?

Fabienne BRUGERE développe (Brugère, 2010) l'éthique spécifique au «care» en reprenant l'argumentation d' Avishai MARGALIT (philosophe israélien) pour qui, il existe effectivement une opposition entre morale et éthique au regard d'une prise en compte contextuelle, individualisée ou non. On peut résumer son approche dans le tableau suivant:

	Éthique	Morale
Quelles Relations?	Humaines Denses chargées d'affect d'histoires / souvenirs communs	Le fait d'être Humain Ténues contenu minimal ou abstrait
Avec qui?	Parents, amis partenaires amoureux	Autres sujets humains et étrangers
Quand?	Vie de tous les jours	(non précisé)
Quelle distance?	Proche, Familier	Lointain
Philosophie?	Philosophie du «par exemple»	Philosophie du «c'est à dire»
Remarques	Prise en compte des cas particuliers et récits de vie décalés ou atypique	Philosophie démonstrative, édifiante travaille avec définitions et principes généraux
Avantages /Inconvénients	Amour du proche indisponibilité des prescriptions	Permet d'envisager les droits d'être raisonnables êtres égaux moralement à la même enseigne expression d'un idéal de justice

## Questionnement entre visée curative ou préventive des EMPP

Comme on a pu le voir, l'action peut être «curative», s'adressant à la grande précarité comme par exemple lors des maraudes qui permettent d' «aller vers» et au plus prêt des bénéficiaires de l'action. Pour des raisons apparemment budgétaires (éligibilité au dispositif en lien avec une perspective de réhabilitation psycho-sociale), certaines équipes semblent s'orienter vers un dispositif ciblant plusieurs précarités. La prévention semble alors une priorité pour éviter de cumuler de nouveaux éléments susceptibles de faire évoluer la personne vers une grande précarité.

#### **4.3/Quelle autonomie laissée aux EMPP?**

Les orientations actuelles de la politique de santé, l'évaluation des dispositifs (à distance d'une circulaire «cahier des charges des EMPP» maintenant datée de 12 ans), conduisent parfois à l'évolution des dispositifs comme celui de la Vienne.

Au final, les priorités différentes des EMPP peuvent être comprises comme une volonté de développer une réflexion éthique, au sens où elle personnalise l'action de soin, de prise en charge face à une vision plus généraliste, universelle, théorique et morale (qui ramène à la règle, le principe de justice des textes initiaux.

A noter que les textes initiaux permettent cette individualisation et adaptation des pratiques. Cela semble d'autant plus important que comme le rappelle Didier FASSIN (Fassin, 2010.), « *il est désormais établi d'une part, que le social fait souffrir sans pour autant rendre fou, et d'autre part que cette souffrance affecte aussi bien les usagers que les intervenants*».

**CINQUIÈME PARTIE : LES CONTRIBUTIONS DE LA DÉMARCHE**

Ce travail de recherche est source de nombreux apprentissages qu'il me semble important de reprendre.

En effet, en tant que cadre de santé d'une EMPP ce travail de recherche m'a permis une prise de distance. Dans la logique de l'audit de la DGOS de 2014, les EMPP après avoir été questionnées nationalement le sont au sein même de leur région par les Agences Régionales de Santé. Alors que les modalités de travail, d'organisation de l'équipe à laquelle j'appartiens sont évaluées, explorer les textes de références, les projets et les rapports d'activités d'autres Équipe Mobiles de Psychiatrie Précarité m'a permis d'avoir une vision plus systémique des organisations, de l'évolution. Pour l'EMPP86, l'audit de décembre 2016 (alors que mon sujet de recherche était en cours d'élaboration) a influencé l'objet même de la recherche. Ainsi, si j'envisageais dans un premier temps d'étudier le réinvestissement clinique de données propres à la cohorte suivie, les enseignements du Master, les échanges avec mes tuteurs de mémoire m'ont permis de recentrer mon questionnement plus en amont et d'étudier de façon plus distanciée, la question même de la précarité, les différentes organisations des EMPP pourtant issues d'une même législation et préconisations et ainsi de faire le lien entre cours théoriques et réalités de terrain.

De plus, les échanges avec des professionnels nécessaires pour ce travail, m'ont permis d'explorer les conceptions même de l'accompagnement (parfois révélées par l'analyse de contenu) qui influent parfois la nature même du travail réalisé auprès des bénéficiaires. Si les échanges avec les tutelles ont été écartés au regard de l'actualité des EMPP, les échanges avec les Directeurs des Soins de notre établissement m'ont permis de mieux appréhender aussi bien les sollicitations de l'ARS, que la perception que peuvent avoir d'autres professionnels concernés par la précarité au sein même de mon institution.

Les données issues de ce travail ont pu être utilisées dans les échanges avec les tutelles lors de l'élaboration du projet de prise en charge de la précarité au Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers.

**CONCLUSION**

Face à un questionnement de départ centré sur l'autonomie laissée à chaque EMPP dans son organisation, la problématique retenue concernait la construction des Équipes Mobiles de Psychiatrie Précarité qui serait un compromis entre les attentes des acteurs impliqués. L'analyse de contenu avait pour but de comprendre en quoi, à partir de textes communs, des EMPP pouvaient avoir des organisations et des orientations différentes. Au final cette analyse nous a permis de révéler que de nombreux points communs existent entre textes de référence et réalités effectives des EMPP mais aussi que les orientations des EMPP étudiées peuvent être différentes, centrées par exemple sur la prise en charge sociale, le soin somatique, le curatif ou le préventif.

L'une des hypothèses était que «Les conceptions de la précarité propres à chaque équipe influençait son organisation, ses priorités.» Ces conceptions ont pu être perçues dans l'analyse des différents documents produits par ces équipes sans qu'une approche par le biais de questionnaires ou entretiens ait pu vérifier ces éléments. (tant auprès des acteurs de terrains que des ARS voire du législateur). L'adaptation à un contexte local ne peut être affirmée car dans des contextes socio-économiques, démographiques proches les organisations peuvent malgré tout être différentes, les priorités peuvent elles aussi être différentes.

La question éthique est abordée quelle que soit la catégorie professionnelle, car elle fait partie de la conception même de la précarité par les acteurs. Nous nous sommes alors interrogés sur une approche des enjeux éthiques liés à ces équipes qui pourraient nous permettre d'éclairer notre questionnement.

Cette approche a permis d'obtenir quelques éléments de réponses mais aussi de questionnements supplémentaires, aussi bien en ce qui concerne l'éthique du « care » que l'éthique dans la question de l'approche soignante et sociale. Il semble que la volonté des tutelles d'uniformisation est difficilement compatible avec la création d'EMPP répondant à des besoins locaux. En effet, les tutelles ne travaillent pas directement avec les EMPP, leur perception passe au travers d'éléments administratifs (projets, rapports d'activité), celle des acteurs de terrain, par définition est plus en prise avec le vécu des bénéficiaires et des professionnels.

