

**L'Equipe mobile psychiatrie précarité :
l'accès aux soins en psychiatrie**

UE 3 ECUE 2

FERGANI-COQUIN
Louisa

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'ESM, les secrétaires et plus particulièrement Madame Isabelle Robineau-Fauchon et Monsieur Dominique Letourneau pour leur soutien et leur accompagnement tout au long de l'élaboration de ce travail.

Je remercie le Docteur Marie-Christine Beaucousin, chef de pôle, pour sa confiance ainsi que l'ensemble de mon équipe pour son soutien et sa patience au cours de cette année.

J'exprime toute ma reconnaissance au Docteur Thibaut Ernouf qui s'est montré à l'écoute et particulièrement disponible pour répondre à mes sollicitations dans le cadre de la réalisation de mon projet managérial et, cela malgré son activité quotidienne.

Merci au Docteur Christine Giboin qui a pris le temps de relire mon travail et Madame Geneviève Harivel, secrétaire médicale, pour ses conseils avisés.

J'adresse mes sincères remerciements aux professionnels des EMPP qui ont acceptés de me consacrer du temps pour m'aider à enrichir ma réflexion sur le sujet.

Merci à mon mari pour sa patience...

Je remercie ma mère et mes proches pour leur soutien et leur encouragement tout au long de cette année.

A mon père, Salah Fergani.

Sommaire

Liste des abréviations	4
INTRODUCTION	6
1 Le contexte institutionnel	8
1.1 Histoire de l'hôpital	8
1.1 Présentation de l'hôpital	10
1.2 La gouvernance	10
1.2.1 Organisation en pôles	10
1.2.2 Les Groupements hospitaliers de territoire.....	11
1.3 Les moyens de l'établissement	11
1.4 Un bassin de vie pauvre	12
1.1.1 Indicateurs démographiques et sociaux.....	12
1.1.2 Indicateurs sanitaires.....	14
1.1.3 Une situation sociale explosive	15
1.1.4 Un développement humain inférieur au reste de l'Ile-de-France ...	16
2 La politique de santé mentale	16
2.1 La continuité du secteur : du secteur au territoire	16
2.2 Problématique de l'accès aux soins psychiatriques	18
2.3 Clivage entre le sanitaire et le social sur les problématiques de santé et de précarité	19
2.3.1 Un virage en épingle	19
2.3.2 L'adaptation des dispositifs en santé publique	21
2.3.3 Le parcours de soins du patient, une prise en charge au cœur d'une organisation territoriale de la santé.....	24
2.4 Approche anthropologique de la santé et de la précarité	28
2.4.1 Une approche de la précarité	28
2.4.2 Une approche de la santé	31
2.4.3 Une approche anthropologique et sociologique	33

3 Une réalité sociale.....	35
3.1 Les Equipes mobiles psychiatrie précarité, contexte et état des lieux..	35
3.2 « L’humain si méchamment exilé de l’homme ».....	36
3.2.1 Caractéristiques de la population précaire.....	36
3.2.2 Une surreprésentation des problématiques psychiques.....	38
3.2.3 Une mortalité précoce.....	38
3.3 Une réponse à la précarité	39
3.3.1 L’origine de la mise en place des équipes mobiles en Seine-Saint-Denis	39
3.3.2 Présentation des trois Equipes mobiles psychiatrie précarité de l’EPS de Ville-Evrard	40
3.3.3 « Carte d’identité » des Equipes mobiles de l’EPS VE.....	41
3.3.4 Composition des équipes.....	41
3.3.5 Missions et modalités de fonctionnement.....	42
3.3.6 Les indicateurs d’activités.....	43
3.3.7 Informations sur l’activité.....	47
3.3.8 Le pôle 93G02.....	57
3.3.9 Les dispositifs du pôle	59
3.3.10 La file active du pôle.....	61
3.3.11 Les effectifs du pôle.....	61
3.3.12 Les points à améliorer et les points positifs du secteur	62
4 Développement managérial du projet	66
4.1 Historique du projet	66
4.2 Le Centre médico-psychologique.....	67
4.2.1 La formation des infirmiers du CMP.....	67
4.2.2 L’inscription des infirmiers dans la vie institutionnelle	67
4.2.3 L’inscription des infirmiers dans la vie du secteur et du territoire..	67
4.2.4 Le parcours du patient	68
4.2.5 Quelques indicateurs de l’activité.....	68
4.3 L’Equipe mobile psychiatrie précarité, déclencheur du changement organisationnel.....	72
4.4 Une réorganisation du Centre médico-psychologique qui tient compte de l’existant	91
4.4.1 Les points forts du CMP.....	91

4.4.2 Les points à améliorer et réajustements souhaitables	97
4.4.3 L'innovation, levier du changement au CMP	99
4.4.3 L'organisation des visites à domicile	103
CONCLUSION	108
Bibliographie	110
Annexes.....	114

Liste des abréviations

AAH	: Allocation adulte handicapé
ANAP	: Agence nationale d'appui à la performance
AME	: Aide médicale d'état
APHP	: Assistance publique hôpitaux de Paris
ARS	: Agence régionale de santé
CAARUD	: Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues
CH	: Centre hospitalier
CHRS	: Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CLS	: Conseil local de santé
CLSM	: Conseil local de santé mentale
CME	: Commission médicale d'établissement
CMU	: Couverture maladie universelle
CMUC	: Couverture maladie universelle complémentaire
CSI	: Chambre de soins intensifs
CS	: Cadre de santé
CSS	: Cadre supérieur de santé
CRS	: Conférence régionale de santé
CTU	: Commission technique de l'urgence
DDASS	: Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DTARS	: Délégation territoriale ARS
DIM	: Département d'information médicale
DRIHL	: Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement
EHPAD	: Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMPP	: Equipe mobile psychiatrie précarité
EPS VE	: Etablissement public de santé de Ville-Evrard
ETP	: Equivalent temps-plein
GPEC	: Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GPMC	: Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
IDF	: Ile de France

IDH	: Indice de développement humain
PASS PSY	: Permanence d'accès aux soins de santé
PRS	: Plan régional de santé
PRAPS	: Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
RESAD	: Réunions d'évaluation des situations d'adultes en difficulté
RSA	: Revenu de solidarité active
SIAO	: Services intégrés d'accueil et d'orientation
SROS	: Schéma régional d'organisation des soins
SROMS	: Schéma régional de l'organisation sociale et médico-sociale

INTRODUCTION

Ce travail sur le concept d'équipe mobile psychiatrie précarité, dont le partenariat constitue le principe central, a débuté à partir d'un questionnaire personnel portant sur les difficultés de travailler avec les différents professionnels d'un même territoire de santé autour des populations en grande précarité.

Depuis quelques mois, ce questionnaire s'est nourri de mes cours universitaires, de lectures spécialisées, de rencontres d'acteurs du champ social lors de mes stages dans les trois équipes mobiles psychiatrie précarité rattachées à l'Etablissement public de santé de Ville-Evrard...

C'est au cours de mes études d'infirmière et plus précisément lors des stages, que j'ai constaté la nécessité de travailler en collaboration avec nos partenaires du social pour la prise en charge globale des malades. Je l'ai également observé, au cours de mon parcours professionnel, pendant près de douze ans comme infirmière de secteur psychiatrique en intra-hospitalier et en extra hospitalier (Centre d'accueil et de crise), puis de cadre de santé en Centre médico-psychologique depuis sept ans. J'ai pu mesurer l'intérêt d'un travail de partenariat sur un territoire donné.

Aujourd'hui, au-delà de mes expériences professionnelles, c'est dans le cadre universitaire et aussi dans la littérature spécialisée que je puise les outils de compréhension du jeu des acteurs dans la mise en œuvre d'une dynamique de changement. Ainsi, je réalise que les services de psychiatrie ne sont plus les acteurs uniques en matière de santé mentale, avec l'hôpital psychiatrique au centre des dispositifs, mais un maillon d'un parcours de soins plus large. Ce parcours nécessite une prise en charge en amont et en aval du soin psychiatrique qui participe donc à une prise en charge globale s'inscrivant dans un vaste maillage d'acteurs.

La prise en charge des personnes précaires souffrant de troubles psychiques, de maladies mentales est souvent complexe et requiert des réponses multiples et donc l'intervention d'un ensemble de plus en plus vaste

d'acteurs des champs sanitaire et social. Cela suppose une coordination des actions à mener qui ne peut se réaliser sans une identification des missions et des limites de chacun.

Ainsi, les liens entre chacun des acteurs paraissent plus faciles à tisser, consolider et entretenir dès lors que la reconnaissance mutuelle s'opère et distingue les partenaires permanents des partenaires ponctuels. C'est activer un partenariat structuré, cohérent, dans un processus de co-construction par la « co-errance ».

Cette année, une équipe mobile psychiatrie précarité intersectorielle, portée par le pôle dont je dépends, doit être mise en place. En accord avec le chef de pôle, je suis responsable du projet de mise en œuvre de ce dispositif. Il va être rattaché au Centre médico-psychologique (CMP) et s'inscrit dans la logique de continuité et de complémentarité des prises en charge déjà existantes sur le pôle.

Même si, depuis plus de quarante ans, le partenariat est présent dans le secteur psychiatrique, il nécessite d'être réaffirmé et régulièrement réactualisé. D'autant, que la mission « d'aller vers », d'aller à la rencontre des personnes en situation de précarité ou d'exclusion, là où elles se trouvent, pour leur proposer, éventuellement, une offre de soin, est une pratique nouvelle.

Ce projet a pour objectif la valorisation d'un partenariat pérenne pour une prise en charge efficace d'une population spécifique. Aussi, en amont, ce partenariat implique une démarche cohérente privilégiant l'identification, la connaissance et la coopération de l'ensemble des acteurs œuvrant pour la prise en charge globale des personnes en situation de précarité.

Comment, dans le cadre de la mise en œuvre d'une EMPP, l'anticipation du changement organisationnel du CMP peut faire évoluer les pratiques professionnelles pour tendre vers la prise en charge globale, spécifique, de la population précaire ?

1 Le contexte institutionnel

1.1 Histoire de l'hôpital

Construit en 1868, suite à la loi de 1838 obligeant chaque département de se doter d'un lieu d'accueil pour aliénés, l'hôpital de Ville-Evrard, situé en milieu rural, est un asile pour aliénés indigents. Il est implanté à la campagne pour de multiples raisons : thérapeutique pour permettre une meilleure prise en charge des pensionnaires, l'air y étant plus sain, sécuritaire, car les pensionnaires sont isolés ce qui rassure les populations voisines, et enfin économique, les aliénés sont occupés aux travaux des champs ce qui règle la question des subsistances pour l'établissement. Les pensionnaires-travailleurs contribuent largement au fonctionnement de l'établissement et sont répartis, selon leur qualification, à la ferme, aux cuisines, à la buanderie, dans les bureaux ou même comme domestiques chez le personnel logé. Ils vont même jusqu'à fabriquer les vêtements et les chaussures des patients. L'asile vit en quasi autarcie.

Parallèlement, Paris se prépare à accueillir sa première exposition universelle et tout ce qui fait désordre doit être éloigné et spécifiquement les sans-logis, les indigents, les mendiants et les alcooliques.

Cet asile respecte le principe de séparation des sexes et de classification thérapeutique des malades : les travailleurs, les tranquilles, les gâteux, les demi-agités et les agités.

En 1875, de nouveaux bâtiments sont construits pour accueillir une population plus aisée, les pensionnaires. Le pensionnat est appelé Maison de Santé. Les pavillons plus accueillants sont disposés dans un parc traité à l'anglaise et le séjour y est payant avec une différenciation tarifaire selon la qualité des prestations hôtelières. Sont donc construites deux administrations où pensionnaires et aliénés vivent côte à côte mais ne se côtoient pas.

En 1898, de nouveaux bâtiments sont érigés pour recevoir les alcooliques et les tuberculeux. L'hôpital compte alors 1 700 lits. Jusqu'au début des années 1970, la prise en charge médicale est rudimentaire puisqu'elle ne compte que 5 médecins-chefs.

C'est en 1900, avec la construction sur le domaine d'un second établissement, Maison Blanche, que le développement de l'asile atteint son apogée. Vient ensuite une période de stabilisation durant laquelle ces deux structures asilaires fonctionnent isolées de la cité, jusqu'à la seconde guerre mondiale.

Cette guerre transforme sensiblement l'hôpital. Des médecins, dont certains connurent la déportation, condamnent l'enfermement et les mauvais traitements infligés aux patients. En France, au cours de cette guerre 40 000 patients hospitalisés meurent des suites de privations et de détournements de vivres organisés par les soignants. Apparaît donc la conviction que l'internement est à éviter et qu'il est souhaitable de soigner les malades mentaux au plus près de leur milieu de vie.

C'est au début des années 1970 que ces idées nouvelles se concrétisent avec la mise en place de la sectorisation où sont créées des unités de soins au plus près des populations. C'est alors dans des structures (dépendantes de l'hôpital Ville-Evrard) dispersées dans plusieurs villes du département de Seine Saint-Denis, que sont soignés de nombreux patients.

De l'asile à la Maison de Santé puis jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale, l'hôpital a vécu de nombreuses mutations et ces transformations, aujourd'hui ne cessent de s'amplifier. En près de 40 ans, la sectorisation à l'EPS de Ville-Evrard a provoqué une réduction majeure des capacités d'hospitalisation complète, passée de 2 000 lits dans les années 70 à 400 lits actuellement. L'établissement est passé de la concentration de malades et soignants sur le site de Neuilly sur Marne à un dispositif de soins en réseau organisé autour de multiples structures réparties dans les différentes villes du département et accueillant des patients hébergés hors de l'hôpital.

1.1 Présentation de l'hôpital

L'établissement public de santé de Ville-Evrard est spécialisé en psychiatrie adulte et infanto-juvénile avec pour ressort territorial, le département.

L'établissement public de Ville Evrard dessert aujourd'hui 33 communes du département de la Seine-Saint-Denis et une population d'1,2 millions d'habitants. En termes d'activités cliniques, il reste le site le plus important du pays en nombre de patients hospitalisés à temps plein mais également en nombre de patients accueillis pour des prises en charge à temps partiel (jour/nuit). Au total, l'établissement gère 66 structures de soins/implantations sur le département, 90 unités fonctionnelles et 821 lits et places (hospitalisation temps plein et hospitalisation de jour). Aussi, l'EPS compte 4 sites d'hospitalisation à temps plein situés à Neuilly sur Marne, Saint-Denis, Bondy et Aubervilliers.

L'EPS gère également deux écoles et depuis 2006 une maison d'accueil spécialisée. L'institut de formation en soins infirmiers accueille plus de 200 étudiants, l'institut de formation des cadres de santé 30 professionnels, la maison d'accueil spécialisée 30 résidents.

1.2 La gouvernance

1.2.1 Organisation en pôles

En 2006, dans le cadre de la nouvelle gouvernance, l'EPS de Ville Evrard a été organisé autour de 20 pôles dont 15 pôles cliniques de psychiatrie adulte et 3 pôles clinique de psychiatrie infanto-juvénile. Chaque pôle remplace un secteur historique. Et sont créés 2 pôles transversaux dont l'un, le pôle Cristales, comprend la pharmacie, le service des spécialités médicales et le département d'information médicale, et l'autre regroupe l'ensemble des services administratifs, techniques et logistiques.

1.2.2 Les Groupements hospitaliers de territoire

Les Groupements hospitaliers de territoire (GHT)¹ seraient l'occasion de construire des parcours de soins coordonnés, efficaces et efficients. De supprimer les redondances en matière d'offre de soins et d'optimiser les plateaux techniques. Ils devraient permettre une meilleure coordination.

La position de l'ARS est d'organiser 2 GHT pour le 93. Un premier GHT réunissant Saint Denis et Gonesse 93 et un deuxième GHT généraliste associant les hôpitaux de Montfermeil, Montreuil, Aulnay et Ville Evrard. Dans ce GHT, il est prévu que Ville Evrard² soit établissement support.

1.3 Les moyens de l'établissement

Les capacités

Les capacités en lits pour des prises en charge à temps complet est de 454 lits pour 2014 et la durée moyenne d'hospitalisation est de 49,34 jours contre 45,31 pour l'année 2013 soit une évolution de 8,91 %. La file active pour 2014 est de 29 246 patients contre 29 223 pour 2013 soit une légère évolution de 0,08 %.

Les ressources humaines

En 2014, l'EPS Ville-Evrard compte environ 2 252 Equivalents temps plein (ETP) dont 733 infirmiers et cadres infirmiers, 251 médecins, 162 psychologues et 145 agents socio-éducatifs. L'établissement fonctionne à effectif constant.

¹ Le Groupement hospitalier de territoire est une nouvelle forme de coopération de type conventionnel prévu dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Il est obligatoire pour chaque établissement public de santé. Il a pour objet de permettre à ses membres la mise en œuvre d'une stratégie commune. Chaque GHT élabore un projet médical commun à l'ensemble des membres. Le GHT assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. La certification est engagée de manière conjointe pour les EPS membres d'un même GHT.

² La communauté médicale de l'EPS de Ville-Evrard a demandé, à l'ARS, une dérogation pour faire reconnaître la spécificité du travail en psychiatrie et de l'établissement. Actuellement, la communauté travaille sur le projet médical avec l'objectif d'associer l'hôpital de Saint-Denis, d'Aulnay et Gonesse. La commission des soins infirmiers et de rééducation et médicotechnique soutient la proposition d'une dérogation de par sa spécificité psychiatrique telle que prévu par la loi.

Le budget

Le budget global de l'établissement est de 156 888 324 € dégagant un déficit de 290 000 €. La dotation annuelle de financement a obtenu un complément de 640 000 € en fin d'année 2014.

1.4 Un bassin de vie pauvre

Le département de la Seine-Saint-Denis est un département français situé au nord-est de l'agglomération parisienne, appartenant à la petite couronne de la région Île-de-France.

L'INSEE nous renseigne sur ce département et son dynamisme démographique non valorisé³. Il compte aujourd'hui 1,4 million d'habitants, soit 12,6 % de la population d'Île-de-France, avec une densité de 5.916 habitants au km². Près de 30 % de la population a moins de 20 ans, ce taux pouvant atteindre plus de 35 % dans le nord du département (38,6 % à Clichy-sous-Bois). 31 % de la population est d'origine étrangère.

1.1.1 Indicateurs démographiques et sociaux⁴

La population de Seine-Saint-Denis est relativement jeune : 22% des habitants ont moins de 15 ans contre 18,3% en France métropolitaine et 10,7% ont 65 ans ou plus contre 16,8% en France métropolitaine. Sur la période 1999-2008, elle a progressé au rythme de 1% en moyenne par an. La Seine-Saint-Denis se distingue par sa grande diversité culturelle (20,9% de séquano-dionysiens d'origine étrangère contre une moyenne de 5,8% en France métropolitaine). C'est également un département où la proportion de familles monoparentales et notamment de femmes seules avec enfant(s) est élevée : 17,5% des familles contre 13,8% en Ile-de-France et 11,3% en France métropolitaine.

Même si ce département jeune présente un taux de natalité et un indice de fécondité élevés, le taux de mortalité périnatale reste le plus élevé de

³ www.professionbanlieue.org (données Insee 2008 : fiche 79), consulté en ligne le 08 décembre 2015

⁴ Observatoire régional de santé d'Ile de France – 2013, fiches 6-1 et 6-3

France et d'Ile-de-France⁵, malgré une politique périnatale qui a permis de le voir baisser. Le taux de mortalité infantile du département est de 38% en 2014⁶.

Les indicateurs économiques et sociaux témoignent de l'importance des situations de précarité

Au 3^{ème} trimestre 2012, le taux de chômage dans le département était de 12,4% contre 8,6% pour l'Ile-de-France⁷.

En 2012, le département comptait⁸ :

- 2,3% de bénéficiaires de l'Allocation adulte handicapé (AAH) contre 1,8% pour l'Ile-de-France (IDF),
- 7,0% de bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA) contre 3,7% pour l'IDF,
- 11,9% de bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) contre 6,2% pour l'IDF.

Au 31 décembre 2012, 48 682 personnes bénéficient de l'Aide médicale d'Etat (AME) dans le département, 158 115 en Île de-France et 231 141 en France métropolitaine. La Seine-Saint-Denis accueille donc près d'un tiers des bénéficiaires de cette aide en Île-de-France et près d'un cinquième de ses bénéficiaires de France métropolitaine.

En Seine-Saint-Denis, 125 019 personnes percevaient, en 2012, le principal minimum social attribué sous condition de ressources. La proportion de personnes recevant le RSA socle est quasiment deux fois plus élevée qu'en France métropolitaine (8,5% de la population des 25-64 ans en 2012 contre 4,8%). Entre 2010 et 2012, on observe une hausse globale du nombre d'allocataires du RSA en France, Île-de-France et Seine-Saint-Denis⁹.

⁵ Rapport au Conseil départemental, séance du 28 mai 2015, p. 24

⁶ E. VECHARD, délégué territorial du Val de Marne, ARS IDF, « Approche territoriale des soins », cours du 18/12/2015, Master management des organisations soignantes, ESM

⁷ Insee : <http://www.bdm.insee.fr>, consulté en ligne le 08 décembre 2015

⁸ <http://www.ors-idf.org> (profil des territoires de santé), consulté en ligne le 08 décembre 2015

⁹ La santé observée en Seine-Saint-Denis - Edition 2013 – fiche 6.1 Pauvreté, précarité.

