

## Équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité.

### Un bilan et des perspectives

*Le 16 mars 2007 a été organisée au Centre Hospitalier Sainte-Anne la première Journée nationale des Équipes mobiles psychiatrie-précarité. Plus d'une cinquantaine d'équipes étaient présentes et ont pu échanger autour de leur pratiques et savoirs. Ces équipes ont été créées pour répondre aux besoins des personnes les plus démunies et présentant une souffrance psychique ou une pathologie mentale. Certaines sont récentes ou d'autres plus anciennes, la plupart issues des secteurs psychiatriques mais quelques-unes de structures associatives, caritatives ou pas, ou encore d'organisations humanitaires.*

#### I. Un cadre d'intervention défini par la circulaire de novembre 2005.

Ces années d'expérimentations quotidiennes sur le terrain des équipes construites à partir du personnel et du financement des secteurs psychiatriques donnent à celles-ci un certain recul dont il est possible aujourd'hui de faire état. C'est ainsi qu'au préalable à cette rencontre nationale, une enquête à l'adresse de ces équipes a permis de photographier un instantané de leur composition et actions. L'enquête a été construite à partir d'un document officiel : la 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 ». Ce texte officiel, même s'il n'a pas force de loi, pose enfin un cadre après une décennie expérimentale. Rappelons que le secteur s'est mis en place pendant 25 années lui aussi à partir d'une simple circulaire.

Des précisions sont maintenant affichées sur les publics visés, les missions et les principes d'action ainsi que la palette d'actions mises en œuvre ou à mettre en œuvre par les équipes. En ce qui concerne ces dernières, les actions doivent être dirigées :

- en direction des personnes en situation de précarité et d'exclusion (permanences, entretiens individuels, accueils, orientations et accompagnements, groupe d'échange, ateliers thérapeutiques) ;
- en direction des acteurs de première ligne (actions de formation, de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs ; développement d'un travail en réseau à partir de situations cliniques, soutien des équipes par informations, conseils, supervisions) ;

- en direction d'un réseau formalisé de partenaires, dans une fonction d'interface au sein de l'établissement de rattachement de l'équipe (accord préalable sur les modalités d'intervention, projet d'établissement, protocole, règlement intérieur...), mais également formalisation de partenariats à l'extérieur de l'établissement (SAU, PASS...), voire création de réseaux de santé.

Un questionnaire, directement en rapport avec ces précisions, a été adressé aux ARH, DDASS et établissements abritant des secteurs psychiatriques et qui ont mis en place une équipe mobile spécialisée en psychiatrie et précarité (EMPP). Dans Paris, depuis 1999, un fonctionnement en réseau s'est mis en place : chacun des cinq établissements spécialisés couvrant le territoire a développé une équipe mobile plus ou moins étoffée auxquelles s'associent le « Réseau Souffrances et Précarité » et le CPOA (Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil) de Sainte-Anne. Hors Paris intra-muros, 52 équipes ont été recensées, 28 ont répondu au questionnaire.

#### S O M M A I R E

**P1** Équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité. Un bilan et des perspectives.

**P4** Et le financement ?

**P5** « Précarité-Santé mentale », une préoccupation qui s'inscrit dans une dynamique régionale.

**P8** Un diplôme d'université.

---

## II. Les enseignements d'un questionnaire.

### 1. La structuration des EMPP.

*Des dénominations diverses, qui laissent entrevoir des réalités différentes.*

Il est à rappeler la grande diversité d'appellation de ces équipes. Autant, dans d'autres domaines, des acronymes comme ECIMUD ont permis un repérage facilité de ces équipes, autant l'appellation des EMPP voit se dérouler un riche menu de dénominations, désignations. La grande majorité conserve le mot « mobile » précédé d'« équipe » ou d'« unité », la plupart fait apparaître « précarité » mais, entre ces deux bords, une armada de termes divers et variés laisse deviner un positionnement assez large : psychiatrie, santé mentale, psycho-sociale ou souffrances... en ce qui concerne le public ; intersecteur, PASS, interface, carrefour, prévention, intervention, accueil, liaison, appui, axe... pour les actions. D'autres, plus rares, ont préféré adopter un terme en rapport avec le monde de la précarité ou de l'exclusion : diogène, ravaude, respire...

*Des possibilités de rattachement variées.*

Ces équipes couvrent plus de 170 secteurs (soit près de 300 secteurs en incluant Paris) avec une répartition équivalente de territoire en milieu urbain et en milieu mixte (14 équipes). Chaque équipe couvre en moyenne 6,1 secteurs

26 équipes sont rattachées à un EPS, 2 à un établissement PSPH. 16 sont rattachées à un établissement offrant des soins spécifiquement psychiatriques, 12 à un établissement de soins psychiatriques et somatiques.

28 sont rattachées à une UF ou constituent elles-mêmes une UF, une seule est constituée en service.

16 sont financées exclusivement par l'établissement de rattachement, 10 par l'établissement et un financement issu du domaine social.

*Une ancienneté variable.*

Les premières équipes ont vu le jour en 1995 et 1996. Fin 2007, plus d'une soixantaine seront opérationnelles avec un pic de « création » ces deux dernières années depuis la parution de la circulaire et des moyens développés dans le cadre du Plan Psychiatrie Santé Mentale.