Ainsi, aborder sous un angle éthique et non celui de la morale, dans un souci de justice notre problématique permet à la fois de répondre aux injonctions de la loi (qui n'est aucunement remise en cause par l'ensemble des acteurs qui s'y conforment comme la convergence des textes de références et des documents des équipes semblent le montrer) mais aussi d'y intégrer une individualisation de la prise en charge tant sociale que soignante ou orientée vers l'un ou l'autre. C'est là la force de la circulaire de 2005 mais est-ce que les tentatives actuelles d'uniformisation des prises en charge ne vont pas s'opposer à ce que l'on pourrait qualifier de «sur mesure» ?

**BIBLIOGRAPHIE**

## BIBLIOGRAPHIE

- ANESM Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, (2010) ; *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*.
- Arveiller, J. P., & Mercuel, A. (2011). *Santé mentale et précarité: Aller vers et rétablir*. Lavoisier.
- Bouffard, B., Bounaud, V., Debarre, J., & Giraud, J. (2010). *Typologie cantonale de la santé mentale en Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes, 56*.
- Bourdieu, P., Accardo, A., Balazs, G., & Beaud, S. (1993). *La misère du monde* (Vol. 476). Paris: Seuil.
- Brugère, F. (2017). *L'éthique du «care»:«Que sais-je?» n° 3903*. Presses universitaires de France.
- Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales Ministère de la Santé Publique et de la Population
- 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
- Damon, J. (2012). *Les chiffres de la pauvreté: le sens de la mesure*. Fondapol, Fondation pour l'Innovation Politique.
- Dossier *Précarité et Santé*. revue Soins, (755), 29-57.
- DREES Yilmaz, E. & Raynaud, D. *Les patients en situation de précarité accueillis en court séjour restent-ils plus longtemps à l'hôpital ? Le panorama des établissements de santé-précarité*
- Droit, R. P. (2014). *L'éthique expliquée à tout le monde*. Le Seuil.

- Emmanuelli, X., & Frémontier, C. (2004). *La fracture sociale*. Presses universitaires de France.
- Fassin, D. (2010). *La Raison Humanitaire*. Gallimard/Le Seuil.
- Fontaine, M. & Sicsic, M. (2015) *Des indicateurs précoces de pauvreté et d'inégalités Résultats expérimentaux pour 2014* Maëlle Fontaine et Michaël Sicsic, division Études Sociales, Insee Insee Analyses N° 23
- Française, R. D. L. D. (1996). *Psychiatrie et grande exclusion* (C. Roger Lacan, C. Patris). Paris, La Documentation Française.
- Haut Conseil de la Santé Publique, (1998) *Actualité et dossier en santé publique n°24*
- Haut Conseil de la Santé Publique, (2016) *Évaluation du plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015*
- INSEE Analyses Poitou Charentes N°17 Juin 2015 *Plus de Précarité dans le rural isolé*
- Lenoir, R. (1974). *Les exclus: un Français sur dix* (Vol. 13). Seuil.
- Loi de Modernisation du système de Santé du 26 janvier 2016 inscrite au J.O. du 27 janvier 2016
- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions parue au Journal Officiel de la République Française n°175 du 31 juillet 1998
- Meynaud-Kraemer, L. (2001) *Recherche Système Information Médicale / Hôpitaux Civils de Colmar*
- Parquet, R. (2003). *Souffrance psychique et exclusion sociale*, rapport remis à la secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion.
- Picon, E., Crovella, E., Lecouturier, F., Minet, B., Seigneur, R., (2015) *Évaluation des EMPP Note de Synthèse DGOS Itinéraire Conseil*.

-PRAPS Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (Révision 2015) Agence Régionale de Santé Poitou- Charentes

-Programme Départemental d'Insertion 2015-2018 « La solidarité dans la Vienne »

Conseil Général de la Vienne

-Rainhorn, J. D., & Gremy, F. (1998). *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé.*

-Rapport relatif à la santé mentale, Michel Laforcade, Directeur de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Octobre 2016

-Roger-Lacan, C. & Patris, C. (1996) « *psychiatrie et grande exclusion* »

-Rombeau, M. S. P. (2009). *Quels critères pour l'évaluation d'une équipe mobile psychiatrie-précarité? L'exemple d'Indre et Loire.* Mémoire de E.H.E.S.P.

-Laborit, C. H., & Rizet, C. (2011). *Prévention du suicide, promotion de la santé mentale-Précarité sociale*

-Mannoni, P. (2016). *Les représentations sociales:«Que sais-je?» n° 3329.* Presses universitaires de France.

-Mercuel, A. (2008). Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) en France. *Les cliniques de la précarité, contexte social, psychopathologie et dispositifs.* Paris, Masson, 218-22.

-Przewlocka-Alves, A., & Boussard-Lalauze, M. F. (2011). Prendre soin de ceux qui ne demandent plus rien. *Le Coq-héron*, (3), 123-129.

-Vexliard, A. (1998, 1ère ed 1957). *Le clochard.* Desclée de Brouwer.

-Yon, J.F & Willaume A. (2017). *Chômage, précarité Halte aux idées reçues.* Les Editions de l'Atelier.

## ANNEXES

### **Annexe 1 :**

Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 3 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en oeuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

### **Annexe 2**

Évaluation des EMPP Note de Synthèse DGOS Itinéraire Conseil Avril 2015

### **Annexe 3**

Analyse des textes réglementaires et documents de référence

### **Annexe 4**

Analyse comparative des EMPP Analyse comparative des projets (partie 3.2)

### **Annexe 5**

Analyse comparative des EMPP Analyse comparative des rapports d'activité(partie3.2)

### **Annexe 6**

Tableaux de Synthèse des Analyses de Contenu des Textes fondateurs -Projets-Rapports d'activité

### **Annexe 7**

Plaquette Bénéficiaires EMPP de la Vienne

### **Annexe 8**

Plaquette Professionnels EMPP de la Vienne

### **Annexe 9**

Plaquette EMPP / PASS de Charente

**Annexe 1:**

**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**

*Date d'application* : immédiate.

*Références* :

Circulaire DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV n° 2001-393 du 2 août 2001 d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale ;

Circulaire DHOS/O2 n° 507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération.