Les allocataires de l'AAH sont en grande progression et régulière entre 1995 et 2012 en Seine-Saint-Denis. Au cours de cette période, leur nombre a plus que doublé. 2,3% des 18-59 ans de Seine-Saint-Denis touchent l'AAH¹⁰.

La forte progression des bénéficiaires du RSA observée depuis 2009 s'explique par le fait que l'aide aux parents isolés (API) est également remplacée par le revenu de solidarité active. En 2012, 86 714 séquanodionysiens perçoivent le RSA dont 71 444 le RSA « socle »¹¹.

Il est important de mentionner que les indicateurs démographiques et sociaux pour les communes desservies par l'EPS de Ville-Evrard diffèrent sensiblement et les proportions de bénéficiaires de la CMUC sont particulièrement élevées dans les communes de l'Ouest du département (Saint-Ouen, Saint-Denis, Stains, La Courneuve, Aubervilliers, Bobigny) soit plus de 12,6%¹² de la population. Le taux de bénéficiaires de la CMUC est le plus élevé de la France métropolitaine : 11% contre 5,7 %¹³.

1.1.2 Indicateurs sanitaires

Pour les soins psychiatriques, consultations et hospitalisations, desservis sur le territoire, l'EPS de Ville Evrard est le principal opérateur public aux côtés du CHU Avicenne-APHP à Bobigny et de centres médicaux de santé communaux ou associatifs. L'offre privée est faible avec une seule clinique spécialisée sur le territoire et une densité de médecins psychiatres libéraux sur le département deux fois plus faible que celle de France, et trois fois plus faible que celle de l'Ile de France¹⁴.

¹⁰ La santé observée en Seine-Saint-Denis - Edition 2013 – fiche 6.1 Pauvreté, précarité, p. 2

¹¹ Ibid, p. 2

¹² Etablissement public de santé de Ville-Evrard : Projet d'établissement 2013-2017, p. 6

¹³ Ibid, p. 6

¹⁴ Ibid, p. 6

1.1.3 Une situation sociale explosive¹⁵

A ces difficultés sociales, s'ajoutent des problèmes de délinquance et d'insécurité qui influent fortement sur l'attractivité du département, qu'il s'agisse de la création ou de l'implantation de nouvelles entreprises ou de l'installation de membres des classes moyennes.

« Le département souffre d'une situation démographique et sociale explosive, avec une concentration de jeunes, très souvent inactifs, qui peuvent sombrer dans la délinquance ou le trafic de drogue, et une proportion d'étrangers qui peut atteindre parfois plus de 50 %¹⁶ dans certains quartiers, où la cohabitation de communautés d'origines diverses peut générer des conflits ethniques ou religieux ».

La pauvreté s'est accentuée entre 2007 et 2011. En 2011, près d'un ménage sur quatre vit en dessous du seuil de pauvreté en Seine-Saint-Denis alors que seulement 21,7 % des ménages étaient dans cette situation en 2007. Les ménages complexes (ménages comprenant plusieurs familles ou plusieurs personnes isolées) et les familles ont le niveau de vie le plus faible. Parmi les familles, les familles monoparentales sont particulièrement touchées par la pauvreté : au moins 30 % d'entre elles vivent sous le seuil de pauvreté¹⁷.

Le Plan régional de santé (PRS) et le Schéma régional d'organisation des soins (SROS) 2013-2017 soulignent les inégalités sociales de santé du département de Seine Saint-Denis, tant en ville qu'à l'Hôpital, département pourtant bien doté en professionnels et en structures de santé par rapport à la France métropolitaine.

¹⁵ Sénat, P. ANDRE, Rapport d'information n° 49, « Un nouveau pacte de solidarité pour les quartiers », annexe 8

¹⁶ Ibid, annexe 8

¹⁷ www.ors-idf.org/dmdocuments/tab93 (fiche 6-1 « Les bénéficiaires des minimas sociaux »). Consulté en ligne le 09 décembre 2015

1.1.4 Un développement humain inférieur au reste de l'Ile-de-France¹⁸

Le développement humain mesuré par l'Indicateur de Développement Humain (IDH-2)¹⁹, a progressé en Ile-de-France de 0,52 en 1999 à 0,57 en 2011, selon une note de l'Institut d'aménagement et d'urbanisme (mai 2014). Malgré cette progression, de grandes disparités existent au sein de l'Ile-de-France.

Les valeurs les plus élevées de l'IDH-2²⁰ sont observées à Paris et dans les Hauts-de-Seine (0,64), suivies de près par les Yvelines (0,63). A l'inverse, la valeur la plus basse est constatée en Seine-Saint-Denis (0,39), notamment du fait de la faible valeur de l'indice « éducation » dans ce département (0,26 contre 0,57 pour l'ensemble de l'Ile-de-France). Des écarts confirmés par les valeurs de l'IDH-2 au niveau des communes : parmi les dix communes franciliennes ayant le plus faible IDH-2, six sont situées en Seine Saint-Denis : de 0,24 à Clichy-sous-Bois à 0,28 à Stains. A l'autre extrémité, une majorité des 26 communes ayant un IDH-2 égal ou supérieur à 0,8 se trouvent dans l'Ouest parisien.

2 La politique de santé mentale

2.1 La continuité du secteur : du secteur au territoire

Il est important de retenir l'esprit initial du secteur où la notion de soins de proximité étendus dans la cité et non centrés sur l'hôpital restent d'actualité. Pour autant, le secteur doit s'inscrire davantage dans la collaboration et la complémentarité avec les autres acteurs du territoire, que

¹⁸ www.inegalites.fr/spip.php?page=breve&id_breve=989, consulté en ligne le 01 février 2016

¹⁹ Inspiré de l'Indicateur de développement humain (IDH) mis en place par les Nations Unies pour mesurer les inégalités en conditions de vie entre les pays, l'IDH-2 intègre, pour la dimension santé, l'espérance de vie à la naissance des Franciliens des deux sexes ; pour la dimension éducation, le pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus sortie du système scolaire avec un diplôme ; et pour la dimension revenu, le revenu brut médian des ménages. Plus l'IDH-2 est proche de 1, plus le niveau de développement est élevé.

²⁰ « L'IDH-2 : outil d'évaluation du développement humain en Ile-de-France »

ce soient des professionnels libéraux, des hôpitaux généraux, des services et structures de prise en charge médico-sociale, des élus...

Un service de psychiatrie de secteur n'est pas une entité figée, mais un ensemble de structures animées par des professionnels partageant une volonté commune de s'engager dans des prises en charge de patients souvent en grandes difficultés et dépourvus de tous repères stables²¹.

Dans le champ du social, l'EPS VE poursuit la politique engagée depuis plusieurs années en faveur du développement partenarial avec les professionnels et institutions sur le département. Pour la première fois, le projet d'établissement 2013-2017 intègre un volet social et médico-social. Ce volet résulte d'une double volonté, d'une part, celle de rapprocher le champ sanitaire de celui du social au bénéfice des patients, pour optimiser la fluidité de leurs parcours de soins et de vie, et d'autre part, celle de développer des coopérations au bénéfice des professionnels et des établissements de santé.

Dans sa nouvelle configuration, l'établissement est un maillon d'une chaîne plus large de prises en charge. La question de la capacité à vivre une vie autonome, exigeant des capacités cognitives et sociales se rapprochant le plus de celle de l'homme normal, devient centrale, ce qui implique que la *socialité*²² *doit être intégrée à la prise en charge des patients*²³, qu'elle entre dans la démarche de soin. De là, la préoccupation constante d'une articulation entre le sanitaire et le social s'appuie sur le constat récurrent de son insuffisance.

La psychiatrie de secteur doit progressivement construire, sur tout le territoire, des modalités effectives pour proposer un soin psychique à tous, même aux plus démunis, dans le souci de l'efficacité, de la qualité et en partenariat. Cela reste à amplifier et à pérenniser.

²¹ EPS de Ville-Evrard, Projet d'établissement 2013-2017, p. 13

²² « La souffrance isole absolument, mais au fond de cet isolement, celui qui souffre appelle. Et si cet appel est écouté, reçoit réponse, alors naît la socialité, souffrance de la souffrance de l'autre, seuil de l'éthique ». Dr F. THOMAS, extrait de la conférence « Douleur et souffrances en soins palliatifs. Des mots aux mots », p. 4

²³ Haut conseil de la santé publique : « Evaluation du plan psychiatrie et mentale », p. 27

Désormais, les acteurs hospitaliers et extra hospitaliers, s'ils restent déterminants, ne sont plus les acteurs exclusifs du soin psychiatrique.

2.2 Problématique de l'accès aux soins psychiatriques

Nul ne contredit le droit des personnes précaires à être écoutées, entendues voire secourues, mais où et par qui ?

La valeur-mère du secteur engorgé, l'accès aux soins pour tous, doit se mouler dans un tissu social largement entamé.

La question du lieu de vie se perd dans les méandres administratifs de l'adresse, du domicile et de la domiciliation : « il est hébergé par un ami, ça n'est pas un domicile » « il n'habite ici que depuis 1 mois, il ne dépend pas de notre secteur selon la règle des 3 mois » ... rengaine quotidienne des lieux de soins.

Comment ne pas renoncer à consulter en psychiatrie ? La psychiatrie fait peur, parfois accusée d'exclure les usagers de la société et fait encore plus peur aux personnes déjà exclues. La défaillance de l'offre fait écho à l'absence de la demande et tout irait pour le mieux dans le meilleur des mondes si les travailleurs sociaux ne tiraient le signal d'alarme. Trop souvent, il est difficile d'identifier un interlocuteur disponible pour amener une personne qui le demande ou ne s'y oppose pas à consulter en psychiatrie. Il est difficile ou même impossible d'héberger ou d'aider une personne qui présente des troubles psychiatriques manifestes, délires, hallucinations...

Mais alors, que faire ?

C'est au nom de cette interrogation qu'ont été pensées les Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et c'est dans cette continuité modeste que se situe ce projet. Il repose sur les expériences des trois équipes mobiles de l'EPS VE.

Mais avant d'aborder l'expérience de ces trois équipes mobiles, il m'apparaît essentiel de rendre compte des liens entre le sanitaire et le social sur les problématiques de santé et de précarité.

2.3 Clivage entre le sanitaire et le social sur les problématiques de santé et de précarité

2.3.1 Un virage en épingle

La loi hospitalière de 1958 met en place les Centres hospitalo-universitaires (CHU) qui intègre à la fois le temps plein des médecins dans les hôpitaux et les fonctions de soins, d'enseignement et de recherche. Ce sont la loi hospitalière de 1970 et la loi du 30 juin 1975 qui ont renforcé la séparation nette entre le social et le sanitaire. Le développement des pratiques et des institutions qui prennent en charge la souffrance des populations s'est construite pendant 25 ans sur le mode du clivage. En créant les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) à l'hôpital, la loi de lutte contre les exclusions de 1998 réintroduit la question de la pauvreté dans l'hôpital et amorce timidement un changement de cycle. Il a fallu attendre la loi du 02 janvier 2002, la loi dite HPST (Hôpital patients santé territoire) de 2009 et, aujourd'hui, la loi de modernisation de notre système de santé de décembre 2015, pour concrétiser l'émergence d'un rapprochement entre le sanitaire et le social. Ce rapprochement du soin, et surtout de l'hôpital, de la pauvreté, revient à demander aux institutions et aux acteurs qui les animent, de prendre un virage en épingle, c'est-à-dire de prendre un chemin inverse à celui emprunté pendant près de 200 ans.

A ce virage en épingle entre le monde hospitalier et celui du social et du médicosocial, est venu s'ajouter progressivement un décalage entre les populations et le système de protection sociale. Le principe de base de la protection sociale, « Contribuer en fonction de ses revenus et recevoir selon ses besoins » reste valide tant que l'augmentation des dépenses de santé et de soins reste proportionnée à l'évolution de la croissance économique.

C'est à partir de la fin des années 70 qu'un clivage s'instaure entre la logique de la demande et celle du financement de l'offre. On assiste à la mise

en œuvre de mesures visant à contrôler, puis à réduire, les dépenses de soins. C'est en parallèle d'une recherche de maîtrise des dépenses de santé que le mouvement d'extension de la couverture en santé s'effectue. C'est au rythme d'un plan de redressement tous les dix-huit mois que les gouvernements successifs essaient dans un premier temps de réguler les dépenses en agissant sur leur encadrement en opérant sur les comportements des acteurs et des institutions. En 1999, la mise en place de la CMU constitue une forte avancée et permet aux plus démunis de se raccrocher aux dispositifs de protection sociale ; elle se focalise sur les plus pauvres en ne les faisant pas rentrer directement dans les procédures communes de la Sécurité sociale.

En revanche, à partir des années 80, la crise économique génère réorganisation, concurrence, compétitivité non sans conséquences sur la population. Les licenciements s'enchaînent, l'emploi précaire se développe. On assiste à un accroissement du chômage et la limitation de la durée d'indemnisation fait basculer certaines personnes en dessous du seuil de pauvreté. La loi du 01 décembre 1988, crée le RMI qui pose le postulat du droit de l'individu à un revenu minimum de survie. La population se précarise un peu plus à mesure des crises des années 1993, puis 1997, 2000-2001, 2010-2012 et d'un système de protection sociale qui s'essouffle.

Avec l'instauration de la CMU et en favorisant l'accès aux assurances « complémentaire-santé », on s'attend à ce que les difficultés en matière d'accès aux soins se réduisent et donc à avoir trouvé une réponse au problème d'accès aux soins. *« En dépit de toutes ces mesures, l'état de santé de la population en situation de précarité ou d'exclusion, non seulement reste moins bon que celui de la population à revenu plus élevé mais leur accès aux soins ne s'est pas amélioré. Le retard et le renoncement aux soins semblent même s'être étendus à des populations plus larges. De plus, la place de la prévention et de la promotion de la santé reste minoritaire au regard de celle des soins dans les politiques de santé »*²⁴.

²⁴ Groupe de travail « Santé et accès aux soins », Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, du 29 novembre 2012, p.6

2.3.2 L'adaptation des dispositifs en santé publique

Cette évolution marque la prise de conscience des liens entre pauvreté et santé et la nécessité d'adapter l'offre de soins.

L'ordonnance du 24 avril 1996 officialise les Programmes régionaux de santé (PRS) lancés de manière expérimentale en 1995. C'est l'outil qui met en œuvre les priorités régionales choisies parmi celles déterminées par la Conférence régionale de santé (CRS). Ainsi, des PRS périnatalité, alcool ou santé des personnes âgées ont vu le jour et développé des actions en direction de populations précaires ou en voie de précarité.

La loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions reprend l'idée de l'enchevêtrement des problèmes de santé avec des difficultés sociales et insiste sur la nécessité de mettre en place des réseaux entre les secteurs sanitaires et sociaux. L'article 67 du chapitre III de la loi rappelle qu'il s'agit d'un « *objectif prioritaire de la politique de santé* ». Ce texte institue les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) qui visent à améliorer l'accès des populations précaires aux dispositifs de prévention et de soin, et à réduire les inégalités en matière de santé. Etablis pour trois ans à l'échelon régional, sous la responsabilité du Préfet de région, ils constituent un outil de concertation entre divers partenaires (associations, organismes d'assurance maladie, centres hospitaliers, collectivités locales...), et donc, de décroisement entre sanitaire et social dans l'objectif d'amélioration de la prise en charge, notamment, de la souffrance psychique des personnes démunies.

Dans le cadre des PRAPS, cette préoccupation d'optimisation de la prise en charge de la souffrance psychique de la population précaire a conduit à l'élaboration d'une circulaire d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le champ de la santé mentale²⁵. Ce texte fait le constat de l'inadaptation des approches traditionnelles de la psychiatrie pour la prise en

²⁵ Circulaire DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV n° 2001/393 du 02 août 2001, d'orientation relatives « aux actions de santé conduites dans le cadre des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale ».

charge des usagers en situations d'exclusion et de la nécessité de construire des prises en charge concertées pour répondre à cette vulnérabilité nouvelle du public. « *Les réponses à construire pour la prise en compte de la souffrance psychique apparaissent plus complexes parce qu'elles requièrent un positionnement concerté et une articulation des services sociaux et psychiatriques* »²⁶.

Le caractère prioritaire de l'amélioration de la réponse aux besoins en santé mentale de la population en situation de précarité ou d'exclusion est réaffirmé notamment dans le cadre de la circulaire du 23 novembre 2005 relative « *à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie* »²⁷.

Les interventions de ces équipes de psychiatrie s'adressent à deux catégories de publics : les personnes en situation de précarité et d'exclusion et les professionnels de première ligne (acteurs sanitaires, sociaux, éducatifs...).

Le rôle des équipes de psychiatrie est justifié par l'importance de réintroduire la parole et l'écoute par le soutien et la formation des acteurs sociaux afin de faciliter l'identification des troubles psychiques et des besoins d'intervention ainsi qu'une orientation vers le dispositif d'accompagnement ou non. Aussi, ce rôle est situé dans le repérage d'une pathologie psychosociale (dépersonnalisation, pathologies de la dépendance et de l'alcool, tentatives de suicide, états abandonniques et dépression) et la présence de pathologies psychiatriques avérées plus ou moins décompensées.

Le texte fait un rappel des missions de « droit commun » des équipes de psychiatrie publique, missions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. La nature et les missions de ces équipes les situe clairement dans le champ de la prévention et du soin et donc du SROS. Du fait de l'intrication des problématiques sanitaires et sociales, le volet

²⁶ Circulaire du 02 août 2001, p.97

²⁷ Circulaire N° DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521, du 23 novembre 2005

psychiatrie et santé mentale des SROS s'articule avec le volet précarité des PRAPS et Schémas régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (SROMS).

De plus, le travail de ces équipes ne doit pas se substituer aux obligations de prise en charge par les équipes de secteur de ces publics. En revanche, elles sont un dispositif complémentaire, intersectoriel, situé à l'interface des soins « de droit commun » et du dispositif social, pour mieux appréhender la spécificité des besoins de la population concernée, tout en respectant le principe de libre-choix de ces patients.

Enfin, cette circulaire énonce deux principes prioritaires : d'une part d'aller vers les publics en situation de précarité et d'exclusion, ce principe répondant au fait que la dimension du travail pré-thérapeutique est essentielle et requiert une disponibilité à toute sollicitation là où elle se présente, au moment où elle peut s'exprimer, donc en général hors du champ propre à la psychiatrie. D'autre part, aller vers les acteurs de première ligne, cette action positionnant l'équipe mobile psychiatrique dans une fonction de tiers. Le soutien des acteurs sociaux, confrontés à des situations de vulnérabilité sociale et psychique et insuffisamment formés, est une mission majeure de ces équipes de psychiatrie. *« Ces interventions permettent une amélioration des connaissances des acteurs de première ligne. Elles les mettent en compétence de se repérer face aux problèmes concernés, de décoder et analyser les demandes, de mettre en œuvre les premiers stades d'écoute et de soutien. La mise en œuvre de ces objectifs s'appuie sur des actions d'information, de sensibilisation, de formation »*²⁸.

Le deuxième principe nécessite un partenariat dense et structuré : *« Les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie destinées aux personnes en situation de précarité et d'exclusion exercent une fonction d'interface au sein d'un partenariat pluriel et formalisé, reposant sur la volonté réciproque des acteurs et inscrit dans la durée. Il s'agit d'organiser des parcours permettant à ces publics d'accéder aux soins et de bénéficier de prises en charge globales et*

²⁸ Circulaire du 23 novembre 2005, p.4

continues. Ces dernières permettent d'éviter des ruptures préjudiciables à la qualité de leur projet de vie et de réinsertion »²⁹.

Au sein des institutions de psychiatrie, le projet d'équipe mobile spécialisée doit faire l'objet d'une appropriation par l'ensemble des équipes de secteur, et d'une réflexion dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement, cela nécessitant, pour se faire, la présence dans ces EMPP, d'un référent médical chargé d'organiser et de structurer les liens avec l'ensemble des structures hospitalières et ambulatoires. « *Les formes de ces collaborations peuvent aller du protocole ou convention à des formes plus abouties comme une fédération intersectorielle »³⁰.*

Ainsi, ces partenariats impliquent la reconnaissance des compétences, des savoirs respectifs et un positionnement du dispositif social comme partenaire à part entière des prises en charge, notamment dans les parcours de soins des patients suivis en psychiatrie.

2.3.3 Le parcours de soins du patient, une prise en charge au cœur d'une organisation territoriale de la santé

2.3.3.1 Des définitions

Le parcours de soins, une notion à préciser

Cette notion repose sur l'évolution des besoins. Ainsi, toute personne peut nécessiter des besoins qui vont intéresser une ou plusieurs offres de soins et donc créer une transversalité des actions et des prestations des acteurs du sanitaire et du social. Une transversalité coordonnée qui permet le déclouisonnement des champs sanitaires et sociaux, encourage le partage des compétences et des ressources humaines pour une prise en charge globale et individualisée de la personne.

Les enjeux autour de l'efficacité du parcours de soins reposent sur une volonté commune et un intérêt partagé des acteurs constituant l'offre globale de soins, et sur la maîtrise des dépenses de santé.

²⁹ Circulaire du 23 novembre 2005, p.5

³⁰ Ibid, p.5

L'objectif global de cette démarche peut se résumer de la manière suivante : délivrer à une personne, de bons soins individualisés, au bon moment, par de bons professionnels, dans les bonnes structures et au meilleur coût.

