



**HAL**  
open science

# Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité d'Occitanie : État des lieux

Pascale Manuello

► **To cite this version:**

Pascale Manuello. Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité d'Occitanie : État des lieux. [Rapport de recherche] Agence Régionale de Santé - Occitanie; Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS FED4142). 2018. hal-02160432

**HAL Id: hal-02160432**

**<https://hal.science/hal-02160432>**

Submitted on 19 Jun 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# ETAT DES LIEUX Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité d'Occitanie

Pascale MANUELLO (IFERISS LISST UMR 5193 CNRS)

SEPTEMBRE 2018

## SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	<b>2</b>
<b>Etat des lieux des EMPP d'Occitanie</b> .....	<b>5</b>
Contexte et objectifs .....	5
Méthodologie .....	6
<b>PARTIE 1 : Panorama transversal des 14 EMPP d'Occitanie : résultats de l'enquête par questionnaire</b> .....	<b>8</b>
1. Présentation générale des EMPP.....	8
2. Les ressources et l'organisation.....	8
3. L'activité.....	11
4. Les publics.....	16
5. Les partenaires .....	16
6. Bilans et perspectives .....	19
<b>PARTIE 2 : Les modalités d'organisation et d'intervention des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité dans leur système local de territoire : logiques d'homogénéité et de différenciation</b> .....	<b>21</b>
1. Travailler la proximité envers les publics.....	22
2. Passer le relai .....	23
2.1. L'accessibilité aux lieux de soins	23
2.2. « Faire avec » la temporalité des publics	25
2.1. Organiser la proximité avec les CMP et les PASS Psy	26
3. Avec les partenaires de ville : préciser ses missions, soutenir et transmettre ses savoir-faire.....	27
4. Des spécificités d'organisations territoriales .....	29
4.1. Intervenir en métropole	30
4.2. Intervenir sur le département	32
4.3. Intervenir sur des villes ciblées	34
<b>Conclusion</b> .....	<b>35</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>36</b>

## INTRODUCTION

La création des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) s'inscrit dans la continuité des politiques publiques engagées dans la lutte contre les exclusions dans le domaine sanitaire telles que les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dès 1998, la mise en œuvre des premières équipes mobiles orientées sur l'accès aux soins des personnes sans domicile et la naissance du réseau Psychiatrie-Précarité (loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions). Le cahier des charges et les missions des EMPP sont institués par la circulaire du 23/11/2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Il s'agit de favoriser « *une meilleure prise en compte des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion (par) la création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie intégrées dans un dispositif coordonné et global. Les EMPP sont chargées de favoriser l'accès aux soins de ces publics* »<sup>1</sup>. Les EMPP s'inscrivent dans les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux soins (PRAPS) ainsi que dans la planification régionale en constituant une priorité des volets psychiatrie et santé mentale des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins. Elles sont financées par dotation annuelle mais peuvent bénéficier de financements complémentaires.

Au moins deux constats mentionnés dans la circulaire vont conforter la création d'EMPP: d'une part, le constat de l'absence de demande de soins par ces publics, la demande étant plutôt exprimée par les professionnels de première ligne (CHRS, hébergements d'urgence, accueils de jour, CCAS...) lorsque leurs usagers ont des comportements qui rendent difficile leur prise en charge ou la vie en collectif dans les lieux d'accueil. Et d'autre part, le constat d'une psychiatrisation excessive des problématiques sociales. Les interactions entre santé mentale et précarité sont complexes et les structures en charge d'accueillir ces publics précaires ont des difficultés à apporter des réponses adaptées à l'imbrication des problématiques psychiatriques et sociales<sup>2</sup>. A propos de ces équipes, Ana Marques souligne que « la qualification des situations complexes, imbriquant plusieurs dimensions (social, ordre public, psychiatrique, voire somatique) est au cœur de l'interaction entre les acteurs afin de déterminer leur légitimité à intervenir ou non » (A. Marques, 2015). Par ailleurs, les modes de prise en charge des publics précaires souffrant de troubles psychiques dépendent sans doute de l'offre de soins, hétérogène selon les territoires mais ils relèvent aussi de liens partenariaux préalablement construits sur les territoires entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. A l'échelle d'initiatives locales portées non exclusivement par les réseaux psychiatrie-précarité, nombre de professionnels de la psychiatrie s'étaient organisés en amont de la circulaire pour apporter une prise en

---

<sup>1</sup> Circulaire 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.

<sup>2</sup> La tension ontologique (C. Borrelle, 2017) entre ce qui relèverait d'un psychiatrique « pur », ou de l'expérience sociale de l'exclusion, a fait l'objet de plusieurs travaux en sciences sociales (Estroff, 1998 ; Renault, 2008) et en psychiatrie (Furtos, 2002) sur le champ des souffrances psycho-sociales. Elle renvoie aux questions du dualisme social/psychiatrique dans le travail ordinaire de la psychiatrie.

charge orientée vers les publics précaires. La circulaire de 2005 a confirmé l'hétérogénéité de ces initiatives tout en souhaitant définir des principes communs pour guider l'action des professionnels mobiles envers l'exclusion et les besoins de santé mentale.

### **Deux missions principales des EMPP :**

#### **1/ «Aller vers les publics quel que soit le lieu où leurs besoins sont repérés » afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et identifier les besoins, l'orientation à l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire.**

La particularité des EMPP est d'intervenir au plus près des lieux de vie des personnes en situation d'exclusion ou de précarité souffrant de troubles psychiques (dans la rue, dans les centres d'accueil, parfois même au domicile). Il *s'agit d'aller vers* des personnes éloignées du système de soins. Cet éloignement peut provenir d'un manque d'accessibilité au lieu du soin : distances à couvrir avec peu de moyens de transport accessible, notamment en milieu rural. L'accessibilité aux soins peut par ailleurs être entravée par les modes de prise en charge non adaptés à leur situation de couverture sociale. Mais l'éloignement peut aussi être le fait des personnes elles-mêmes, par difficulté à percevoir leurs besoins de soins, et par difficulté à franchir les portes des structures de soins pour des raisons de représentations de ces structures comme facteurs de dissuasion symbolique (Parizot, Chauvin, 2010, Fassin, 2009). Enfin, l'éloignement de ces personnes au système de soins provient de leurs conditions de vie qui rendent leur quotidien incertain tout en les obligeant à se projeter dans le présent. Le recours aux soins entre en concurrence avec d'autres priorités telles que chercher de quoi manger, dormir, obtenir des droits administratifs, qui relèguent la santé à un besoin secondaire et à une temporalité de moyen ou long terme pouvant entrer en dissonance avec l'immédiateté des situations auxquelles elles doivent faire face. D'une manière générale, le constat est que les publics des EMPP sont généralement *« des publics qui ne s'adaptent pas aux dispositifs de droit commun »*, et que *« c'est au contraire au dispositif de droit commun de s'adapter à eux »* (psychiatre d'EMPP). A partir de cette problématique, le travail des EMPP est de construire les conditions d'une interface entre les publics et les dispositifs de droit commun en psychiatrie - sans exclure l'adressage vers le somatique si nécessaire. Il s'agit pour ces équipes d'amener ou de ramener vers le soin et de prévenir autant que possible les situations d'urgence (A.Sarradon-Eck, C. Farnarier, 2014)

#### **Modalités d'intervention de l'EMPP en direction des personnes en situation de précarité et d'exclusion (Circulaire, 23/1/2005):**

- Permanences dans des lieux sociaux repérés et fréquentés par les personnes en difficulté (CHRS, hébergements 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

## **2/ Assurer une fonction d'interface entre les équipes de psychiatrie et les acteurs de première ligne accueillant ces publics ou oeuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et les exclusions, pour faciliter une prise en charge coordonnée**

Il s'agit pour l'EMPP de mettre en œuvre un partenariat « dense et formalisé », associant les secteurs de l'établissement de rattachement de l'équipe (psychiatrie) et les établissements de santé généraux, les praticiens libéraux, les intervenants sociaux et médico-sociaux du territoire couvert par l'EMPP. L'équipe ne se substitue pas au droit commun mais vient **en soutien aux intervenants de première ligne pour faciliter de manière coordonnée la prise en charge de ces publics**. Ces partenaires expriment souvent un manque de formation et de connaissance dans le domaine des besoins de santé mentale et peuvent s'appuyer sur le soutien de l'EMPP pour évaluer une situation. L'intervention de l'EMPP doit aider les intervenants de première ligne à acquérir des compétences pour mieux repérer et décoder les situations et mettre en œuvre les premiers stade d'écoute et de soutien. Issus des secteurs associatifs de ville, du secteur social, médico-social ou sanitaire, ces partenaires constituent un réseau « externe » pour l'EMPP. Mais la formalisation du réseau par les équipes s'adresse aussi à des partenaires « internes », c'est-à-dire rattachés au même établissement que l'équipe tel que le CMP, les urgences, ou encore la PASS, les services de liaison en addictologie auprès desquels l'EMPP peut ré-adresser.

### **Modalités d'intervention de l'EMPP en direction des partenaires :**

- 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).

**L'EMPP constitue une interface, un dispositif tiers, entre travailleurs de première ligne, leurs publics et les dispositifs de droit commun.** L'enjeu de la proximité constitue le mode opératoire de l'EMPP, que ce soit envers les publics comme dans le tissage d'un partenariat avec les intervenants par la sensibilisation aux besoins de santé mentale ainsi qu'aux problématiques de l'exclusion et de la désaffiliation (Furtos, 2002).

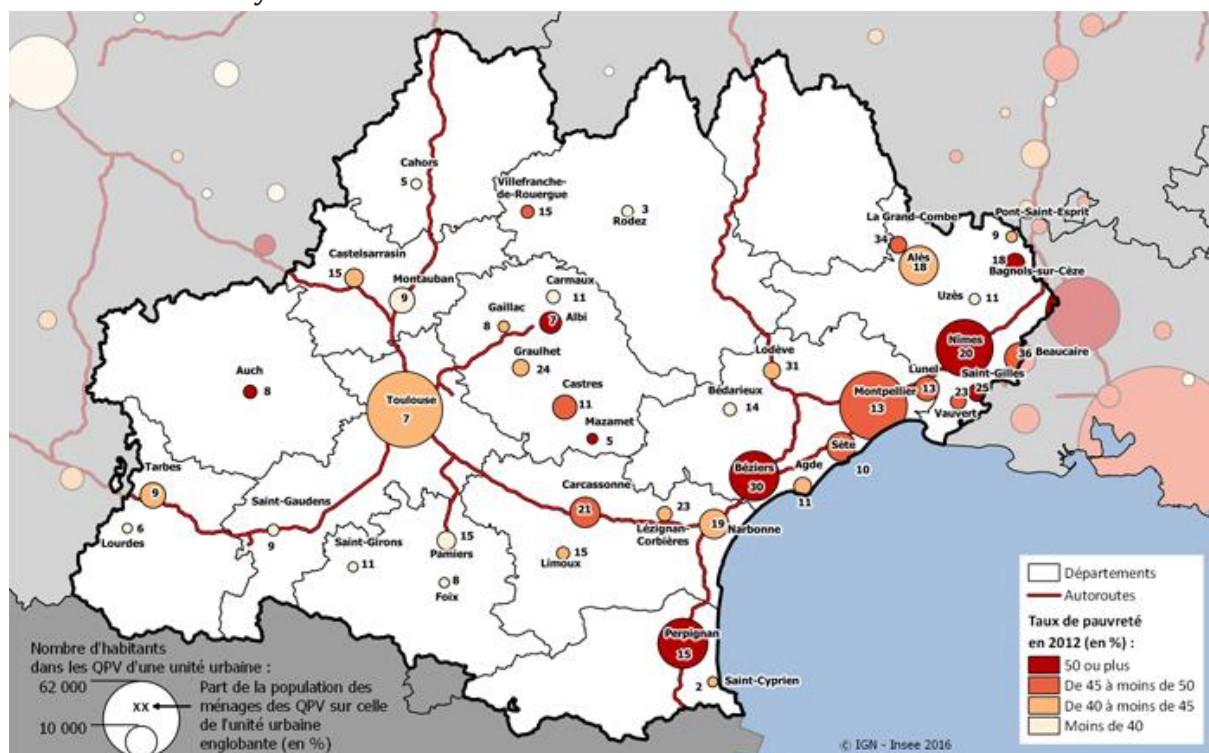
## ETAT DES LIEUX DES EMPP d'OCCITANIE

### Contexte et objectifs

**Une région caractérisée par la pauvreté et la précarité**<sup>3</sup>: en 2015, le taux de chômage de la région Occitanie atteint 12,1 %, (2<sup>e</sup> taux le plus élevé de métropole) et 17% de la population vit sous le seuil de pauvreté contre 14 % en France métropolitaine. Le taux de pauvreté des moins de 30 ans est le 3<sup>ème</sup> plus élevé de métropole, celui des 75 ans ou plus le 2<sup>ème</sup> après les Hauts-de-France. La région se classe au 2<sup>ème</sup> rang pour la part des allocataires de minima sociaux dont au moins les trois quarts des revenus proviennent des prestations sociales. Par ailleurs, de nombreux jeunes ne sont pas insérés : en 2014, 4,2 % des 18-24 ans ne sont ni en emploi, ni au chômage, ni en formation (4<sup>ème</sup> rang au niveau de la France Métropolitaine)

### Taux de pauvreté dans la région

INSEE, 2012, Population des ménages et taux de pauvreté dans les QPV de Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées en 2012



### Un focus sur les 14 Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité de la région Occitanie :

Dans le cadre du CPOM signé entre l'Université Toulouse III (IFERISS) et l'ARS Occitanie concernant le suivi territorialisé du PRAPS (2018-2022), il est prévu chaque année la réalisation d'un focus sur une thématique choisie par l'ARS. Celle proposée pour 2018 porte sur la réalisation d'un état des lieux des modes de fonctionnement des 14 Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité présentes dans 11 départements sur les 13 que comporte

<sup>3</sup> A. MONTCOUDIOL, *L'Occitanie au regard des autres régions métropolitaines*, INSEE, Analyses n°40, Mars 2017

la région, deux d'entre eux, le Gers et l'Aveyron, en étant dépourvus. Cette mission est financée par l'Agence Régionale de Santé dans le cadre de la mesure « MI1-2-21 : Promotion de la santé des populations en difficulté » et la mission « 1 : Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ». Dans une période de renouvellement du Projet régional de santé et du PRAPS, mis à la consultation publique depuis le 20 février 2018, un état des lieux précis est essentiel pour envisager des évolutions institutionnelles et des actions de soutien susceptibles d'une part, d'accompagner les décisions de l'ARS et, d'autre part, de faciliter le travail des EMPP afin qu'elles puissent répondre à leurs missions. A ce titre, une des 6 priorités d'actions du nouveau PRAPS (2018-2022) est de « *Contribuer à une meilleure prise en compte de la santé mentale des personnes en situation de précarité* », visée assortie de deux objectifs opérationnels et de trois actions structurantes visant à renforcer « *le rôle et les missions des EMPP pour une meilleure adaptation aux publics rencontrés et terrains d'action..., coordonner les acteurs locaux... en veillant à la cohérence des différents dispositifs ... et mobiliser les établissements de santé en psychiatrie et des structures des champs social et médico-social pour une meilleure coordination territoriale des parcours de soins en santé mentale* ».