*Annexe* : cahier des charges technique des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie pour la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion

*Le ministre de la santé et des solidarités et la ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution et diffusion) ; Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]).*

Le comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE - fiche n° 21) du 6 juillet 2004 a souhaité améliorer les réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité, par le développement d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie (« les équipes mobiles » mentionnées dans la présente circulaire). Cette mesure constitue, en outre, l'une des priorités gouvernementales annoncées par M. le Premier Ministre lors de son discours à l'Assemblée nationale, le 8 novembre 2005, afin d'améliorer la vie quotidienne dans les quartiers et les zones urbaines.

L'amélioration de la réponse aux besoins en santé mentale des publics en situation de précarité et d'exclusion a constitué un objectif de la plupart des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ainsi que de la plupart des schémas régionaux de psychiatrie. S'il fait apparaître une démarche réellement volontariste et une phase d'innovations importantes en ce domaine, le bilan de ces différentes politiques révèle toutefois une grande hétérogénéité entre régions et au sein même de ces régions, qui plaident en faveur de la poursuite de l'effort.

Le caractère prioritaire de ce thème est réaffirmé dans le cadre de l'élaboration des volets psychiatrie et santé mentale des SROS de troisième génération (circulaire DHOS/O2 n° 507 du 25 octobre 2004). Plus récemment, le plan psychiatrie et santé mentale (PPSM) a intégré la mesure annoncée lors du CILE, afin de réaffirmer le caractère incontournable de cette action. Elle l'inscrit dans un logique d'action cohérente entre les champs sanitaires et sociaux.

L'objet de la présente circulaire est de définir les principes d'une meilleure prise en compte des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Elle établit un cahier des charges pour la création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, intégrées dans un dispositif coordonné et global. Ces équipes sont chargées de favoriser l'accès aux soins et la prise en charge de ces publics.

## **1. Enjeux de l'action**

L'évaluation des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion se heurte souvent à l'absence de demande de soins manifeste, cette dernière étant plus aisément exprimée par le ressenti des professionnels de première ligne intervenant auprès de ces publics.

### 1.1. *Des publics différenciés*

Malgré les insuffisances des données épidémiologiques en ce domaine, plusieurs constats présagent de l'ampleur et de la complexité des besoins :

Une souffrance psychique exprimée dans des lieux et des formes multiples. Il existe une grande diversité des formes de précarité (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...). Cependant, quelle que soit la forme de la précarité, tous les systèmes de prise en charge sollicités (sanitaire, social, éducatif, judiciaire) repèrent l'expression de souffrances psychiques.

Le malaise des professionnels travaillant auprès des publics en situation de précarité et d'exclusion. Ces professionnels de première ligne se sentent, en effet, impuissants, isolés, insuffisamment formés, peu soutenus dans leur institution. Pour les professionnels spécialisés, face à l'afflux des demandes de soins émanant du champ de la lutte contre la précarité et l'exclusion et dans un contexte démographique difficile, ce malaise s'exprime comme le sentiment d'une psychiatrisation excessive de problématiques sociales.

Les interventions des équipes de psychiatrie d'adressent à deux catégories principales de publics :

Les personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes. L'exclusion révèle des troubles psychiatriques sous-jacents qui vont se décompenser et interpellent le dispositif de soins psychiatriques. Or, un nombre parfois conséquent de malades mentaux échappe à une prise en charge spécialisée et se retrouve dans des dispositifs sociaux, parfois sans soutien ni suivi, voire échappe à tout dispositif. Par ailleurs, au-delà d'une pathologie psychiatrique, l'exclusion génère une souffrance psychique résultant de facteurs complexes qui s'auto-entretiennent (vulnérabilité individuelle, événements de vie...), pouvant aboutir à un basculement dans une forme de retrait progressif et de non demande.

Les professionnels de première ligne. Un grand nombre d'acteurs sanitaires, sociaux, éducatifs, professionnels et/ou bénévoles concourent à la santé mentale et à des actions de prévention, par leur rôle d'accompagnement individuel, d'organisation des liens sociaux et familiaux, de restauration du lien social, de renforcement du sentiment d'appartenance, d'utilité et d'identité sociale. En effet, ces problématiques tiennent une place importante dans la souffrance psychique : l'exclusion et la précarité résultent d'une perte de ce qui fonde l'identité sociale de l'individu. Ces acteurs expriment toutefois une insuffisance de formation et nécessitent un étayage pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes et pour la mise en oeuvre des premiers stades d'écoute et de soutien pré-thérapeutiques.

### 1.2. *Spécificité de l'action des équipes de psychiatrie*

Le rôle des équipes de psychiatrie dans le champ de la précarité et de la lutte contre l'exclusion est justifié par :

- l'importance de réintroduire la parole et l'écoute. Celle-ci ne s'opère pas toujours de

façon directe en présence de l'usager, mais peut s'opérer dans l'aide apportée aux intervenants de première ligne, en leur permettant de se resituer dans leurs relations aux publics exprimant une souffrance ;

- la possibilité, par le soutien et la formation des intervenants sociaux, de favoriser le repérage précoce des troubles psychiques et des besoins d'intervention, une orientation et un accompagnement adéquats vers le dispositif spécialisé ou non ;
- l'identification d'une pathologie psychosociale (dépersonnalisation, pathologies de la dépendance et de l'alcool, tentatives de suicide, états abandonniques et dépression) ;
- l'existence de situations aiguës, dans lesquelles la restauration de la dimension de la vie psychique est pour certains « grands exclus » la condition même de leur survie ;
- la présence de pathologies psychiatriques avérées dans les dispositifs sociaux ou en dehors de toute prise en charge.

## **2. Modalités de mise en œuvre des réponses psychiatriques en faveur des personnes en situation de précarité et d'exclusion**

Les modalités d'élaboration des réponses aux besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion sont nécessairement adaptées à l'hétérogénéité des situations, des lieux d'intervention (rue, associations, institutions sanitaires, sociales ou médico-sociales, quartiers) et des publics ciblés précédemment.

Elles reposent toutefois sur un principe général d'organisation, qui situe les soins psychiatriques en faveur des personnes en situation de précarité et d'exclusion dans le champ des missions de « droit commun » des équipes de psychiatrie publique, au titre des missions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale qui leur sont confiées.

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 publics. Elles constituent, en revanche, un dispositif complémentaire, intersectoriel, situé à l'interface du dispositif de soins « de droit commun » et du dispositif social, afin de mieux appréhender la spécificité des besoins des publics concernés, tout en veillant à respecter le principe de libre-choix de ces patients.

Si les réponses ne peuvent pas être modélisées, l'objet de la présente circulaire est d'établir un cahier des charges pour le développement d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Il figure en annexe et correspond à des principes prioritaires que vous serez chargés de mettre en œuvre dans les conditions précisées ci-après.