Le parcours de soins coordonné

Il est instauré par la loi du 13 août 2004, portant réforme de l'Assurance maladie. C'est un dispositif obligatoire dont l'objectif est la rationalisation, pour un même assuré, des différentes interventions des professionnels de santé. Le médecin traitant est au centre du dispositif de prise en charge et d'orientation du malade dans le système de santé, dans le but d'articuler les différentes prises en charge de l'assuré et d'éviter toute redondance d'actes.

Ce dispositif étant axé sur la médecine ambulatoire, les établissements de santé, via les communautés médicales, ont développé des réflexions sur l'élaboration de processus de prise en charge rationalisés à partir de règles de bonnes conduites, nommées « chemins cliniques ».

Le chemin clinique

La Haute autorité de santé donne une définition du chemin clinique³¹ : *« il décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge multidisciplinaire et/ou multi professionnelle de patients présentant un problème de santé comparable. Le chemin clinique peut être utilisé dans un établissement de santé, dans un réseau de soins ou dans le cadre de l'exercice libéral lorsque les professionnels se coordonnent entre eux ».*

« Aujourd'hui, les frontières des établissements de santé sont devenues graduelles, floues, il y a de l'intégration, de la coopération, du réseau, les

³¹ La Haute autorité de santé, Evaluation et amélioration des pratiques, fiche méthode (elle décrit la réalisation d'un chemin clinique dans un programme de développement professionnel continu conforme à une orientation nationale ou régionale), mai 2014, p. 1

hôpitaux sont en permanence ouverts et en échanges avec leurs environnements. L'enjeu, n'est plus le soin mais la santé de la population »³².

Les réseaux de santé

Dans son article L6321-1, le Code de la santé publique définit les réseaux de santé : « *Ils ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations* »³³.

Un des objectifs majeurs de la mise en place des réseaux de santé est de décloisonner les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux au travers de la prise en charge globale des usagers. Ces secteurs doivent passer du cloivage, inscrit dans leur histoire respective et officialisé par différents textes législatifs, à la transversalité nécessaire à la prise en charge globale des personnes. Cette mise en commun peut générer un langage commun et une culture commune, axes porteurs dans une construction de réseaux de santé équitable, équilibrée et efficiente.

Afin que cette construction de réseaux soit le vecteur de relations concertées, négociées et équilibrées, elle doit se faire au travers d'une égalité de pouvoir et d'autorité et légitimer chacun des champs d'intervention. Autrement dit, il n'y a plus de pivot mais des équipes différentes qui s'organisent pour assurer la prise en charge et la continuité des soins dans un réseau, sur un territoire donné. Le partenariat pourrait être le fondement de cette construction en réseaux.

³² J.P. Dumond, « Transformer les organisations », cours du 06 octobre 2015, Master management des organisations soignantes, ESM

³³ Code de la santé publique, titre II « Autres services de santé », article L6321-1, chapitre 1^{er}, « Réseaux de santé ».

F. Dhume, sociologue, définit le partenariat comme « *une méthode d'action coopérative fondée sur un engagement libre, mutuel et contractuel d'acteurs différents mais égaux, qui constituent un acteur collectif dans la perspective d'un changement des modalités de l'action – faire autrement ou faire mieux – sur un objet commun – de par sa complexité et/ou le fait qu'il transcende le cadre d'action de chacun des acteurs -, et élaborent à cette fin un cadre d'action adapté au projet qui les rassemble, pour agir ensemble à partir de ce cadre* »³⁴.

Ce partenariat, défini par F. Dhume est pertinent s'il évite les dérives liées à d'éventuelles tentatives de reconquête du pouvoir. Pour ce faire, la place des acteurs des différents champs doit être clairement identifiée et la détermination de leur rôle, de leur action définie. Il semble utile de mettre à disposition des acteurs des lieux dédiés à l'échange, aux rencontres et aux actions de formation. Aussi, la concertation, le partage de compétences, l'élaboration de procédures, de conventions claires contractualisant la nature du partenariat et fixant les responsabilités de chacun optimisent le parcours de soins du patient.

Dans le cadre de mon projet managérial, je me suis intéressée à l'un des dispositifs mis en place dans le cadre du partenariat, l'équipe mobile psychiatrie précarité. Mais avant d'aborder la réflexion autour des trois équipes mobiles psychiatrie précarité rattachées à l'EPS de VE, je vais apporter quelques définitions de la précarité et de la santé.

³⁴ F. Dhume, « Qu'est-ce que le partenariat ? Contribution à la construction d'un espace de sens », Institut social et coopératif de recherche appliquée, Montpellier, Mars 2002, p. 4

2.4 Approche anthropologique de la santé et de la précarité

2.4.1 Une approche de la précarité

Avant de présenter ces dispositifs, je ne peux pas faire l'économie de préciser et définir des termes³⁵ généralement associés et confondus : pauvreté, exclusion, précarité, souffrance psychosociale.

Le mot pauvreté³⁶ signifie « *produire peu* » ; « *il vient du latin pauper, conjonction de paucis : peu et de parere : engendrer, produire (qui a donné le mot « parent »)*. Cependant, dans son usage sémantique courant, la pauvreté désigne davantage un état de fait statistique, par exemple on parlera du seuil de pauvreté par rapport aux revenus dans une société donnée ».

Le terme exclusion³⁷ signifie « *fermer dehors* », *en dehors du lien social*. Les exigences de productivité et d'excellence, au cœur de notre société, font apparaître chez la personne exclue le sentiment que le monde tourne sans elle. De plus, l'exclusion ne doit être envisagée comme une entité individuelle mais comme un processus actif.

« *La précarité est la misère des sociétés occidentales riches construites sur le modèle de l'Etat-nation plongé dans la mondialisation du capitalisme financier. On peut vivre dans une société pauvre sans précarité, on peut vivre précaire dans une société riche même si ce qu'on appelle "grande précarité" est effectivement synonyme de pauvreté, voire de misère* »³⁸. Les modifications de la société salariale et l'émergence d'emplois au statut précaire, travail à temps partiel, emplois aidés, travailleurs pauvres... ont généré la précarité sociale.

Ou encore, les mots, *précaire* et *précarité* ont une longue histoire. « *Depuis son étymologie qui lui prête la même origine que prière, le latin*

³⁵ J. Furtos. Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs. Paris : Masson, 2008, pp. 12-13

³⁶ Ibid, p. 12

³⁷ Ibid, pp. 12-13

³⁸ Ibid, p. 13

precarius, le mot *précaire* a connu de multiples acceptions, tantôt adjectif tantôt substantif, attaché tantôt au vocabulaire courant, tantôt au droit ; on l'a même vu, à ce dernier propos, parfois au féminin : "La *précaire*, rappelle Littré, fut à la fois l'acte de concession d'une terre à titre d'usufruit et la terre elle-même concédée dans cette forme". On sait que derrière la vieille idée d'une chose obtenue par prière l'acceptation moderne de *précarité* renvoie principalement à ce dont l'avenir, la durée, la solidité n'est pas assurée, à ce qui est instable et incertain, à ce qui est court, fugace ou fugitif, voire à ce qui est délicat et fragile »³⁹. La *précarité* recouvre une dimension plurielle, il faut donc parler des *précarités* plutôt que de la *précarité*.

Aussi le rapport du Haut comité de la santé publique apporte une définition suivante de la *précarité* : « *La précarité est avant tout un état de fragilité et d'instabilité sociale dont l'avenir, la durée, ne sont pas assurés et qui risque s'il se prolonge de faire glisser ceux qu'il affecte vers l'exclusion. Telle qu'on peut la définir ici, la précarité relève donc plus d'une vision d'un état transitoire que d'une catégorie sociale aux limites précises. C'est sur la base d'une telle approche qu'elle doit être regardée en tant que déterminant de l'état de santé* »⁴⁰.

« *La souffrance psychosociale est difficilement mesurable et ne se range pas dans le champ classique de la pathologie. Elle s'exprime en dehors des lieux traditionnels de la santé mentale, par des comportements d'isolement, d'échecs répétés, des conduites à risque, des conduites addictives, des violences contre soi-même et contre autrui...* »⁴¹.

La *précarité* recouvre une multiplicité de formes et de modalités (populations accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, jeunes ou adultes, personnes à la rue...). S'il n'y a pas de pathologie mentale spécifique

³⁹ *La précarité*, Paris, Presses universitaires de France, « Que sais-je ? », 2006, p. 5

⁴⁰ Rapport du Haut comité de santé publique, « La progression de la *précarité* en France et ses effets sur la santé », « La *précarité* : un phénomène qu'on ne peut plus ignorer », Rennes, ENSP, Février 1998, p.26

⁴¹ Circulaire DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV N°2001/393 du 02 août 2001, d'orientation relative « aux actions de santé conduites dans le cadre des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale ».

à la précarité, elle renvoie à de nombreuses formes de souffrances psychiques pas forcément assimilables à une maladie psychiatrique habituelle.

*Définir et mesurer la pauvreté*⁴²

Tout d'abord, il est important de rappeler qu'aucune définition de la pauvreté n'est universelle. L'ensemble des définitions repose sur des conventions.

Depuis vingt-cinq ans, en France et dans les pays de l'Union européenne, la pauvreté est mesurée à l'aide d'un indicateur monétaire qui doit être compris comme un indicateur relatif d'inégalités : « *sont considérés comme pauvres les ménages dont les ressources sont inférieures à la moitié du revenu médian*⁴³, c'est-à-dire le niveau qui sépare la population en deux groupes équivalents »⁴⁴. Autrement dit, si le niveau de vie des pauvres augmente, mais moins vite que le niveau de vie médian, alors le nombre de pauvres augmente automatiquement. Il existe d'autres indicateurs utilisés pour définir et mesurer la pauvreté, comme celui de « conditions de vie », qui se base sur les dimensions de la vie courante des ménages que sont le confort du logement, l'endettement... et l'indicateur administratif qui prend en compte le nombre de ménages bénéficiaires des minimas sociaux.

Des définitions pour la précarité mais pas de mesure

Il est difficile de définir la précarité. « *C'est l'instabilité, la fragilité des situations* »⁴⁵. Elle constitue un risque de pauvreté mais n'est pas synonyme de pauvreté. Quelquefois, alors que les individus disposent de moyens permettant de faire face aux risques, la précarité est choisie. Outre des données partielles relatives au marché du travail (chômage, temps partiel

⁴² Rhizome 4, bulletin national santé mentale et précarité, mars 2001, « Définir et mesurer selon l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale », p. 3

L'Observatoire a été créé par la loi du 29 juillet 1998, il répond à une triple mission : collecter, organiser et diffuser les informations disponibles concernant la pauvreté, la précarité et l'exclusion ; éclairer les phénomènes peu ou mal connus ; améliorer la collecte d'information.

⁴³ www.latribune.fr › *Économie* › *France* : selon une étude récente de l'Insee, le salaire net mensuel médian s'élevait à 1 730 euros en 2012, consulté en ligne le 09 mai 2016

⁴⁴ Ibid, p.3

⁴⁵ Ibid

contraint...), à la situation familiale ou aux conditions de logement, il n'existe pas de mesure globale de la précarité.

Définir et mesurer l'exclusion

Il n'existe pas de définition unique qui autorise la mesure et la construction d'indicateurs de l'exclusion. Selon le Conseil de l'Europe, « *l'exclusion est la dénégation ou le non-respect des droits fondamentaux et notamment des droits sociaux* »⁴⁶. Cette définition peut apparaître la plus opérante, néanmoins, elle est donnée difficilement à l'élaboration d'une mesure dans un traitement statistique.

2.4.2 Une approche de la santé

Le rapport du Haut comité de santé publique donne une définition de la santé, toujours d'actualité, tirée de la Charte d'Ottawa, élaborée par l'Organisation mondiale de la santé. Cette définition établit que l'état de santé d'une population est le résultat de l'influence de nombreux facteurs déterminants : « *Pour parvenir à un état complet de bien-être physique, mental et social, l'individu ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Ainsi, la promotion de la santé, dont l'ambition est le bien être complet de l'individu ne relève pas seulement du seul secteur de la santé* »⁴⁷.

⁴⁶ Rhizome 4, mars 2001, p. 3

⁴⁷ Rapport du Haut comité de santé publique, « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé », Rennes, ENSP, Février 1998, p. 41

Cette définition introduit avec force la problématique du rapport de la santé avec la pauvreté et la précarité. Il y a donc une relation circulaire entre la santé et l'environnement social, en effet, cette définition rappelle que « *La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie* »⁴⁸.

D'autres approches issues de la clinique voient la santé comme une conquête toujours provisoire, et non comme un état acquis, soumise « *à l'expression du potentiel génétique et aux effets pathogènes du mode de vie et de l'environnement* »⁴⁹. C'est donc un compromis provisoire nécessitant le fonctionnement plus ou moins harmonieux d'un certain nombre de mécanismes de défense, innés ou acquis contre des facteurs nuisibles d'origine génétique et/ou environnemental.

Aussi, dans ce rapport, il est question de l'altération d'un ou plusieurs déterminants, qui représentent un péril pour la santé présente et future des personnes : « *Bien entendu, dans une perspective de santé publique, la santé ne saurait être limitée à la seule absence de maladie. Une souffrance psychique, même non pathologique, la répétition de troubles bénins, une perturbation de l'image de soi ou le sentiment de sa propre inutilité seront considérés comme des signes suffisants pour parler de problème de santé. D'autant que cette souffrance est en elle-même un déterminant important de la mauvaise santé* »⁵⁰.

Les auteurs de ce rapport donnent une définition qui se rapproche de la notion de « *capital-santé* »⁵¹. Cette notion offre l'avantage de signifier à quel point les événements, tout au long de la vie, protègent ou entament ce capital mais elle ne semble pas restituer l'impact des stratégies individuelles de gestion de ce capital.

⁴⁸ Rapport du Haut comité de santé publique, « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé », p.42

⁴⁹ Ibid, p.42

⁵⁰ Ibid, p.47

⁵¹ Ibid

2.4.3 Une approche anthropologique et sociologique

Les recherches anthropologiques et sociologiques sur les personnes sans domicile fixe mettent en avant une situation au seuil de l'espace social. « *La précarité est un processus de pré-disparition de la scène sociale et le précaire, un " prisonnier du passage ". La désocialisation enferme les exclus dans un entre-deux extensible, sans " avant " ni " après", où le présent est régi par l'immédiateté et les actions d'urgence. La société fait des exclus des « sans-place et les garde en son sein »*⁵². Cette situation paradoxale est pathogène car il est difficile, dans ce contexte de ne pas sombrer dans le désespoir.

Les personnes sans domicile fixe qui errent entre la rue et les foyers d'hébergement d'urgence présentent aux yeux de tous, leur déchéance, leur résignation. A cela, s'ajoute leur odeur d'alcool, leur incurie, et cette apparence interroge, dérange et fascine. Ainsi, le clochard nous montre le dégoût qu'il a du monde et de lui-même.

Face à ces personnes, les travailleurs sociaux se retrouvent dans l'obligation d'agir, de mettre en place des projets d'hébergement, de réinsertion ; les soignants, aussi, ressentent cette urgence à agir et doivent faire face à leur sentiment d'impuissance. Ce même sentiment envahit les acteurs du social ou du soin lors du refus de projet d'hébergement construit durant des mois, lors d'une rechute dans la prise d'alcool ou de fugues des centres de soins... « *Autant de situations sources de colère voire de rage pour les travailleurs sociaux ou les soignants* ». Donald W. Winnicott constate « *qu'être haï est parfois une étape nécessaire pour croire qu'on peut être aimé, particulièrement chez les individus qui ont connu des relations précoces défailtantes* »⁵³. Il s'avère donc essentiel pour les acteurs qui gravitent autour de la personne précaire d'intervenir dans un cadre réfléchi et de s'adapter aux besoins de la personne et non aux leurs.

⁵² L'information psychiatrique, « Expérience en équipe mobile de psychiatrie et précarité », volume 87, n°2, février 2011, p.84

⁵³ Ibid, p. 85

La création du secteur de psychiatrie, il y a quarante ans, et celle des équipes mobiles de psychiatrie précarité aujourd'hui, interrogent de la même manière la place des soignants. « *Quelle place occuper entre une position paranoïaque qui dénonce les effets pathogènes d'une société rejetante et le mythe d'une société idéale capable d'intégrer tous les individus ?* »⁵⁴. Les missions de l'équipe mobile psychiatrie précarité trouvent leur source dans celles de la psychiatrie de secteur en répondant aux besoins de santé mentale pour une population spécifique, sur un territoire donné. « *La place du psychiatre nous apparaît précisément dans cette fonction de médiateur entre individus (malades ou précaires), institutions sociales et soignants, et la mise en place d'un cadre d'intervention collectif capable d'accueillir des personnes malades du lien ", en souffrance narcissique* »⁵⁵.

Mon projet managérial porte sur la mise en œuvre d'une équipe mobile psychiatrie précarité intersectorielle, portée par le secteur G02 de l'EPS de Ville-Evrard et interroge sur la mise en place de partenariats.

Comme cette nouvelle structure sera rattachée au Centre médico-psychologique, il est nécessaire d'anticiper une réorganisation des modalités de fonctionnement de l'unité de rattachement.

⁵⁴ L'information psychiatrique, volume 87, n°2, p. 8

⁵⁵ Ibid, p. 87

3 Une réalité sociale

3.1 Les Equipes mobiles psychiatrie précarité, contexte et état des lieux

Les EMPP ont commencé à voir le jour dès 1995 et c'est en 2005 qu'elles sont en plein essor. Souvent la circulaire de 2005 est présentée comme le texte qui a défini les missions des EMPP mais on retrouve son origine législative dans la loi de 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Toutefois, c'est cette circulaire qui amène une définition précise de leurs missions. Le Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 intègre leur financement ciblé.

L'EMPP a pour mission de réintroduire la dimension psychique dans l'évaluation de la personne précaire mais aussi de proposer, aux acteurs de première ligne, des formations pour les aider à mieux comprendre certains comportements liés avec des mécanismes psychiques propres. *« Les EMPP vont au-devant des personnes en situation de précarité souffrant d'une pathologie psychiatrique ou d'une souffrance psychique quel que soit le lieu où elles sont repérées. Elles soutiennent les intervenants de première ligne confrontés à des situations de vulnérabilité sociale et psychique et insuffisamment formés, pour leur permettre de se repérer face aux problèmes concernés, de décoder et analyser les demandes, de mettre en œuvre les premiers stades d'écoute et de soutien »*⁵⁶.

L'idée essentielle n'est pas de mettre en place une nouvelle équipe de prise en charge des personnes précaires, ce qui participerait à une autre forme d'exclusion, mais de créer une interface entre les structures sociales et les services de psychiatrie classique. Il s'agit d'instaurer un réseau fiable autour de la personne précaire et ainsi mener une réflexion commune sur l'accompagnement médico-psycho-social.

⁵⁶ Guide précarité & santé mentale, FNARS 2010, p. 67

En France, il existait près de 110 équipes mobiles en 2012, composées de plus de 200 ETP (principalement du temps infirmier, puis de psychiatre et de psychologue, et dans une moindre mesure d'assistant social⁵⁷). Généralement, c'est le psychiatre qui coordonne l'équipe dont le fonctionnement fait l'objet d'une formalisation dans le projet médical de l'établissement. Ces équipes sont réparties dans l'ensemble des régions françaises avec une aire d'intervention moyenne correspondant à 350 000 habitants.

Pour l'Île de France, en décembre 2013, on compte 20 EMPP dont 9 créées avant 2005, 6 entre 2006 et 2009 et 5 après 2010⁵⁸.

Donc, ce dispositif, porté par la circulaire de 2005, a été créé pour faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ou d'exclusion sociale et vient en renfort du dispositif psychiatrique de droit commun mais n'a pas vocation à se substituer à ce dernier. Il a aussi un rôle de soutien des partenaires et d'activation d'un réseau de travail médico-psycho-social.

3.2 « L'humain si méchamment exilé de l'homme⁵⁹ »

3.2.1 Caractéristiques de la population précaire

La population précaire est hétérogène, il est possible de recenser ces personnes en cinq groupes principaux⁶⁰ :

- Les psychotiques, connus ou non des équipes du secteur psychiatrique, qui se trouvent en rupture de soins ou en phase aigüe de leur pathologie avec parfois la présence de troubles addictifs ;
- Les personnes en situation de détresse aigüe : personnes sans emploi, parfois non bénéficiaires d'indemnités et/ou d'ouverture des droits à la

⁵⁷ Groupe de travail « Santé et accès aux soins » du 29/11/2012, p. 20

⁵⁸ Cartographie EMPP et PASS psy d'Île de France, décembre 2013, A. MARQUES, sociologue à l'EPS de Ville-Evrard.

⁵⁹ P. Delion, pédopsychiatre et psychanalyste français, cité dans CAIRN n°312 de septembre 2013, p. 21

⁶⁰ Soins psychiatrie n°244, « Diogène, une équipe mobile santé mentale et précarité », mai-juin 2006, p.46

sécurité sociale, salariés précaires, personnes en rupture familiale ou menacées d'expulsion de leur logement, personnes dont la perte du domicile peut être récente et brutale ou ancienne. La plupart du temps dans ce dernier cas, les problèmes sont majorés, ces personnes sont isolées, souffrent de problématiques addictives et sont enlisées dans l'errance ;

- Les « clochards » facilement identifiés et majoritairement en « refus de tout ». Généralement, ils interpellent sur la question des libertés individuelles, notamment en hiver, et sur la capacité des institutions à vouloir créer ou maintenir un lien ;
- Les « chroniques », usagers chroniques des systèmes d'assistance qui naviguent d'une institution ou d'une structure d'hébergement à une autre, ne présentent pas de pathologie psychiatrique et pour lesquels il n'y a pas de solution de réinsertion sociale adaptée ;
- Les instables qui s'inscrivent dans un registre psychopathique marqué par les troubles du comportement, les passages à l'acte mais ne relèvent pas d'une prise en charge psychiatrique⁶¹.