L'étude vise à rendre compte précisément de l'activité des 14 EMPP existantes et de porter à la connaissance de l'ARS : 1/leurs ressources et leurs modes d'organisation, 2/ leur file active et les publics visés, 3/ les partenariats mobilisés et le repérage de l'équipe par les partenaires, 4/les modalités d'intervention privilégiées envers les publics et envers les partenaires et 5/d'aboutir à un bilan de leur action en termes de leviers et de difficultés rencontrées.

Enfin, l'état des lieux doit identifier ce qui constitue le socle commun de ces EMPP c'est-à-dire les critères de leur homogénéité, ainsi que les éléments constitutifs de leur diversité. On peut en effet faire l'hypothèse que les EMPP sont organisées et fonctionnent de manière hétérogène en raison de leurs spécificités de territoire (ressources partenariales, territoire de type urbain, de métropole, rural) et de leurs historiques de création. Au-delà d'un panorama transversal du fonctionnement et de l'organisation des EMPP de la région, il convient de connaître comment chaque EMPP s'organise et agit à partir de son contexte local.

## ***Méthodologie***

**Mise en œuvre en janvier 2018 d'un Comité de pilotage** (ARS région et délégations départementales – partenaires FNARS et PASS – chercheurs IFERISS) destiné à superviser l'avancement de l'enquête « Etat des Lieux EMPP Région Occitanie » et les choix méthodologiques de la recherche.

### **Phase 1 : Une enquête par questionnaire (février 2018)**

**(PARTIE 1, Panorama transversal des EMPP d'Occitanie : les résultats de l'enquête par questionnaire)**



Un questionnaire administré en ligne destiné aux 14 EMPP de la région et rempli par le coordinateur de l'EMPP ou par l'équipe (*Cf. Annexe 1 : Le questionnaire*). Cinq axes thématiques principaux sont explorés dans le questionnaire<sup>4</sup> :

1/Les ressources et l'organisation de l'EMPP

2/L'activité de l'EMPP

3/Les publics de l'EMPP

4/Les partenaires de l'EMPP

5/Un bilan du fonctionnement de l'EMPP et les perspectives d'évolution.

Validation du questionnaire en Comité de pilotage le 11 janvier 2018. Mise en ligne de l'enquête en février 2018. Les résultats du questionnaire (tris à plat et croisés) font l'objet d'un rapport intermédiaire présenté le 26 mars en comité de pilotage. (*Cf. Annexe 2 : Les résultats du questionnaire*)

### **Phase 2 : Une enquête qualitative par entretiens (mars/ avril/mai 2018)**

#### **(PARTIE 2, Les modalités d'organisation et d'intervention des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité dans leur système local de territoire : logiques d'homogénéité et de différenciation)**

Une des hypothèses de la recherche pointait l'hétérogénéité des modes de fonctionnement et d'activité des EMPP. A partir des résultats du questionnaire, 7 EMPP ont été choisies à partir de leur hétérogénéité en termes :

- de territoires (urbain exclusivement/urbain et rural) et d'organisation territoriale (interventions à partir de bassins de vie, à l'échelle du département/à l'échelle d'une ou quelques villes ciblées)
- de modalités d'intervention déployées
- de file active

Ces équipes ont fait l'objet d'une enquête qualitative par entretiens auprès de leurs coordinateurs (cadres de santé, psychiatres, IDE) et de membres de l'équipe (IDE, AS, psychologue). Les entretiens ont porté sur l'historique de création de l'EMPP, le système local -partenarial et institutionnel- dans lequel l'EMPP fonctionne, les choix et les contraintes organisationnelles, les évolutions concernant l'activité depuis la création de l'équipe ainsi que les facteurs obstacles ou facilitateurs du fonctionnement de l'équipe. L'analyse croisée des entretiens rend compte des leviers communs à l'action des EMPP ainsi que des logiques explicatives de leur diversité.

(*Cf. Annexe 3 : Modèle du guide d'entretien*)

---

<sup>4</sup> Ces thématiques ont été discutées en comité de pilotage, elles ont été construites à partir d'une pré-enquête par entretiens auprès de 3 coordinateurs d'EMPP, de la lecture des rapports d'activité d'équipes et du rapport national de la DGOS sur les EMPP (2015)

## **PARTIE 1 – Panorama transversal des 14 EMPP d’Occitanie : les résultats de l’enquête par questionnaire**

Administré en ligne aux 14 EMPP de la région<sup>5</sup> courant février 2018, le questionnaire a permis d’aboutir à un panorama transversal des équipes à partir de leur présentation générale, de leurs ressources et organisations, de leur activité, de leurs publics, de leurs partenariats et du bilan des années d’exercice.

Les 14 EMPP ont répondu, 86 % des questionnaires étant correctement documentés (12 questionnaires ont un taux de remplissage moyen qui atteint 94 %). Parmi les profils de répondants, 6 sont des psychiatres, 4 les directions de l’établissement de rattachement de l’équipe, 3 cadres de santé et une infirmière (IDE), bien qu’une partie des équipes ait répondu de manière collégiale. Nous présenterons les principaux résultats de manière synthétique, les illustrations détaillées des résultats figurant en Annexe 2.

### **1. Présentation générale des EMPP**

La majorité des EMPP sont créées entre 2006 et 2008 mais trois d’entre elles ont vu le jour avant l’application de la circulaire de 2005

- 1998 (CHS de Thuir -Pyrénées Orientales)
- 1999 (CHU Montpellier)
- 2000 (CHU Toulouse)

La dernière EMPP créée dans la région est située dans le Tarn et Garonne et dépend du CH de Montauban, elle a été créée en 2011.

Il existe une unité fonctionnelle ou administrative dédiée pour toutes les EMPP sauf pour la Lozère et le Tarn. Le rattachement de l’équipe est fait au niveau d’un pôle de psychiatrie ou de son CMP.

La coordination de l’équipe est assurée par un psychiatre (pour 9 EMPP), par un cadre de santé (4 EMPP) ou par un IDE (1)

### **2. Les ressources et l’organisation des EMPP**

#### ***Les ressources humaines***

Le nombre moyen de professionnels par équipe est d’environ 6 personnes pour une moyenne de 2,72 ETP par équipe<sup>6</sup>, tous professionnels confondus (psychiatres, IDE, psychologues, cadres de santé, assistantes sociales, secrétaires), la médiane sur l’ensemble des équipes s’établissant à 2,1 ETP. Ce sont les infirmier-e-s qui sont les plus représentés avec une moyenne de 2,7 IDE par équipe pour un ETP moyen de 1,84.

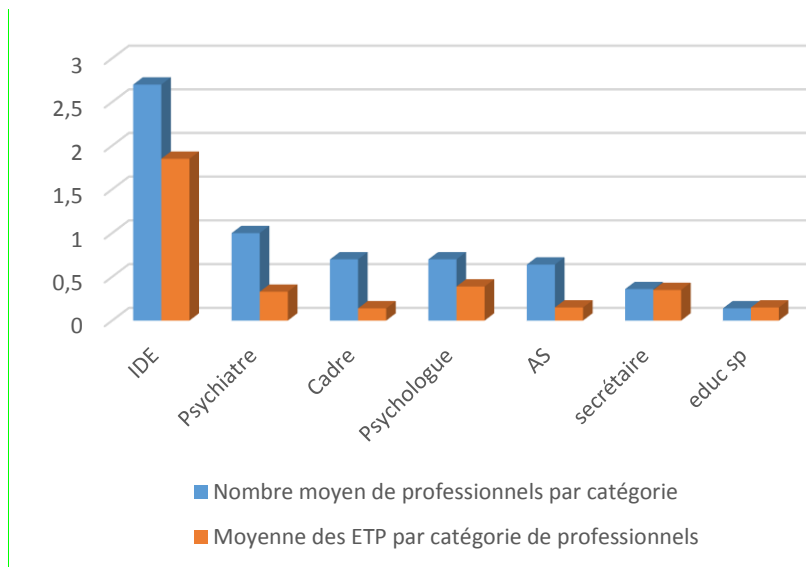
---

<sup>5</sup> NB : l’Aveyron et le Gers n’ont pas d’EMPP. En revanche, trois départements sont pourvus de 2 EMPP : 1/le Gard (CH d’Alès et CHU de Nîmes), 2/ la Haute Garonne (CHS Marchant et CHU Toulouse) et 3/l’Hérault (CH Béziers et CHU Montpellier)

<sup>6</sup> Au niveau national la moyenne des ETP par équipe est de 3,7. Cf. Elise PICON, Elise CROVELLA, François LECOUTURIER, Béatrice MINET, Romain SEIGNEUR, « *Evaluation des EMPP* », Rapport DGOS, Avril 2015

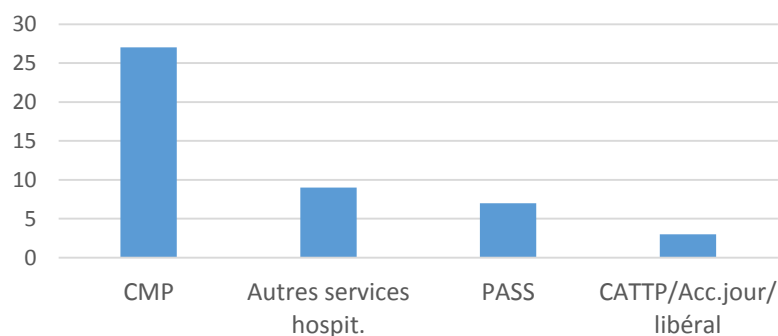
Si 12 équipes sur 14 ont intégré un médecin psychiatre (les EMPP des Hautes Pyrénées et de Lozère n'ont pas de psychiatre dédié), l'équivalent de temps alloué par ces derniers n'est que de 0,33% d'ETP en moyenne. L'ETP moyen des psychologues est légèrement inférieur à un mi-temps (0,45) mais 4 équipes sur 14 n'ont pas de psychologues.

Bien que peu nombreuses en nombre sur l'ensemble des équipes, les secrétaires consacrent en moyenne un gros tiers de leur temps au profit de l'EMPP (0,4 ETP moyen). Neuf équipes comptent un cadre de santé pour un temps alloué à l'EMPP relativement faible (0,15 ETP en moyenne) et seulement 4 équipes ont intégré une assistante sociale (ETP moyen : 0,3).



La plupart de ces professionnels partagent leur temps avec un CMP, et dans une moindre mesure avec d'autres services de leur établissement de rattachement et une PASS.

**Partage du temps avec d'autres services (en nombre de professionnels) :**



**Les ressources matérielles et financières**

- La moitié des équipes dispose d'un local bien identifié, 4 d'entre elles partageant leur local avec une autre structure (CATTP, pôle psychiatrie, PASS, CD)
- 10 équipes sur 14 disposent de téléphones mobiles et de matériel informatique
- 9 équipes disposent d'une ligne téléphonique dédiée et d'un seul véhicule

Pour 12 équipes, il n'existe pas d'autres ressources financières que la DAF qui soit allouée au fonctionnement de l'équipe. L'Aude et les Pyrénées Orientales déclarent des ressources humaines complémentaires.

### ***L'organisation territoriale***

Les équipes interviennent sur un territoire urbain dans 75 % des cas, semi-urbain dans 28 % des cas et rural dans 31 % des cas. Les EMPP de Toulouse, Montpellier, des Hautes Pyrénées (Tarbes) et du Tarn (Albi) interviennent sur un territoire exclusivement urbain. Seule l'EMPP d'Ariège déclare n'intervenir qu'en territoire rural.

- La majorité des équipes interviennent sur leur ville intra-muros ou sur une seule ville ciblée (Toulouse, Albi, Tarbes), sur leur ville et agglomération (Montpellier, Béziers) ou sur plusieurs villes ciblées (Aude et CHU Gard, CH Gard)
- 3 équipes déclarent intervenir sur l'ensemble du département (Tarn et Garonne, Lozère, Pyrénées Orientales)
- 2 équipes interviennent sur leur département à partir d'une entrée organisée par bassins (Ariège et Lot)
- Les trois départements avec un CHU ont deux EMPP sur leur territoire : le Gard (CH d'Alès et CHU de Nîmes), la Haute Garonne (CHS Marchant et CHU de Toulouse) et l'Hérault (CH Béziers et le CHU de Montpellier). Concernant la répartition des EMPP sur ces départements, les logiques d'implantation sont variables : 1/soit une logique de répartition sur le département (les deux EMPP de l'Hérault sont réparties à partir de l'agglomération de Montpellier et du Centre Hospitalier de Béziers à l'extrême ouest du département, le Gard avec une EMPP au CHU de Nîmes et une EMPP au centre hospitalier d'Alès dans les Cévennes) 2/soit une logique de concentration sur une grande ville (les 2 EMPP de la Haute Garonne sont implantées sur Toulouse à partir du CHS Marchant et du CHU).