*Des différences et des disparités dans la composition des équipes.*

Les infirmiers apparaissent en plus grande fréquence dans la composition des équipes. Viennent ensuite les psychologues puis les psychiatres et les secrétaires. Les assistantes socio-éducatives ne semblent pas se développer en province alors qu'à Paris il en existe un ETP par équipe. Les équipes, toutes catégories professionnelles confondues, sont diversement dotées : de 1,5 à 8,5 ETP. La composition moyenne étant de 3,6 ETP pour un territoire moyen de 282 000 habitants. Il peut paraître paradoxal d'évoquer le nombre d'habitants pour représenter le travail des équipes dont la mission est justement de s'occuper de ceux qui n'ont pas de logement stable, mais ceci permet quelques comparaisons. Pour exemple, contrairement aux idées reçues, la composition moyenne des équipes à Paris est plus faible : 3,36 ETP contre 4,04 en milieu urbain en province. Précisons qu'à Paris une équipe s'est développée autant que les quatre autres réunies. Les équipes parisiennes couvrent un terri-

toire urbain proportionnellement plus important que les villes de province (2,15 millions d'habitants contre un peu plus de 3 millions toutes villes de province totalisées).

### 2. Les actions menées auprès des personnes.

*L'organisation d'une permanence propre à l'équipe mobile.*

Deux tiers des équipes possèdent un local d'accueil et d'orientation dans lequel se déroulent des accueils, des entretiens au cours de permanences, et à partir duquel des accompagnements s'organisent. Seules 12 équipes sur 28 assurent l'ensemble de ces actions.

*Le déplacement sur le lieu d'hébergement, le lieu de vie social ou médico-social.*

Presque toutes les équipes se déplacent. Une vingtaine assure des permanences sur site ou des accompagnements à partir du site. Un tiers seulement a mis en place des groupes de parole. Une seule anime un atelier thérapeutique, il en est de même à Paris.

*Les autres types d'action.*

La moitié des équipes intervient dans la rue ou participent à des maraudes. La plupart préparent l'hospitalisation mais également la sortie d'hospitalisation. L'accès aux soins somatiques n'est pas délaissé puisque 18 équipes le favorisent.

### 3. Les actions auprès des intervenants de première ligne.

Toutes les équipes offrent un soutien aux intervenants, des informations et des conseils. Pratiquement toutes proposent des échanges de pratiques et un travail en réseau autour de situations cliniques. Des formations spécifiques sont proposées par plus de la moitié mais les supervisions semblent moins développées. 12 équipes les ont mises en place.

### 4. Actions au sein de l'établissement de rattachement.

Comme il est mentionné dans la circulaire, 21 équipes ont obtenu l'accord préalable de tous les acteurs de l'établissement de rattachement sur leurs modalités d'interventions. Il est rassurant de constater qu'il ne s'agit pas uniquement de volontés individuelles de responsable d'unité fonctionnelle mais d'une dynamique d'établissement comme le prouvent les 22 équipes qui ont vu leur action inscrite dans le projet d'établissement. La coordination est réalisée par un psychiatre dans 23 équipes, dont la totalité des équipes parisiennes. En revanche, 10 équipes seulement ont pu valider des protocoles d'intervention. Enfin, 6 possèdent un règlement intérieur...

### 5. Actions au-delà de l'établissement de rattachement.

La formalisation des modalités de recours aux équipes, les actions en réciprocité avec les partenaires ne semblent pas suffisamment développées : la moitié des équipes a passé convention avec les partenaires sociaux et médico-sociaux, moins d'un tiers avec les partenaires médicaux (hôpitaux généraux, PASS, Services d'Accueil et d'Urgence...). En revanche, 22 coopèrent avec des réseaux de santé.

---

## 6. Commentaires.

Une possibilité de commentaires libres était proposée en fin d'enquête ; elle a permis de recueillir les doléances et difficultés communes. Encore une fois, contrairement à toute attente, les difficultés « relationnelles » apparaissent plutôt avec les secteurs psychiatriques qu'avec les équipes et partenaires sociaux. Les EMPP demandent à être reconnues dans leurs fonctions, actions et utilité. Cette reconnaissance passe, entre autres, par l'évaluation des pratiques et la communication sur le « savoir-faire » de ces équipes. La principale difficulté réside dans la faiblesse des moyens pour développer une évaluation et démontrer la qualité des actions.

### III. Les perspectives : évaluer, évaluer, il en restera quelque chose.

Le travail demandé aux équipes mobiles doit être évalué. Or, cette évaluation est particulièrement délicate puisqu'elle doit s'appuyer sur les axes principaux des missions : actions auprès des personnes, actions auprès des acteurs de première ligne, actions en réseau ou de réseau pour condenser le dernier axe concernant les partenaires tant médicaux que sociaux.