### *2.1. Des principes prioritaires*

L'application des principes généraux d'organisation des soins (proximité, accessibilité et continuité des soins) s'impose avec d'autant plus d'acuité dans le domaine de la prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité et d'exclusion, que les publics ciblés sont fortement désocialisés et s'excluent de toute idée de soins ou de prise en charge institutionnelle, alors même que la plupart d'entre eux ont déjà eu à connaître l'hôpital psychiatrique et les modes de prise en charge institutionnelle.

#### *a) Aller vers les publics*

S'agissant de la réponse aux personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes (qu'il s'agisse de publics très désocialisés et/ou de malades mentaux en situation de précarité), ce principe répond au fait que la dimension du travail pré-thérapeutique est essentielle et requiert une disponibilité à toute sollicitation là où elle se présente, au moment où elle peut s'exprimer, donc la plupart du temps hors du champ propre à la psychiatrie. La première mission des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie vise donc l'identification des besoins non repérés ou non pris en charge dans les dispositifs de « droit commun » tel le CMP, afin d'envisager l'orientation, les modalités d'accueil et l'aménagement de compétences spécifiques en faveur de ces publics.

En réponse aux besoins des acteurs de première ligne, l'action d'aller vers les publics positionne l'équipe mobile spécialisée en psychiatrie sur une fonction de tiers. Le soutien aux travailleurs sociaux ou d'équipes médico-sociales, confrontés à des situations de vulnérabilité sociale et psychique et insuffisamment formés, constitue, de ce fait, une mission essentielle de ces équipes mobiles spécialisées. Ces interventions permettent une amélioration des connaissances des acteurs de première ligne. Elles les mettent en compétence de se repérer face aux problèmes concernés, de décoder et analyser les demandes, de mettre en oeuvre les premiers stades d'écoute et de soutien. La mise en oeuvre de ces objectifs s'appuie sur des actions d'information, de sensibilisation, de formation. La psychiatrie peut alors se resituer dans son travail, dans la mesure où ses interventions agissent sur la prévention de l'aggravation de troubles psychiques et des conduites de rupture.

#### b) La nécessité d'un partenariat dense et structuré

Les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie destinées aux personnes en situation de précarité et d'exclusion exercent une fonction d'interface au sein d'un partenariat pluriel et formalisé, reposant sur la volonté réciproque des acteurs et inscrit dans la durée. Il s'agit d'organiser des parcours permettant à ces publics d'accéder aux soins et de bénéficier de prises en charge globales et continues. Ces dernières permettent d'éviter des ruptures préjudiciables à la qualité de leur projet de vie et de réinsertion.

La nécessité de structurer des articulations autour des équipes mobiles spécialisées se situe alors à plusieurs niveaux :

- au sein du dispositif de soins psychiatriques lui-même, pour répondre à la nécessité de continuité des soins, éviter la succession de séquences de soins, et prévenir les recours itératifs aux services d'urgence ou aux hospitalisations sous contrainte ;
- entre le dispositif de soins spécialisés et les autres acteurs du champ sanitaire prenant en charge ces publics, et notamment les services d'urgences ;
- entre le dispositif de soins spécialisés ou non et le dispositif social et médico-social pour l'articulation desquels le rôle des PASS doit être réaffirmé.

Au sein des établissements 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 médical et du projet d'établissement. À cet effet, il est indispensable que ces équipes mobiles spécialisées soient coordonnées par un référent médical, chargé d'organiser et de structurer les liens avec les autres services de l'hôpital, en particulier pour assurer les relais utiles vers le dispositif ambulatoire, extra-hospitalier ou d'hospitalisation à temps complet. Plusieurs modalités d'organisation avec les autres équipes de l'établissement sont possibles (par exemple, une répartition des personnes concernées en fonction de leur année de

naissance). Les formes de ces collaborations peuvent aller du simple protocole ou convention à des formes plus abouties comme une fédération intersectorielle.

De la même façon, les relations entre les équipes mobiles spécialisées et les autres intervenants sanitaires (établissements de santé généraux notamment) ou sociaux doivent être formalisées dans le cadre de conventions précisant les modalités d'intervention et de recours à l'équipe, les actions développées (en particulier dans le champ de la formation). Ces partenariats reposent, en outre, sur un principe de réciprocité portant d'une part, sur la reconnaissance des compétences et des savoirs respectifs et d'autre part, sur un positionnement du dispositif social comme un partenaire des prises en charge à part entière, notamment dans les parcours de réinsertion de patients pris en charge en psychiatrie (proposition de solutions d'aval de l'hospitalisation notamment). Les intervenants sociaux ne sont donc pas exclusivement en position de demandeur auprès des équipes de psychiatrie.

## *2.2. Modalités de pilotage et de mise en œuvre de ce dispositif*

En se fondant sur ces principes, une priorité est donc accordée à la création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie pour favoriser la prise en charge des publics en situation de précarité et d'exclusion et des professionnels travaillant auprès d'eux, avec un financement dédié de 10,75 millions d'Euro sur la période 2005-2008.

### *a) La déclinaison de cette priorité dans la planification régionale*

Afin de prendre en compte les besoins locaux, les différences de moyens des équipes de psychiatrie, les particularités géographiques, les forces d'initiatives et d'innovation locales et la singularité de l'histoire des institutions, la mise en œuvre des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie est renvoyée à une planification régionale. Elle constitue une priorité des volets psychiatrie et santé mentale des SROS 3, comme le précise la circulaire du 25 octobre 2004. En effet, la nature et les missions de ces équipes les situe clairement dans le champ de la prévention et du soin et donc du SROS.

Prenant en compte l'intrication des problématiques sanitaires et sociales en ce domaine, vous veillerez toutefois également à l'articulation du SROS avec les différentes politiques mises en œuvre dans ce domaine : volet précarité des programmes régionaux de santé publique, dispositif de veille sociale, schémas départementaux de l'organisation sociale et médico-sociale ou plans départementaux d'insertion développés dans le champ social notamment. Cette cohérence nécessite une concertation privilégiée avec les DDASS, les collectivités territoriales, les élus, les professionnels et bénévoles ainsi qu'avec les institutions du secteur sanitaire et social. Il convient notamment de s'appuyer sur les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion existantes. Cette concertation permettra, dans la phase d'élaboration des politiques, l'établissement d'un diagnostic partagé, puis, dans la phase de mise en œuvre, le croisement des priorités repérées dans ces différents domaines.

La mise en œuvre d'actions de formation croisées entre les professionnels de santé et les travailleurs sociaux a par ailleurs démontré tout son intérêt sur le plan de la connaissance réciproque et de la création d'une culture commune. Il est donc essentiel de pouvoir, à chaque étape, identifier les enjeux dans le champ de la formation des acteurs.