Le choix des territoires d'intervention repose le plus souvent sur l'organisation des secteurs psychiatriques et/ou sur l'identification de besoins. Mais les moyens dont dispose l'équipe sont aussi un critère de définition du territoire d'intervention ("*en fonction de l'effectif des personnels dédiés*" et "*au mieux des capacités d'intervention de la structure*")

### ***Les réunions internes d'équipe***

Les équipes organisent toutes des réunions internes dont la fréquence varie d'au moins une fois par mois à au moins une fois par trimestre bien que quatre équipes déclarent organiser hebdomadairement une réunion interne. Ces réunions ont pour vocation de mobiliser l'inter-professionnalité et l'interdisciplinarité par des études de cas collectives sur les situations rencontrées et par l'élaboration coordonnée du projet de soin.

### ***Les outils de recueil, de suivi et de partage d'informations***

Seulement trois équipes travaillent à partir d'un système d'information (SI) dédié à l'activité de l'EMPP qui soit relié au dossier patient informatisé : les équipes de l'Aude, des Hautes Pyrénées et des Pyrénées Orientales. Ce SI permet de suivre l'activité de liaison,

d'accompagnement et d'orientation, les synthèses d'entretiens avec les usagers, la file active et le type d'actes. Il communique avec le dossier patient informatisé en psychiatrie, en interopérabilité avec le logiciel de l'établissement. Huit équipes disposent d'un annuaire informatisé des partenaires internes, c'est-à-dire des partenaires de l'établissement de rattachement, mais seulement deux équipes disposent d'un annuaire informatisé des partenaires externes de ville. Moins d'1/3 des équipes utilisent un outil de planning partagé. La plupart du temps, le recueil et le suivi des informations sur les publics sont réalisés sous forme d'un dossier papier et de fiches individuelles ou sous forme d'un dossier informatisé de type Excel. Les attentes en termes d'outils informatisés sont nombreuses : outre un système d'information et de suivi dédié et non « bricolé », les équipes souhaiteraient généralement bénéficier d'un répertoire informatisé des ressources (notamment externes) de type ROR, d'intranet, d'une messagerie sécurisée, et de l'accès au Dossier Patient Informatisé.

### ***Les points forts en matière de ressources et d'organisation***

L'interdisciplinarité et le travail de coordination constituent une ressource pour ces équipes ainsi qu'un bon niveau de repérage par l'ensemble des partenaires en adéquation avec « *la stabilité de l'équipe comme gage de confiance et de continuité* » et la capacité de réactivité de l'équipe. Le maillage territorial auprès des CMP, qui peut être assorti d'une double affectation équipe/CMP (par partage de temps), et le déploiement en bassin comme organisation territoriale sont aussi relevés comme des points positifs de l'organisation.

### ***Les points faibles en matière de ressources et d'organisation***

Ce sont les ressources dont disposent les équipes qui sont le plus souvent citées en points faibles, en particulier des moyens humains pour toutes les catégories de personnel. Des effets de saturation pour accueillir l'augmentation de la demande et des besoins sans adéquation avec les ressources humaines effectives de l'équipe sont fréquemment cités. Par exemple, les temps de psychologues, d'assistantes sociales et de secrétariat au bénéfice de l'EMPP peuvent être pris sur leur temps de CMP ou de Pass Psy. La pauvreté des moyens matériels (manque de véhicules spécifiquement dédiés à l'équipe pour couvrir ses besoins de mobilité, déficit de local pour accueillir les publics pour des entretiens notamment) constituent des obstacles à la bonne réalisation des missions. En matière d'organisation territoriale, sont pointés des difficultés lorsque le choix d'intervenir sur l'ensemble du département a été fait (temps des distances à couvrir) malgré une organisation en rapport avec un découpage de celui-ci (par bassin, par zonage).

## **3. L'activité des EMPP**

Neuf EMPP rédigent un rapport annuel d'activité mais elles sont très peu nombreuses à le présenter auprès de leurs instances internes et seulement 6 d'entre elles transmettent leur rapport à leur délégation ARS.

De manière transversale, quels sont leurs files actives, leurs modalités d'intervention et dans quels lieux ?

En 2017, **la file active moyenne des équipes** est de 292 personnes<sup>7</sup> avec un renouvellement moyen de 60%. La moitié des équipes ont une file active supérieure/inférieure à 198. Bien que jugée stable pour la plupart des équipes, cinq d'entre elles déclarent une augmentation de leur file active.

**On note surtout de grandes disparités dans les files actives** : celle du CHU de Montpellier s'élève à 720 personnes alors que le CHU de Toulouse en compte 160 et que le CHS Gérard Marchant à Toulouse n'en a pas.

Rapporter la file active des équipes au taux de pauvreté de leurs territoires n'est pas forcément une hypothèse à retenir pour expliquer les disparités, d'autant que les publics des EMPP peuvent être des personnes itinérantes ou errantes. Par ailleurs, les personnes migrantes, de passage ou en attente de régularisation sur le territoire sont fréquemment mentionnées comme une population en augmentation parmi les publics pris en charge par les EMPP. Il est donc difficile de faire un lien de causalité direct entre file active et besoins à partir des statistiques de pauvreté ou de minima sociaux dans les départements. Le tableau ci-après montre que l'Aude qui a le taux de pauvreté le plus élevé de la région a une file active inférieure à la moyenne, à l'inverse du Lot qui n'est pas un des départements les plus pauvres d'Occitanie mais suit 680 personnes à travers tout le département. Le fait d'étendre sa couverture territoriale à l'échelle du département avec des organisations par zonages (secteurs/bassins) peut également expliquer une file active élevée.

Département	FILE ACTIVE 2017	Taux de pauvreté monétaire <sup>8</sup> du département (France métropolitaine : 14,7 %)	ETP total par équipe
Haute-Garonne (CHS Marchant)	0	12,6	2,1
Gard (CH Alès)	31	20,3	1,9
Tarn	69	15,3	0,40
Hautes-Pyrénées	90	14,8	2,5
Lozère	100	15	1,1
Hérault (CH Béziers)	120	19,8	3,2
Haute-Garonne (CHU Toulouse)	160	12,6	1
Aude	198	21,7	2,1
Tarn-et-Garonne	210	17,1	1,8

<sup>7</sup> Moyenne intégrant la file active de l'Ariège de 2016 (730 personnes), le département n'ayant pas déclaré sa file active sur 2017

<sup>8</sup> Indicateurs sociaux départementaux au 31/12/2014 : Taux de pauvreté (part des ménage dont le niveau de vie est inférieur au taux de pauvreté - Seuil à 60%) – Source DREES, INSEE, DGFIP, CNAF, CNAV, CAF

<b>Gard (CHU Nîmes)</b>	240	20,3	2,7
<b>Pyrénées-Orientales</b>	385	21,4	5,2
<b>Lot</b>	688	15,1	3,7
<b>Hérault (CHU Montpellier)</b>	720	19,8	7,2
<b>Ariège</b>	734 (FA 2016)	18,2	3,2
	<b>FA Moyenne région: 292</b>	<b>Taux moyen de pauvreté région : 17,4%</b>	<b>ETP moyen région : 2,72 ETP moyen France : 3,7<sup>9</sup></b>

Les ressources humaines allouées aux équipes sont un autre facteur explicatif puisque, globalement, plus l'équipe bénéficie de ressources humaines plus la file active est élevée. Mais comment expliquer que l'EMPP d'Ariège qui a la file active la plus élevée de la région ne totalise que 3,2 ETP ? L'hypothèse est que ce sont des stratégies distinctes liées aux contraintes de ressources dont dispose l'équipe, à ses modalités d'intervention, à sa couverture territoriale (villes ciblées/ totalité du département avec une organisation par découpage territorial) et à ses historiques de création qui peuvent expliquer ces différences de files actives, ce que nous essaierons de vérifier au cours de la deuxième partie de l'enquête.

**Les principaux critères de prise en charge des publics** sont 1/ l'évaluation de la nécessité d'une intervention à la fois sanitaire (psy) et sociale, 2/ la grande précarité avec des ruptures de soins, 3/ les adressages des partenaires et en particulier des structures d'urgences de ville.

Ce sont à la fois sur des critères cliniques de crises aiguës et des critères de crises institutionnelles ou situationnelles de débordement dans la prise en charge que repose l'intervention en urgence. L'urgence à intervenir est un critère transversal aux équipes puisque 12 équipes déclarent intervenir en urgence (toutefois 4 équipes déclarent intervenir plutôt rarement en urgence) et l'adressage vers les soins d'urgence reste une des principales structures vers laquelle l'EMPP adresse. Mais les équipes tendent à réduire autant que possible les adressages vers les soins d'urgence à partir de leur travail partenarial. Une meilleure connaissance des problématiques psychiatriques par les professionnels de première ligne permettrait en effet d'éviter que le recours à l'urgence soit trop systématique ou inapproprié. « *Si ce travail n'était pas fait auprès des équipes, il est probable qu'elles aient davantage recours à l'urgence* » (Psychiatre coordinateur d'EMPP)<sup>10</sup>. Le rôle principal de l'EMPP auprès des partenaires de première ligne est de transférer des connaissances, les aider à mieux repérer et gérer les situations pour ne pas faire appel à l'EMPP dans l'urgence. Les EMPP ne souhaitent pas être interprétées comme des équipes « pompier » intervenant « sur demande ». Par ailleurs les critères de l'urgence à intervenir peuvent varier entre le point de vue d'un professionnel de première ligne et

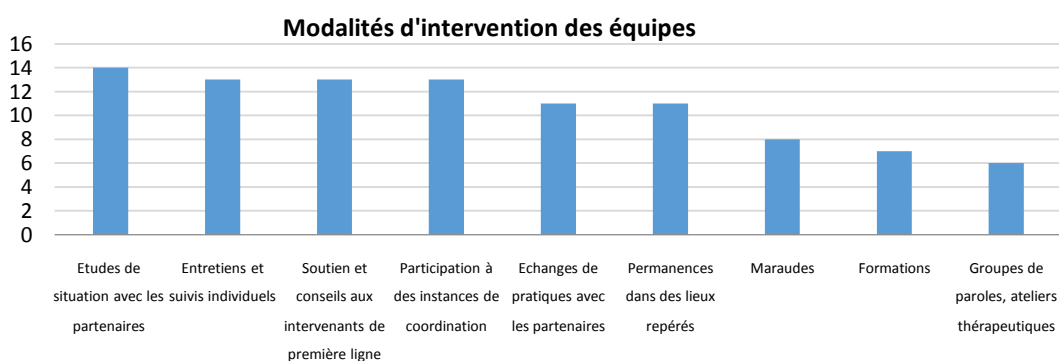
<sup>9</sup> Cf. Elise PICON, Elise CROVELLA, François LECOUTURIER, Béatrice MINET, Romain SEIGNEUR, « *Evaluation des EMPP* », Rapport National DGOS, Avril 2015

<sup>10</sup> Certains éléments de verbatim issus des entretiens de la deuxième phase de l'enquête peuvent être réinsérés dès cette partie pour illustrer les données quantitatives.

un professionnel de l'EMPP. « On peut être sollicités pour tout et rien. Par moment on peut être sollicités puis on découvre la réalité de ce qui se joue qui pourrait se passer de notre intervention, d'où l'intérêt de tout ce travail de transfert de connaissances aux équipes de première ligne » (psychiatre, coordinateur EMPP).

Huit équipes signalent qu'elles refusent quelquefois ou rarement les adressages de leurs partenaires parce que l'orientation vers l'EMPP n'est pas adaptée. Que veut dire non adapté pour ces EMPP ? La personne est « déjà suivie »; elle n'est « pas précaire ou précaire mais sans pathologie psychiatrique » ou bien parce qu'elle est « hors secteur »; parce que d'« autres orientations d'accompagnement sont plus adaptées » et parce que le partenaire recherche une « mise à l'abri de personnes ne nécessitant pas ou refusant les soins psychiatriques ». Enfin une des motivations au refus de prise en charge par l'équipe est lorsque la personne nécessite une hospitalisation d'urgence, d'où la nécessité pour les EMPP de transférer des connaissances aux équipes de première ligne sur les adressages vers des soins sans consentement.

De manière générale et conformément à leurs missions instituées, toutes les équipes consacrent une partie importante de leur temps à des études de situation, à du soutien et du conseil auprès de leurs partenaires ainsi qu'aux suivis individuels avec des entretiens auprès des usagers. La participation à des instances de coordination fait aussi partie des modalités d'intervention les plus déployées, ce qui illustre le rôle d'interface des EMPP entre publics et partenaires internes ou de ville. En revanche, les formations dispensées par les équipes figurent parmi les modalités d'intervention les moins saisies « faute de temps », même si la moitié des équipes déclarent en faire de temps en temps. Pour des équipes, le travail d'analyses de situation, d'information et de soutien-conseil auprès des partenaires de première ligne peut avoir un effet de formation « par le terrain » car les EMPP sensibilisent aux troubles psychiatriques et informent sur les conduites à tenir.