#### 1. Évaluation des actions auprès des personnes.

La base de la recherche clinique s'articule sur le recueil des données à partir desquelles une évaluation quantitative et qualitative pourra prendre forme. Pour ce faire, il devient urgent que les Départements d'Information Médicale (DIM) des établissements « abritant » une EMPP puissent appuyer cette démarche. Précisons encore une fois qu'il ne s'agit pas d'équipes d'assistance, comme c'est le cas de certaines associations, caritatives ou non, employant ou non des médecins et infirmiers. De ce fait, les interventions des EMPP ont pour finalité l'identification d'une pathologie psychosociale, le repérage de situations aiguës ou de pathologies psychiatriques avérées. En ces derniers points, elles constituent un dispositif complémentaire et intersectoriel de travail pré-thérapeutique ou de retour à une thérapeutique auprès de personnes devant être soignées. Ce temps de mise en lien thérapeutique est singulièrement malaisé à évaluer. Le classique dossier patient ne permet de collecter qu'une partie de l'activité correspondant aux missions confiées aux EMPP car les items proposés par la traditionnelle « fiche patient » ne représentent pas l'ensemble et la diversité des interventions en ambulatoire. Aussi, au fil de la pratique, s'est fait sentir la nécessité de dérouler un menu d'intervention au-delà du simple item « CO » (consultation) ou « AA » (autre prise en charge ambulatoire). Certaines équipes ont maintenant décliné ces actes en prestations plus précises afin de tracer une trajectoire de suivi, d'en repérer les points de fracture ou de faiblesse et de proposer des solutions pour améliorer le maintien dans les soins.

L'étape suivante sera d'en affiner les combinaisons et associations afin d'en démontrer la pertinence, l'efficacité ou la simple efficacité. Il est hors de question de rechercher une harmonisation des pratiques ; il s'agit au contraire de montrer ou démontrer que certaines associations ou combinaisons d'actes ou d'interventions par des professionnels divers sont plus opportunes et adaptées que d'autres au regard de ce qui est demandé aux EMPP.

Toutes les actions visant à favoriser le maintien dans le soin des personnes qui ont pu y accéder auparavant restent également à évaluer. Les EMPP, sollicitées pour aller « rechercher » des patients dans des conditions difficiles, analysent en permanence ces rôles que veulent leur faire jouer soit le réseau médical, soit le réseau social. Il paraît notamment plus adéquat de favoriser ce maintien dans le soin en assurant des présences dans les institutions, en y jouant un rôle de médiateur entre « le sanitaire » et le « social », ou encore en incitant l'intervention d'un tiers accompagnant. Ce rôle est plus important qu'il n'y paraît car il permet le maintien du lien entre les structures, l'acceptation de personnes qui, sans cet accompagnement, soit ne seraient pas arrivées, soit auraient pu se mettre en situation d'être rejetées d'emblée, qu'il s'agisse encore une fois des structures sociales ou médicales.

D'autres questions se posent aux personnes aidées comme le respect du principe de libre-choix, l'incompréhension des dispositifs sectoriels ou pas. De même, les structures sanitaires et sociales évoquent la mauvaise visibilité et lisibilité des constructions intermédiaires ou interfaces comme les EMPP.

Quoi qu'il en soit, le maintien dans le soin et/ou l'hébergement s'avère facilité d'une part grâce à ces « fonctions passerelles », d'autre part grâce aux groupes d'échanges, de parole et l'animation d'ateliers thérapeutiques. Ces actions au sein de groupes renvoient à l'évaluation de la prise en charge institutionnelle et à ses indicateurs.

#### 2. Évaluation des actions auprès des acteurs de première ligne.

Au travail clinique directement auprès des personnes, viennent se joindre les actions des équipes auprès des acteurs de première ligne des institutions ou associations. Il s'agit là du travail institutionnel dénommé « activité dans la communauté » et visant, au-delà du maintien de la continuité des soins et/ou de l'hébergement, à coordonner les actions médico-psycho-sociales et à soutenir les équipes sociales par des interventions telles que l'appui d'équipe, le lien et le suivi autour d'une situation, la participation à des groupes de travail, la formation, l'information, les permanences, maraudes, réunions, rencontres, et les synthèses en présence du patient...

Ce travail en réseau, à partir de situations cliniques, soulève le voile du secret professionnel et l'on voit se développer ici ou là des positions dogmatiques que l'on pourrait résumer par « je sais tout mais je ne vous dirai rien », alors même que les équipes sociales ont pu évaluer certains troubles lorsqu'elles aident « une personne portant chapeau d'aluminium et souhaitant regagner sa planète d'origine »... D'autres équipes, en présence du patient, développent une approche commune autour d'un secret professionnel élargi et partagé avec le patient. Cette question du secret professionnel se simplifie dès lors que les capacités de chacun à aider l'autre sont reconnues mutuellement.

Enfin, cette aide ne peut s'envisager durablement, sur le plan matériel et physique, que dans une logique de proximité des intervenants et des interventions, et va à l'encontre d'une dispersion sur un territoire géographique trop étendu.

Qu'il s'agisse de la VAP ou des MIGAC, il faudra bien tenir compte, lors de leur application prochaine, de l'importance de l'activité institutionnelle et plus généralement extra clinique.

### 3. Évaluation des actions de partenariat en réseau.

La mise en place d'un fonctionnement au sein d'un tissu social peut se développer en organisation de réseau ou filière. Si l'on se contente d'analyser uniquement l'aspect sanitaire, l'organisation est plutôt une filière d'accès aux soins avec le parcours organisé d'un patient au sein du système de soin, qu'il soit intra- ou extra-hospitalier, et l'EMPP n'est alors qu'un maillon supplémentaire favorisant le parcours de soins.