Enfin, une approche globale sanitaire et sociale exige une reconnaissance réciproque et des

partenariats denses et formalisés entre des acteurs diversifiés. Vous veillerez, autant que possible, à intégrer cette problématique dans la politique régionale de développement des réseaux de santé que vous déclinez avec les URCAM et qui prend encore insuffisamment en compte la problématique « santé-précarité ».

*b) La déclinaison opérationnelle  
du cahier des charges au sein de la région*

Le cahier des charges technique (*cf.* annexe) doit vous permettre d'accompagner la mise en place d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie au sein de votre région.

L'objectif de continuité des prises en charge comporte un enjeu sur le plan de la détermination du ressort territorial de ces équipes. Compte tenu de la spécificité des compétences attendues en ce domaine, une organisation fédérant les objectifs et les moyens de plusieurs équipes de secteur doit être recherchée. Une réflexion à l'échelle du territoire de santé doit être favorisée. Chaque fois que possible, cette approche doit, en effet, permettre une plus grande cohérence, continuité et mutualisation entre les interventions des équipes mobiles spécialisées et l'offre de soins « de droit commun », au sein d'une filière de soins structurée. De même, cette approche territoriale doit faciliter la cohérence avec l'organisation des soins somatiques, particulièrement dans le domaine des urgences, ce dernier correspondant le plus souvent à l'organisation des PASS. Cette recommandation n'exclut pas toutefois une organisation sur un niveau territorial plus fin, si le dimensionnement des territoires de santé ne garantit pas la proximité de l'action des équipes.

*c) L'organisation de l'allocation  
de ressources pour l'accompagnement de cette priorité*

Les moyens dédiés à cette priorité dans le cadre du PPSM sont des crédits d'assurance maladie pérennes, au titre de l'ONDAM hospitalier, destinés donc au soutien des établissements de santé supports de ces équipes, sans préjudice des partenariats et des cofinancements qui peuvent être favorisés dans les conditions définies ci-après. Afin d'abonder vos dotations régionales au plus près des besoins de financement correspondant aux priorités établies dans le cadre des SROS, la répartition des moyens sera réalisée sur la base d'un appel d'offres national. Pour l'année 2005, l'ensemble des régions a répondu à un premier appel à projets, en mai 2005. Cette première année constitue une phase d'impulsion (*cf.* circulaire DHOS-F2/DSS-1A/2005 n° 356 du 26 juillet 2005). Aussi, la priorité a été accordée au renforcement d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie existantes et à la pérennisation d'actions financées jusque-là par des crédits d'État, notamment dans le cadre des PRAPS, sous réserve que les demandes s'inscrivent dans la trame du futur cahier des charges. En revanche, le financement des projets qui ne sont pas immédiatement opérationnels a été reporté.

L'appel à projet national sera renouvelé annuellement, en amont de l'élaboration de la circulaire budgétaire des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie et antérieurement financés sous dotation globale. Pour cette année, comme pour les suivantes, les projets éligibles à ce financement devront s'inscrire strictement dans le cadre du cahier des charges établi par la présente circulaire, et correspondre aux objectifs du SROS. Cette approche conduit à exclure les demandes visant à financer des interventions isolées (vacations, consultations et permanences ponctuelles) bien que celles-ci aient lieu dans des

structures sociales et médico-sociales. Elle exclut également les demandes portant sur des problématiques très spécifiques (toxicomanie, parentalité, adolescence...), qui sont par ailleurs pertinentes au titre de la diversification des prises en charges et du développement de la psychiatrie de liaison, autre priorité du plan psychiatrie et santé mentale.

Ce financement devra, enfin, s'inscrire dans une logique de cofinancement, définie localement. Il convient de veiller à ce que chaque source de financement (PRSP, action sociale menée par les conseils généraux et les services déconcentrés de l'État, dotation régionale de développement des réseaux) contribue, dans son champ propre, à des actions de formation, au développement des prestations sociales et de réinsertion, au développement des réseaux. Si l'existence de cofinancements n'est pas un préalable indispensable à la création des équipes mobiles, elle est essentielle à leur pérennité et à une plus juste rémunération de la diversité de leurs activités et de la densité du partenariat qu'elles mettent en œuvre. S'ils ne sont pas immédiatement opérationnels, les cofinancements seront recherchés au gré de la montée en charge de l'activité des équipes.

Chaque année, le CILE et le comité national de suivi du plan psychiatrie et santé mentale seront destinataires d'un état de réalisation de la mise en place des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Cette nécessaire transparence sur les résultats de la politique initiée exigera la réalisation d'une évaluation annuelle, dont la trame vous sera transmise prochainement, afin qu'un premier bilan soit réalisé au premier trimestre 2006.

Dans l'attente, vous voudrez bien faire part au bureau O2 de la DHOS, des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre des recommandations de cette circulaire. Les services de la DGS, de la DHOS et de la DGAS sont, en outre, à votre disposition pour toute information qui pourrait vous être utile.

*Le directeur de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins,  
J. Castex*

Pour le ministre et par délégation :  
*Le directeur général de la santé,  
Pr D. Houssin*

Pour le ministre et par délégation :  
*Le directeur général de l'action sociale,  
J.-J. Trégoat*

## ANNEXE

### CAHIER DES CHARGES TECHNIQUE DES ÉQUIPES MOBILES SPÉCIALISÉES DE

# PSYCHIATRIE DESTINÉES À FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ET D'EXCLUSION

## 1. Les publics visés

Le champ d'intervention des équipes mobiles spécialisées de psychiatrie destinées à favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion comporte :

- les personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes, qu'elles souffrent d'une pathologie psychiatrique avérée ou d'une souffrance psychique générée par la situation de précarité et d'exclusion ;
- les acteurs de première ligne exprimant des difficultés face à des manifestations de souffrance ou de troubles psychiques des usagers suivis et nécessitant un étayage, un soutien et une formation pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes, la mise en œuvre des premiers stades de l'écoute et du soutien.

## 2. Les missions et les principes d'action

Ces équipes n'ont pas vocation à se substituer aux missions de droit commun des équipes de psychiatrie publique dans le champ de la prévention, du diagnostic, du soin, de la réinsertion et de la réadaptation sociale.

Compte tenu des difficultés spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de précarité et d'exclusion, elles sont chargées :

- d'aller au-devant de ces publics, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...), 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 ;
- d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité.

A cet effet, il importe de veiller à l'intégration de leur action 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.