L'activité de permanences est saisie de manière hétérogène, des équipes déclarant de jamais faire de permanences (CHS Marchant à Toulouse, CH Alès dans le Gard, Hautes Pyrénées) pour des raisons d'organisation (CHS Marchant) ou parce que d'autres modalités d'action (analyses de situation avec les partenaires) se sont avérées plus productives que la permanence (Hautes Pyrénées, CH Gard). Mais d'autres équipes (Lot, Pyrénées Orientale, CHU Nîmes-Gard et CHU Montpellier) ont entre 10 et 19 lieux de

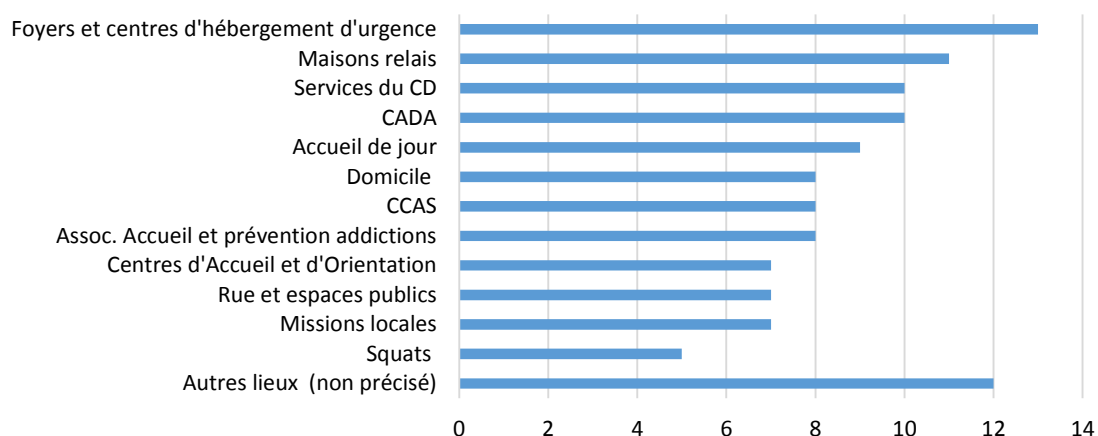


permanences dans des lieux d'accueil fréquentés par les publics (Accueil de jour, CHRS, CCAS, associations caritatives, Croix Rouge, Services d'urgence d'Accueil et d'Orientation pour l'essentiel). La temporalité des permanences est le plus souvent hebdomadaire voire mensuelle mais jamais au-delà d'une fois par mois.

Certaines équipes ne font pas de maraudes (CHS Marchant à Toulouse, Hautes-Pyrénées, CH Gard, Lozère) en raison de choix organisationnels ou d'un déficit de ressources humaines et de moyens matériels (pas de véhicule ou un seul pour toute l'équipe). D'autres EMPP peuvent s'appuyer sur un partenariat avec des équipes mobiles de leur établissement, c'est le cas du CHU de Toulouse avec l'Equipe Mobile Sociale de Santé ou l'EMPP des Pyrénées Orientales qui déclare faire des maraudes mais peut désormais s'appuyer sur l'équipe mobile de psychiatrie Elios couvrant tout le département.

L'activité de groupe (groupes de paroles ou ateliers thérapeutiques) n'est pas un mode d'action privilégié, la moitié des équipes ne pratiquant pas cette activité et les équipes qui se saisissent de cette modalité d'action le font de manière peu fréquente.

**Les principaux lieux d'intervention des équipes** sont les foyers et les centres d'hébergement d'urgence, les maisons relais, les services du conseil départemental, les centres d'accueil pour demandeurs d'asile et les accueils de jour.<sup>11</sup>



L'intervention à domicile est un peu plus citée que la rue et les espaces publics. Les publics rencontrés à domicile sont généralement repérés par des professionnels de première ligne comme les AS du Conseil départemental ou des bailleurs sociaux. La ruralité du territoire de l'EMPP se présente comme un critère de l'intervention à domicile, ce constat ayant déjà été pointé dans le rapport national d'évaluation des EMPP<sup>12</sup>. En effet, les trois équipes qui déclarent le plus intervenir en milieu rural (l'Ariège 100%, le Lot 40% et le Tarn et Garonne 25%) sont aussi celles qui font le plus de visites à domicile. Mais au-delà de la ruralité, c'est l'amplitude du territoire de l'intervention qui peut expliquer le

<sup>11</sup> Dans le tableau, la part importante d'« Autres lieux (non précisé) » renvoie à des noms de partenaires locaux qui relèvent presque tous des principaux lieux d'intervention des équipes déjà cités (foyers, hébergements d'urgence, maisons relais, CADA)

<sup>12</sup> Elise PICON, Elise CROVELLA, François LECOUTURIER, Béatrice MINET, Romain SEIGNEUR, « Evaluation des EMPP », Rapport DGOS, Avril 2015

déplacement à domicile comme modalité d'aller vers. Ainsi, les EMPP d'Ariège et du Lot interviennent à domicile parce que leurs organisations territoriales couvrent leurs départements à partir de découpages en bassins, alors que d'autres équipes n'interviennent jamais à domicile parce que leur zone d'intervention territoriale n'est ciblée que sur une ville (par exemple, l'EMPP des Hautes Pyrénées qui n'intervient qu'à Tarbes). Aussi parce que ces équipes ont fait d'autres choix d'intervention en estimant que « *ça (la VAD) n'encourage pas à faire le pas vers l'extérieur pour l'usager* ». Les difficultés de déplacement pour les usagers vivant en territoire rural favorisent certes l'intervention de l'équipe à domicile, mais en proportion variable selon les logiques de l'intervention chez les différentes EMPP.

Enfin, la visite à domicile n'est pas qu'une particularité des équipes intervenant en milieu rural ou à l'échelle de leur département : l'équipe de Montpellier déclare que « *c'est une part importante de la mission* » et l'équipe du Centre Hospitalier de Béziers qui intervient à 80% en territoire urbain fait très fréquemment des visites à domicile. La territorialité d'une équipe n'explique donc pas complètement les modalités de l'aller vers, en particulier en ce qui concerne le déplacement à domicile de l'équipe.

#### **4. Les publics des EMPP**

La répartition selon le sexe en pourcentage estimé indique que les hommes sont majoritaires dans les files actives des EMPP (environ 60 % de la file active en 2017). Trois équipes (CHU Montpellier, CHU Nîmes, CHU Toulouse) interviennent auprès des mineurs, mais la part des mineurs dans leur file active n'est pas déclarée. Pour les EMPP des CHU de Montpellier et de Toulouse que nous avons enquêtés par entretien, cette part reste infime.

Parmi les évolutions constatées chez leurs publics, les EMPP notent en priorité un accroissement de la prise en charge de migrants et de manière moins transversale mais récurrente, un accroissement du nombre de jeunes voire de mineurs et du nombre de femmes. Les types de pathologie ou de souffrances les plus fréquemment citées sont, par ordre décroissant 1/ les troubles psychotiques 2/ les troubles dépressifs, de l'humeur et anxieux et 3/ les addictions. Ces trois catégories constituent près de 80% des problématiques diagnostiquées chez les publics. Les syndromes psycho-traumatiques et les états de stress post-traumatiques sont cités à part égale avec les souffrances psychosociales, soient des souffrances générées par les conditions de vie précaires et par l'exclusion quelque soient les figures construites qui la compose (« errants, toxics, étrangers »). Les lieux de vie des publics sont d'abord les centres d'hébergement (environ 37 %), puis la rue et les lieux publics (20 %), les logements autonomes (20%) et les habitats précaires (14%).

#### **5. Les partenaires des EMPP**

##### ***Les partenaires internes***

En matière d'adressage vers le droit commun, ce sont vers des services d'urgence (psy et non psy) que les EMPP adressent le plus, puis les CMP en seconde position (les adressages

étant ici à comprendre comme un passage de relais effectif) et les PASS. De manière moins récurrente, les EMPP adressent leurs publics vers la médecine de ville et les services d'addictologie. Le passage de relais vers le droit commun se fait par un accompagnement physique de l'utilisateur à son RDV après information, le plus souvent téléphonique, au partenaire. Globalement le passage de relais n'est pas sans difficulté : *« on voit jusqu'où c'est possible pour la personne de retourner vers le soin. Parfois il suffit juste d'avoir amené la personne, parfois il faut que je sois présent aux entretiens au moins dans un premier temps. Parfois on a des difficultés pour passer le relais, la personne revient vers nous. »* (IDE). Une part des usagers reste dans les files actives des EMPP, néanmoins la présence des professionnels de l'EMPP atténue l'éloignement du champ sanitaire : *« Les psychotiques qui ont vraiment adhéré aux soins sont entrés dans un suivi très régulier avec nous mais il n'y a pas passage de relais possible et ils restent avec nous parce qu'ils nous connaissent nous. Pour eux changer de personnes et changer de lieux c'est très difficile à accepter. »*

Avec les partenaires internes, c'est-à-dire appartenant au même établissement de rattachement que l'EMPP (les PASS n'appartenant pas toutes au même établissement), les équipes développent surtout une activité d'analyses de situation, du soutien et du conseil, voire des échanges de pratiques. Lorsque l'équipe produit une activité de formation, c'est en particulier auprès des PASS que cette activité est dispensée. Les conventions et les protocoles sont passés avec les Services de psychiatrie internes, les PASS, et les CMP.

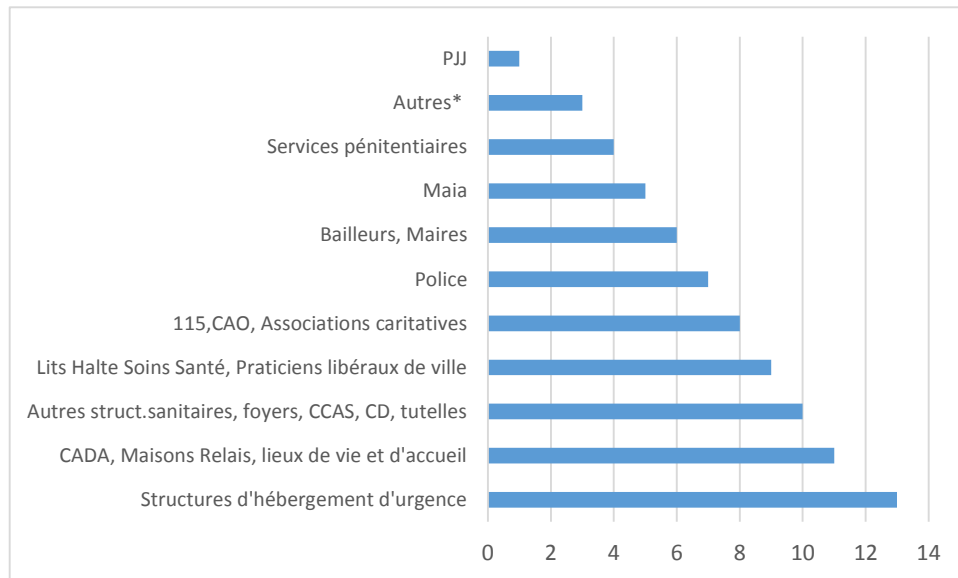
De manière transversale, les EMPP déclarent être bien moins repérées par leurs partenaires internes que par les partenaires externes qui sont essentiellement le tissu de structures sociales et médico-sociales fréquentés par les publics voire des partenaires sanitaires qui ne sont pas nécessairement rattachés à l'établissement de l'équipe (lits halte soins santé, Lits d'accueil médicalisés, autres structures sanitaires, médecins de ville). Plusieurs freins peuvent expliquer ce moindre repérage en interne : des difficultés pour les professionnels de l'intra à différencier CMP et EMPP et en règle générale, une méconnaissance des missions de l'EMPP *« par des professionnels de l'hôpital qui n'exploitent pas suffisamment l'EMPP »*. La stigmatisation des publics de l'EMPP (*« on amène une patientèle complexe, difficile à gérer »*) peut être un frein plusieurs fois mentionné, ainsi que le turn-over des personnels en intra et les contraintes de temps qui laissent peu d'espaces à l'organisation d'actions de communication et d'échanges. La nécessité d'améliorer la communication et l'information sur les missions *« bien définies »* de l'EMPP et de passer convention avec les services internes de psychiatrie constituent donc des leviers importants. Les organisations à double affectation CMP-EMPP, la mise en place de référents précarité dans chaque CMP ainsi que des liens d'interconnaissance entre les professionnels de l'équipe et les services de droit commun facilitent le repérage de l'équipe et la compréhension de ses missions.

### ***Les partenaires externes***

Les principaux partenaires « de ville » des EMPP sont les structures d'hébergement d'urgence, ainsi que les lieux de vie et d'accueil (de type accueils de jour ou maisons relais) et les Centres d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA). Ce sont principalement auprès de ces structures que les EMPP sont amenées à rencontrer leurs publics. Les Centres

Communaux d'Action Sociale, les services du Conseil Départemental, les autres structures sanitaires et les services de tutelle sont aussi parmi les partenaires externes avec lesquels les EMPP travaillent le plus. Le partage d'informations avec les partenaires externes n'est jamais réalisé sur la base d'outils sécurisés<sup>13</sup> mais par téléphone, mail et de visu.

**Partenaires externes auprès desquels les équipes travaillent**



\*Autres : familles, missions locales, entreprises d'insertion, pharmacie, médiateurs de rue, CAARUD et CSAPA

Les formations et les protocoles sont surtout développés auprès des structures d'hébergement d'urgence, les échanges de pratiques avec les services du Conseil Départemental.

Les interventions conseil constituent les types d'activité les plus mobilisés auprès des partenaires externes.

Les freins au partenariat avec ces structures reposent surtout sur les contraintes de temps avec un manque de disponibilité et de moyens pour les professionnels de première ligne ainsi que les distances géographiques à couvrir pour l'équipe. En revanche, les missions de l'EMPP semblent mieux saisies par les partenaires externes qui apprécient les interventions de soutien et les apports en matière d'expertise psychiatrique.

**Pour l'ensemble des partenaires, internes et externes,** la stabilité de l'équipe (pas ou peu de turn-over de ses personnels, en particulier IDE et psychologue) facilite son repérage. Sa disponibilité, sa rapidité d'intervention et sa souplesse sont mentionnées comme des leviers importants. Les types d'action de communication les plus déployées sont des réunions régulières avec des ateliers thématiques, la réalisation et la communication de plaquettes ou de supports d'information qui sont réactualisés tous les ans (pour cinq équipes), tous les deux à trois ans (pour trois équipes) et au-delà (pour trois équipes). En revanche, les supports pédagogiques de type fiches outils ne sont jamais mentionnés.