Si on l'élargit au tissu social, l'organisation coordonnée de personnes constitue un réel réseau dans lequel le patient circule selon des procédures et protocoles. Il s'agit alors d'une communauté de compétences, d'optimisation de temps de réponse, de technicité et de coordination et cette organisation en réseau offre « un prendre soin de qualité ». La plus value apportée par le réseau s'entend au sens de la qualité, avant tout la qualité relationnelle entre les deux grands types de partenaires, afin de sortir du discours habituel renvoyant à l'autre la priorité de la tâche. Or, le problème se complique dès que l'on aborde la moindre forme

d'« inclusion », au sens patient inclus dans un réseau. La question n'est pas le degré d'information du patient mais bien de lui proposer cette « inclusion » et de faire de lui un acteur à part entière de cette organisation de soins que suppose un réseau. Ne pas inclure revient à exclure. Ne pas échanger, entre intervenants autour d'une même personne, des informations permettant une meilleure coordination, une meilleure qualité de prise en charge est une forme d'exclusion.

Chaque EMPP a développé les divers aspects de ses missions en fonction de son histoire, son format (temps dédié, UF, service...), ses moyens, les besoins et demandes du territoire géographique de l'établissement de rattachement. Ainsi, certaines ont accentué leur mission de formation, d'autres ont développé l'orientation ou encore la médiation. L'essentiel demeure qu'au niveau d'un département ou d'un territoire de santé, les équipes puissent associer leurs actions dans le but de répondre aux objectifs du réseau, tout en tenant compte, bon gré mal gré, des aspects économiques (hôpital 2007 et maintenant 2012, tarification à l'activité...). Cette évaluation risquera de s'obscurcir singulièrement lorsqu'il faudra associer à l'évaluation médicale, celle des actions du versant social du réseau. Cette phase est loin d'être en approche puisque, hormis les équipes les plus anciennes, le simple recueil de données soulève des objections pour ne pas dire des boucliers.

## Et le financement ? : le soutien apporté par le plan « Psychiatrie et santé mentale »

Annoncé par le Comité Interministériel de Lutte contre l'Exclusion en juillet 2004 et intégré dans les priorités définies par le plan « Psychiatrie et Santé Mentale » pour 2005-2008, l'objectif d'améliorer les réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité a donné lieu à la mise en place d'un programme ambitieux de déploiement d'équipes mobiles de psychiatrie à destination de ces populations.

L'acuité des besoins de prise en charge psychiatrique des personnes en situation de précarité, ainsi que la complexité de soin à laquelle sont confrontés les professionnels, compte tenu des difficultés d'expression et de repérage de ces troubles, rendent nécessaire de mettre en place, au bénéfice de ces populations, un dispositif spécifique dans les missions qu'il remplit et novateur dans ses modalités de fonctionnement.

L'enjeu de ce programme est de faciliter l'émergence de la demande de soins des personnes en situation de précarité, ainsi que leur orientation adaptée, à la fois par des interventions directes au plus près de leurs lieux de vie et par des actions de sensibilisation et d'appui des professionnels.

Le dispositif est novateur en ce qu'il se positionne de façon complémentaire aux prestations assurées dans leurs champs respectifs par le dispositif de prise en charge sanitaire et le dispositif social.

Nourrie par des expériences de terrain, une circulaire ministérielle en date du 23 novembre 2005 a établi un cahier des charges définissant le cadre dans lequel doit d'inscrire le développement de ces équipes.

Ces équipes ont vocation à aller au devant des publics, principe essentiel, pour mieux identifier les besoins non repérés ou mal pris en charge dans le dispositif de droit commun et orienter de façon plus adéquate les patients concernés.

Leur intervention doit s'insérer dans le cadre d'un partenariat dense et structuré entre l'ensemble des acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement de ces personnes, que ces acteurs soient issus du champ sanitaire, médico-social ou social.

La mise en place de ce dispositif bénéficie pendant la période 2005-2008 d'une allocation de moyens dédiés au titre du plan psychiatrie et santé mentale, atteignant 10.7 M€ sur les quatre années concernées.

À mi-année 2007, 8 M€ ont d'ores et déjà été alloués aux régions, afin de permettre la création ou le renforcement de 67 équipes mobiles.

Le choix des équipes bénéficiant de cet appui financier a été mis en œuvre dans le cadre d'un appel à projets auprès des régions, permettant la sélection des projets les plus pertinents en fonction des besoins constatés au sein de la région et correspondant le plus étroitement à l'esprit du dispositif tel que défini dans la circulaire nationale.

Une enquête de montée en charge de ces équipes sur le territoire est en cours de réalisation, visant à évaluer, sur un plan quantitatif et qualitatif, l'activité de ces équipes, leurs conditions de fonctionnement, ainsi que les difficultés éventuelles rencontrées dans leur déploiement.

**Frédérique Collombet-Migeon**

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, DHOS  
Sous-direction de l'Organisation du Système de Soins

Sur le fond, les interrogations, déjà rencontrées dans le domaine de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, vont se poser rapidement au réseau comme, par exemple : faut-il proposer des prestations médico-sociales de bas seuil ou de haut seuil ? Faut-il des soins et/ou des hébergements spécifiques ou pas ? Les réponses apparaissent par le biais des facilitations d'expériences comme celles, par exemple, des résidences d'accueil qui autorisent maintenant des expériences d'hébergement sans l'obligation de mixité sociale. Rappelons à cette occasion que les personnes suivies en psychiatrie composent à elles seules une mixité sociale...