La prévalence des troubles psychiatriques dans les populations en situation de précarité⁶²

A la fin des années 60, aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et en Europe de l'Ouest (Allemagne, France, Pays-Bas, Grèce) de multiples études, scientifiquement solides, de prévalence des troubles psychiatriques ont été menées auprès de personnes sans logement. Toutes ces études font état d'une prévalence plus élevée de troubles psychiatriques sévères chez les personnes sans logement que dans la population générale.

Des enquêtes réalisées en France sur les lieux de vie de populations précaires (Chauvin et Parizot, 2005) ou sans-domicile (Kovess et Mangin-Lazarus, 1999) montrent que les troubles psychiques seraient surreprésentés au sein de la population en situation de précarité⁶³.

⁶¹ Soins psychiatrie, n° 244, p.46

⁶² www.researchgate.net/.../43091242_Samenta_rapport_sur_la_sant_mental, pp. 27-28

⁶³ www.psycom.org/Espace-Presses/Sante...de-A.../Precarite-et-psychiatrie, consulté en ligne le 19 décembre 2015

3.2.2 Une surreprésentation des problématiques psychiques

Depuis quelques années, plusieurs études de grande envergure se sont penchées sur la santé psychique de la population des sans-abris, dont la plus connue, l'étude dite Santé mentale et addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France⁶⁴ (SAMENTA). Réalisée en 2009, cette enquête est menée auprès de 840 personnes et se limite aux centres d'hébergement d'urgence, de réinsertion sociale et hôtels de la région parisienne. Elle permet de mettre en évidence la surreprésentation des problématiques psychiques chez les personnes sans abri. Ainsi, près d'un tiers d'entre elles (31,5%)⁶⁵ serait atteint d'un trouble psychiatrique sévère dont 13,2% de troubles psychotiques pouvant se traduire par des hallucinations et des délires, majoritairement représentés par la schizophrénie, psychose très invalidante. On constate aussi une surreprésentation de troubles anxieux (12%), de troubles de l'humeur (7,9%) incluant les dépressifs présentant un risque de passage à l'acte suicidaire. 21%⁶⁶ des personnes rencontrées sont dépendantes à l'alcool et 17,5%⁶⁷ ont une consommation quasi quotidienne d'au moins une drogue illicite et/ou d'un médicament détourné de son usage.

3.2.3 Une mortalité précoce⁶⁸

Même s'il n'existe pas de statistiques sûres relatives à la mortalité et l'espérance de vie des personnes sans-abri, les associations communiquent des données alarmantes.

En France, entre 1998 et 2010, le collectif « *Les morts à la rue* » a dénombré plus de 2 000 décès de personnes ayant vécu à un moment ou à un autre à la rue et dont la moyenne d'âge est de 49 ans. En 2009, le collectif rapporte plus de 400 décès de ce type dont une centaine en Ile de France.

⁶⁴ A. LAPORTE, P. CHAUVIN : « La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France ». Rapport à la demande de la Préfecture de Paris et de la Mairie de Paris, Paris 2010

⁶⁵ Ibid, p. 63-64

⁶⁶ Ibid, p. 74

⁶⁷ Ibid, p. 80

⁶⁸ Observatoire Parisien de l'Insertion et de la lutte contre l'exclusion ; « Sans-abri à Paris », Atelier parisien de l'urbanisme, janvier 2011, p. 11

Les troubles de la personnalité ou les psychoses sont un facteur de précarisation des personnes. Selon le rapport Samenta, le risque de rupture sociale pour les personnes atteintes de troubles psychotiques ou de l'humeur est dix fois plus important que dans la population générale⁶⁹.

Aussi, cette enquête fait apparaître que la situation d'exclusion favorise l'apparition de troubles psychiques. De même, les personnes en grande précarité, mais non à proprement parler clairement exclues, sont davantage exposées au risque de souffrance psychique. Les populations précaires cumulent les facteurs de risque notamment un risque de passage à l'acte suicidaire. De plus, les comorbidités somatiques se manifestent plus rapidement en situation de précarité.

La particularité de cette population précaire est sa diversité. Elle peut présenter aussi bien des troubles psychiques réactionnels simples que des pathologies mentales des plus complexes, et interroge sur les carences de l'offre sociale.

3.3 Une réponse à la précarité

3.3.1 L'origine de la mise en place des équipes mobiles en Seine-Saint-Denis

En 2004, la DDASS de Seine-Saint-Denis lançait un « *Processus de concertation santé mentale et action sociale*⁷⁰ » auprès des acteurs sanitaires et sociaux du département, suite au constat partagé d'un accroissement sensible du nombre de personnes en grande souffrance psychique ; cette dernière étant étroitement liée à l'augmentation des inégalités sociales, chômage, précarité au travail, problèmes de logement... L'objectif de cette action vise à renforcer le partenariat entre les établissements de psychiatrie et les structures sociales et ainsi développer des réponses communes, en réseau, au bénéfice des personnes en souffrance psychique. La stratégie retenue

⁶⁹ A. LAPORTE, P. CHAUVIN : « La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France ». Rapport à la demande de la Préfecture de Paris et de la Mairie de Paris, Paris 2010, p. 125

⁷⁰ Rhizome, n° 46, décembre 2012, « Une stratégie pour impulser le travail en réseau autour de la souffrance psychique », p. 8

concerne le secteur de psychiatrie adulte. Ainsi, l'EPS VE s'est engagé dans cette démarche avec la mise en place d'EMPP, d'une permanence d'accès aux soins de santé et d'une formation « *Santé mentale et action sociale* » destinée à tous les acteurs sociaux du département.

3.3.2 Présentation des trois Equipes mobiles psychiatrie précarité de l'EPS de Ville-Evrard

Je me suis rapprochée des trois EMPP inscrites dans l'ensemble des dispositifs rattachés à l'EPS de Ville-Evrard afin d'appréhender leurs modalités de travail partenarial et leur dynamique de fonctionnement. Le département compte trois EMPP dépendant de l'EPS de VE ainsi qu'une plus ancienne équipe mobile créée en 2006 qui est rattachée à l'hôpital Robert Ballanger et couvre le nord-est du territoire. Je ne traiterai pas de cette EMPP dans ce travail. L'ensemble des informations concerne l'année 2014.

Ces quatre dispositifs sont inscrits au SROS 3 ainsi que la Permanence d'accès aux soins somatiques (Pass Psy). *Les PASS ont été mises en place dans les hôpitaux généraux, suite à la loi contre les exclusions du 29 juillet 1998. « Elles s'adressent aux personnes en situation de précarité et ont pour objectif de "faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits". A partir de 2009, des PASS-psy ont été financées sur toute la France, reconnaissant que le public suivi en psychiatrie présente des difficultés supplémentaires d'accès aux soins somatiques. La PASS de Ville Evrard fonctionne depuis septembre 2010. Elle est composée d'un médecin généraliste (mi-temps), d'un assistant social (mi-temps) et d'une sociologue chargée d'étude (quart temps) »⁷¹.*

⁷¹ Informations transmises par A. Marques, chargée d'études PASS de Ville-Evrard.

3.3.3 « Carte d'identité » des Equipes mobiles de l'EPS VE⁷²

	La Cordée	La Boussole	Estim'93
Année de création	2008	2010	2013
Pôle de rattachement	G18	G11	G03
Desserte départementale	Sud-Est	Sud et Centre	Nord-Est
Nombre de communes desservies	11	8	7
Nombre de secteurs desservis	4	4	3
Population couverte en 2014 :17ans et +	233 964	243 083	209 844

3.3.4 Composition des équipes

	La Cordée	La Boussole	Estim'93
Personnel médical (ETP)	1,5	1	1
Psychiatre	1	1	1
Interne psychiatrie	0,5		
Personnel non médical (ETP)	1,5	1,5	1,5
Infirmier	1	1	0,5
Psychologue	0,5	0,5	
Educateur spécialisé			1
Personnel administratif (ETP)	0,5	0	0,5
Assistante sociale	0,5		
Secrétaire		*	0,5

*La Boussole : le secrétariat administratif est assuré de manière volontaire par une secrétaire du CATTP du 11^{ème} secteur.

⁷² Annexe 1 : Cartographie EMPP 93

La trame de ces rapports d'activité est une maquette⁷³ adoptée par les équipes mobiles psychiatrie-précarité du département. Cette maquette a été progressivement élaborée en commun sous l'impulsion et la guidance du DIM de l'EPS, et tend, à partir d'items sélectionnés issus du logiciel hospitalier, à caractériser au mieux la spécificité de l'activité des EMPP.

3.3.5 Missions et modalités de fonctionnement

Les missions des EMPP, conformes aux directives de la circulaire du 23 novembre 2005, sont centrées sur la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion, dans l'optique d'une intégration aux dispositifs de droit commun, incluant une action tournée vers les acteurs sociaux de première ligne.

Ces équipes ont pour missions sur les territoires prédéfinis de :

- Faciliter la prévention, le repérage précoce, l'identification des besoins en matière de santé mentale des publics en situation de précarité et d'exclusion ;
- Leur permettre une orientation et un accès aux dispositifs de soins de droit commun lorsque cela est possible ou nécessaire ;
- Assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie, les équipes sanitaires, les équipes sociales, les associations et développer le partenariat ;
- Evaluer des situations complexes avec les personnes ressources.

Modalités de fonctionnement

Les trois EMPP fonctionnent par contact téléphonique direct à un numéro de téléphone portable unique, diffusé à l'ensemble de leurs partenaires et aux patients suivis. Ils répondent aux appels du lundi au vendredi de 9h à 17h, 9h à 16h pour Estim'93, et s'engagent à rappeler dans un délai maximum de 24h pour La Boussole, 48h pour Estim'93 et la Cordée.

⁷³ Annexe 2

Les interventions et consultations précarité s'organisent de manières différentes :

- Pour La Cordée, 4 jours par semaine de 9h à 17h (sauf les mardis) ;
- La Boussole s'organise par demi-journées afin de concilier planification nécessaire à long terme et disponibilité rapide face aux situations aiguës (24 à 48h maximum).
- Pour Estim'93, 3 jours par semaine, les mardis, mercredis et jeudis.

3.3.6 Les indicateurs d'activités

3.3.6.1 [Les caractéristiques de la population](#)

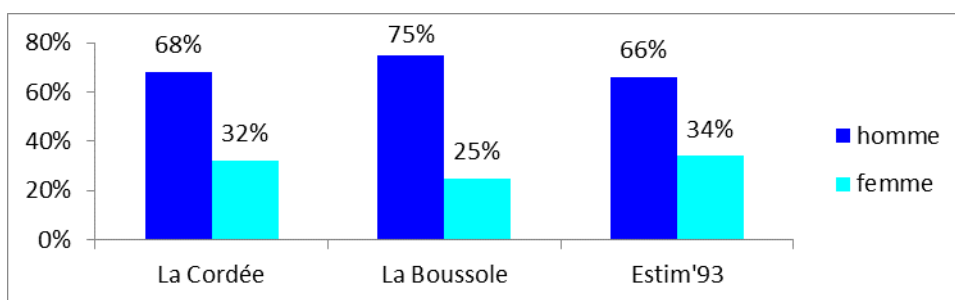


Figure 1. Répartition des patients en fonction du sexe dans chaque structure.

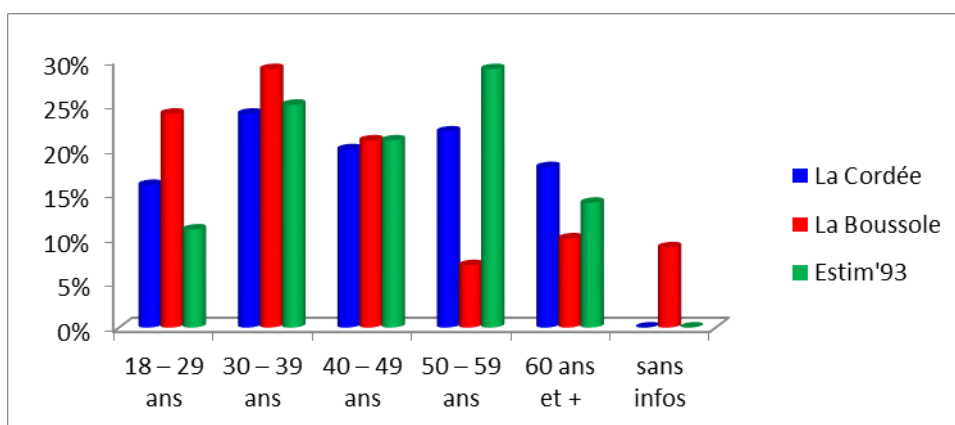


Figure 2. Répartition des patients en fonction de l'âge dans chaque structure.

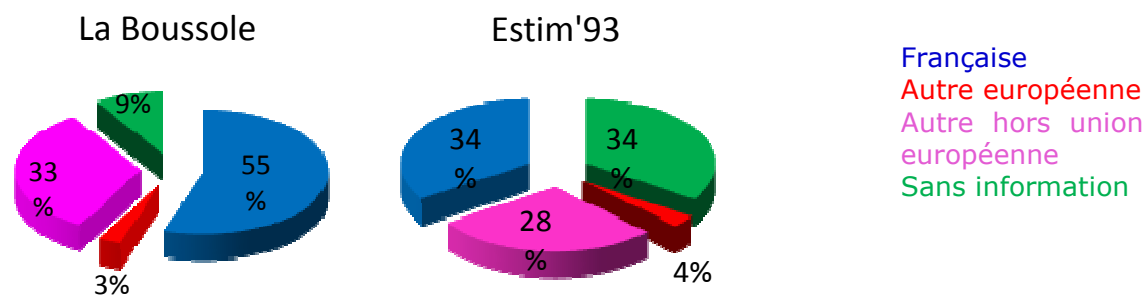
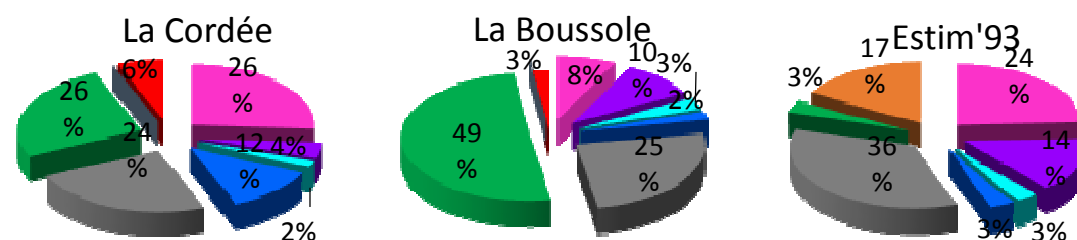


Figure 3. Répartition des patients en fonction de leurs nationalités dans chaque structure.

Les caractéristiques démographiques des populations prises en charge par les trois EMPP sont présentées dans les trois figures ci-dessus. Il faut souligner :

- la surreprésentation des hommes stable sur plusieurs années et commune aux trois structures ;
- la prédominance des 30-50 ans dans les trois structures ce qui est conforme à la situation des EMPP en général ;
- la difficulté d'analyse des chiffres relatifs à la nationalité des patients pris en charge, élément qui n'est recueilli que par deux structures sur trois, et, qui est souvent non renseigné par les patients que l'on interroge. La répartition des patients en fonction de leur lieu de vie



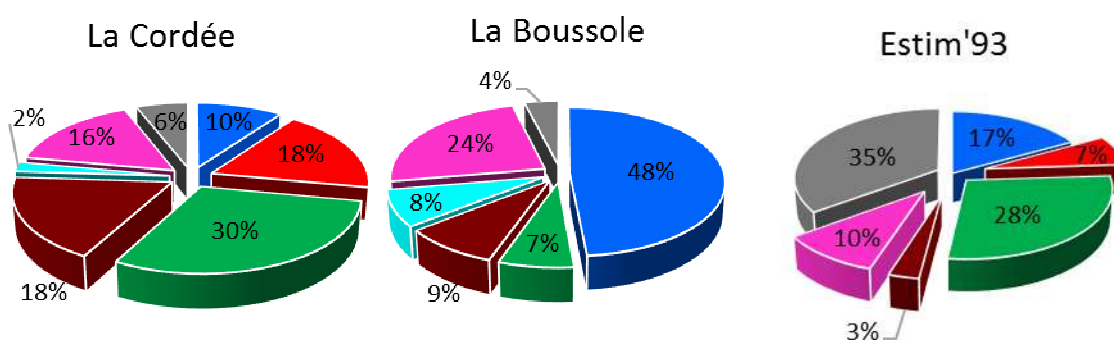
sans abri - hébergement précaire - domicile personnel - foyer - sans information - structures sanitaires - hébergé par parent, famille, ami - hôtel

On remarque qu'environ 30% à 40% des patients de La Cordée et Estim ont un logement stable. Même les logements stables peuvent être insalubres,

parfois dans le cadre d'un syndrome de Diogène⁷⁴ ; il peut exister des problèmes de promiscuité et survenir un risque d'expulsion.

De plus, on constate une différence nette entre les données recueillies par La Boussole et celles recueillies par Estim'93, par exemple, la première structure prend en charge quasiment 50% de patients en hébergement précaire contre 3% pour la seconde. S'agit-il là, entre autres, d'un biais dû à une différence dans la manière de recueillir les données ou à des caractéristiques de population différentes ?

3.3.6.2 Répartition des patients en fonction de leur couverture sociale

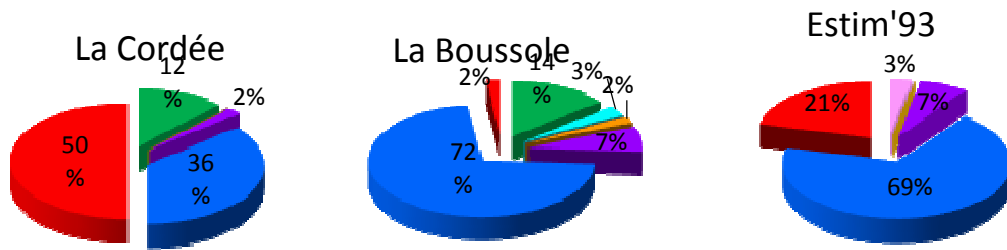


Régime général sans mutuelle - CMU - CMU-C - AME - mutuelle - aucune protection - sans information -

Plus de 70 % des patients de La Cordée ou de La Boussole bénéficient d'une couverture maladie plus ou moins complète (les bénéficiaires du régime général, de la CMU et de l'Aide médicale d'état et d'une couverture complémentaire par la CMU-C ou une mutuelle) contre 55% pour Estim'93 en tenant compte du fait que cette dernière ne dispose pas de renseignements pour 35% de ces patients.

⁷⁴ Information psychiatrique, « Réflexions autour d'un cas de Diogène et ses liens avec la psychose », volume 87, n° 9, novembre 2011, p. 735 : Le syndrome de Diogène est caractérisé par une relation aux objets inhabituelle avec l'accumulation d'objets hétéroclites conduisant à un manque de salubrité du domicile ou, plus rarement, une austérité monacale faite d'une absence totale d'objets. D'une relation aux autres inhabituelle à type d'auto-exclusion, avec pour conséquence un isolement social. Une relation au corps inhabituelle par une négligence extrême de l'hygiène corporelle et vestimentaire. Un déni des troubles, une absence de honte et un refus de toute aide, vécue comme intrusive. « Ces personnes ne demandent rien alors que ce sont elles qui auraient besoin de tout ».

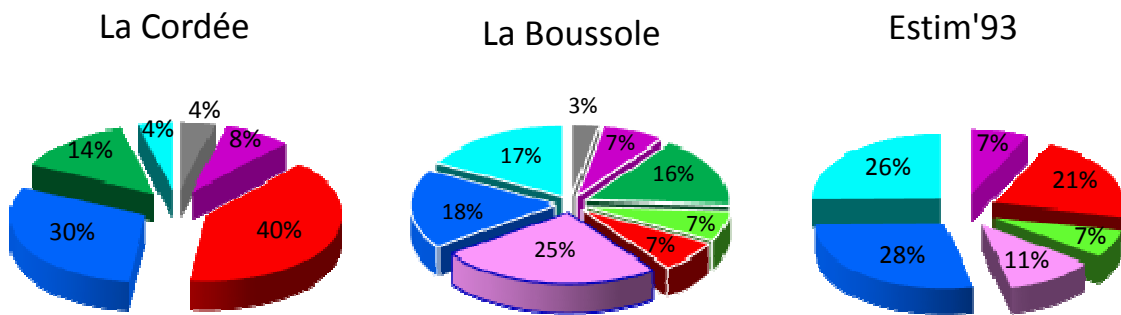
3.3.6.3 Les situations professionnelles



Emploi épisode en milieu ordinaire - sans activité professionnelle - sans informations - retraité - Inaptitude, invalidité - emploi fixe milieu ordinaire - lycéen, étudiant, stagiaire

La majorité des patients n'ont pas d'activité professionnelle ou non pas donné d'informations à ce sujet.