<sup>13</sup> Des échanges sur la base d'outils sécurisés pourraient être développés pour les équipes qui déclarent travailler avec une Maia

La plupart des projets des équipes concernent le renforcement des liens avec leurs partenaires internes et externes, en particulier en développant un rôle d'interface entre le secteur sanitaire et les secteurs sociaux et médico-sociaux afin d'améliorer les articulations dans les parcours des usagers. Les équipes souhaitent poursuivre leurs actions de communication et, au regard de leurs moyens humains, leurs actions de formation. Pour cela, certaines équipes souhaitent bénéficier d'une formation continue ou d'une formation de formateur, l'intervention de terrain n'étant pas toujours jugée suffisante pour endosser un statut de formateur : *« Nous ne faisons pas de formation parce que nous ne sommes pas formateurs, par contre on fait des journées d'information par rapport à l'accès aux soins. Par exemple, on va expliquer ce qu'est un CMP, une EMPP, ce qui se passe en hospitalisation sous contrainte, etc...C'est plutôt de l'information que de la formation. On le fait régulièrement dans des associations qui nous demandent d'intervenir. »* (IDE d'EMPP).

## **6. Bilan et perspectives**

Les EMPP font un bilan positif de leur travail partenarial, avec un bon niveau de repérage par les partenaires, notamment externes, et une dynamique de réseau pluridisciplinaire satisfaisante. La stabilité des équipes nourrit des liens de confiance en intra et auprès des partenaires internes et externes. Cette stabilité permet aussi aux professionnels d'être repérés par les publics et d'inscrire leur travail de rapprochement dans la durée. Lorsque l'EMPP parvient à mieux communiquer auprès des partenaires sur la délimitation de ses missions et interventions (qui ne se limitent pas à une sollicitation sur des critères d'urgence) l'expertise psychiatrique des équipes comme action de soutien et de conseil aux intervenants de première ligne prend toute sa valeur. Enfin, la qualité de l'intégration de l'équipe auprès des professionnels de CMP ou avec une PASS Psy apparaissent comme des leviers organisationnels.

En revanche, une majorité d'EMPP soulignent la saturation du dispositif par rapport à l'augmentation de la demande avec, globalement, un sous dimensionnement de l'équipe en termes :

1/ de moyens humains, notamment un manque de temps médical (ou par exemple, une diminution du temps de cadre ou de secrétariat sans concertation préalable par l'établissement) et des difficultés à dégager du temps pour organiser des rencontres thématiques avec les partenaires. C'est également sur le motif d'un manque de temps et du constat d'une saturation du dispositif que certaines équipes déclarent refuser des prises en charge de personnes adressées par leurs partenaires

2/ de moyens matériels (*« Certaines prises en charge ont dû être reportées voir annulées par manque d'un deuxième véhicule », « Pas de locaux dédiés, ni de ligne téléphonique dédiée », « pas d'ordinateurs portables ni de tablettes, d'outils informatiques adaptés à la mobilité »*).

3/d'outils. Parmi ces outils, les ressources d'interprétariat ne sont pas suffisantes pour les équipes qui constatent une augmentation de publics ne parlant pas français<sup>14</sup>. Des outils informatisés et partagés (un SI communiquant avec celui de l'hôpital, des annuaires type Répertoire Opérationnel des Ressources) et le renforcement des équipes par des rencontres inter-EMPP figurent parmi les principales attentes des EMPP.

De manière moins transversale, la supervision des équipes par un intervenant extérieur peut aussi être souhaitée. Deux EMPP constatent un manque de connaissance et de reconnaissance de la part de leurs partenaires internes et souhaitent une meilleure formation des personnels soignants à la de-stigmatisation des publics exclus. Une équipe (EMPP de Lozère) note des difficultés à « aller vers » en milieu rural, « *la précarité rurale pouvant être difficile à évaluer* » et souhaite une adaptation du cahier des charges des EMPP aux spécificités d'un territoire rural. Enfin, le développement de l'activité des EMPP passe par un meilleur soutien des dispositifs de droit commun en psychiatrie, les délais de réponse des secteurs pour obtenir un rendez-vous médical pouvant être longs, d'où l'intérêt d'une bonne communication et articulation organisationnelle entre les CMP et les équipes.

\* \*  
\*

L'analyse transversale issue des résultats du questionnaire a permis d'établir un certain nombre de caractéristiques communes aux EMPP : un travail partenarial satisfaisant malgré quelques difficultés de repérage par les partenaires internes, la forte sollicitation des équipes dans des structures d'hébergement d'urgence, la plus-value d'une organisation cohérente avec les CMP et les PASS ainsi qu'une nécessité pour les équipes d'orienter leurs modalités d'interventions à partir de leurs ressources internes et locales. En effet, si certaines modalités d'intervention sont communes (études de situation avec les partenaires, entretiens et suivis individuels, soutiens et conseils aux intervenants de première ligne) comment expliquer que des équipes ne font pas de permanence alors que d'autres déclarent plus de dix lieux de permanence, organisent des maraudes ou non ? Par ailleurs, on relève des différences d'organisations territoriales puisque certaines EMPP interviennent à l'échelle de leur département et d'autres sur une ville ciblée, que trois départements bénéficient chacun de deux EMPP avec des logiques d'implantation variables.

Afin de comprendre ces éléments d'hétérogénéité, des entretiens ont été réalisés auprès de sept EMPP (6 départements) choisies à partir de leur différence de file active, de modalités d'intervention et d'organisation territoriale.

---

<sup>14</sup> Une équipe suggère la nécessité d'un annuaire des praticiens libéraux avec leurs compétences en langues étrangères

**PARTIE 2 - Les modalités d'organisation et d'intervention des Equipes Mobiles  
Psychiatrie Précarité dans leur système local de territoire : logiques d'homogénéité et de  
différenciation**

**Les 7 Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité de l'enquête qualitative**

EMPP	Date de création	Professionnels et ETP	Coordinateur de l'équipe	Territoire d'intervention	File Active	SI dédié	Ressources + Existence d'Une PASS Psy
<b>CH Ariège Couserans (09)</b>	2007	Psychiatre, IDE, Psychologue, cadre de santé (3,2 ETP)	Psychiatre et cadre de santé	A partir des bassins de Pamiers, Foix, St Girons et Lavelanet	734 en 2016	Non	DAF
<b>CH Alès Cévennes Gard (30)</b>	2006	Psychiatre, IDE, Psychologue, cadre de santé (1,9 ETP)	IDE	A partir des secteurs psychiatriques : 65% urbain (Alès) et 35% rural (St Ambroy et Grand Combes)	31	Non	DAF
<b>CHS Gérard Marchant Haute Garonne (31)</b>	2006	Psychiatres, IDE, Cadre de santé, secrétaire (2,1 ETP)	Psychiatre	Toulouse intra-muros	0	Non	DAF
<b>CHU Toulouse (31)</b>	2000	Psychiatre, secrétaire (1 ETP)	Psychiatre	Toulouse intra-muros	160	Non	DAF PASS Psy
<b>CHU Montpellier (34)</b>	1999	Psychiatre, IDE, Psychologue, cadre de santé, secrétaire (7,2 EMPP)	Psychiatre	Montpellier intra-muros et parfois quelques communes limitrophes à la demande de partenaires	720 à minima	Non	DAF + MIG PASS Psy
<b>Hôpitaux de Lannemezan Hautes Pyrénées (65)</b>	2009	IDE Psychologue (2,5 ETP)	Cadre supérieur de santé	Tarbes uniquement	90	Oui depuis 2009	DAF
<b>CHS Thuir Pyrénées Orientales (66)</b>	1998	Psychiatre, IDE, Psychologue, Cadre de santé et Assistante sociale (5,2 ETP)	Psychiatre (depuis janvier 2018)	Sur l'ensemble du département 70% urbain (Perpignan surtout), 20% semi-urbain, 10% rural	385 en 2017	Oui depuis 2008 relié à Cortex (SI du CH)	DAF + autres financements en RH et en ressources matérielles PASS Psy

## 1. Travailler la proximité envers les publics

Les EMPP ont une mission principale de proximité. D'abord une proximité envers les publics puisque la circulaire inscrit la mission des EMPP sur la nécessité « d'aller vers » ces publics, de les rencontrer et d'assurer une fonction de tiers entre ceux-ci et les services de droit commun. Cet « aller vers » se met en œuvre à travers toute une déclinaison possible d'actions telles que des permanences dans des lieux repérés et fréquentés par les publics où travaillent des intervenants de première ligne, des maraudes ou des interventions au domicile.

L'analyse transversale des 14 EMPP de la région a cependant montré que les modalités de "l'aller vers" privilégiées par les équipes peuvent être hétérogènes :

Certaines équipes ne font jamais de maraudes elles-mêmes parce qu'elles peuvent bénéficier de partenariats internes : comme l'EMPP du CHU de Toulouse qui peut bénéficier d'une Equipe Mobile Sociale de Santé « *Mon partenaire principal, dans ce dispositif EMPP, c'est l'EMSS, c'est ce qu'on appelle la PASS mobile. Sur Toulouse, il y a 15 personnes, pour moitié IDE hospitaliers, pour moitié éducateurs du CCAS, qui interviennent dans la rue et qui ont comme spécificité de dépendre hiérarchiquement à la fois du CHU et de la veille sociale 115 qui est rattachée au CCAS à Toulouse* ». Les ressources partenariales, externes et internes, expliquent en partie pourquoi les équipes se saisissent ou non de la maraude comme modalité d'intervention. Pour l'EMPP d'Alès, « *il n'y a pas tant besoin que ça de maraudes parce qu'il y a un maillage très important au niveau de la précarité et donc les situations sont bien repérées et connues.* » L'intervention par maraude s'appuie généralement sur des ressources à la fois internes (« *il y a eu des maraudes mais de moins en moins parce qu'il faut qu'ils soient toujours deux, jamais seuls.* ») ou externes (« *On le faisait avec la Croix Rouge mais ils ont moins de ressources humaines donc moins de maraudes* »).

Concernant les permanences, une équipe a organisé jusqu'à 19 lieux de permanences, en utilisant ses ressources infirmières relativement élevées par rapport à d'autres équipes (5,6 ETP d'IDE) : « *Il y a 6 IDE donc ils ont chacun un emploi du temps hebdo de permanences* ». D'autres s'appuient sur leurs historiques de création de l'EMPP pour expliquer leur nombre élevé de permanences. Ainsi en Ariège, l'IDE de l'équipe raconte qu'avant même la création EMPP il avait déjà pour mission de faciliter l'accès aux soins pour le public en précarité qui était dans la rue en réalisant des permanences dans les lieux fréquentés par ces personnes précaires. Depuis 15 ans cet infirmier fait des permanences à l'accueil de jour de Foix « *en trainant là, au comptoir et dans la salle commune pour faire du lien et essayer de les amener à parler de leur santé somatique et psychique. Ce sont des gens qui sont des nomades et des errants avec quelques précaires sédentarisés. Ce qui est important est d'être là sur tous les temps d'ouverture pour qu'on*



*entre dans leur paysage.* » Cet accueil de jour accueille à l'année entre 14 et 16000 passages et entre 600 et 800 personnes identifiées selon les années.<sup>15</sup>

Dans les Hautes-Pyrénées en revanche, l'équipe a fait des permanences au début et a abandonné parce que *« ça n'avait pas forcément des résultats, parce qu'il n'y avait pas forcément les gens présents »*. (IDE). La permanence en effet n'est pas toujours garante d'une efficacité dans l'approche des publics : plus que d'assurer acte de présence, il s'agit surtout *« d'entrer dans le paysage des publics »*. C'est sur cet argument qu'une équipe explique pourquoi elle a abandonné la permanence comme modalité de proximité : *« Parce que si on fait des permanences avec un bureau au fond du couloir avec marqué psychiatrie dessus, les gens ne pousseront la porte. C'est pareil en CMP : ils restent en bas et n'osent pas pousser la porte. C'est plus discret quand on vient sur le lieu habillés en civil, on passe discrètement les gens ne sont pas repérés ou stigmatisés »*.

*« L'aller vers »* doit éviter un affichage trop sanitaire. A Toulouse, le psychiatre d'une EMPP se rend tous les vendredis matins au CCAS *« parce que c'est un lieu qui n'est pas estampillé sanitaire et qui permet de voir un public qui ne viendra même pas jusqu'à la Grave (pour des consultations de centre-ville) »*. En Ariège, l'infirmier raconte à propos de ses visites à domicile : *« ces personnes que l'on a rencontrées à leur domicile, on les a d'abord rencontrées à l'accueil de jour et à un moment donné il s'est passé un évènement, on est passés du numéro 5 au numéro 7 parce que le bâtiment a été détruit et on a perdu des personnes. Et là ces personnes ont dit « ce nouvel accueil de jour je n'irai plus car les murs sont trop blancs, ça me fait penser aux murs de l'hôpital. »*. Le recours aux soins somatiques constitue néanmoins *« une porte d'entrée »* pour l'EMPP. Pour une EMPP, *« les plaintes somatiques c'est 50 % de la file active »*, pourtant le diagnostic somatique n'est pas toujours motivé par une plainte et c'est le travail de l'IDE d'EMPP de pouvoir le repérer. *« Par exemple, cette dame d'une quarantaine d'années qui a une AAH et que je rencontre à l'épicerie sociale à côté de l'accueil de jour. Je la vois porter un lourd pack de lait et je vois qu'elle a du mal à rouler sa cigarette. Elle me dit qu'elle est tombée il y a trois semaines. Je lui demande de me montrer et je vois qu'elle a absolument besoin d'une radio. C'est une dame qui avait une triple fracture de l'avant-bras avec un déboitement et elle portait 8 kg avec ce bras... le rapport au corps pour le psychotique peut être différent »*. La singularité du travail d'infirmier d'EMPP est qu'il mobilise de multiples compétences soignantes : relationnelle, psychiatrique et somatique.