La Haute Autorité de Santé (HAS), suite à feu l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), propose quelques principes d'évaluation des réseaux de santé. Certaines questions notamment paraissent incontournables renvoyant à la pertinence, cohérence, performance et autres impacts du réseau mais, encore une fois, il s'agit de véritable réseau de santé et non d'un fonctionnement en réseau.

Autre aspect du travail en réseau est celui de la coordination. En fait, il faudrait évoquer le pluriel car la coordination peut se restreindre à celle de l'équipe avec sa couleur pluri-professionnelle et ses interventions coordonnées au sein de l'équipe. Le niveau supérieur est celui d'une coordination entre plusieurs EMPP, sur un large territoire, mais avec les aléas de la disparité des équipes évoqué plus haut, leurs financements, les territoires des établissements de rattachement accueillant des populations aux aspects socio-démographiques très divers... C'est à ce niveau que peut apparaître la coordination d'un réseau de santé avec un médecin coordinateur. Enfin, la coordination entre le versant médical et social est encore plus ardue devant l'immensité de la tâche, surtout en zone urbaine, où la multiplication des intervenants tant médicaux que sociaux fait apparaître, au-delà d'un certain seuil, un aspect contre productif et retardant paradoxalement l'accès aux soins, ceci tendant à prouver qu'une EMPP déploie plus facilement ses capacités sur un territoire à « taille humaine ».

Enfin, pour recentrer le travail sur la base initiale de formalisation en interne, il demeure encore de nombreux points d'achoppement au sein de nos établissements de rattachement : difficulté d'obtention d'un accord préalable de tous sur les modalités d'intervention de l'EMPP, inscription dans le projet d'établissement soumise aux aléas des mises en pôle, absence de protocole ou règlement intérieur, recueils de données insuffisantes au prétexte que le patient est en errance, absence de lien entre les intervenants une fois l'accès aux soins obtenu, défaut d'appel à l'EMPP pour préparer la sortie d'hospitalisation, manque de formation des équipes de secteur à ce que l'on appelle la clinique « psycho-sociale »... (à ce sujet, un diplôme universitaire « Santé mentale et précarité : interventions médico-psycho-sociales » est en place et débute en septembre 2007 au centre hospitalier de Sainte-Anne (cf. ci-après, p. 8). Cette insuffisance de sollicitations adaptées des EMPP par les secteurs est en partie liée à la position de structure intermédiaire qui tantôt conduit à considérer ces équipes comme le bon objet tantôt comme le mauvais, voire les deux ensemble.

## Conclusion.

Cet état des lieux de mars 2007 démontre, à travers la création et le développement des EMPP, un grand engagement des secteurs psychia-

triques dans la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en grande précarité et en exclusion.

L'appel à projets et le financement attaché ne peuvent expliquer cette orientation car les équipes se sont mises en place dès 1995 et se sont développées bien avant le Plan Psychiatrie Santé Mentale et la circulaire du 23 novembre 2005. ( Cf p.4 )

Cet engagement est fiable, continu et indépendant des financements toujours attendus. Les besoins sont criants. Les besoins sont aussi dans la rue. Les réponses par les EMPP dans une forme de psychiatrie de liaison « à large spectre » sont maintenant à affûter mais les actions deviennent efficaces au regard de l'accès aux soins qui est favorisé. Cette psychiatrie de liaison dans la communauté nécessite le déploiement des actions des équipes mobiles sur un territoire de proximité restreint, à l'échelle de la reconnaissance réciproque des acteurs de proximité, afin de favoriser leur efficacité, pertinence et efficacité.

**Dr. Alain Mercuel**

Service d'appui « Santé Mentale et Exclusion Sociale »  
Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris

## « Précarité - Santé mentale », une préoccupation qui s'inscrit dans une dynamique régionale

### Le contexte et les constats.

Dans la région Nord - Pas-de-Calais, une forte population vit des minima sociaux avec des pics à 22% de demandeurs d'emplois pour certaines zones. La région présente des indicateurs de santé parmi les plus défavorables au niveau national et une espérance de vie inférieure à la moyenne nationale. Dans ce contexte, le thème souffrance psychique précarité a été identifié comme une des priorités du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

En 2003 et 2004, a donc été conduite et financée, dans le cadre du PRAPS, une formation action précarité-santé mentale.

Les professionnels du secteur social alertent les institutions, depuis plusieurs années, sur l'expression de la souffrance des personnes qu'elles accueillent, le déficit et les difficultés de prise en charge partenariale avec le secteur de psychiatrie. Les équipes elles-mêmes se trouvent extrêmement démunies et deviennent, elles aussi, victimes de cette souffrance. Plus récemment, le secteur psychiatrique, en s'ouvrant de plus en plus sur la cité a exprimé le souhait de travailler avec le secteur social. Deux années de réflexion, de consultation des responsables des champs sanitaire et social ont abouti à cette idée de formation commune. Le groupe de réflexion a mis en place un comité de pilotage composé des organismes de tutelle sanitaire et sociale (ARH, DDASS, DRASS), de psychiatres, de représentants des associations (FNARS principalement) avec pour objectif d'impulser cette formation, d'y engager les institutions,

---

de faciliter l'implication des acteurs locaux, de choisir le prestataire de la formation, de suivre et d'évaluer cette action.