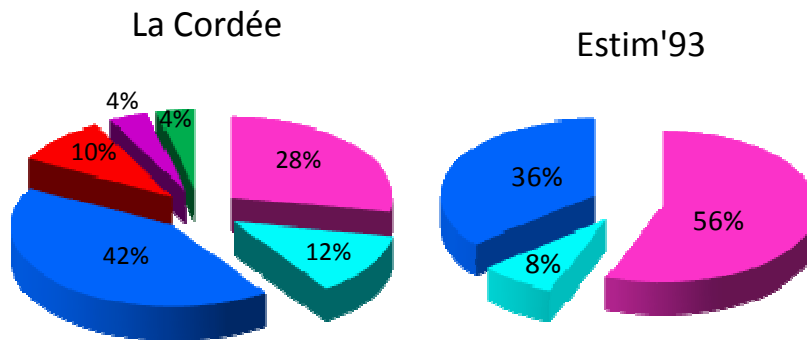
3.3.6.4 Les ressources



Sans ressources - RSA - AAH - Assedic - retraite - salaire - autres - sans information

On constate qu'au moins 50% des patients sont sans ressources ou perçoivent des minimas sociaux types RSA ou AAH.

3.3.6.5 Les pathologies rencontrées



Troubles névrotiques - troubles psychotiques - troubles de l'humeur - troubles de la personnalité - Troubles mentaux d'origine organique - troubles du comportement liés aux substances psychoactives -

Intuitivement, on aurait pu penser qu'il y ait plus de personnes psychotiques dans la population précaire. Il s'avère que ces patients peuvent présenter des pathologies diverses avec prédominance de troubles névrotiques (troubles anxieux, stress post-traumatique...) à des troubles psychotiques (paranoïa, schizophrénie...).

Le rapport d'activité de La Boussole ne renseigne pas sur les pathologies rencontrées.

3.3.7 Informations sur l'activité

C'est à partir d'indicateurs de fonctionnement concernant les caractéristiques de la population prise en charge et l'activité spécifique de ces équipes ainsi que d'indicateurs de résultats relatifs à l'efficacité et à la qualité du service rendu que les équipes évaluent leur activité.

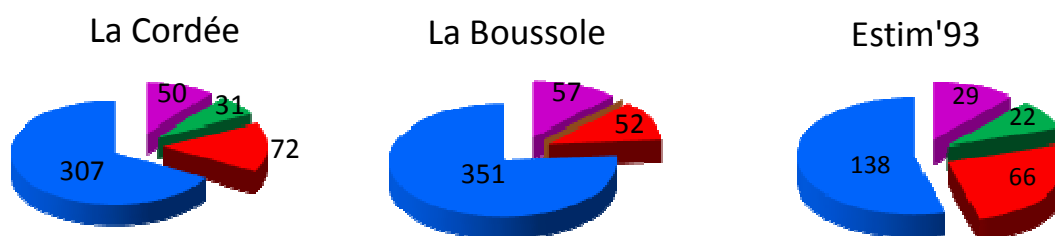
Pour quantifier son activité auprès des patients et des partenaires, chaque équipe doit comptabiliser :

- La file active, qui correspond au nombre de personnes en situation de précarité suivies au moins une fois pour une période de temps donné ;
- Le nombre de signalements réalisés par les partenaires ;
- Le nombre d'interventions effectuées auprès des personnes en situation de précarité (permanences, entretiens individuels, orientation et accompagnements, réunions...) ;
- Le nombre d'actes par type d'intervenants ;

- Les orientations proposées aux personnes concernées ;
- Les actions dans la communauté : information, soutien d'équipes extérieures, conseil et expertise, prévention et sensibilisation, enseignement et encadrement...

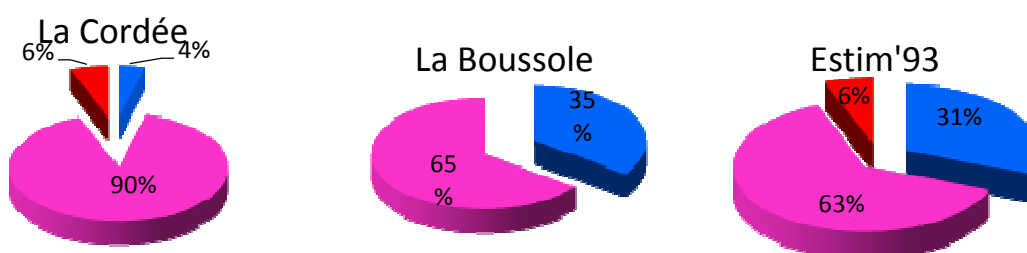
La qualité du service rendu aux personnes précaires est évaluée à partir d'indicateurs tels que le délai d'intervention de l'équipe mobile après signalements, le temps consacré aux prises en charge par catégorie professionnelle... Ces informations permettent de mesurer le volume d'activité en termes administratif, soignant, social et budgétaire.

3.3.7.1 Activités auprès des patients



Nombre d'actes par an - nombre de signalements recus - file active -

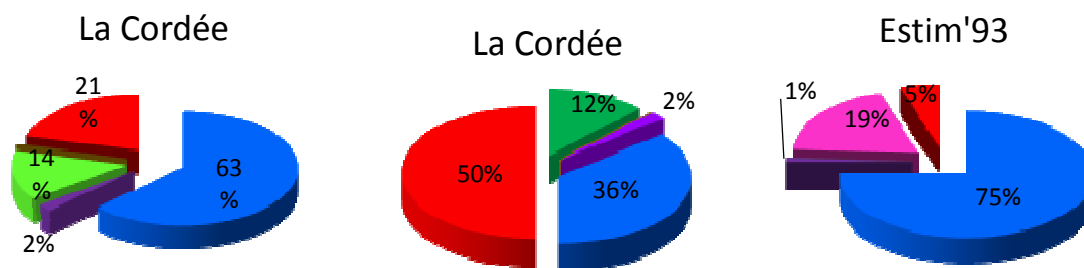
3.3.7.2 Origine des signalements



Secteur social - secteur sanitaire - famille

secteur social mais aussi du secteur sanitaire, sauf pour La Cordée où 90% des signalements proviennent du social. On remarque que les familles sont très peu présentes.

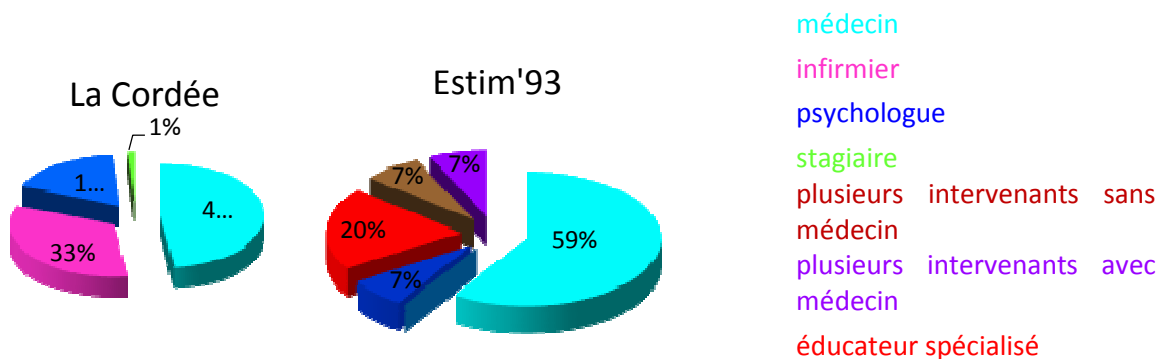
3.3.7.3 Actes pour les patients



Entretiens avec le patient - démarches pour le patient - entretiens pour le patient - réunions pour le patient - Accompagnement avec le patient

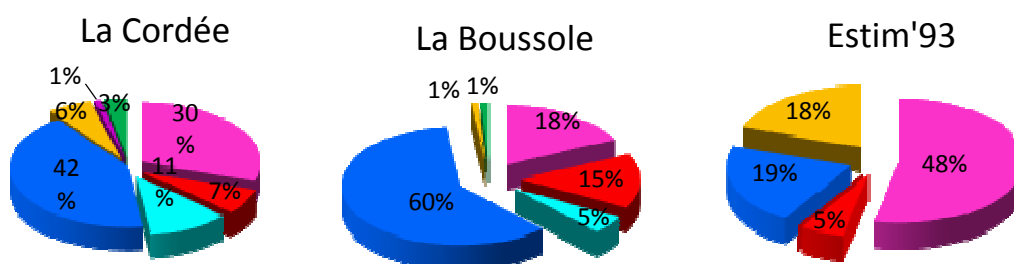
Trois quarts des actes réalisés par les EMPP consistent en des entretiens cliniques réalisés avec les patients pris en charge. Diverses démarches, réunions, accompagnements, constituent le dernier quart.

3.3.7.4 Actes par type d'intervenants



Dans les deux EMPP, des actes médicaux sont principalement les entretiens, des prescriptions médicamenteuses et biologiques. La Cordée et Estim ont une composition d'équipe quasi identique hormis que l'une a fait le choix d'un infirmier et l'autre d'un éducateur spécialisé. Récemment, Estim a recruté un mi-temps infirmier et l'éducateur spécialisé est passé d'un temps-plein à un mi-temps. Le choix d'un temps infirmier à Estim est dû à la demande de soins infirmiers pour la population précaire. Néanmoins, le poste d'éducateur est maintenu car il facilite les liens avec le secteur social.

3.3.7.5 Actions dans la communauté



Information - soutien d'équipes extérieures - prévention, actions d'information - conseil et expertise - autre type d'action - activité d'enseignement - activité d'encadrement -

Conformément aux directives de la circulaire de 2005 leur ayant donné mission, les EMPP ont majoritairement une action de conseil, d'expertise et d'information auprès des partenaires sociaux.

Le soutien d'équipes extérieures consiste en des réunions visant à aider les équipes à réfléchir et à orienter les prises en charge ainsi qu'à favoriser l'échange des pratiques et des savoirs.

Les actions de conseil et d'expertise se développent au travers de RESAD qui permettent de traiter les situations psycho-sociales complexes.

D'autres types d'actions avec des groupes de parole sont organisés dans les centres d'hébergement. Dans ce cadre, la psychologue et l'infirmière de l'équipe rencontrent les hébergés pour une discussion autour d'un thème choisi par les résidents. L'idée de départ était de démystifier la psychiatrie auprès de ces derniers car il était souvent difficile de rencontrer les personnes signalées à l'équipe. Bien souvent, la souffrance psychique des sans-abris se traduit par une non-demande.

Ces modalités d'intervention, couplant travail de groupe et entretiens individuels permettent de rompre avec un isolement destructeur, de restaurer un narcissisme plus qu'ébranlé et ont un rôle prophylactique quant à la survenue de troubles psychiatriques avérés. Ainsi, un travail thérapeutique et d'orientation ultérieure peut se mettre en place avec nombre de personnes.

3.3.7.6 Action de prévention et de sensibilisation

Pour ce type d'actions dans la communauté, il s'agit de :

- 1 réunion avec le Concertation technique d'urgence (CTU). C'est un groupe de réflexion et de prise de décision sur des situations sociales problématiques qui définit, pour des situations données, des préconisations relatives à l'hébergement, la stratégie, l'accompagnement nécessaire ainsi que la liste des acteurs à impliquer.

3.3.7.7 Activités d'enseignement

Dans le cadre de la formation Santé Mentale / Action Sociale dispensée sur le site de l'EPS ville Evrard à destination des travailleurs sociaux, les équipes animent des séances sur des thèmes prédéfinis, par exemple, « Le réseau : Pourquoi ? Comment ? ».

Les équipes participent hebdomadairement, à la CTU du SIAO 93. Le Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) est une plate-forme unique de centralisation et de ventilation des places d'hébergement d'urgence et d'insertion disponibles à l'échelle du département, dispositif mis en place à l'échelon national sous l'égide de la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL), et dont la mise en place a été confiée pour la Seine-Saint-Denis à la fédération d'associations Inter logement de Montreuil.

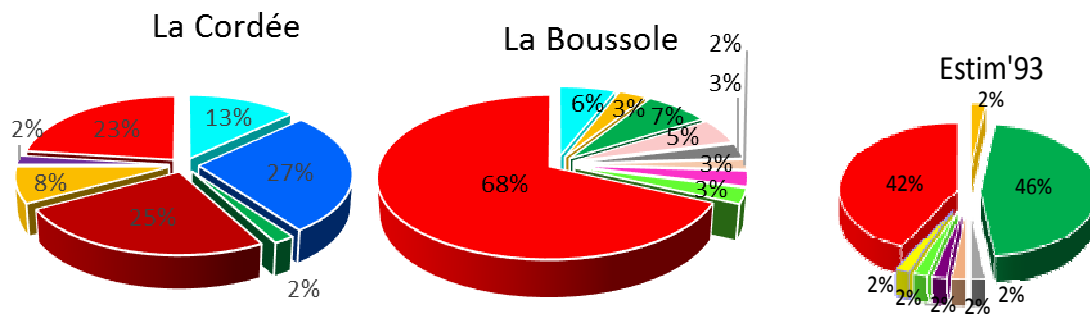
Au plan institutionnel

Les équipes des EMPP et de la PASS se réunissent aussi au cours de rencontres internes et au sein de la Délégation territoriale (DT) ARS 93 dans le cadre du groupe d'appui psychiatrie précarité⁷⁵.

⁷⁵ Rhizome n°46, décembre 2012, « une stratégie pour impulser le travail en réseau autour de la souffrance psychique », p. 8

En 2004, la DDASS de Seine-Saint-Denis lance un « Processus de concertation santé mentale et action sociale » auprès des acteurs sanitaires et sociaux du département. Cette initiative est motivée par des constats partagés autour d'une augmentation notable du nombre de personnes dans une grande souffrance psychique en lien avec l'accroissement des inégalités sociales.

3.3.7.8 Orientation des patients



autres EMPP VE - autre EMPP - hôpital général (hors service psy) - secteur de psy – CMP - autres structures sanitaires - centre hospitalier urgence - lits haltes soins santé - autres structures sociales - médico-social - logement intermédiaire - appartement associatif-secteur psy - patients sans orientation

L'équipe de La Boussole a réalisé des orientations essentiellement sanitaires, soit 32% de la file active.

Les orientations réalisées par les trois EMPP confirment leur fonction de relais intermédiaire avant l'accès aux autres structures psychiatriques de l'EPS Ville Evrard (CMP, HDJ...). On constate que pour La Cordée 67% et Estim 46% des orientations sont dirigées vers les unités de prise en charge psychiatrique. Pour les trois dispositifs, les patients sans orientation correspondent à des personnes qui ne sont venues qu'une ou deux fois et rapidement perdues de vue.

Afin de comprendre les modalités de travail d'une EMPP, deux situations présentées par La Boussole, me semblent particulièrement illustratives du travail en partenariat et du type de prise en charge des patients. Elles sont décrites sous la forme de vignettes cliniques.

3.3.7.9 Vignettes

Mr S. nous est signalé en décembre ... par l'équipe de psychiatrie de liaison du Centre Hospitalier Général où nous avons notre bureau. Agé de 31 ans, d'origine malienne, il est hospitalisé en cardiologie pour une insuffisance cardiaque sévère de découverte récente. Un avis psychiatrique est requis en perspective d'une éventuelle future transplantation cardiaque, car le patient apparaît pour le moins « curieux ». De plus, il est à la rue, sans titre de séjour ni droits ouverts, bien qu'il vive en France depuis l'enfance. A l'examen, le diagnostic de psychose est net et rend compte de sa déshérence sociale, liée à un déni de filiation, au sein d'un cortège symptomatique marqué par l'apragmatisme et la psychorigidité. De façon surprenante, il semble jusque-là avoir échappé à tout repérage et à toute prise en charge, somatique comme psychiatrique. La mise en place des suivis post-hospitaliers se heurte aux conditions du projet de sortie.

Nous récusons dans un premier temps la question initiale (« compatibilité psychique avec la transplantation »), pour privilégier les conditions de la sortie hospitalière, l'instauration des suivis, et le temps nécessaire à l'acceptation de la gravité de la maladie, nous engageant auprès du cardiologue et des Lits Halte Soins Santé (LHSS, dispositif d'hébergement d'urgence de cours séjour permettant les soins infirmiers) où le patient a été admis, à assurer le suivi psychiatrique et les liens entre les différents intervenants.

Le séjour aux LHSS durera de manière dérogatoire plus de 2 ans et demi, le temps pour l'assistante sociale de la structure d'y assurer la totalité de la réhabilitation administrative, pièce d'identité, titre de séjour, dossier MDPH, demande de logement intermédiaire...

Nous y rencontrons périodiquement le patient, en alternance avec des accompagnements, plutôt infirmiers, dans des démarches administratives ou des examens complémentaires délicats (longues attentes en préfecture, épreuve d'effort...), plutôt médicaux lors des consultations avec le cardiologue, afin de pouvoir élaborer ensemble la question diagnostique et ses incidences, les projets thérapeutiques, le projet de vie.

Outre la mise en place d'un traitement, nous négocions l'admission hors-secteur du patient au CATTP le plus proche des LHSS, faisant les premières fois le chemin avec lui à pied - car la marche lui est préconisée. Il fréquentera ce CATTP régulièrement plusieurs fois par semaine pendant un an, mais refusera par la suite toute procédure d'admission en appartement thérapeutique associatif de secteur.

C'est dans une maison-relais hors du département que s'est effectuée sa sortie des LHSS. Nous avons finalement relayé la prise en charge auprès du CMP de secteur, d'un médecin traitant, de l'équipe de la maison-relais, et transmis les nouveaux liens au cardiologue, qui venait lui aussi de changer d'établissement mais a gardé Monsieur S. dans sa patientèle.

Nous rencontrons Mr C., 27 ans, en présence de deux travailleurs sociaux de la Cellule d'Évaluation Sociale du 115 (du 93), sa situation ayant été régulièrement évoquée en CTU depuis plus d'un an. La rencontre a lieu hors du département à l'hôtel où il est hébergé par le 115, car il se dérobe au rendez-vous donné dans les locaux du 115 à Montreuil.

L'échec de l'accompagnement social de l'urgence vers l'insertion a déjà été constaté et corrélé à une désorganisation psychique assortie de bizarreries comportementales et vestimentaires. Un accompagnement vers le soin a été ébauché et a avorté lors de la fermeture du dispositif hivernal qui le portait.

La rencontre a lieu dans un climat favorable, soutenu par la bienveillance de l'équipe sociale qui connaît Mr et son parcours depuis plusieurs mois. Il accepte que soit conditionné son maintien au 115 à sa compliance à un accompagnement aux soins par La Boussole. Nous bénéficions ainsi d'emblée d'une légitimité et d'un levier d'action.

Le patient reçoit toujours son courrier chez ses parents et leur rend régulièrement visite dans l'appartement familial où il a grandi. Le secteur concerné fait partie de nos secteurs d'intervention, et le rattachement sectoriel du patient ne fait aucune difficulté.

Nous l'accompagnons au rendez-vous d'accueil infirmier, puis au rendez-vous avec le psychiatre, à Ville-Evrard pour un bilan sanguin via le dispositif PASS, avec l'assistant social du CMP ; les rendez-vous se renouvellent. Toutefois, nous ne parvenons pas à garantir sa présence aux rendez-vous dans des délais acceptables, sans aller le chercher en voiture à l'hôtel, du fait ce qui semble être un mélange de désorganisation, de dépendance et d'ambivalence.

Un traitement lui est prescrit, qu'il ne prend pas car il en a peur et « il oublie ». Nous négocions avec lui une prise pendant quelques jours, juste avant son prochain rendez-vous avec son psychiatre, sur rappel téléphonique de notre part de l'heure de la prise ; ce dispositif n'aura pour effet que de démasquer le refus de traitement pour l'instant.

Les accompagnements sont actuellement le fait du binôme infirmier – psychologue. Le psychiatre de l'équipe, dégagé de la position de psychiatre traitant, se situe vis-à-vis du patient dans une position périodique de rappel du cadre de l'intervention de La Boussole, en lien avec le dispositif d'hébergement. Cette prise en charge, sans difficultés majeures mais relativement chronophage et incertaine, est en cours sans que sa durée soit actuellement prévisible.

Donc, pour ces trois EMPP, on remarque des différences et des disparités dans la composition des équipes. Les psychiatres et les infirmiers sont les plus représentés. Les équipes, toutes catégories confondues, sont diversement dotées de 2,5 à 3,5 ETP pour des territoires allant de 210 000 à 245 000 habitants.

L'organisation d'une permanence est propre à chaque équipe mobile. Toutes les équipes se déplacent sur le lieu d'hébergement, le lieu de vie social ou médico-social, deux tiers ont mis en place un groupe de parole. Les trois 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.

Elles travaillent également en amont et en aval de l'hospitalisation et favorisent l'accès aux soins somatiques. En créant le mouvement de l'intérieur vers l'extérieur, ces équipes mobiles se positionnent dans un processus de désinstitutionalisation et caractérisent le virage ambulatoire.

Ces équipes mobiles s'adressent aux personnes ne sollicitant habituellement pas la psychiatrie, souffrant de troubles psychiatriques, présentant des difficultés sociales importantes et dont la prise en charge est complexe. Ces personnes précaires sont signalées par les partenaires sanitaires et sociaux car elles nécessitent des modes d'interventions pluri-professionnelles. Ces équipes mobiles accompagnent, travaillent d'une part auprès de la population ciblée, généralement en non demande, afin de lui proposer une prise en charge adaptée et d'autre part, auprès des intervenants sanitaires et sociaux pour leur apporter une aide à l'évaluation et des conseils sur les pratiques.