## **2. Passer le relai**

### **2.1. L'accessibilité aux lieux de soins**

La proximité auprès des publics n'est pas une finalité en soi puisque la mission principale de l'équipe est de passer le relais vers le droit commun. Or ce passage de relai est conditionné par l'accessibilité géographique des publics aux lieux des soins. *« Quand vous avez un RDV au CHIVA à Foix et que vous êtes de St Giron, aller en bus....les gars il faut qu'ils*

---

<sup>15</sup> La ville de Foix compte 9700 personnes en 2015

*amènent la tente pour camper...Parce que dans la journée ce n'est pas faisable... Une personne précaire à Lavelanet qui ne va pas bien, pas de psychiatre sur le secteur CMP de Lavelanet, on l'emmène aux urgences au CHIVA où il y a une évaluation psychiatrique où il a besoin de soins en hospitalisation complète et il repart à l'autre bout du département au CHAC à St Giron.*» Le déficit d'offres de transports communs en zone rurale fait de l'accessibilité géographique aux lieux du soin une problématique centrale pour les EMPP intervenant en territoire rural. Au nord du Gard, « *dans la zone du CMP de St Ambroy, il y a beaucoup de pathologies psychiatriques connues mais les gens ne font pas les 15 km qu'il y a faire pour aller au CMP. Parce que les transports, il y a un bus le matin, un bus le soir et ça décourage.*» La proximité géographique des lieux de soins pour les publics est une donnée d'autant plus cruciale que la majorité des professionnels des EMPP accompagnent physiquement les personnes vers le lieu du soin. L'accessibilité aux lieux de soins apparaît aussi comme une nécessité urbaine. A Montpellier, l'adressage vers la PASS somatique se faisait difficilement parce que les patients « *se perdaient. Ce n'était pas très loin mais quand même 2 arrêts de Tram et donc il fallait les accompagner à la PASS somatique, ça nous prenait du temps* ». Au CHU de Toulouse, le local de l'EMPP est situé au cœur de la ville et sur le même site que les autres services de médecine sociale : « *Aller vers, c'est aller vers des gens qui ne vont plus vers nous. Le public précaire « traditionnel » c'est un public de centre-ville, qui se regroupe autour des lieux de plus forte activité économique, sociale et administrative. Donc il nous faut à tout prix rester proches des endroits où les gens font leur manche, et font leurs papiers (préfecture, sécu) et les endroits où ils vont pouvoir être visibles des associations.* »

Mais l'accessibilité n'est pas qu'une question d'organisation territoriale de l'offre qui tienne compte des possibilités de mobilité des publics, elle est aussi conditionnée par la capacité des services de droit commun à accueillir. Des territoires ont des délais d'accès aux CMP élevés ou ont vu la baisse de leurs personnels soignants en CMP : « *Sur Lavelanet en 2011 on avait un IDE qui avait un mi-temps PASS et un mi-temps EMPP avec le CH Pays d'Olmès. Mais actuellement le choix du CHPO qui est rattaché au CHIVA est de préférer un temps d'AS qu'un temps d'IDE ce qui fait que depuis aout 2017, nous n'avons plus d'IDE sur Lavelanet parce que l'IDE précédente a été mutée et que l'appel à mobilité interne n'a pas encore porté* ». Une EMPP a conscience que les adressages de ses publics en CMP répondent à « *une logique de faveur* » le délai moyen d'obtention d'un RDV dans ses CMP étant à deux mois. « *Si on obtient un RDV à 15 jours c'est qu'ils font vraiment un effort pour le caser, c'est ça la logique de faveur, ils le font pour nous, par solidarité institutionnelle* ».

L'autre frein à l'accessibilité concerne la réticence des secteurs à accueillir les publics des EMPP sur le motif que ceux-ci peuvent être facteurs de désorganisation : « *Ce genre de gens, pour un CMP ça les désorganise. Tout dépend du secteur, le problème c'est que les secteurs ne sont pas toujours accueillants, il faut que les gens soient en demande de soins, qu'ils soient le bon jour à la bonne heure parce qu'ils sont débordés.* » (Psychiatre d'EMPP). La désorganisation est renforcée par l'errance qui caractérise certains usagers et rend caduque toute notion de sectorisation : « *Nous on récupère les gens dans la rue, rien que cette semaine on avait 2 personnes qui étaient en fugue, ce sont des errants, je viens d'en*

*récupérer une qui est sur un programme de soins à Toulouse d'habitude, un autre que l'on suit qui a été récupéré à Aix en Provence, donc ce genre de personnes, ça ne passe pas par le secteur! ». Par ailleurs, la règle de sectorisation à partir de la date de naissance des personnes sans domicile fixe ne facilite pas non plus leur accessibilité au CMP.*

Enfin, une EMPP relève qu'une partie de sa file active est incasable, « des personnes de 50 ans environ avec de graves troubles cognitifs, de la personnalité et des addictions dont personne ne veut ». L'équipe comptait sur la création des Lits d'Accueil Médicalisés, plus orientés sur les pathologies chroniques que les Lits Halte Soins Santé, pour adresser ces patients ce qui ne s'avère pas le cas. « Ils nous disent qu'il faut qu'ils aillent dans le sanitaire. Heureusement il y a des CHRS qui peuvent les accueillir et là le CHRS devient un peu un EHPAD pour des 45-50 ans. Pour ce genre de personnes c'est catastrophique parce qu'il n'y a aucun endroit qui correspond vraiment. » Les difficultés à relayer vers des lieux accueillant des personnes vieillissantes avec des troubles psychiatriques sont par ailleurs une problématique bien repérée par les MAIA qui interpellent souvent leurs tutelles sur une structuration de l'offre qui réponde à ce besoin.<sup>16</sup>

## **2.2. « Faire avec » la temporalité des publics**

Travailler la proximité avec les publics consiste donc, en premier lieu, à se rendre sur les lieux de vie des publics, le passage de relais étant évidemment conditionné par la possibilité de ces publics à accéder aux lieux de soin. Mais l'accessibilité est aussi à rapporter à la temporalité des publics et à leur possibilité subjective à aller sur des lieux de soins. Pour une IDE qui partage son temps entre l'EMPP et un CMP et se déplace dans des structures d'accueil, l'aller vers ne permet pas forcément un passage de relais : « si moi je me déplace pas au CHRS ou en appartement de coordination thérapeutique pour les voir, je ne les verrai jamais même si ça fait deux ans que je les suis. Il ne viendront pas au CMP, par oubli ». La temporalité des publics de l'EMPP génère à la fois une certaine immédiateté de la situation, « ça se fait au jour le jour » (IDE assurant une présence récurrente dans un accueil de jour), et une action qui ne peut que s'inscrire dans la durée. Même le passage de relais entre professionnels de ville et EMPP peut prendre des mois ou des années : « C'est seulement au 7<sup>ème</sup> mois que la personne accepte enfin de nous rencontrer alors qu'on en parle depuis 6 mois lors de réunions de travail avec ces partenaires mais elle n'accepte pas de nous rencontrer pendant des mois, ça peut durer longtemps avant qu'elle accepte de nous voir » (IDE). Dans une ville où sont réalisées des maraudes, l'équipe voit « des personnes dont ils ignorent jusqu'au patronyme pendant des années. Et qui un jour va accrocher avec l'équipe, au bout de 10 ans parfois, et qui permettra à l'équipe, éventuellement, d'introduire d'autres intervenants » (Psychiatre). Il s'agit de tisser des liens de long cours avec les publics pour lesquels « le temps n'est pas le même que pour nous » (IDE EMPP), des liens de confiance dont des gens dans une situation de grande précarité,

---

<sup>16</sup> Kabantchenko A., Léturgie D., Manuello P., Sicot F., « Rapport d'évaluation nationale des MAIA et appui à la mise en œuvre des recommandations », CNSA, 2017, <https://www.cnsa.fr/rapport-devaluation-des-dispositifs-maia>

vont plus ou moins se saisir, « *la précarité étant aussi une précarité du lien, quelque chose qui fait que dans le champ de l'autre, le rapport subjectif ne tient pas* » (Psychiatre USPS <sup>17</sup>)

### **2.3. Organiser la proximité avec les CMP et les PASS PSY**

Pour passer le relais, les EMPP doivent s'appuyer sur des organisations facilitantes, construite sur la proximité organisationnelle, interpersonnelle et spatiale avec les CMP et les PASS. L'analyse transversale des 14 EMPP a montré que les CMP et les PASS Psy font souvent l'objet d'une organisation commune avec les EMPP à travers l'articulation de leurs ressources : par un partage de temps de personnel ou en mettant les services sur un même lieu ce qui génère de la proximité pour les usagers eux-mêmes. « *Mettre les services au même endroit c'est bien pour nos usagers qui peuvent avoir des difficultés à être à l'heure au bon endroit, qui ont du mal à respecter un RDV, qu'ont pas internet et qui ont besoin d'être accompagnés* ». L'implantation d'une PASS Psy dans les mêmes locaux que l'EMPP est une organisation d'autant plus satisfaisante pour les EMPP que celles-ci ont peu de temps d'assistante sociale dédiée. A Montpellier, l'équipe mobile a des ressources humaines partagées sur les trois dispositifs (EMPP, PASS Psy et CMP pour le médecin). En 2011, l'équipe a participé à la création d'une PASS psy. Aujourd'hui les 5,6 ETP d'IDE et la psychiatre de l'équipe font fonctionner la PASS Psy et l'EMPP sur un financement EMPP. Seule l'assistante sociale est financée par la PASS et fait « *du boulot pour l'EMPP* ». Pour cette EMPP « *la différence PASS Psy et EMPP n'a pas vraiment d'intérêt. Et pour travailler avec les AS c'est bien plus facile d'avoir une consultation groupée sur le même lieu.* ».

Au CHU de Toulouse où sont regroupées sur le site de la Grave en centre-ville, les ressources d'EMPP, d'Equipe mobile de santé, de Lits Halte Soins Santé et de PASS Psy, le psychiatre coordinateur de l'EMPP assure aussi la responsabilité médicale de la PASS Psy. Il travaille en collaboration avec la PASS générale, « *on s'adresse mutuellement des patients* » et « *avec des psychologues qui sont payées sur le dispositif PASS Psy* ». La proximité de ces services, tous situés au centre-ville, s'avère particulièrement adaptée aux populations précaires vivant dans Toulouse du fait de leur accessibilité.

En Ariège, alors que l'EMPP est rattachée administrativement au CMP de Foix, deux IDE partagent leur temps entre PASS et EMPP et considèrent que cette organisation constitue une plus-value dans la mesure où elle permet « *de travailler en continuité* » et de répondre « *à une même population, à de mêmes besoins* », de rester « *sur le même sujet* ».

L'organisation partagée des ressources humaines entre CMP et EMPP est fréquente pour les personnels soignants et cadres des EMPP, qui peuvent aussi s'appuyer sur les AS de secteur en matière de relais. Le partage du temps des soignants entre CMP et EMPP constitue une entrée favorable pour l'adressage des publics vers le droit commun car elle implique une continuité de la relation de soins. La double affectation des personnels en EMPP et CMP permet en particulier de maintenir le lien auprès des publics pour lesquels tout passage de relais est difficile. La proximité subjective des publics envers les

---

<sup>17</sup> Unité de Souffrances Psycho-Sociales, EMPP Toulouse

professionnels (« s'apprivoiser ») ne peut se passer d'une proximité qui garantit l'accessibilité au lieu. Pour une IDE partageant son temps entre le CMP et l'EMPP : « *Notre double casquette EMPP/CMP permet de les voir dans le cadre du CMP. On les garde dans la file active EMPP mais dans les faits ils sont reçus en CMP pourvu pour eux que ce soit la même personne. Nos locaux CMP sont aussi nos locaux EMPP* ».

Au CHS de Toulouse, l'EMPP a institué des référents précarité médicaux et IDE dans chaque CMP de manière à favoriser des modalités d'accueil propices aux précaires en CMP : la personnalisation de l'accueil et les délais de RDV étant « *des facteurs déterminants pour l'accès aux soins des publics précaires* ». Cette organisation a aussi un enjeu de « *promotion* » de l'accueil des publics précaires dans les dispositifs de droit commun afin de « *démystifier l'angoisse* » et de mieux accepter « *la désorganisation* » que peut générer leur accueil dans des CMP débordés. Pour remplir leur mission d'interface les EMPP doivent trouver une organisation qui permettent de s'articuler au mieux avec les services de droit commun, soit en formalisant cette organisation, soit en s'appuyant sur l'existant. Le passage de relais est d'autant plus facilité que l'équipe a pu « faire passer » ou « promouvoir » la précarité et les stigmates dont sont porteurs leurs publics.

### **3. Avec les partenaires de ville : préciser ses missions, soutenir et transmettre ses savoir-faire**

Les équipes développent un travail de proximité envers les intervenants de première ligne, des intervenants de ville travaillant en secteur social ou médico-social qui ont pour tâche d'accueillir des publics précaires. Si les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ou les Centres d'Hébergement d'Urgence Sociale, les accueils de jour, les lits halte soins santé, des maisons relais, les CCAS et les Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile figurent parmi les partenaires les plus fréquents des EMPP, d'autres partenaires peuvent être saisis en fonction des offres locales. Par exemple s'il existe une Ecole de la deuxième chance sur le territoire, ou si l'équipe bénéficie d'un bon repérage par un médecin de Conseil Départemental, le tissu partenarial externe peut varier. Une des tâches de l'EMPP est donc de se tenir informée des nouvelles structures partenariales sur le territoire pour élargir son champ d'action et se faire connaître.