Le comité de pilotage a fait appel au cabinet Prisma Conseil Formation, dont la responsable, Madame Ribault, est conseil en méthodologie et travail en réseau. Elle a construit un programme avec la FNARS validé par le groupe.

Le comité de pilotage affirme sa volonté d'articulation sanitaire et sociale en mettant en place pour suivre toute cette action une coordination bicéphale : un mi-temps du secteur social représenté par Lydie Leroy appartenant à la FNARS et un mi-temps de la santé mentale représenté par Monique Lips de l'Établissement Public de Santé Mentale d'Armentières.

### Organisation de la formation.

Les objectifs de la formation sont les suivants :

- permettre aux professionnels du social de dédramatiser la rencontre avec les personnes ayant des problèmes de santé mentale en leur offrant un apport théorique et méthodologique ;
- permettre aux professionnels de la santé mentale de mieux prendre en compte la souffrance psychique engendrée par la précarité ;
- développer un réel partenariat avec le secteur social dans le suivi de la population concernée ;
- faciliter et développer l'articulation entre le secteur social et le secteur sanitaire dans le but d'une complémentarité indispensable ;
- élaborer des relations favorisant l'accueil, l'insertion et l'accès aux soins, en impulsant la mise en réseau, sur un territoire donné, des participants des deux champs et de leurs structures ;
- mettre en place des outils communs.

À plus long terme, il s'agit donc de développer et de structurer à l'échelle des territoires des réseaux fonctionnels autour de la prise en charge des personnes en situation de précarité sociale en souffrance psychique.

Pour constituer ces groupes, nous avons au préalable fait un important travail d'information et de sensibilisation auprès des directeurs et des chefs de service des structures dont dépendaient les professionnels concernés (téléphone, courriers, rencontres). J'ai contacté les secteurs de psychiatrie, ma collègue de la FNARS, les structures sociales. Il était, en effet, important que ces structures soient parties prenantes, s'engagent dans cette démarche, soutiennent et permettent aux professionnels engagés de s'investir dans les éventuels réseaux qui en découleraient.

En 2003, nous avons ainsi constitué six groupes soit environ cent professionnels inscrits (cinquante du social, cinquante de la psychiatrie) et, en 2004, nous avons constitué neuf groupes, soit 151 professionnels inscrits (80 du secteur social, 71 de la psychiatrie). Ce sont donc 251 professionnels qui ont suivi cette formation durant ces deux années.

Les professionnels engagés sont majoritairement des assistants sociaux, des éducateurs et des infirmiers de secteur psychiatrique.

Déroulement de la formation : il s'agit d'une démarche pédagogique active qui privilégie l'expression et l'échange des pratiques. Les apports méthodologiques et théoriques sont proposés en fonction des besoins des participants, en lien avec leurs pratiques et les particularités locales. Les journées de formation se déroulent, sur chaque territoire, dans des structures participant à l'action et avec des intervenants locaux.

Cette formation s'étale donc sur une année et comprend :

- un forum d'ouverture pour l'ensemble des groupes, visant à présenter le contexte et les objectifs de la formation ;
- trois modules de deux jours pour chacun des groupes avec, entre le deuxième et le troisième module, un stage croisé de cinq jours (stage faisant l'objet d'une convention) ;
- une conférence de clôture, qui termine ce cursus et permet à chaque groupe de présenter les souhaits et les pistes de travail qu'il a dégagées lors de la formation et de réaffirmer l'intérêt de pérenniser ces groupes dans le cadre d'un travail en réseau.

### Quelques constats lors de la formation.

La demande du secteur social concernant un travail en commun est nettement plus importante que celle de la santé mentale, surtout en ce qui concerne les CHRS. Lors de la formation, l'intervention d'un psychiatre ou psychologue local concernant les pathologies mentales a été très appréciée par les professionnels du social et a souvent résonné avec des situations de personnes qu'ils accompagnent. Le moment fort a été majoritairement le stage croisé, qui a été très apprécié malgré les réticences du départ et a permis de créer une réelle dynamique dans le groupe, un désir de poursuivre le travail commencé et l'émergence de projets communs. Chacun a découvert des fonctionnements et structures qu'il croyait pourtant connaître. Au retour de stage, la plupart désire poursuivre, faire vivre ce groupe et semble convaincu de la nécessité du travail en réseau. Toutefois, les stagiaires n'ont pas toujours l'impression que leur service soit vraiment engagé derrière eux. En effet, il n'est pas facile de susciter l'intérêt, l'implication de l'équipe et de la hiérarchie. Beaucoup d'*a priori* sont tombés, surtout vis-à-vis de la santé mentale. Les professionnels du social ont souvent été étonnés que la psychiatrie sorte autant des murs et ait développé une telle variété de structures : ils connaissaient principalement l'hôpital et le CMP. Les professionnels de la psychiatrie ont, eux, été étonnés par la qualité de l'accueil dans le secteur social notamment les CHRS, bien que disposant de peu de moyens (encore moins que la psychiatrie, disaient-ils).