## 3. La palette d'actions mises en œuvre

Outre un rôle essentiel auprès des institutions pour le repérage des besoins et l'aménagement de réponses institutionnelles, les actions développées doivent prendre en compte les deux publics identifiés, sur la base d'actions prenant les formes suivantes :

### 3.1. *En direction des personnes en situation de précarité et d'exclusion*

Permanences dans des lieux sociaux repérés et fréquentés par les personnes en difficulté (CHRS, hébergement d'urgence, lieux de vie, accueils de jour...) voire participation à des interventions mobiles ou dans la rue (type maraude du SAMU social).

Entretiens individuels contribuant notamment à l'évaluation des besoins, y compris en urgence.

Accueil, orientation et accompagnement vers des prises en charge de « droit commun » (dont préparation à l'hospitalisation et aux sorties d'hospitalisation).

Prises en charge dans le cadre de groupes d'échanges ou de parole d'ateliers thérapeutiques.

### *3.2. En direction des acteurs de première ligne*

Actions de formation (notamment formations croisées de professionnels de santé et de travailleurs sociaux) sur les problématiques liées à la précarité.

Actions de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs.

Développement du travail en réseau à partir de l'examen de situations cliniques.

Soutien des équipes de première ligne (information, conseil, supervision).

## **4. Le fonctionnement**

Sans objectif de modélisation du fonctionnement de ces équipes, il est toutefois incontournable de favoriser la mise en oeuvre des principes suivants :

### *4.1. Une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un psychiatre*

Compte tenu de l'ampleur de leur champ d'intervention, ces équipes doivent disposer de compétences diversifiées. Elles comportent au minimum : un temps médical et un temps de cadre infirmier, des infirmiers, des psychologues, un secrétariat. Autant que possible, les personnels doivent être expérimentés dans les pratiques de liaison au sein du secteur social et devront, *a minima*, être formés et connaître les modes d'intervention dans ce secteur.

La présence d'un temps médical est indispensable afin d'assurer une coordination, garante de la cohérence du projet de l'équipe au sein du projet médical de l'établissement de rattachement et d'organiser le relais médical vers le dispositif de droit commun.

Certaines équipes existantes ont, en outre, privilégié un mode d'organisation permettant la double appartenance des soignants à l'équipe spécialisée et à une équipe « de droit commun », sur la base de temps de travail partagés. Cette organisation permet, d'une part, de faciliter une continuité d'action entre ces deux niveaux d'intervention et, d'autre part, de prévenir des formes d'épuisement professionnel liées aux spécificités du public visé et aux modes d'exercice au sein de l'équipe mobile.

### *4.2. Une fonction d'interface au sein d'un réseau formalisé de partenaires*

L'enjeu est de ne pas exclure ou isoler les professionnels chargés de prendre en charge des publics eux-mêmes exclus ou précarisés dont la prise en charge doit au contraire être globale et continue tant sur le plan sanitaire que social.

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 mobile. Elle doit aussi faire l'objet d'une formalisation dans le cadre du projet médical de l'établissement, définissant les rôles respectifs de l'équipe mobile et des secteurs de psychiatrie générale ainsi que les modalités de relais entre ces intervenants. *A minima*, les modalités d'orientation vers les dispositifs de droit commun (ambulatoire, extra-hospitalier, hospitalisation complète) doivent être prévues par une convention ou un protocole d'intervention. Les formes les plus abouties de ces collaborations pourront se concrétiser dans le cadre d'une fédération intersectorielle par exemple.

Les relations avec les partenaires de première ligne et les établissements de santé généraux (notamment les services d'urgences et les PASS) feront également l'objet d'une formalisation définissant les modalités de recours, de relais et d'intervention réciproques, dans le cadre de conventions. Les formes les plus abouties de ces coopérations pourront se concrétiser au sein de réseaux de santé.

L'équipe mobile dispose d'un règlement intérieur établissant ses modalités d'intervention et le rôle des différents intervenants.

## **5. Les financements**

Les activités de prévention, d'accueil, d'orientation et de soins des équipes mobiles justifient un financement pérenne par l'assurance maladie au sein de l'ONDAM hospitalier.

L'ampleur du champ et des modalités d'interventions de ces équipes doit pouvoir amener au développement de cofinancements mobilisant des crédits d'Etat, des collectivités territoriales, voire des financements sur la dotation de développement des réseaux de santé. Ces financements doivent permettre la mise à disposition de lieux d'intervention, la promotion d'actions de formation, le développement de prestations sociales adaptées, le renforcement de la coordination, par une reconnaissance réciproque des différents acteurs associés...

**Annexe 2**  
**Évaluation des EMPP Note de Synthèse DGOS Itinéraire Conseil Avril 2015**

**Annexe 3**  
**Analyse des textes réglementaires et documents de référence**

**Annexe 4**  
**Analyse comparative des EMPP Analyse comparative des projets (partie 3.2)**

**Annexe 5**  
**Analyse comparative des EMPP Analyse comparative des rapports d'activité**  
**(partie 3.2)**

**Annexe 6**  
**Tableaux de Synthèse des Analyses de Contenu des Textes fondateurs -Projets- Rapports d'activité**

**Annexe 7**  
**Plaquette Bénéficiaires EMPP de la Vienne**

## LES LIEUX D'INTERVENTION

L'Équipe Mobile de Psychiatrie-Précarité (E.M.P.P) intervient sur l'ensemble du Département de la Vienne auprès des différentes structures d'accueil, de prise en charge et d'accompagnement :

- Les Maisons Départementales de la Solidarité
- Les Missions Locales
- Les Centres Communaux d'Action Sociale de Poitiers et de Châtelleraut
- L'Association Départementale pour l'Accueil et la Promotion des Gens du Voyage (ADAPGV) de Châtelleraut
- Les équipes de Vienne Emploi Insertion
- La Caisse d'Allocations Familiales de la Vienne

## L'EQUIPE

### Médecin :

Docteur Jean-Jacques CHAVAGNAT  
Praticien Hospitalier Psychiatre  
Chef du Pôle et de la Fédération  
[jean-jacques.chavagnat@ch-poitiers.fr](mailto:jean-jacques.chavagnat@ch-poitiers.fr)

### Psychologues :

Léa MAIGNAN : 06 31 77 13 00  
[lea.maignan@ch-poitiers.fr](mailto:lea.maignan@ch-poitiers.fr)  
Peggy GOUVERNEUR : 06 31 77 54 57  
[peggy.gouverneur@ch-poitiers.fr](mailto:peggy.gouverneur@ch-poitiers.fr)  
Marie SCHMITT : 06 42 04 49 67  
[marie.schmitt@ch-poitiers.fr](mailto:marie.schmitt@ch-poitiers.fr)  
Géraldine PELE : 06 31 77 74 33  
[geraldine.pele@ch-poitiers.fr](mailto:geraldine.pele@ch-poitiers.fr)  
Karen LABERT : 06 30 22 29 17  
[karen.labert@ch-poitiers.fr](mailto:karen.labert@ch-poitiers.fr)