Historiquement, les EMPP constatent que ces partenaires se sont très rapidement saisis du dispositif EMPP. « *Au début les structures externes d'accueil d'urgence (CHRS, CHUS) étaient en demande d'apports théoriques cliniques pour comprendre pourquoi il n'y avait pas de réponse des CMP* ». Le repérage du dispositif par les partenaires externes est en partie lié aux historiques de travail en commun qui pouvaient déjà exister avant la formalisation de l'équipe. Beaucoup de professionnels d'EMPP connaissaient déjà le tissu partenarial de leur ville, telle une infirmière qui déclare qu'elle connaissait les professionnels de CHRS parce qu'elle travaillait initialement aux urgences psychiatriques de l'hôpital. « *Ces partenaires étaient confrontés à des difficultés avec des publics qui relevaient de la psychiatrie et arrivaient avec eux aux urgences parce que la situation devenait intenable en CHRS.*»

A ces partenaires, les EMPP apportent leur expertise psychiatrique par des analyses de situation et, dans une moindre mesure, des ateliers thématiques. Ils les conseillent dans la prise en charge d'usagers qui manifestent des comportements qui rendent leur prise en charge ou l'accueil dans une collectivité difficile, avec le constat que ces partenaires sont souvent peu formés pour faire face à ces situations et pour les décoder. Pour un médecin d'EMPP : *« Avec les partenaires de première ligne, je ne suis pas là pour faire des diagnostics. Je suis là pour aider les équipes d'intervenants à s'y prendre pour vivre avec les gens qu'ils accueillent et leurs symptômes, fussent des symptômes délirants. Et le cas échéant pour les orienter de la manière la plus cohérente possible vers un système de soins »*. Les partenaires externes permettent aux EMPP de repérer et d'entrer en contact avec leurs publics. Le fonctionnement le plus courant est la sollicitation de l'équipe par un partenaire pour discuter d'une situation, l'adressage ne se faisant que rarement en envoyant directement l'usager vers l'EMPP (*« on analyse une situation avec le partenaire, parfois par téléphone cela suffit, la plupart du temps on essaie d'organiser une rencontre entre le partenaire, la personne et nous »*). Ce premier contact (téléphonique, rencontre et analyse de situation) permet de qualifier la nécessité d'intervention de l'équipe *« ils nous parlent de personnes qu'ils ont vues et qui les ont inquiétées au niveau psychique et on voit si il y a notion de psychiatrie ou pas »*

Les EMPP tiennent néanmoins à bien définir les contours de leur intervention. Les équipes sont souvent sollicitées sur des situations d'urgence bien que les équipes ne souhaitent pas être cantonnées à une identité d'intervenant d'urgence. Une EMPP a démarché des structures associatives de sa ville *« restos du cœur, secours populaire et secours catholique*. Mais elle n'a pas pu constituer de partenariat avec elles du fait qu'*« ils ne souhaitaient pas travailler avec nous selon nos missions, ils nous auraient plus utilisés comme équipes d'urgence. On a quelqu'un qui s'agite, hospitalisez le ... Or ce n'est pas notre mission »*. Une autre équipe peine à communiquer sur ses missions en interne : *« En interne on est plutôt repérés comme étant l'équipe qui va s'occuper des SDF plutôt qu'une équipe qui est censée les ramener vers le droit commun. En interne soit on est négligés soit au contraire on nous donne trop de poids en disant eux ils savent faire alors que nous on n'est pas équipe intervenante d'urgence ... Ils ont du mal à comprendre les limites de notre mission »*. Si l'interpellation en urgence par les partenaires fait partie du travail des EMPP (seulement deux équipes déclarent ne jamais intervenir sur des critères d'urgence), elles privilégient des actions pour se prémunir d'une interpellation d'urgence trop fréquente. D'une part, elles transmettent à leurs partenaires externes les informations concernant les soins sous contrainte car c'est aussi le travail de l'EMPP que d'informer les travailleurs de première ligne sur les soins d'urgence et sous contrainte. Au CHS de Toulouse, l'EMPP a mis en place un *« espace ressources »* pour les professionnels de première ligne (qu'ils soient extra ou intra institutionnels), une ligne téléphonique pour saisir l'équipe de situations et bénéficier de son assistance. *« C'est un service qui a été très utilisé au début par nos partenaires externes pour des situations d'urgence et qui à l'heure actuelle n'est quasiment plus utilisé pour la bonne raison que les équipes avec qui on travaille sont nettement plus rodées. Ils n'ont pas besoin de notre aide pour faire une HDT... »*

L'autonomisation des partenaires à gérer l'urgence est un des enjeux des EMPP. En contrepartie, elles développent, le plus en amont possible, un travail d'analyse de situations et de pratiques avec ces partenaires. « *On peut travailler avec les équipes autour de l'appel des urgences, pour une procédure d'hospitalisation sous contrainte mais c'est plus souhaitable de travailler d'une manière un peu plus prévisible et chronique* » (psychiatre). Il s'agit donc d'aider les intervenants de première ligne à mieux s'approprier la question psychiatrique dans leurs murs et à « *formaliser l'idée que telle personne c'est de soins psychiatriques dont elle a besoin* ». Analysant les critères de sélection des « cas urgents » d'une EMPP, A. Sarradon-Eck et C. Farnarier montrent que l'urgence dans le travail de ces équipes se réfère davantage à la notion de « crise », c'est-à-dire une situation clinique, mais aussi sociale, marquée par son instabilité. « Alors que l'urgence psychiatrique « vraie » appelle une réponse qui ne peut être différée, la crise, elle, peut s'étendre sur plusieurs semaines. La singularité de cette opération de catégorisation de l'urgence réside dans le fait que ces professionnels s'accordent un temps parfois long pour examiner la situation et pour lui donner la priorité de leur action »<sup>18</sup> Concomitamment, le travail de l'EMPP consiste à transmettre aux intervenants de première ligne des outils pour mieux repérer, gérer voire désamorcer les situations de crise. Dans la mesure du possible, le travail partenarial d'amont consiste à rendre les partenaires acteurs de prévention en matière d'aggravation des troubles et des conduites de ruptures. Pour un psychiatre cette sensibilisation « *amène une prise de conscience des partenaires de première ligne qui peut avoir des effets sur le symptôme lui-même. Par exemple, « quelqu'un qui parle tout seul sur un lieu d'accueil va être apaisé si l'équipe intervenante se montre un peu plus proche et donc ne va pas avoir besoin d'un recours à une hospitalisation.* » Il demeure néanmoins difficile d'affirmer si le travail des EMPP auprès des partenaires de ville limite le recours à l'urgence.

#### **4. Des spécificités d'organisation territoriale**

La plupart des EMPP n'ont pas été créées *ex nihilo* : les historiques de mise en œuvre des équipes et de leur organisation territoriale montrent que les EMPP se sont créées en s'adaptant à l'existant, c'est-à-dire à leurs ressources internes, à l'offre partenariale et aux spécificités de leurs territoires (métropoles, villes de taille moyenne, ruralité). L'analyse des 14 EMPP de la région montre une certaine diversité en matière d'implantation et d'organisation territoriale puisque trois départements (Gard, Haute Garonne et Hérault) bénéficient de deux EMPP alors que toutes les autres EMPP sont seules sur leur département.

L'enquête qualitative a permis de faire un focus sur trois typologies d'EMPP segmentées à partir de leurs territoires d'intervention (Métropole/Département/Une ville ciblée).

---

<sup>18</sup> C. Farnarier, A. Sarradon-Eck, « *Les points rouges ou les critères de l'urgence dans une équipe mobile psychiatrie précarité* », Les cahiers du centre Georges Canguilhem, PUF, 2014/1 n°6

## Les territoires d'intervention des 14 EMPP

Département	Etablissement	Territoire d'intervention
Ariège	CHAC	A partir des bassins de Pamiers, Foix, St Girons et Lavelanet. Déclarent 100% rural
Aude	ASM-USSAP	Villes ciblées : Narbonne, Port la Nouvelle, Lézignan Corbières (90% semi-urbain, 10% rural)
Gard	CH Alès	A partir des secteurs psychiatriques : 65% urbain (Alès) et 35% rural (St Ambroy et Grand Combes)
	CHU Nîmes	Nîmes et Agglomération
Haute Garonne	CHS Marchant	Toulouse intra-muros
	CHU Toulouse	
Hérault	CH Béziers	Béziers et Agglomération
	CHU Montpellier	Montpellier intra-muros essentiellement
Lot	ICM	Tout le département à partir d'un découpage entre les bassins de Cahors, Figeac, St Céré, Gourdon (50% urbain, 10% semi-urbain, 40% rural)
Lozère	CH St Alban	Tout le département
Hautes Pyrénées	CH Lannemezan	Tarbes (100%urbain)
Pyrénées Orientales	CHS Thuir	Sur l'ensemble du département 70% urbain (Perpignan surtout), 20% semi-urbain, 10% rural
Tarn	CH Bon Sauveur	Albi (100% urbain)
Tarn et Garonne	CH de Montauban	Sur l'ensemble du département (50% urbain, 25% semi-urbain, 25 % rural)

### 4.1. Intervenir en métropole : des organisations spécifiques à Toulouse et à Montpellier

A Toulouse, deux EMPP -l'EMPP du CHS Marchant et celle du CHU de Toulouse- se partagent les missions, les deux EMPP s'étant historiquement développées en complémentarité. Cette complémentarité peut aussi s'expliquer par la contrainte de leurs ressources humaines car ces deux EMPP ne totalisent que 3 ETP.

Le CHS oriente davantage ses actions sur l'animation d'un réseau de partenaires internes (avec la mise en place de référents précarité dans chaque CMP) et externes (répondre aux besoins des CHRS et CHUS en particulier) avec la mise en place d'une ligne téléphonique dédiée pour répondre aux besoins des partenaires. En contrepartie, le CHS ne développe pas le versant « aller vers les publics » des missions EMPP : l'équipe ne fait pas d'action



de permanences, ni de maraudes et d'entretiens individuels avec les publics, ce qui explique qu'elle n'ait pas de file active. *« C'est un choix. On s'est dit que si on travaillait avec l'EMPP directement auprès des publics, on serait tellement saturés en peu de temps que le dispositif ne servirait plus à rien. Il vaut mieux agir auprès des équipes pour toucher plus de gens qu'auprès du public directement, car si je reçois ces publics en un mois je suis saturé »*. Au CHU, le psychiatre de l'EMPP assure aussi la responsabilité médicale de la PASS Psy et travaille en lien étroit avec l'Equipe Mobile Sociale de Santé du Pôle de médecine sociale du CHU, une PASS mobile dont les missions en termes d'aller vers pourraient être celle d'une EMPP. Par ailleurs, il assure une permanence au CCAS proche de la gare : *« Ce sont des gens qui viennent chercher leur courrier parce que c'est leur adresse sociale ou bien rencontrent leur AS qui nous les orientent et que je rencontre. Et ça c'est historique, avant que je prenne mon poste en 2006, c'était déjà un peu organisé comme ça. »* L'activité EMPP du CHU assure donc le versant « aller vers » sur l'agglomération toulousaine. Le psychiatre consacre par ailleurs une partie de son temps d'EMPP à une activité de conseils et de supervision auprès des travailleurs de première ligne. Les deux EMPP se sont donc co-organisées (avec un comité de pilotage commun) dans leurs missions. *« Les 2 équipes sont des EMPP techniquement mais comme aucune ne remplit complètement les éléments de la circulaire sur les EMPP on les a donc baptisées « Unités de souffrances psycho sociales (USPS). »*

L'initiative des équipes de psychiatrie envers les publics précaires sur l'agglomération sont historiquement antérieures à la circulaire (permanences au CCAS, sensibilisation auprès des CMP). *« Ca fait 10 ans que l'USPS existe. Et l'activité de l'USPS a beaucoup augmenté depuis parce que les maisons relais se sont démultipliées, que les CHRS et les CHUS ont eu des demandes en augmentation »*. Au CHS Marchant, le psychiatre à l'origine de la création de l'équipe partageait son temps avec un CMP proche de la gare, déjà « fléché » précarité par les autres CMP. *« En fait l'initiative se crée parce que notre CMP du secteur 8 est proche de la gare qui réunit pas mal de publics précaires. En pratique notre CMP est très fléché précarité. Et les CMP de Toulouse, en dépit de la sectorisation<sup>19</sup> nous orientaient leurs publics précaires alléguant que comme ces publics sont dans cette zone ils n'iraient pas consulter à l'autre bout de Toulouse. »* Pour répondre à ce constat, l'équipe du CHS a mis en œuvre et anime un réseau de référents précarité dans chaque CMP. Cet exemple montre combien il est important pour les EMPP de ne pas être identifiées comme des équipes vers lesquelles les services de droit commun orientent des publics susceptibles de faire l'objet de leurs tris (grands précaires, errants) au risque de voir les objectifs de la mission des EMPP s'inverser : ce ne sont plus les EMPP qui orientent vers le droit commun mais le droit commun qui orientent vers l'EMPP. Dans une autre équipe : *« En interne on est plutôt repérés comme étant l'équipe qui va s'occuper des SDF plutôt qu'une équipe qui est censée les ramener vers le droit commun »*.

A Montpellier, l'EMPP du CHU intervient sur la ville intramuros et, plus ponctuellement, dans l'agglomération à partir de demandes de leurs partenaires externes<sup>20</sup>. L'équipe dotée

---

<sup>19</sup> A noter que pour les personnes sans domicile fixe la sectorisation se fait à partir de la date de naissance

<sup>20</sup> A Montpellier, il n'y a pas de CHS

de plus de 7 ETP et adossée à la PASS Psy a construit son territoire d'intervention « *en fonction des demandes des structures, à partir des besoins identifiés* ». Elle développe 19 lieux de permanence, fait des maraudes, va à domicile, fait des entretiens individuels auprès des publics, de l'intervention conseil et des formations auprès des partenaires. Sa file active (720 « *sans compter les personnes vues en maraude pour lesquelles on n'a pas d'identité* ») est bien plus élevée que celle de Toulouse (160). Mais mise à part la PASS Psy, qui fonctionne essentiellement avec les ressources de l'EMPP, l'équipe endosse la totalité de la mission sans pouvoir s'appuyer sur des ressources internes (« *ça dépend des CMP mais ils ne sont pas tous très accueillants* »). Très orientée sur « l'aller vers » l'équipe pointe aussi son débordement : « *Là où le bas-bleu c'est qu'on a de moins en moins de temps pour faire des analyses de situations, de la formation aux intervenants de première ligne* ». Malgré leurs organisations différentes, ces EMPP constatent une saturation de leur dispositif pour accueillir les publics, en partie liée à l'augmentation des publics demandeurs d'asile : « *des gens qui vont très mal et à qui je suis obligé de donner un RDV tous les deux mois parce que je suis saturé. Alors que je devrais les voir tous les 15j minimum* » et à la saturation de leurs propres CMP.