Au cours des stages, ils ont également repéré qu'ils travaillaient avec une population commune pour laquelle ils devaient conjuguer et articuler leurs actions. Enfin, au cours de ces formations, a souvent été évoquée l'existence d'autres groupes, d'autres réseaux sur les territoires de nos interventions qu'il nous semble important de bien connaître pour éviter la redondance, et l'éparpillement professionnel.

Pour cela, les coordonnateurs PTS (Programmes Territoriaux de Santé) ont été invités et viennent régulièrement aux réunions. Ce sont des partenaires précieux pour la bonne connaissance du territoire. Certains ont effectué la formation.

### L'impact de la formation.

Après la formation, si les groupes étaient persuadés de la nécessité de poursuivre le travail en commun qui avait été amorcé, ils souhaitaient un accompagnement en attendant que leur réseau se renforce, s'organise et se trouve un responsable local.

---

Le comité de pilotage a donc proposé que nous poursuivions l'accompagnement de ces futurs réseaux sous la forme d'une coordination, d'un soutien logistique, notamment pour l'organisation des réunions, le temps que les groupes se renforcent. Nous nous sommes répartis les quinze groupes. Lydie Leroy de la FNARS en accompagne sept et moi-même, j'en accompagne huit.

De plus, pour répondre aux inquiétudes des participants quant à l'engagement de leur hiérarchie, le souhait que toute cette action aboutisse à la création de réseaux durables a été réaffirmé par les directeurs de tutelle (directeurs de l'ARH et de la DRASS), qui ont signé conjointement un courrier officiel adressé aux responsables de toutes les structures concernées insistant sur la nécessité que les services s'engagent dans cette démarche.

Parallèlement, un binôme de chaque groupe s'est réuni pour travailler à l'élaboration d'un document constitutif des réseaux précarité - santé mentale, afin d'offrir à chacun un socle minimal sur lequel puissent reposer les initiatives des territoires sous forme d'une charte légitimant les groupes et assurant aux professionnels d'être soutenus par les responsables qui les auront signées. C'est à partir de cette trame, de ce modèle, que chaque groupe a construit sa convention constitutive de réseau.

À ce jour, les quinze conventions sont rédigées. Les groupes se réunissent régulièrement, à raison d'une fois par trimestre. Les rencontres ont lieu dans les structures participant aux réseaux en alternant sanitaire - social. Les réunions font l'objet de compte - rendus envoyés à chacun et susceptibles d'être transmis aux équipes et aux chefs de service.

Les groupes s'étoffent. De nombreux partenaires qui n'avaient pas initialement souhaité participer à la formation nous rejoignent aujourd'hui. Les groupes sont maintenant composés d'environ vingt-cinq à trente professionnels. La plupart souhaite arrêter provisoirement l'intégration de nouveaux partenaires pour garder une taille conviviale et pouvoir vraiment se connaître et se repérer. Les nouveaux arrivants demandent à faire un stage croisé au regard des bénéficiaires qui en ont été retirés par les plus anciens. À partir de problématiques communes, des thèmes de travail ont été dégagés : les préparations de sorties d'hospitalisation, les consultations avancées en CHRS, l'aide au repérage des pathologies, la sectorisation psychiatrique pour les SDF, les problèmes de l'accès et du maintien au logement, les exclus violents, les délais de rendez-vous, l'information partagée, les visites à domicile conjointes...

Dans chaque groupe, un binôme a été désigné : une personne du secteur social et une personne de la santé mentale pour assurer le pilotage des réseaux. Ces personnes reçoivent une formation au management de réseau de deux fois deux jours, toujours prise en charge par le PRAPS et nous espérons qu'ils pourront progressivement prendre notre relais pour animer ces réseaux locaux.

### **Les projets à venir.**

Aujourd'hui, les besoins portent sur la mutualisation des expériences locales, le partage des informations et l'organisation d'un cadre d'animation et de réflexion.

- un site Internet des réseaux est en construction. Il contiendra une page d'accueil avec des informations générales. Chaque réseau aura également une page où seront accessibles les coordonnées des membres du réseau, les dates et les comptes rendus des réunions, de la documentation locale, la convention et les outils utilisés ou créés ;
- une journée régionale de rencontre est prévue en 2007 : les membres des différents réseaux souhaitent, en effet, se rencontrer au moins une fois par an pour échanger, s'informer sur les thèmes abordés, les outils créés ;
- les binômes d'animation ont aussi émis, lors de la formation-action, le désir de se rencontrer régulièrement pour échanger sur leurs pratiques : deux rencontres sont prévues en 2007.

### **L'évaluation.**

L'évaluation est le prochain chantier du comité de pilotage. Une fois dégagées de l'animation des groupes, nous pourrions, en effet, nous y consacrer. Elle est extrêmement importante pour conforter les structures dans leur engagement et démontrer l'efficacité, l'intérêt de cette mise en réseau.

Toutefois, les retombées positives sont déjà visibles. En effet, nombre de professionnels et participants ont pris l'habitude de se contacter. Certains précisent que les relations partenariales se sont améliorées et que des prises en charge communes se mettent parfois en place grâce, disent-ils, aux référents identifiés qu'ils ont maintenant dans les structures appartenant au réseau, et qui leur facilitent l'accès aux équipes. Nous avons, du reste, réalisé dans chaque groupe, un annuaire, à partir des fiches descriptives de chaque structure du réseau, avec le nom et les coordonnées du référent facilitateur.