Elles assurent une fonction d'interface entre les champs psychiatrique et social, en développant un travail de prévention, d'éducation, de lien entre les deux secteurs afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées. L'ensemble des acteurs œuvrant pour la prise en charge des personnes précaires pratiquent un fonctionnement en réseau constitué des services de psychiatrie, du Samu social, des structures d'hébergement, des services

sociaux... Cette construction du réseau s'accompagne d'une formation « *Action sociale et santé mentale* » destinée aux partenaires sociaux pour le repérage de la souffrance psychique. Ces équipes mobiles offrent aussi un soutien aux intervenants, des informations et des conseils pour les situations rencontrées en pratique. Toutes ces actions s'inscrivent dans une démarche d'amélioration et d'optimisation du partenariat psychiatrie-social, avec l'objectif d'une prise en charge globale efficiente des personnes précaires.

De plus, chacune des équipes réalise un recueil de données, plus quantitatif que qualitatif concernant leurs actions et cette démarche est portée par le Département d'information médicale (DIM) de l'EPS de Ville-Evrard. Le temps de mise en lien thérapeutique est difficilement évaluable et la maquette élaborée en commun EMPP-DIM est un support qui nécessite une réactualisation constante.

Les interventions des EMPP ont pour finalité le repérage d'une pathologie psychosociale, de situations aiguës ou de pathologies psychiatriques avérées. En ce sens, elles sont un dispositif complémentaire et intersectoriel de travail pour des personnes connues ou non des services de soins. Elles ne sont pas l'objet de la volonté individuelle d'un responsable d'unité fonctionnelle ou d'un chef de pôle mais relèvent d'une dynamique institutionnelle et leurs actions sont inscrites dans le projet d'établissement.

Je viens de présenter trois dispositifs d'EMPP et leurs modalités de fonctionnement. Le jeune âge d'Estim'93 ne me permet pas d'avoir une vision complète de son activité. Je retrouve dans certaines actions de La Cordée un fonctionnement très proche de celui d'un Centre médico-psychologique (CMP) alors que le dispositif d'EMPP, tel que nous l'envisageons, s'inscrit en complémentarité avec les dispositifs préexistants mais ne se substitue pas au travail de CMP. L'équipe du CMP intervient en grande partie chez des patients ayant un domicile personnel ou un logement précaire avec problème de promiscuité, menace d'expulsion, insalubrité parfois en lien avec un syndrome de Diogène. Aussi, elle travaille en collaboration avec les tuteurs des patients et les services d'hygiène des mairies. Le travail réalisé par l'équipe de la Boussole, tant auprès des personnes précaires qu'auprès des intervenants de première ligne, correspond en plusieurs points aux modalités de travail

envisagées par l'EMPP du G02. En effet, les interventions sont proposées au cas par cas, selon le contexte clinique et les besoins de prise en charge avec une disponibilité rapide allant de 24 à 48h maximum. La Boussole n'intervient pas chez les personnes ayant un domicile. La première rencontre s'effectue généralement en binôme. Cette EMPP, tout comme les deux autres dispositifs évoqués, ne se présente pas en tant qu'équipe d'intervention d'urgence, ce qui est conforme aux limites d'une équipe restreinte dont l'action n'est pas centrée sur la gestion de crise. De plus, l'équipe de La Boussole réalise, auprès des partenaires sociaux, des actions de prévention et d'éducation auxquelles j'ai assisté et participé. Ces actions interactives permettent de consolider les liens entre les professionnels, de coordonner et donner du sens aux interventions, de favoriser le suivi des situations mais aussi de construire un langage et une culture commune tout en préservant l'identité de chacun.

3.3.8 Le pôle 93G02

Le pôle dessert les communes de Saint-Ouen, d'Ile Saint-Denis et Saint-Denis sud ce qui représente 77 461 habitants.

3.3.8.1 [Evolution démographique](#)⁷⁶

Saint-Ouen⁷⁷ comptait au recensement de 2008, 45 595 habitants. Entre 1999 et 2008, la population a augmenté de 14.8%. En 2016, la livraison du projet de construction du quartier des Docks prévoit la livraison de plus de 9 000 nouveaux habitants soit une augmentation de plus de 20% de la population de la ville.

A la Plaine Saint-Denis, à horizon 2020, 10 000 logements seront construits correspondant à 22 500 habitants supplémentaires ainsi que 3 000 nouveaux logements autour des nouvelles infrastructures ferroviaires, pour le quartier de Pleyel.

⁷⁶ Insee et RP 2008. Insee-données des recensements 1999-2006 +, estimation 2009-2016 +, du secteur des études locales (St-Denis) à partir des programmations immobilières du service habitat Plaine commune (ratio de 2,5 habitants pour 1 nouveau logement à construire).

⁷⁷ La grande majorité des patients du secteur G02 habitent Saint-Ouen

3.3.8.2 Caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques de la population desservie par le secteur⁷⁸

Le taux de familles monoparentales est très élevé : 35.1% à Saint-Ouen contre 28.3% en Seine Saint-Denis et 19.9% en moyenne nationale.

Le Département de Seine-Saint-Denis a vu son nombre moyen de naissances par an augmenter entre 2005-2007 et 2008-2010 de +3% alors qu'il a été de +13.5% à Saint-Ouen.

A Saint-Ouen, on observe une surreprésentation des 30-44 ans, 25,7% contre 22,2% en Seine Saint-Denis, 22,5% en IDF et 5,8 en France métropolitaine.

La part de population étrangère est importante : à St-Ouen, elle est de 28,3% contre 21,1% dans le département et 12,4% pour la France métropolitaine.

Pour la ville de St-Ouen, l'IDH⁷⁹ est inférieur à 0,33%, contre 0,39% dans le département, 0,57% en IDF et 0,51% en France métropolitaine.

L'habitat indigne à St-Ouen est à un taux très supérieur, de l'ordre de 32,2% contre 9,2% pour le département et 4,9 en IDF.

Il existe une forte représentation des catégories socio-professionnelles les plus modestes : à Saint-Ouen, le taux d'ouvriers parmi la population active est de 59% (équivalent au département), contre 43% au niveau régional.

A St-Ouen, en 2009, le taux de chômage est de 17,7% contre 16,5 au niveau du département et 10,9 au niveau de la région. Depuis 2009, ce chiffre s'est probablement accru.

On constate à Saint-Ouen une proportion de bénéficiaires de la CMU-C équivalente à celle du département et beaucoup plus forte que sur la région, sur la ville de Saint-Ouen, 11,1% des habitants relèvent de la CMU-C⁸⁰ contre 6% pour la région.

⁷⁸ Contrat local de santé de Saint-Ouen 2014-2017, Bobigny le 30 juin 2015, pp. 8-9

⁷⁹ Indicateur de précarité qui agrège des indicateurs de santé (espérance de vie à la naissance pour les deux sexes)

⁸⁰ Contrat local de santé de Saint-Ouen, pp. 8-9

3.3.8.3 [Offre de soins psychiatrique en dehors du secteur G02](#)

On ne trouve qu'un psychiatre libéral depuis le récent départ en retraite de deux psychiatres. Deux psychologues cliniciennes travaillent en libéral à St-Ouen. Le Centre médical de santé, Henri Barbusse, propose deux consultations de psychiatre (0,25 ETP, des effectifs médicaux du G02).

3.3.9 Les dispositifs du pôle

- **L'UHTP le Clos Besnard**, service de psychiatrie adulte : cette unité est délocalisée depuis 2003, selon le principe de proximité et d'accessibilité. Elle est constituée de 22 lits et 2 Chambres de soins intensifs (CSI). Il s'agit d'un service ouvert, où se côtoient les patients en hospitalisation libre et les patients hospitalisés sous contrainte.
- **L'UHTP adolescents et jeunes adultes, l'Escale** : L'activité existe depuis 2003 au sein de l'unité adulte. En mars 2014, l'Escale s'est installée dans de nouveaux locaux. Il s'agit d'une unité départementale. Cette unité comprend 4 lits. Elle accueille des adolescents de 16 à 22 ans. Les indications sont les états dépressifs, troubles de l'humeur, tentative de suicide, troubles bipolaires, conduites à risque, bouffées délirantes et décompensations psychotiques.
- **L'Unité de thérapie familiale** : L'équipe de thérapie familiale prend en charge les problématiques de couples et de familles en consultations externes ou au cours de l'hospitalisation d'un membre de la famille. L'activité croissante de cette unité et la perspective d'une mutualisation des moyens avec les pôles G05 et G13 nécessitent la création d'une deuxième salle pour 2016.
- **L'Hôpital de jour (HDJ)** : Ce dispositif compte 21 places. Il accueille des patients adultes et adolescents à partir de 16 ans. Cet accueil est médicalisé avec des entretiens psychiatriques et infirmiers quotidiens. Des activités thérapeutiques permettent de travailler l'image du corps, l'image de soi, la relation d'autrui, l'autonomisation, l'insertion ou la

réinsertion professionnelle. L'équipe de l'HDJ gère 2 appartements associatifs de 5 places au total et a formalisé un partenariat avec l'Office HLM de Saint-Ouen.

- **Centre médico-psychologique**⁸¹

Le CMP est le pivot de l'organisation des soins du secteur. Ils ont été créés par l'arrêté du 14 mars 1986. A l'article 1, on peut lire au sujet des CMP *«Qu'ils sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à la disposition d'une population. Ils peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique »*⁸².

La mission du CMP est d'accueillir toutes les personnes en souffrance psychique à partir de l'âge de 16 ans. Des personnes souffrant de troubles psychiques dont la schizophrénie, la dépression, des personnes en demande de conseils...

Le CMP a la vocation de travailler en réseau, avec les maisons de retraite, les gériatres, les généralistes, les médecins du travail, les Centres communaux d'action sociale (CCAS), les travailleurs sociaux... Aussi, la famille ou l'entourage est considéré comme un partenaire. Le plus souvent, l'entourage fait partie de l'environnement immédiat du patient. La famille ou l'entourage accompagne le parent pour une prise de contact, demande à rencontrer les soignants... L'équipe rencontre la famille, après accord du patient, sans pour autant travailler systématiquement avec elle. Les adultes ont le droit de se soigner sans leur entourage.

⁸¹ L'équipe mobile psychiatrie précarité sera rattachée au CMP, je développerai plus loin la question de ce dispositif.

⁸² Arrêté du 14 mars 1986 relatif « à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique ».

3.3.10 La file active du pôle

File active	Année 2015		Année 2014	
	1 672	%	1 164	%
Patients vus pour la 1 ^{ère} fois	417	24,94	355	21,33
Patients vus une seule fois dans l'année	387	23,15	377	22,66

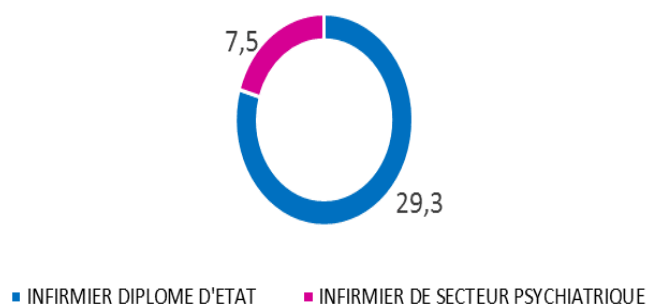
3.3.11 Les effectifs du pôle

ETP	UHTP adulte	UHTP ado	HDJ	CMP	Total
Médecin	5,7	0,6	1,5	4,7	12,5
Cadre supérieur	1				1
Cadre de santé	1	1	1	1	4
Psychologue	2,5	0,5		1,5	5
Infirmier	19,8	5,5	6,8	5	37,1
Assistante sociale	1		1	1	3
Aide-soignant	4	2		1	7
Ergothérapeute	1				1
Educateur spécialisé		1,8	2		3,8
Agent de service hospitalier	5,18	1	2		8,18
Technicien hospitalier	1				1
Adjoint administratif				1	1
Assistante médico-administrative	2,4	0,3	0,8	1	4,5

Effectif infirmier : Répartition, au sein de l'effectif infirmier entre infirmiers diplômés d'état (IDE) et infirmiers de secteur psychiatrique (ISP).

Depuis la disparition de la spécialité d'infirmier de secteur psychiatrique, le renouvellement des équipes soignantes du secteur s'accompagne d'une diminution régulière du ratio ISP/IDE. Cela est dû au fait que les infirmiers récemment affectés au secteur sont de jeunes diplômés.

pôle : effectif infirmiers DE et ISP



3.3.12 Les points à améliorer et les points positifs du secteur

Les points à améliorer

Un manque de structures d'hébergement thérapeutique alternatives à l'hospitalisation à temps complet pour des patients présentant des troubles psychiatriques graves mais stabilisés.

Même si ça n'est pas une difficulté majeure, l'insuffisance de la capacité d'hospitalisation temps plein entraîne quelques fois la saturation des lits. De plus, la difficulté croissante d'accès au logement et la progression de la précarité sur le territoire risquant d'aggraver la saturation des lits.

L'utilisation du mode de communication verbale pour la transmission des informations relatives aux soins prime sur la transmission écrite et relève de la tradition orale en psychiatrie. Quelles que soient la qualité et l'importance des informations transmises oralement, elles perdent en précision au cours des échanges et relais successifs, pour en finalité être souvent perdues. Les conséquences sont d'autant plus gênantes que les projets de soins s'inscrivent et s'articulent autour des notions de durée, de continuité et de pluridisciplinarité. Aujourd'hui, ce mode de communication verbal nécessaire est en décalage avec les exigences et évolutions récentes des métiers du soin. La mise en place du dossier patient informatisé, depuis début 2016, dans un premier temps, pour les secrétaires, puis par la suite pour le personnel soignant, est probablement la solution pour que l'écrit trouve enfin sa place en psychiatrie. Un dossier informatisé qui sera un outil de travail

dynamique, garant de la continuité des soins, et qui témoignera de toutes les démarches et actions réalisées autour du patient.

Les points positifs

Le nombre peu élevé d'unités fonctionnelles diminue les cloisonnements internes au secteur, favorise les liens entre les structures et concentre les moyens et les compétences.

L'ensemble des professionnels, toutes catégories confondues, maintiennent une implication constante dans leur mission et partagent un désir collectif d'aider, d'accompagner et de soulager la souffrance des patients.

Une offre clinique riche et diversifiée permettant des soins différenciés selon les pathologies avec la présence de médecins ressources pour des prises en charges spécifiques telles que celles des psycho-traumatismes, l'hypnose, les thérapies cognitivo-comportementales, la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et enfin la psycho-gériatrie.

Une consultation en soins somatiques et diététiques tant sur l'unité d'hospitalisation que sur l'extrahospitalier pour optimiser la prise en charge et favoriser l'intégration des patients dans un parcours de soins global et cohérent.

Des réunions institutionnelles entre les représentants de l'ensemble des dispositifs du pôle, favorisent le décroisonnement, les échanges d'informations et l'optimisation des prises en charges des patients.

La notion de référence : nous travaillons avec « un système de référence » où les médecins et les infirmiers sont les référents du patient. La référence est un outil très important pour la prise en charge des patients nécessitant un accompagnement soignant prolongé. Elle signifie au patient qu'il bénéficie, au sein de l'équipe pluridisciplinaire d'au moins un interlocuteur privilégié qui représente un repère stable pendant la durée de la prise en charge. Aussi, celle-ci veille à réorienter les soins en fonction du projet, à échanger, partager et recentrer les informations concernant le patient et son suivi. L'infirmier référent n'est pas isolé dans la relation soignant-soigné, en effet, cette relation doit être très régulièrement réinterrogée au travers du projet de soin global et se déployer dans le champ de la prise en charge

institutionnelle. De plus, l'infirmier référent n'a pas vocation à se substituer au rôle soignant de l'équipe infirmière.

Dans nos pratiques de soins, nous travaillons autant que possible avec les familles et les aidants, l'accord du patient étant indispensable. Luttant contre l'exclusion et favorisant le lien, le patient est appréhendé dans son contexte de vie et la prise en compte de son entourage, lorsque cela est possible, s'avère indispensable. Les proches du patient souffrent aussi, s'inquiètent, s'interrogent, sont fatigués et demandent à être conseillés, accompagner pour aider au mieux le malade. Ils peuvent être aussi d'une aide considérable pour mieux situer le patient dans son environnement et ainsi nous renseigner. Aussi, la famille reste un pivot central dans la réadaptation sociale du patient. C'est pourquoi, nous accordons une place majeure aux familles en leur proposant un soutien et en les incluant dans l'élaboration du projet de soins du patient.

La thérapie familiale permet une prise en charge du patient dont les symptômes sont appréhendés dans leur dimension relationnelle au sein du milieu familial. De plus, dans une perspective humaniste, elle permet de répondre à la souffrance du patient mais aussi à celle des aidants familiaux. Dans notre service, l'équipe est constituée de médecins, psychologues et infirmiers travaillant dans les différentes unités fonctionnelles du service. C'est une unité non sectorisée.

La proximité de l'HDJ et du CMP, au plus près de la population du secteur, procède de la volonté de secteur de maintien des liens entre le patient, son environnement ainsi que la prise en compte des réalités sociales et culturelles spécifiques de chaque quartier. Ainsi, s'est développé et se développe toujours, au sein du secteur, un savoir et une pratique « de terrain » enrichis au travers des rencontres et d'échanges avec les partenaires du secteur social. Grâce à ce savoir s'est construit un socle de compétences et de pratiques essentiel pour la prise en charge individuelle et globale du patient.

Au sein de l'équipe infirmière, il existe une mixité ISP-IDE qui partagent leurs compétences et favorisent l'évolution des pratiques. Issus de formations différentes, les ISP sont dotés d'une expérience riche, témoignent de la

mémoire institutionnelle et sont des repères dans la continuité des soins, essentielle pour les patients suivis au long cours. Quant aux IDE, ils offrent un regard neuf, parfois critique et une connaissance des supports et des outils organisationnels qu'ils partagent avec leurs collègues ISP.

Le CMP se situe au centre du dispositif sectoriel, en pivot des pratiques de réseau, de réinsertion et de soins aux personnes en situation de précarité.

Une démarche participative : La création récente de l'unité de prise en charge des adolescents et la mise en place prochaine d'une équipe mobile psychiatrie précarité sont des exemples de démarche participative de l'ensemble des soignants. Leur implication se confirme au fil des réunions du comité de pilotage où les équipes savent se remettre en question et apporter leurs idées à la réflexion commune. Cette démarche participative est le reflet d'un esprit collectif de secteur.

Nous accordons un intérêt important à la démarche d'évaluation qui nous donne des repères et des indications sur le suivi et la pertinence des actions mises en place. Elle nous permet, avec l'aide du service de la qualité, de confirmer nos objectifs et nos choix méthodologiques ou au contraire de les réactualiser ou les réorienter.

Le développement du travail de réseau et de partenariat : Le travail en réseau est depuis longtemps ancré dans nos pratiques de secteur et nous accordons une importance majeure à la richesse et à la collaboration, déjà ancienne, entre le secteur de la psychiatrie et celui du social. L'engouement actuel pour le travail de réseau devient une occasion de réinterroger nos pratiques de secteur et le cas échéant de le formaliser. Certes, historiquement le travail de réseau est riche mais bien que les acteurs de la psychiatrie et ceux du social soient complémentaires dans le parcours de soins et de vie du patient, il dépend souvent de la bonne volonté de ces acteurs.

4 Développement managérial du projet

4.1 Historique du projet

L'EMPP est créée suite à une commande institutionnelle dans le cadre de la prise en charge des personnes en situation de précarité montrant des symptômes psychiatriques. Le pôle 93G02 s'est proposé de répondre à cet appel, élargissant ainsi ses différentes activités. La création d'une EMPP concerne et doit être portée par les secteurs de psychiatrie.

Le pôle 93G02 propose donc d'assurer une équipe mobile à vocation intersectorielle conforme aux préconisations de 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 met enfin un cadre après une décennie d'expériences. Le secteur a mis 25 ans pour se mettre en place, lui aussi à partir d'une simple circulaire. Dans ce texte, les équipes mobiles se présentent comme un dispositif complémentaire, qui ne se substitue pas, par exemple, au travail du CMP, mais qui « relève d'une double mission, à la fois vers les personnes elles-mêmes, mais aussi en direction des acteurs de première ligne, [...] souvent dépassés par la lourdeur et la complexité des pathologies présentées⁸³ ».

Elle est ainsi la cinquième équipe du département de la Seine-Saint-Denis et la quatrième équipe rattachée à l'EPS Ville-Evrard après les EMPP *La Cordée (2007)*, *La Boussole* (septembre 2010) et *Estim'93 (novembre 2013)*. L'intersectorialité envisagée est celle du territoire des pôles 93 G 02, 05, 06 et 13 qui couvrent les communes de Saint-Ouen, Drancy, le Bourget, Aubervilliers, Bobigny et Pantin (Nord-ouest du département). Le nombre total d'habitants sur nos secteurs d'intervention est de : 302 841 habitants.

⁸³ Mémoire « Santé mentale dans la communauté », V. ARQUES, année 2013, p. 8.