#### **4.2. Intervenir sur l'ensemble du département**

L'EMPP des Pyrénées Orientales, rattachée au CHS de Thuir à 15 km au sud-est de Perpignan, est la plus ancienne des 14 EMPP. Dès 1998, au moment de la mise en œuvre des réseaux psychiatrie-précarité, un Module d'Accueil et d'Orientation (MAO) est créé sur le CHS. Equivalent d'un centre de consultations avec une équipe mobile qui intervient pour accompagner les patients précaires, la mise en œuvre de ce module correspondait « *à un besoin local* » sur un territoire fortement marqué par la pauvreté et la précarité. Le recours historique au MAO tend cependant à centrer l'activité de l'équipe sur des consultations qui comportent le risque d'une chronicisation des publics « *qui pourraient bénéficier d'une offre plus conséquente à travers les antennes déjà existantes* ». Pour le psychiatre qui a récemment pris une responsabilité dans l'équipe, l'organisation est en train d'évoluer pour que l'EMPP travaille davantage les interfaces avec les partenaires en termes de formation et d'information ainsi que l'accompagnement de leur file active vers le droit commun. Il s'agit d'éviter des glissements vers des prises en charge chronicisées. « *Pour des raisons historiques, on a eu un centre d'accueil où les populations se sont chronicisées en essayant de faire dans ce centre d'accueil un CMP pour des populations précaires sans les moyens d'un CMP* ».

L'équipe est constituée de 5,2 ETP. Elle fait aussi des permanences dans une dizaine de lieux, du soutien conseil aux intervenants de première ligne des formations et réalise des maraudes depuis sa création. Bien qu'elle intervienne principalement sur Perpignan, l'équipe se déplace à partir des demandes d'intervention qui vont d'un extrême à l'autre du département mais peut actuellement s'appuyer sur l'équipe mobile de psychiatrie (Elios) du CHS. Elios intervient sur tout le département, y compris à domicile et constitue un partenaire interne ressource pour l'équipe : « *Comme on fait partie du même pôle il y a des échanges entre les deux équipes ou lorsque le conseil local de santé mentale nous*

*interpelle ça peut être l'une des deux équipes. Il arrive aussi d'intervenir ensemble »* (professionnel de l'équipe). Cette EMPP peut donc compter sur l'aide d'autres ressources pour élargir sa couverture territoriale.

En Ariège, des initiatives en matière d'accès aux soins des populations précaires, avec la création d'un service de santé publique du Centre Hospitalier de Foix s'est constitué avant même la création de l'EMPP. *« on avait déjà une mission qui consistait faciliter l'accès aux soins pour le public en précarité qui était dans la rue. Au début c'était les soins en général et avec l'EMPP ça s'est spécialisé psychiatrie (IDE) »*. L'équipe a organisé son territoire d'intervention à partir des bassins préexistants sur le département: les 4 bassins de Foix, de Pamiers, de St Girons et de Lavelanet qui comptent chacun un CMP. A l'origine<sup>21</sup>, 4 IDE travaillent à mi-temps sur chaque bassin, deux d'entre eux exerçant leur autre mi-temps en PASS ou en CMP. Avec 3,2 ETP (IDE, psychologue, psychiatre, cadre de santé), l'équipe déploie une importante activité de permanences, fait des visites à domicile, des interventions de conseil auprès des partenaires externes (maisons relais, foyers, CHRS). En revanche, ses contraintes de ressources (humaines et matérielles) ne lui permettent quasiment plus d'assurer des maraudes.

L'entrée territoriale par les bassins ne signifie pas que l'EMPP « couvre » l'entièreté du département : la vallée du Pays cathare et Mirepoix ne sont plus couverts par l'EMPP depuis le départ de l'IDE *« alors qu'il y a de gros besoins, avec des demandes partout. Tarascon pareil alors qu'il y a des squatts. Toute la vallée de Massat, le Mas d'Azil pas grand-chose...Et on est appelés parce qu'on est connus par les services sociaux de ces territoires là aussi, j'ai eu des appels du côté de Luzenac et d'Ax les thermes, aussi du canton du Fossat...Mais c'est impossible de répondre. »* Le territoire, de par ses distances géographiques, est en soi *« problématique »*, il ne permet pas de mutualiser les moyens sur un même lieu. Chaque bassin a ses spécificités en matière de précarité et de lieux d'intervention à investir pour les IDE de l'équipe. A Pamiers qui est davantage confrontée à la précarité des personnes migrantes, l'IDE travaille en relation avec le CHRS. A Foix, l'IDE fréquente plusieurs fois par semaine l'accueil de jour qui représente *« le lieu où on a le plus de chance de rencontrer beaucoup de personnes, entre 40 et 80 personnes par jour dans un local de 60 m2 »*, un lieu très fréquenté par *« des gens nomades ou errants avec quelques précaires sédentarisés »*. Dans le bassin de Lavelanet, la précarité *« est plus cachée car ce sont des gens qui ont une habitation, qui sont dans des appartements mais qui ne vont pas venir dans le soin. Ce sont souvent les CCAS qui font appel à nous. Là, c'est la place de l'EMPP d'aller vers ces gens-là jusque dans leur domicile »*.

Les caractéristiques de cette EMPP conjuguent proximité envers les publics et découpage territorial pour privilégier une large couverture territoriale. La visibilité de l'équipe dans les lieux fréquentés par leurs publics et l'étendue de son organisation territoriale par bassin peut expliquer que l'Ariège ait la file active la plus élevée des EMPP de la région.

---

<sup>21</sup> Actuellement le bassin de Lavelanet n'est plus couvert par l'EMPP faute de personnel dédié (il n'y a plus de psychiatre et un appel à mobilité interne pour un poste IDE au CMP de Lavelanet est en cours)

### 4.3. Intervenir sur des villes ciblées

Les EMPP du CH d'Alès dans le Gard et des hôpitaux de Lannemezan dans les Hautes Pyrénées ont choisi d'intervenir sur une ville ciblée de leur département, des villes de taille moyenne d'au moins 40000 habitants, à partir d'une entrée par les secteurs. Elles sont caractérisées par des files actives peu élevées (CH d'Alès : 31, Hôpitaux de Lannemezan : 90<sup>22</sup>) avec un nombre d'ETP (1,9 pour le CH d'Alès et 2,5 pour le CH des Hautes Pyrénées) en deçà de la moyenne de la région (2,87). Elles ne font ni maraudes ni permanences mais bénéficient d'un bon maillage partenarial externe. L'EMPP du CH d'Alès<sup>23</sup> développe principalement son activité sur sa ville et deux bassins ruraux dans le nord du Gard (St Ambroy et Grand Combes). Deux IDE, le cadre et le psychiatre partagent leur temps avec le CMP d'Alès, une IDE avec celui de St Ambroy, et les AS des CMP constituent des relais professionnels pour l'équipe. La coordinatrice de cette EMPP a participé à la création de l'EMPP, son antériorité aux urgences de l'hôpital lui ayant permis d'être identifiée par le tissu partenarial des accueils d'urgence de ville. Le choix d'intervenir sur la ville d'Alès et deux localités rurales provient d'une organisation qui s'appuie sur les secteurs notamment pour des communes rurales qui ont peu de relais partenarial mais des CMP bien identifiés.

Dans les Hautes Pyrénées, l'EMPP des Hôpitaux de Lannemezan n'intervient que sur la ville de Tarbes qui concentre trois secteurs, avec le choix de mettre en place « *une équipe intersectorielle pour faciliter les contacts avec le droit commun* ». Le projet de l'équipe est d'étendre son intervention de secteur vers la ville de Lourdes ce qui nécessite des moyens : « *on travaille à moyen constant depuis notre création, actuellement on a une voiture pour trois, c'est ce qui explique aussi qu'on soit que sur Tarbes* »

L'équipe peut compter sur un bon partenariat interne avec ses CMP du fait de relations d'interconnaissance entre les IDE de l'équipe et les professionnels de ces CMP : « *On a appartenu à ces équipes donc on a encore des liens* ». L'organisation de ces CMP avec des créneaux quotidiens ouverts pour recevoir des urgences, permet aux usagers de l'EMPP d'avoir des accès facilités. L'utilisation d'un système d'informations partagé entre l'EMPP et les services de l'hôpital (via le logiciel Cortexte) optimise également les partenariats internes de l'équipe. Dans cette typologie, l'intervention territoriale orientée sur des villes ciblées du département s'appuie sur un bon maillage partenarial de ville et par une bonne articulation organisationnelle avec les CMP auprès desquels les équipes entretiennent des liens historiques.

---

<sup>22</sup> Dans cette typologie, on peut rajouter l'EMPP du Tarn qui n'intervient que sur Albi, FA : 69 pour 0,4 ETP)

<sup>23</sup> Le Gard compte aussi une deuxième EMPP affiliée au CHU de Nîmes qui intervient sur Nîmes et ses villes alentours (Vergèze, Marguerittes)

## CONCLUSION

Le travail des EMPP est d'abord un travail de proximité caractérisé par une diversité « d'aller vers ». Cette diversité est priorisée en fonction de spécificités territoriales, des ressources de l'équipe, de son système partenarial local. La diversité est inhérente aux EMPP, des études quantitatives dans d'autres régions ont constaté ces différences de file active, de ressources, de modalités d'intervention en ce qui concerne « l'aller vers »<sup>24</sup> et il semble important de considérer cette diversité comme un levier pour les équipes. Les priorités organisationnelles accordées à l'aller vers sont aussi à relier aux caractéristiques territoriales de la précarité et de l'exclusion. L'urbain et en particulier les grandes villes attirent des publics précaires par l'existence de dispositifs d'aide supérieurs à ceux que l'on observe en zone rurale mais ces publics vont se heurter à une saturation importante de l'offre de ces dispositifs d'aide. Les territoires plus ruraux sont confrontés aux difficultés de mobilité de leurs publics et à l'accessibilité aux structures de soins, bien que cette accessibilité (accéder aux structures de soins) soit aussi un enjeu pour les équipes urbaines. L'accessibilité est une thématique centrale pour les EMPP car celle-ci ne dépend pas que de l'organisation territoriale de l'offre. Cette accessibilité est aussi conditionnée par la capacité et la motivation des équipes de droit commun à accueillir les publics des EMPP, mais aussi à la possibilité subjective de certains usagers à se saisir des lieux de soins.

Les historiques de création des EMPP montrent que ces équipes se sont organisées au mieux et « à moyens constants » à partir de l'existant, de leurs articulations historiques avec leurs partenaires internes et des besoins des partenaires de ville. L'articulation avec des ressources internes (PASS Psy, CMP, Equipes mobiles de psychiatrie) permet aux équipes d'inscrire leur travail dans une continuité, pour les soignants comme pour les travailleurs sociaux (de PASS, de secteur), à condition que les EMPP puissent bénéficier d'une proximité organisationnelle, interpersonnelle voire d'une proximité spatiale avec les CMP et/ou les PASS.

Les EMPP sont donc des structures interstitielles d'une proximité à partir de leurs deux missions socles : continuer à aller vers les publics et assurer une fonction d'interface entre les équipes internes de psychiatrie, les Pass et les partenaires de première ligne. Pour autant, ce sont des structures interstitielles qui ne peuvent bien fonctionner que si elles agissent dans des structures d'amont et d'aval qui ne sont pas trop précarisées (tension des dispositifs en général avec la précarisation des équipes de première ligne et la précarisation des dispositifs de santé mentale saturés) et si l'organisation de l'offre de soin reste accessible à leurs publics.

---

<sup>24</sup> Mathilde BAUX, *et al.*, « Diversité des EMPP en Nord Pas de calais en 2015 », *L'information psychiatrique*, 2016/5 (Volume 92)

## BIBLIOGRAPHIE

BAUX M., *Diversité des EMPP en Nord Pas de calais en 2015*, L'information psychiatrique, 2016/5 (Vol. 92)

BORRELLE C., *C'est uniquement social: sur la production d'un dualisme social/psychiatrique en sciences sociales et dans le travail ordinaire de la psychiatrie*, Politix 2017/1 (n° 117)

FURTOS J., *De la précarité à l'auto-exclusion*, Paris, Éditions Rue d'Ulm, 2009.

GOUIFFES A., *Création et transmission dans les équipes mobiles psychiatrie-précarité. L'expérience de l'UMAPP à Rouen, 1995-2015*, Vie sociale et traitements, 2016/1 (vol.129)

INSEE, *Une approche de la précarité en Occitanie*, Tableaux de bord, données 2014, Dossier n°5, Mars 2017

MARQUES A., *Est-il légitime de ne pas décider pour autrui ? Le travail politique autour d'une équipe mobile de psychiatrie-précarité*, Sciences sociales et santé, 2015/3 (Vol. 33)

MONTCOUDIOL A., *L'Occitanie au regard des autres régions métropolitaines*, INSEE, Analyses n°40, Mars 2017

PICON E., CROVELLA E., LECOUTURIER F., MINET B., SEIGNEUR R., *Evaluation des EMPP*, Rapport DGOS, Avril 2015

RENAULT E., *Souffrances sociales, philosophie, psychologie et politique*, La découverte, 2008

SARRANDON ECK A., FARNARIER C., *Les points rouges, ou les critères de l'urgence dans une équipe mobile psychiatrie-précarité*, PUF, Les cahiers du centre Georges Canguilhem, 2014/1 N° 6

VELUT N., *Pathologie mentale et souffrance psychique de personnes en situation de précarité : de quoi parle-t-on ?* Empan, 2015/2 (n° 98)