### Coordination :

Christian POUPIN  
Cadre Supérieur de Santé  
[christian.poupin@ch-poitiers.fr](mailto:christian.poupin@ch-poitiers.fr)  
Grégory BOUIGES  
Cadre de Santé  
[gregory.bouiges@ch-poitiers.fr](mailto:gregory.bouiges@ch-poitiers.fr)

### Secrétariat EMPP :

Laurence CHAPLET  
Tél. : 05 49 44 58 77 - Fax : 05 49 44 58 14  
[secretariat-emp@ch-poitiers.fr](mailto:secretariat-emp@ch-poitiers.fr)  
[emp@ch-poitiers.fr](mailto:emp@ch-poitiers.fr)

## A DESTINATION DES BENEFICIAIRES

E  
M  
P  
P

Equipe  
Mobile  
Psychiatrie  
Précarité

86

Centre Hospitalier Henri Laborit  
Fédération de prévention et de  
promotion de la santé mentale  
Pôle de Santé Publique et de Logistique Médicale

Pavillon Pierre Janet – (Porte 6)  
CS10587  
86021 POITIERS



## L'Équipe Mobile de Psychiatrie Précarité

### Comment ça marche ?

- Votre référent RSA ou votre conseiller en insertion peut vous proposer de rencontrer une psychologue de l'Équipe Mobile qui vous contactera pour vous proposer un rendez-vous.

### Pour qui ?

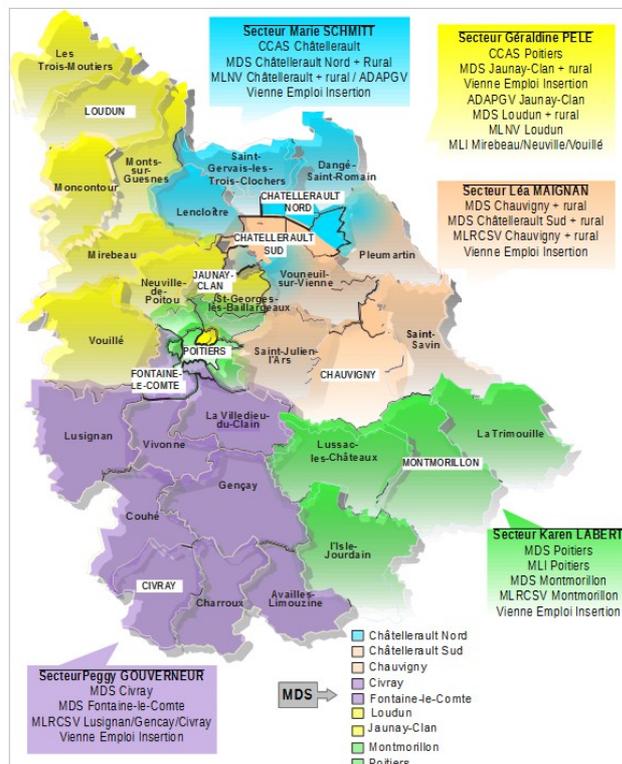
- Pour toute personne, en souffrance psychique et en situation de précarité, suivie par nos structures partenaires : Bénéficiaires du RSA au sein des Maisons de la Solidarité, du CCAS, de l'ADAPGV, de Vienne Emploi Insertion et Jeunes au sein des Missions Locales.

### Dans quel but ?

- faire le point avec vous sur vos difficultés,
- vous accompagner à court terme,
- vous proposer si besoin une orientation vers d'autres professionnels.

L'Équipe Mobile travaille en lien :

- avec les services de Psychiatrie du Centre Hospitalier Henri Laborit, et d'autres partenaires institutionnels.



**Annexe 8**  
**Plaquette Professionnels EMPP de la Vienne**

## LES LIEUX D'INTERVENTION

L'E.M.P.P intervient sur l'ensemble du Département de la Vienne auprès des différentes structures d'accueil, de prise en charge et d'accompagnement :

- Les Maisons Départementales de la Solidarité
- Les Missions Locales
- Les Centres Communaux d'Action sociale de Poitiers et de Châtelleraut
- L'Association Départementale pour l'Accueil et la Promotion des Gens du Voyage (ADAPGV) de Châtelleraut
- Les équipes de Vienne Emploi Insertion
- La Caisse d'Allocations Familiales de la Vienne

## L'ORIENTATION

Seuls les professionnels de ces structures orientent vers les psychologues au travers de la « fiche de liaison » et selon les cas du « questionnaire FSE »

## L'EQUIPE MOBILE

- Médecin :  
**Docteur Jean-Jacques CHAVAGNAT**  
Praticien Hospitalier Psychiatre  
Chef du Pôle et de la Fédération  
[jean-jacques.chavagnat@ch-poitiers.fr](mailto:jean-jacques.chavagnat@ch-poitiers.fr)
- Psychologues :  
**Léa MAIGNAN** 06 31 77 13 00  
[lea.maignan@ch-poitiers.fr](mailto:lea.maignan@ch-poitiers.fr)  
**Peggy GOUVERNEUR** 06 31 77 54 57  
[peggy.gouverneur@ch-poitiers.fr](mailto:peggy.gouverneur@ch-poitiers.fr)  
**Marie SCHMITT** 06 42 04 49 67  
[marie.schmitt@ch-poitiers.fr](mailto:marie.schmitt@ch-poitiers.fr)  
**Géraldine PELE** 06 31 77 74 33  
[geraldine.pele@ch-poitiers.fr](mailto:geraldine.pele@ch-poitiers.fr)  
**Karen LABERT** 06 30 22 29 17  
[karen.labert@ch-poitiers.fr](mailto:karen.labert@ch-poitiers.fr)
- Coordination :  
**Christian POUPIN**  
Cadre Supérieur de Santé  
06 84 62 86 81  
[christian.poupin@ch-poitiers.fr](mailto:christian.poupin@ch-poitiers.fr)  
**Grégory BOUIGES**  
Cadre de Santé  
05 49 44 58 73  
[gregory.bouiges@ch-poitiers.fr](mailto:gregory.bouiges@ch-poitiers.fr)
- Secrétariat E.M.P.P :  
**Laurence CHAPLET**  
05 49 44 58 77 - Fax : 05 49 44 58 14  
[secretariat-emp@ch-poitiers.fr](mailto:secretariat-emp@ch-poitiers.fr)  
[laurence.chaplet@ch-poitiers.fr](mailto:laurence.chaplet@ch-poitiers.fr)  
[emp@ch-poitiers.fr](mailto:emp@ch-poitiers.fr)