4.2 Le Centre médico-psychologique

4.2.1 La formation des infirmiers du CMP

Deux des 5 infirmiers sont infirmiers de secteur psychiatrique. Deux sont formés à la prise en charge des auteurs adultes et mineurs de violences sexuelles et l'un des deux est également en charge des adolescents. Deux autres infirmiers sont thérapeutes familiaux dont un formé à l'encadrement des étudiants infirmiers et titulaire d'un diplôme universitaire (DU) en santé mentale. Une infirmière est inscrite, pour la rentrée prochaine, à un DU d'addictologie. 3 infirmiers sont formés à l'ethnopsychiatrie (niveau 1 et 2).

4.2.2 L'inscription des infirmiers dans la vie institutionnelle

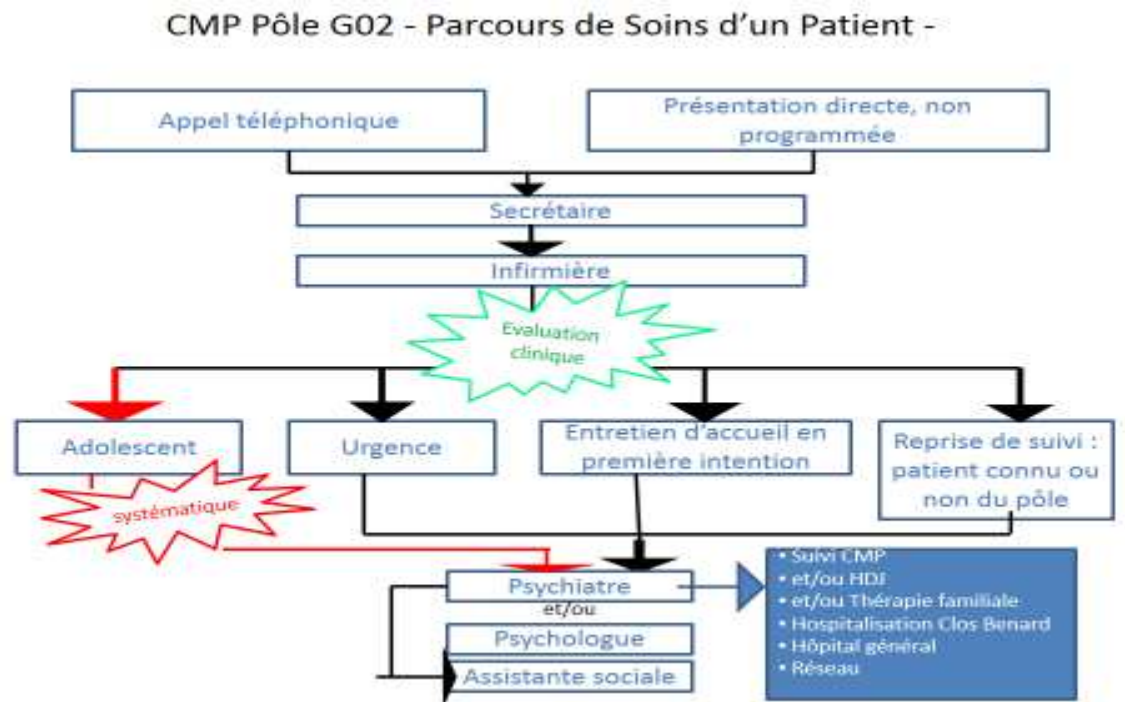
Deux infirmiers participent aux Evaluation des pratiques professionnelles (EPP), l'un est inscrit, avec le cadre et le psychiatre responsable du CMP, dans le groupe « administration des médicaments en ambulatoire », une infirmière est dans le groupe « parcours du patient ». Une infirmière est trésorière de l'association « Réflexion institutionnelles de Ville-Evrard »⁸⁴.

4.2.3 L'inscription des infirmiers dans la vie du secteur et du territoire

L'ensemble des infirmiers participent aux RESAD pour les patients dont ils sont référents. Un infirmier, accompagné d'un médecin psychiatre, fait partie d'un groupe de travail, organisé par la Mairie de Saint-Ouen, sur la santé mentale des jeunes. Un infirmier, accompagné d'un psychiatre, participe à l'organisation par l'ARS, de la prise en charge des symptômes post-traumatiques dans le contexte actuel des attentats. Tous deux sont inscrits en renfort de la Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) du 93 qui dépend de l'hôpital Avicenne.

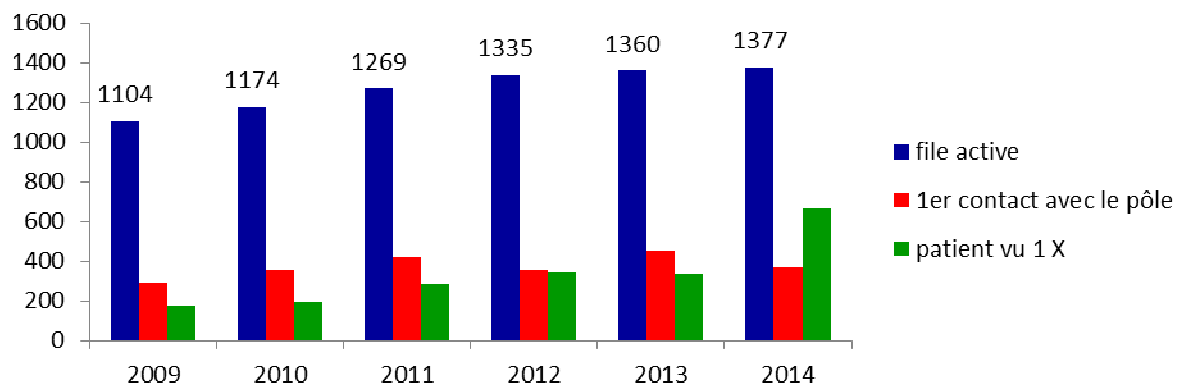
⁸⁴ Cette année le thème est « Vieillesse et psychiatrie » « Quelles représentations ? Quelles spécificités ? ».

4.2.4 Le parcours du patient



4.2.5 Quelques indicateurs de l'activité⁸⁵

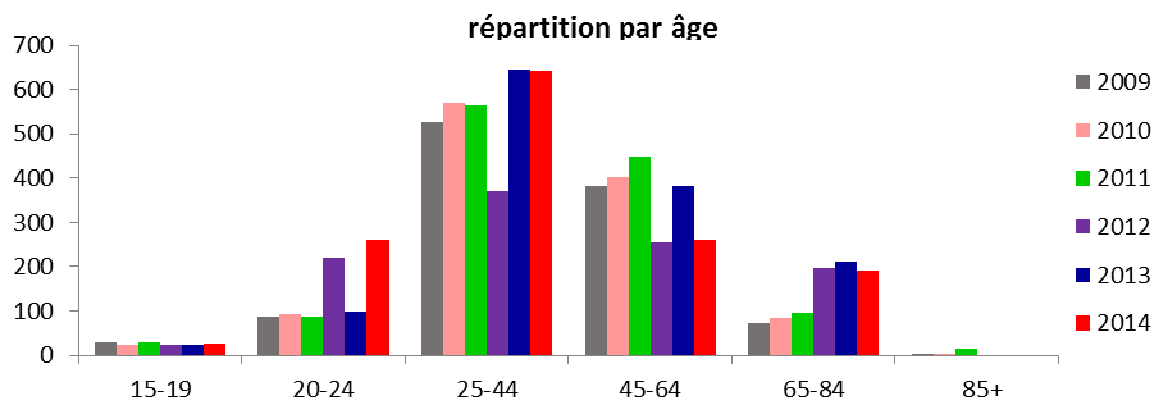
La file active



Depuis 2009, la file active augmente progressivement, même si on observe un ralentissement dans sa progression pour les trois dernières années. Certains patients venus une fois ne relèvent pas de la psychiatrie où sont réorientés vers un spécialiste (addictologue, neurologue...), leur médecin traitant...

⁸⁵ Statistiques DIM 2009-2014, EPS de Ville-Evrard.

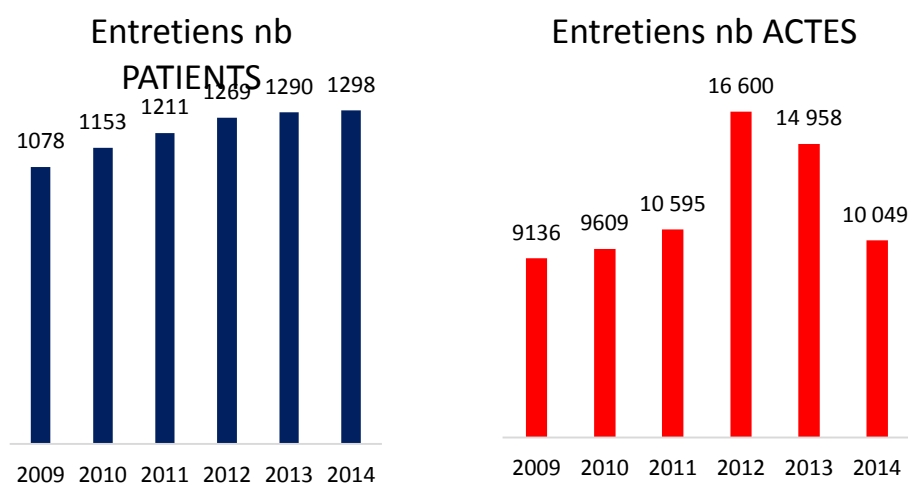
Répartition par âge



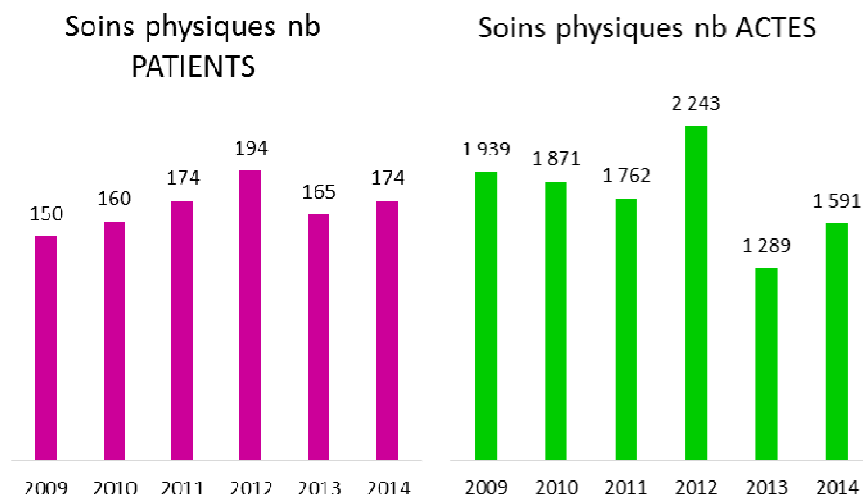
* **2012 : tranches d'âges modifiées** < 20/20-30/30-40/40-50/50-60/>=60

* **2014 : tranches d'âges modifiées** 15/20-20/30-30/40-50/60-/60-70/70-80/>=80

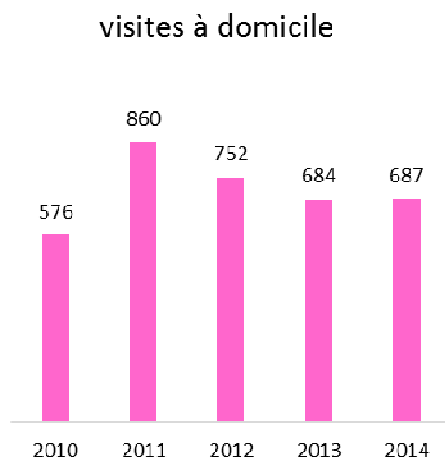
La tranche d'âge la plus représentée est celle des 25-44 ans et reste stable en 2013 et 2014. Nous remarquons une augmentation notable de la tranche 65-85 ans que nous pouvons relier au vieillissement de la population.



Le nombre d'entretiens concerne l'ensemble des entretiens réalisés par l'équipe pluridisciplinaire. Le nombre d'entretiens pour les patients de 2012 à 2014 est stable. Par contre, depuis 2012, on observe que le nombre d'actes est progressivement en diminution car les patients sont vus moins souvent. De plus, un même patient est vu plusieurs fois en entretien.



En 2013 et 2014, le nombre de soins physiques pour les patients est stable. Par contre, le nombre d'actes en 2013 et 2014 est en diminution notable. Cela s'explique par le passage d'un neuroleptique retard agissant 15 jours à un neuroleptique agissant 1 mois. Un même patient peut bénéficier de plusieurs actes.



A partir de 2013, les visites à domicile ont fait l'objet d'une réévaluation semestrielle, ainsi, dès 2012, leur nombre a diminué. En 2013 et 2014, le nombre de VAD est stabilisé.

Maintenant, il s'agit de savoir comment, dans le cadre de la mise en œuvre d'une EMPP, l'anticipation du changement organisationnel du CMP peut faire évoluer les pratiques professionnelles pour tendre vers la prise en charge globale, spécifique, de la population précaire ?

4.2.5.1. Objectif principal du projet

C'est la prise en charge des personnes en situation de grande précarité montrant des symptômes psychiatriques. L'EMPP s'inscrit dans la complémentarité des autres dispositifs sanitaires et sociaux. Le cadre d'intervention dans la communauté est celui « d'aller vers » un public souvent dans une position de « non-demande ».

L'idée du projet

La création de l'EMPP est une nouvelle occasion de revoir l'organisation du CMP. Il s'agit de partir de l'existant afin de commencer une réorganisation du travail. Il s'agit de faire un état des lieux du CMP et de préciser les points forts et les points à améliorer afin d'appréhender le plus efficacement possible des solutions et de nouvelles modalités de fonctionnement.

C'est une réorganisation partielle qui se doit d'être anticipée pour répondre aux besoins de la population en grande précarité. Pour les professionnels, c'est une nouvelle opportunité d'échanger autour de leur pratique, de donner un sens à leurs actions et d'enrichir leur clinique autour de la prise en charge d'une population spécifique.

La réorganisation de l'activité du CMP est du ressort du cadre et du responsable médical de l'unité. Toutefois, le cadre supérieur accompagne, soutient, reste disponible et peut être sollicité par le cadre ou l'équipe, à tout moment ; elle est tenue, ainsi que le chef de pôle, informée de l'évolution de la démarche. Le cadre peut aussi s'appuyer sur la directrice des soins.

4.3 L'Equipe mobile psychiatrie précarité, déclencheur du changement organisationnel

Pour mener à bien ce projet, il est nécessaire d'anticiper et d'amener les acteurs à travailler ensemble avec une méthodologie appropriée visant à établir une photographie de l'existant, à fixer les objectifs, à travailler sur les représentations du travail de chacun des personnels pour décliner ensuite les représentations des actions à mettre en place. Il s'agit ainsi, de travailler en amont de l'action. Pour atteindre ces objectifs et concrétiser le projet, le cadre de proximité du CMP collabore avec le responsable médical de l'unité. Il s'agit pour le cadre de proximité de communiquer, avec l'équipe sur le projet de rattachement de l'EMPP au CMP, de manière bienveillante afin d'instaurer un climat de confiance permettant la compréhension des objectifs et des modalités du projet. Cette démarche s'accompagne du soutien et de l'accompagnement du cadre supérieur de santé et du chef de pôle.

4.3.1 L'accompagnement des équipes et la communication autour du projet

Une cohésion entre l'encadrement et le corps médical est essentielle afin d'amener l'équipe du CMP à donner du sens au projet. Le soutien de l'équipe médicale est un levier important pour favoriser l'implication des soignants. La journée de pôle peut être le moment privilégié pour faire le point avec les équipes sur les missions de l'EMPP et les besoins de la nouvelle patientèle. Ainsi, une réflexion avec l'équipe médicale sur les modes de prises en charges des patients, le profil de la nouvelle patientèle, en lien avec les ressources humaines allouées, sont une base de travail pour appréhender la réorganisation du CMP auquel l'EMPP sera rattachée. Cette réflexion ayant débutée le 21 novembre 2015, l'équipe soignante, accompagnée par l'encadrement et le corps médical, est aussi entrée dans une dynamique de réflexion, qui l'amène progressivement à se projeter dans une réorganisation de travail. Le chef de pôle et le cadre supérieur de santé ont présenté le projet, à la réunion de cadres, à l'ensemble de l'équipe du CMP et au conseil de pôle.

L'inscription du projet d'implantation de l'équipe mobile dans le projet de soins 2013-2017 de l'établissement, est un exemple de bonne coordination et de cohérence entre le pôle et l'institution et offre au projet une légitimité institutionnelle. Le cadre supérieur de santé (CSS) et le cadre de santé (CS) conviennent qu'il est essentiel de prévoir des temps d'échanges le plus en amont possible du projet mais aussi après sa mise en œuvre. Le calendrier des différentes phases du projet et de sa mise en œuvre est connu de l'ensemble des personnels du pôle.

Le CSS accompagne le CS dans la mise en place d'une communication adaptée, structurée qui vise à lever les appréhensions et les craintes de l'équipe. De plus, la transparence des informations relatives au projet est nécessaire pour éviter des déceptions et des résistances durables dans le temps. Aussi, les informations doivent être complètes et les difficultés envisagées doivent être annoncées. L'équipe doit être informée du contexte et des enjeux, il faut donc expliquer le changement, le dédramatiser et faire naître les idées. Des réunions d'information sont organisées, dans la salle de réunion du CMP, pour accompagner l'équipe et l'amener à basculer de la méfiance et/ou du doute à la participation et la confiance. Les échanges se passent aussi dans les groupes de travail afin de laisser place à l'expression de chacun. Les équipes sont informées des profils de patients accueillis, des pathologies prévalentes, des soins, des conduites à tenir et de la prise en charge globale en partenariat.

La base de réflexion du projet comprend aussi l'anticipation des besoins en termes de parcours du patient en fonction de la pathologie et des soins requis. Au sein du pôle, selon son état de santé, le patient peut être accueilli en consultation au CMP, à l'HDJ ou en hospitalisation complète. Il faut donc que les équipes soignantes du pôle connaissent bien les caractéristiques de la nouvelle patientèle afin d'optimiser sa prise en charge.

Manager ce projet, dont je suis le chef de projet (le groupe projet est constitué du CSS, du CS et de deux infirmiers du CMP, du médecin responsable de l'EMPP) nécessite donc de mobiliser sur un même objectif, pour une durée déterminée, différents professionnels, et l'efficacité du management par projet suppose la mise en place d'une organisation spécifique pour favoriser sa réalisation tout en assurant la pérennité des

activités existantes. D'où la difficulté, par exemple, de mettre en place et de tenir le planning des réunions de travail. Le calendrier⁸⁶ (diagramme de GANTT) est un outil qui facilite la gestion du projet en mettant en perspective, dans le temps, les différentes actions. L'ensemble de la réalisation de ce projet s'étend sur douze mois.

Dans ce projet, l'accompagnement de l'équipe soignante du CMP permet de lever les craintes freinant la participation. Cet accompagnement, axé sur une communication claire et adaptée aux personnels impliqués, est réalisable du fait d'un fort investissement de l'encadrement du pôle, en collaboration avec le corps médical et en partenariat avec les acteurs sociaux, en faveur de l'accueil et du parcours de la population précaire au sein du pôle. La communication est essentielle pour expliquer, dédramatiser et faire naître les idées. Tout au long du projet et même au-delà, la communication doit être forte et portée par l'encadrement et le corps médical. En effet, la communication recherche la participation des personnels impliqués, leur implication au cœur de la réorganisation du travail au CMP, au cœur du processus de changement, pour lever les résistances.

4.3.2 Le changement

Pour Crozier et Friedberg, le changement *« ne peut se réduire à une décision hiérarchique. Celui-ci doit être accompagné d'un apprentissage de nouveaux modes de relations [...] La difficulté vient de ce que l'apprentissage de la nouvelle pratique sociale se fait à l'intérieur de l'ancienne, de ce fait, il faut inventer des relations différentes dans un système qui vit une certaine pratique. D'où la nécessité, pour réussir ce changement, de donner au préalable une certaine souplesse à l'organisation que l'on veut modifier »*⁸⁷. Le changement est donc à la fois une source d'opportunité qu'il faut saisir mais aussi une source de crainte et de méfiance. La raison qui amène les soignants du CMP à « résister » au changement est surtout liée à la crainte de la perte des relations sociales construites dans la structure.

⁸⁶ Annexe 3 : Calendrier 2015-2016

⁸⁷ P. Bernoux, « La sociologie des organisations », Editions du Seuil, 6^{ème} édition, 2009, p. 231

Selon ces sociologues, il est possible d'améliorer une organisation grâce « à un processus collectif à travers lequel sont mobilisées, voire créées, les ressources et capacités des participants nécessaires pour la constitution de nouveaux jeux dont la mise en œuvre libre –non contrainte– permettra au système de s'orienter ou de se réorienter comme un ensemble humain et non comme une machine »⁸⁸.

C'est donc en intégrant les acteurs et en les impliquant dans le processus de changement que le projet aboutira. Aussi Bernoux nous dit que « Tout changement est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose [...] celui qui a le sentiment de perdre ne peut que refuser le changement ou tenter de le freiner »⁸⁹. Ainsi, pour Crozier et Friedberg, Le changement est avant tout la mise en œuvre de nouveaux rapports humains. Selon eux, les hommes sont moins attachés à leurs habitudes qu'on ne le pense, « Ils sont tout à fait prêts à changer très rapidement s'ils sont capables de trouver leur intérêt dans les jeux qu'on leur propose »⁹⁰. Les hommes évalueront les risques car tout changement remet en question l'équilibre des pouvoirs et la maîtrise des zones d'incertitude. En effet, les relations de pouvoir entre professionnels trouvent un équilibre dans l'organisation et tout changement va avoir un impact sur ces relations de pouvoir et sur la liberté d'action de chacun, donc sur l'équilibre existant. Il est ainsi essentiel pour l'encadrement d'expliquer la nécessité du changement, en développant une attitude d'écoute, une communication cohérente et un accompagnement des personnels tout au long du processus.