Cependant, le réseau ne résout pas tout et notamment :

- le manque de structures intermédiaires et de logements adaptés ;
- les différences de pratique entre les secteurs de psychiatrie ;
- la stigmatisation de la maladie mentale ;
- le refus de soin ;
- le manque de partenaires sur certains secteurs...

Autant de questions qui constituent toujours des difficultés réelles.

Par ailleurs, le réseau est fragile : le " turn over " des professionnels est un élément à prendre en compte en terme d'appropriation de nouveaux modes de collaboration et de fonctionnement entre structures sanitaires et sociales. Aussi la plus-value du réseau sera-t-elle longue à faire ses preuves.

### **Conclusion.**

Alors, mariage d'amour ou mariage arrangé ? Disons que nous avons commencé par un mariage totalement arrangé, mais qu'un engagement clair et durable de chacun des époux, de l'humilité, de la reconnaissance et du respect mutuel, bref un bon usage des compétences réciproques, dénué de rapports de pouvoir permettront peut-être à cette alliance d'évoluer vers un mariage d'amour capable de donner naissance à une réponse efficace aux personnes en situation de précarité sociale et de souffrance psychique.

**Monique Lips**

Cadre socio-éducatif à l'EPSM de Lille-Métropole à Armentières,  
correspondante de la MNASM

# Un diplôme d'université

## Santé mentale et précarité Interventions médico-psycho-sociales

### Responsables scientifiques

Pr. R. Dardennes - Docteur A. Mercuel

### Conseil pédagogique

Pr. Dardennes et Dr. Mercuel (Sainte-Anne),  
Dr. Gouiffès (Hôpital psychiatrique Rouen),  
Drs. Hassin et Triantafyllou (CASH Nanterre),  
C. Lapoujade (CFC)

Faculté de médecine René Descartes-Paris 5

Hôpital Sainte-Anne :

- Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME)

- Service d'appui « Santé Mentale et Exclusion Sociale » (SMES)

Centre de Formation Continue

### Objectifs.

- Améliorer les prises en charges médico-psychologiques assurées par les acteurs et intervenants, dans ces domaines.
- Améliorer la connaissance de l'organisation des structures sanitaires et sociales : articulations des actions, coordinations, pratiques de réseaux...
- Donner aux professionnels les moyens méthodologiques, théoriques et pratiques nécessaires à la compréhension des publics, à leur prise en charge (aspects cliniques, thérapeutiques, etc.).
- Échanger des pratiques de terrain et des savoirs, pour une approche pluridisciplinaire des populations, favorisant l'amélioration des pratiques et le décloisonnement des équipes.

### Publics visés et modalités de recrutement.

Intervenants dans le champ de la santé : médecins généralistes, psychiatres, psychologues, étudiants de ces disciplines, infirmiers et toutes autres professions paramédicales et professionnels intervenant auprès de publics en grande précarité ou exclusion : assistants sociaux-éducatifs, membres des structures médico-sociales ou sociales.

Et/ou d'un niveau universitaire BAC+2 et expérience professionnelle (sous certaines conditions).

Les candidats sont retenus après examen des dossiers et entretien avec des membres du conseil pédagogique.

### Modalités d'évaluation et validation du DU.

Épreuve sur chacun des 3 modules

Validation du stage : rapport de stage ou d'activité

Rédaction et soutenance d'un mémoire

Présence obligatoire lors des modules

### Organisation.

Formation sur une année civile, de septembre à juin

1 à 2 vendredi par mois, soit 12 séances de 8 heures

### Durée

102 heures d'enseignement - 200 heures de stage \*

\* pour les professionnels exerçant déjà dans une structure d'accueil des services publics, des équivalences pourront être accordées sur décision du conseil pédagogique.

### Coût de la formation

#### Frais de scolarité

Les candidats s'acquitteront des droits de scolarité et de bibliothèque en vigueur le jour de l'inscription (environ 230 € pour l'année universitaire 2007-2008).

#### Frais de formation

Institutions : 1260 €\* - Étudiants : 630 €

\* des exonérations partielles peuvent être accordées selon la situation des candidats.

### Lieux de la formation

Centre hospitalier Sainte-Anne

1, rue Cabanis

Salle de réunion du service SMES

75014 Paris

### Modalités d'inscription

Renseignements sur le programme des cours et inscription

Centre de formation continue-

Université Paris Descartes

Centre universitaire des Saints-Pères

45 rue des Saints-Pères - 75006 Paris

mail : frederic.bourdet@univ-paris5.fr

Tel. : 01 42 86 22 18 - fax : 01 42 86 21 59

La lettre  
de la  
Mission Nationale d'Appui  
à la Santé Mentale

Directeur de la publication :  
Gérard Massé

Rédacteur en chef :  
Raymond Lepoutre

Ont participé à ce numéro :  
Frédérique Collombet-Migeon  
Monique Lips  
Alain Mercuel

PLURIELS, 5 avenue d'Italie,  
75013 Paris  
Téléphone 01.53.94.56.90 -  
Télécopie 01.53.94.56.99.  
E-mail : mission@mnaasm.com

## Pluriels sur internet

Vous pouvez trouver  
tous les numéros de Pluriels  
sur le site :

[www.mnaasm.com](http://www.mnaasm.com)

# PLURIELS