## A DESTINATION DES PROFESSIONNELLS

**E**quipe  
**M**obile  
**P**sychiatrie  
**P**récarité  
**86**

Centre Hospitalier Henri Laborit  
Fédération de prévention et de promotion de la santé mentale  
Pôle de Santé Publique et de Logistique Médicale

Pavillon Pierre Janet – (Porte 6)  
CS10587  
86021 POITIERS



## MISSIONS DE L'E.M.P.P.

**Rencontrer** toute personne, en souffrance psychique et en situation de précarité, suivie par les structures partenaires :

- Bénéficiaires du RSA au sein des MDS, des CCAS, de l'ADAPGV, de Vienne Emploi Insertion
- Jeunes au sein des Missions Locales

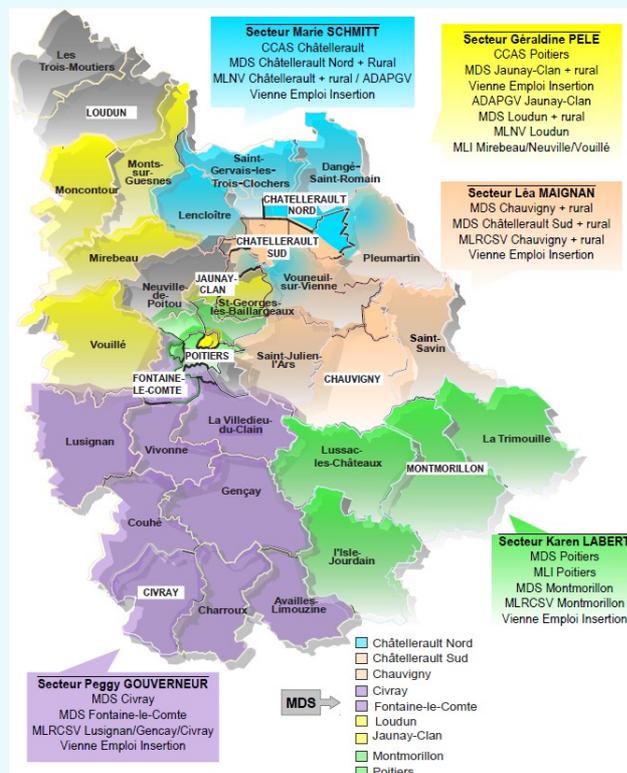
**Evaluer** les besoins en santé mentale de ces personnes.

Les **accompagner** à court terme et/ou les réorienter vers les dispositifs les plus adaptés.

**Soutenir** les équipes dans les difficultés qu'elles peuvent rencontrer dans l'accompagnement de ces personnes.

**Travailler en lien avec** :

- L'ensemble des services de Psychiatrie du Centre Hospitalier Henri Laborit,
- Les partenaires institutionnels et associatifs.



**Annexe 9**  
**Plaquette EMPP / PASS de Charente**

## Equipe Mobile Précarité

Circulaire N° 2005-251 du 23/11/05 relative à la prise en charge des personnes en situation de précarité ou d'exclusion et la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

### LES OBJECTIFS

Repérer, évaluer, les besoins en santé mentale des personnes en précarité  
Faciliter l'accès au soin aux personnes

sans couverture sociale via la Pass.

Accompagner les personnes exclues vers le soin

Coordonner les équipes intra et extra

Du C H Camille Claudel avec les équipes sociales extérieures

### LES MOYENS

2 temps d'infirmiers

Réunions d' « aide aux aidants » à travers des

Etudes de cas concrets (Oméga, Alésie, CCAS)

Accueil à Lieu-Dit

Permanences au CCAS, CHRS

Réunions mensuelles avec les différents partenaires sociaux

Réunions infirmières, panoramiques, institutionnelles

## Début de l'activité en Mars 2008

### PARTENAIRES

Quelques Chiffres : de janvier à juillet 2009  
52 réunions d'aide aux aidants, 362 cas évoqués  
22 permanences, 13 sorties

Services d'admission du CHCC  
Équipes extra hospitalières du CHCC  
UAOCC UCMP  
ÉQUIPE PASS GIRAC

LES URGENCES

LE SAMU

AS. SOCIALES CAF, SÉCU, MSA

CENTRES MEDICO-SOCIAUX

CCAS

Médecins du monde

Éclaircie Croix Rouge

LES RESTOS DU COEUR

AFU 16 CHRS

OMÉGA

ALESIE ARU (Chantiers d'insertions)

Les Médiatrices socio- interculturelles

CENTRE D'EXAMEN DE SANTÉ

POMPIERS

GENDARMERIE

POLICE

## Permanence Accès Soins Santé Psychiatrique

### Appel à projet en Juin 2009

Septembre 2009, CHCC retenu pour La création d'une PASS Psychiatrique

### LES OBJECTIFS

RENFORCER l'accès au soin psychiatrique pour les personnes défavorisées par une prise en charge plus rapide et une meilleure coordination des équipes

FACILITER l'ouverture des droits sociaux

TRAVAILLER avec les différentes PASS de la Charente

AMÉLIORER l'articulation avec les services du CHCC

DÉVELOPPER le réseau de partenaires

### LES MOYENS

3 infirmiers + 1 Assistante sociale + Temps Médical

Permanences A.Sociale et Infirmière sur le CMP Lieu-Dit

Formaliser les permanences avec CCAS, CHRS, Eclaircie, PASS, maison relais...

Réunions institutionnelles, panoramique, infirmières

Réunions de coordination sociale

CENTRE HOSPITALIER CAMILLE CLAUDEL

Route de Bordeaux CS90025 16400 LA COURONNE

Tel : 05 45 67 59 59

## **ANNEXES spécifiques aux membres du jury**

### **Annexe 1 Projets des EMPP (Jury)**

A/ EMPP Département de la Vienne (ARS Nouvelle Aquitaine) Projet Initial EMPP Décembre 2007

B/ EMPP Angoulême (ARS Nouvelle Aquitaine) Centre Hospitalier Camille Claudel Établissement public de santé mentale Pôle Accueil -Projet Équipe Mobile Projet Initial de 2008

C/ EMPPE Indre et Loire (ARS Centre) Projet« Plateforme précarité » Fiche Projet Initiale à destination de la Direction du CHRU de Tours Projet de 2016 (reprise projet initial 2009)

### **Annexe 2 Rapports d'activité de trois Équipes Mobiles de Psychiatrie Précarité (Jury)**

A/ EMPP Département de la Vienne (ARS Nouvelle Aquitaine) Rapport Activités 2016

B/ EMPP Angoulême (ARS Nouvelle Aquitaine) Bilan 2016

C/ EMPPE Indre et Loire (ARS Centre) Bilan 2014