⁸⁸ M. Crozier, E. Friedberg, « L'acteur et le système », Editions du Seuil, 1992, p. 391

⁸⁹ P. Bernoux, « La sociologie des organisations », p. 235

⁹⁰ M. Crozier et E. Friedberg, « L'acteur et le système », p. 386

4.3.3 La conduite du changement

Pour l'encadrement, la question majeure est d'amener l'équipe du CMP à comprendre le changement « *sous un aspect dynamique et non contraignant* »⁹¹, il s'agit de convaincre l'équipe de l'utilité du projet de changement organisationnel.

La conduite du changement nécessite donc de s'appuyer sur une volonté hiérarchique cohérente, structurée et sur une participation, tout au long du processus, des acteurs concernés. C'est à l'encadrement que revient d'impulser et de maintenir la motivation des personnels. Pour cela, le pôle développe le management participatif pour permettre l'implication de chacun des acteurs. Le changement ne se décrète pas, il doit associer l'ensemble des acteurs impliqués, « *Après l'écoute, qui a déjà pour but de reformuler les problèmes en profondeur, il faut délibérer, c'est-à-dire choisir des solutions. C'est là, tout l'art du changement qui est un art difficile. Délibérer, ce n'est ni imposer de solution arbitraire, ni se soumettre aux desiderata de chacun. Cela suppose d'impliquer les personnes, de faire émerger les problèmes et créer les conditions d'un dialogue* »⁹².

4.3.4 Un bien-être au travail

Un véritable partenariat existe entre le cadre et le médecin responsable. La conduite de l'équipe se base, entre autres, sur le principe de motivation de chacun de ses membres, qui elle-même s'appuie sur la reconnaissance professionnelle des personnels par la hiérarchie. Il s'agit donc, après avoir listé les tâches, de savoir les déléguer aux professionnels ayant une compétence appropriée, et de travailler dans un climat de confiance, de respect et d'équité.

Le faible taux d'absentéisme de l'équipe infirmière, leur implication au projet, leur participation aux groupes de travail du pôle et de l'institution sont autant d'illustrations de leur bien-être au travail.

⁹¹ J. Hart - S. Lucas, « Management hospitalier – Stratégies nouvelles des cadres », Editions Lamarre, 2002, p. 91

⁹² <https://books.google.fr/books?isbn=2361060612>, consulté en ligne le 23 mars 2016

Au CMP, le taux d'absentéisme⁹³ de l'équipe infirmière est de 0,38% (pourcentage de jours d'absence annuels) en 2013 et de 0,71% en 2014 contre 7,86% en 2013 et 7,42% en 2014, pour l'ensemble des personnels infirmiers de L'EPS VE⁹⁴.

Aussi, dans la structure, un système de référence semestrielle, a été mis en place, par le cadre de santé lors des réunions infirmières, concernant plusieurs tâches dont le niveau de contrainte est variable. Le rythme à 6 mois a été convenu avec les infirmiers afin qu'il y ait une rotation et une répartition égalitaire des tâches entre chacun des agents. Il en est de même pour la charge de travail où chacun des infirmiers doit réaliser au moins un accueil de première intention⁹⁵, la répartition des visites à domicile (VAD) ne se fait pas en fonction du nombre de patients mais en fonction du rythme et de la complexité de la prise en charge... Il s'agit de réaliser un planning organisationnel égalitaire quant aux tâches et de la charge de travail.

En dehors des indicateurs quantitatifs abordés précédemment, entre autres, l'absentéisme, la participation aux formations..., il convient de noter les indicateurs qualitatifs de bien-être au travail.

Dans l'analyse du bien-être du personnel soignant, l'encadrement est le plus à même de saisir la dimension subjective et vécue des agents. Les indicateurs qualitatifs s'expriment dans les attitudes de l'équipe soignante par la bonne humeur, l'entraide, le soutien, les réponses aux sollicitations du cadre, l'écoute, l'initiative... Ce sont autant d'indicateurs subjectifs de la satisfaction au travail. Aussi, le niveau de satisfaction concerne le planning, la satisfaction des soignants par rapport à la qualité de leur travail et des soins.

⁹³ Instruction n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 02 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Indicateur n°6 : Nombre de jours d'absences du personnel / ETP moyen sur l'année n X 365, exprimé en pourcentage. Le nombre d'ETP moyen de l'année n est calculé en additionnant le nombre d'équivalent temps plein à la fin de chaque mois de l'année n, le tout divisé par 12. Le nombre d'ETP moyen sur l'année est à multiplier par 365, y compris les années bissextiles.

⁹⁴ Taux extraits des bilans sociaux 2013 et 2014 : données remises par le secrétariat des ressources humaines de l'EPS de Ville-Evrard, le 06 avril 2016.

⁹⁵ Premier contact ou première reprise de contact avec un patient au CMP.

La prise de parole aux réunions des différents dispositifs du pôle ou à celles des partenaires du réseau, l'implication dans la prise en charge des patients, la prise d'initiatives renseignent sur le niveau de satisfaction des personnels.

Pour exemple, l'autonomie et la responsabilité des infirmiers lors de la réalisation des accueils de première intention, ou lors des entretiens de soutien sont des facteurs d'intérêt au travail. Ainsi, l'orientation du patient, vers un psychiatre et/ou un psychologue, témoigne d'une part, de la confiance et d'autre part de la reconnaissance des compétences infirmières par l'équipe pluridisciplinaire.

Certes, il est important d'assurer aux infirmiers et à l'aide-soignante de bonnes conditions de travail mais ce n'est pas suffisant. Mes dix années d'expérience en qualité de cadre de santé m'ont apprises la nécessité de répondre à certaines des attentes de l'équipe infirmière. Sur le bureau de mon ordinateur est toujours épinglée une feuille word destinée à recueillir les différentes suggestions, doléances et difficultés rencontrées par les soignants dans certaines prises en charge. Ces dernières figurent automatiquement à l'ordre du jour de la réunion soignante⁹⁶ ou à celui de la réunion de synthèse, selon si sujet à traiter concerne l'équipe infirmière ou l'équipe pluridisciplinaire. De plus, l'évaluation annuelle de chacun des soignants est, pour le cadre, l'opportunité de recueillir les thèmes du prochain groupe de travail. La réunion infirmière qui suit les évaluations permet de décider ensemble du sujet. Ces deux dernières années, nous avons travaillé sur la clinique infirmière à partir de cas concrets choisis, par les infirmiers, pour leur complexité ou leur intérêt clinique. La première année, l'équipe a souhaité la participation du psychiatre référent et la deuxième, celle d'un psychiatre en dehors de la prise en charge du patient évoqué. Ces groupes de travail sont des espaces de discussion, de réflexion, qui encouragent l'expression et témoignent, aussi, de la reconnaissance de l'encadrement et du corps médical, de l'engagement au travail des soignants.

⁹⁶ Anciennement réunion infirmière : changement de dénomination depuis l'intégration de l'aide-soignante dans l'équipe.

En effet, les conditions dans lesquelles les infirmiers exercent leur travail, leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail. Ainsi, le bien-être au travail s'appuie sur le développement professionnel, le partage de valeur, la confiance et le climat social. Ces derniers facilitent la participation, les relations avec les collègues, la prise de parole et favorisent l'autonomie, le sens du travail, la responsabilisation, la qualité des soins, le sentiment d'utilité, le travail en équipe et l'engagement au travail. Ainsi, « *l'organisation du travail favorise la santé au travail* »⁹⁷.

Le rapport Lachmann⁹⁸, à travers ces 10 propositions, attribue un rôle prépondérant aux managers quant à la promotion de la santé au travail : « *la santé des salariés est d'abord l'affaire des managers, elle ne s'externalise pas : les managers de proximité sont les premiers acteurs de santé* »⁹⁹. On peut donc considérer que les conditions de santé et de sécurité au travail, éléments essentiels du développement du bien-être au travail, sont de la responsabilité et du rôle du cadre de santé.

Egalement, le rapport appuie sur la nécessité d'appréhender « l'équipe de travail » comme un tout et pas seulement comme une somme d'individus. « *Ne pas réduire le collectif de travail à une addition d'individus : valoriser la performance collective pour rendre les organisations de travail plus motivantes et plus efficaces* »¹⁰⁰. Il appartient au cadre d'anticiper et de prendre en compte l'impact des changements sur l'humain. Ainsi, tout projet de réorganisation ou de restructuration, doit comporter un volet sur la faisabilité et l'acceptabilité par les salariés de ce changement. Le management participatif s'avère être un levier pertinent dans l'amélioration du bien-être au travail.

⁹⁷ D. Letourneau, responsable du Master management des organisations soignantes « Stratégie nationale de santé », cours du 17 mai 2016, ESM

⁹⁸ Rapport H. Lachmann, C. Larose, M. Penicaud, « Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail », février 2010

⁹⁹ Ibid, p. 7

¹⁰⁰ Ibid, p. 12

Selon X. Marchand, « *Les organisations sont porteuses de sens au travail. Plus les organisations de travail favorisent le bien-être et plus le bien-être génère du travail et ainsi on augmente la productivité par tête. Les organisations de travail sont porteuses de sens, donc, changeons les organisations et rendons les organisations du travail porteuses de sens* »¹⁰¹.

4.3.5 Le management participatif

Sur cette volonté de communication, de dialogue et d'optimisation de la participation de chaque membre de l'équipe se fonde la démarche de management participatif. « *Le management participatif, défini par la volonté d'impliquer tous les acteurs concernés dans les décisions de l'entreprise, est aujourd'hui tenu dans la plupart d'entre elles pour un acquis. Au commencement était l'âge de pierre du management. Les chefs tayloriens imposaient par le fer et le feu leurs volontés aux exécutants indifférenciés, selon des méthodes militaro-scientifiques. Puis vint la lumière de l'école des relations humaines, incarnée par Mayo (1930) et Mac Gregor (1960), démontrant l'impact de la motivation dans la performance. De conférences en publications, la vérité s'est diffusée jusqu'aux organisations les plus reculées* »¹⁰². Ainsi, l'encadrement favorise l'expression des personnels, il a donc un rôle d'animation des débats ; les moyens des personnels pour être productifs, leurs objectifs doivent être réfléchis, formalisés mais aussi anticipés. « *La participation entière de chaque acteur reste la condition de la performance de l'entreprise* »¹⁰³.

¹⁰¹ X. Marchand, psychologue du travail, « Management des ressources humaines », cours du 22 janvier 2016, Master management des organisations soignantes, ESM

¹⁰² www.latribune.fr. Consulté en ligne le 01 février 2015

¹⁰³ Ibid, p. 38

4.3.6 Travailler le projet d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant

Comme nous venons de le voir précédemment, la question de l'intégration est très importante, et celle du nouvel arrivant commence avant sa prise de poste¹⁰⁴. En ce qui concerne plus spécifiquement notre pôle, le nouvel arrivant est accueilli par le cadre de santé, qui lui présente la structure et procède à un rappel de la présentation générale du pôle, réalisé, précédemment, par le cadre supérieur. Le cadre de santé questionne le nouveau professionnel sur ses éventuelles interrogations concernant le livret d'accueil du « nouvel arrivant » ; il est remis lors de l'entretien de recrutement afin que la recrue ait le maximum d'informations pour se situer dans son environnement. Ce livret d'accueil contient des informations générales relatives à l'établissement et d'autres, plus spécifiques au pôle et à la structure d'accueil : plan de la structure, des bureaux, numéros de téléphone de chacun des personnels, exercice et organisation du service infirmier, localisation des différents supports (classeurs de procédures..., fiche de poste...). Une fiche « Parcours des formations et stages obligatoires sur la première année professionnelle »¹⁰⁵ intègre également le livret d'accueil et doit être régulièrement renseignée par le nouveau professionnel puis remise au CS du CMP lorsque l'ensemble des items est réalisé. Ce parcours renforce le sentiment d'appartenance du nouvel infirmier au pôle et à l'institution.

L'accueil du nouvel arrivant a généralement lieu le lundi matin, il est attendu par le cadre de santé. Pour sa première journée, il lui est demandé d'arriver à 10h, avant la réunion de synthèse de la structure, afin qu'il soit accueilli et présenté à l'ensemble des personnels de l'équipe préalablement informé de l'arrivée du nouveau professionnel.

Ce nouveau professionnel est intégré à l'équipe du CMP et fait partie de l'équipe mobile psychiatrie précarité. Afin qu'il intègre son appartenance à l'équipe du CMP, des temps de présence obligatoire sur la structure sont planifiés. Il doit participer aux réunions hebdomadaires (synthèse et

¹⁰⁴ X. Marchand, « Management des ressources humaines », cours du 18 mars 2016

¹⁰⁵ Annexe 4

infirmière). Le nouvel infirmier doit comprendre le travail en secteur et l'évaluation de ces capacités d'adaptation, l'autonomie (dans la mesure où le travail n'est pas toujours fait sous le regard des autres), les techniques d'entretien... est réalisée en situation de travail, par ses pairs (désignés par le CS). Sa participation au groupe de travail mensuel de présentation, par les infirmiers de cas cliniques est aussi obligatoire. Ce groupe de travail, chapeauté par le médecin référent du patient présenté, permet d'échanger, d'analyser la pratique infirmière et de répondre aux questions et/ou aux problématiques rencontrées par les soignants, d'enrichir l'équipe et de renforcer le sentiment d'appartenance de chacun au groupe et, donc, de développer l'identité au travail. L'encadrement doit favoriser la participation du nouvel arrivant à l'évaluation des pratiques professionnelles afin de l'inscrire dans la démarche institutionnelle d'évaluation.

La politique du pôle est de prévoir une période d'intégration qui consiste à visiter de l'ensemble des dispositifs du pôle et à planifier une semaine de travail sur ces dispositifs, afin de développer un sentiment d'appartenance au pôle. Ce parcours au sein des différents dispositifs est intégré à la fiche « Parcours des formations et stages obligatoires sur la première année professionnelle ».

Un suivi individuel de l'intégration et du parcours du nouvel arrivant doit être réalisé par le cadre de proximité et/ou le cadre supérieur, au travers d'une fiche parcours, qui permet de recenser les points d'étapes.

4.3.7 La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

L'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) a publié un rapport qui définit la Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)¹⁰⁶ aussi appelée Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), « *La GPEC est une démarche à la fois prévisionnelle et opérationnelle permettant d'anticiper et gérer les besoins en ressources humaines pour assurer et développer les activités des établissements sanitaires et médico-*

¹⁰⁶ Rapport ANAP, « Améliorer la gestion des ressources humaines, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, recueil des pratiques observées », avril 2011, p.9

sociaux afin de répondre au mieux aux besoins de prise en charge des patients ».

Les leviers prioritaires de l'ANAP s'appuient donc « *spécifiquement et exclusivement sur la valorisation des ressources humaines : améliorer la gestion des ressources humaines, développer les compétences des acteurs du système de santé, améliorer les conditions de travail et favoriser l'engagement des professionnels* »¹⁰⁷.

A partir de cela, la collaboration entre l'ensemble des acteurs (directeur des ressources humaines, directrice des soins, cadre supérieur, cadres de santé, équipe...) intervenant dans le recrutement, l'accueil et l'intégration des nouveaux professionnels est essentielle.

En intégrant une GPMC au sein d'une unité fonctionnelle du pôle, l'équipe d'encadrement participe à la mise en place globale de la GPMC de son établissement. Il est donc nécessaire pour le cadre supérieur de réfléchir avec le cadre de santé du CMP au profil pertinent de l'équipe soignante, en termes de compétences nécessaires et à acquérir, afin de maintenir un équilibre. Ce profil doit être réactualisé lors d'un départ ou d'une arrivée et en cas d'évolution du type de patientèle, comme ici, avec l'arrivée d'un nouvel infirmier et l'accueil d'une population en grande précarité. Le cadre supérieur doit sensibiliser l'encadrement à la nécessité d'anticiper des changements possibles dans l'évolution des soins, afin de faciliter l'accueil et sécuriser l'intégration d'un nouvel arrivant, ainsi que de faciliter l'accueil et la prise en charge de la nouvelle patientèle.

4.3.8 Une évolution des métiers et des compétences qui implique un ajustement permanent

En effet, le champ de la santé mentale est en évolution, ce qui contraint les établissements et leurs personnels à s'adapter. L'évolution des prises en charge, des pratiques intersectorielles, nécessite une spécialisation dans certains champs comme, par exemple, la prise en charge de la population en grande précarité.

¹⁰⁷ Rapport ANAP, avril 2011, p. 6

Les modes d'intervention évoluent avec le développement du champ ambulatoire et, en l'occurrence, la création d'équipes mobiles pour lesquelles les partenariats avec la ville et les conseils généraux, déjà très étendus, sont renforcés par de nouvelles coopérations et dont l'approche est pluridisciplinaire.

Parallèlement à ces transformations, a lieu une autre évolution qui influe sur les compétences du personnel infirmier dans le secteur de la psychiatrie. Les ISP représentent aujourd'hui une part infime de l'effectif infirmier qui va donc obliger ces hôpitaux à un renforcement important des formations en psychiatrie et en santé mentale des nouveaux infirmiers, pour combler leur peu de connaissances théoriques dans le domaine.

Le rapport Couty¹⁰⁸ de 2009, fait apparaître cette fragilité des compétences des IDE et la nécessité d'une formation initiale complémentaire de type master professionnel de spécialisation en psychiatrie pour les infirmiers. *« Il est nécessaire d'aller progressivement, et dans le cadre de la mise en place de la réforme de la formation sur le format LMD, vers une spécialisation des infirmiers en santé mentale et en psychiatrie, comme cela existe pour la puériculture, l'anesthésie ou l'activité des blocs opératoires ».* *« Une référence nationale indicative du nombre d'infirmiers spécialisés en psychiatrie et santé mentale pourrait être recommandée dans un pôle pour garantir le niveau d'expertise requis au sein des équipes soignantes permettant d'assurer les missions d'orientation, de première évaluation et de référent »*¹⁰⁹.

X. Marchand donne une définition de la compétence qui situe la formation comme moteur de celle-ci dans un ensemble plus large. Il montre qu'une compétence professionnelle découle de la mobilisation d'une combinatoire de ressources et qu'elle est évaluable au travers d'une action

¹⁰⁸ Rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », établi par E. Couty, Conseiller Maître à la Cour des comptes, présenté à R. Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports, janvier 2009

¹⁰⁹ Ibid, p. 38

mise en œuvre dans une situation de travail donnée : « La compétence désigne la relation dynamique d'une personne avec des situations »¹¹⁰.

Plus précisément, il énonce les 4 composantes de la compétence :

- La compétence est liée à la **situation**, elle n'est pas transférable,
- Les compétences ne se voient, ne se constatent, ne s'évaluent que dans l'**activité**. Ainsi, le manager doit avoir une vue directe sur ce qui se passe en situation de travail pour les soignants,
- une composante essentielle de la compétence est représentée par les **connaissances théoriques** ou les savoirs formalisés. « *Ne pas lire et ne pas se former, c'est se déqualifier* »¹¹¹,
- L'**expérience** se constitue à partir des savoirs issus de l'action. Ce qui est compliqué, c'est le mouvement qui part des savoirs pratiques vers les savoirs formalisés. Autrement dit, savoir ce que l'on fait et pouvoir dire quels sont les savoirs théoriques et procéduraux utilisés.

Egalement, il est nécessaire d'établir une cartographie des métiers et des formations, qui permet un diagnostic détaillé de l'état des formations reçues, une mesure de l'impact dans l'unité fonctionnelle, afin d'en affiner le contenu, pour en assurer l'adéquation avec les exigences professionnelles et leur évolution. Cette cartographie pose la question « qui fait quoi ? », pour répondre à la question « qui peut faire quoi ? ».

Elle permet de réaliser l'état des lieux des tâches et des situations communes (tâches de base : entretien infirmier, traçabilité...) et tâches spécifiques (thérapie familiale, prise en charge des auteurs de violences sexuelles...) : « *Tous les infirmiers ne savent pas tout faire* »¹¹². Dans le même temps, il est (aussi et surtout) nécessaire de mettre en évidence ce que l'on ne sait pas faire dans la prise en charge spécifique de la population précaire, en milieu de rue. Ainsi les personnels vont pouvoir s'adapter à la nouvelle situation de travail et se familiariser avec les caractéristiques du parcours de

¹¹⁰ X. Marchand, « Management des ressources humaines », cours du 25 novembre 2015

¹¹¹ Ibid

¹¹² Ibid

ces patients précaires : le mode d'arrivée, l'adressage, les acteurs intervenants dans le parcours.

De plus, en psychiatrie, nous sommes régulièrement confrontés à des situations complexes de prises en charge. L'infirmier référent peut avoir besoin de faire appel à ses collègues, et donc à la compétence collective. L'exercice infirmier en CMP s'effectue à différents endroits (CMP, domicile des patients...), concerne plusieurs types d'activités et différents types de patients, il nécessite des capacités d'adaptation et de remise en question. Il favorise le développement de compétences dans le temps et permet de dégager un socle commun de compétences.

Lorsque j'ai réalisé mes stages dans les trois EMPP rattachées à l'EPS de Ville-Evrard (une semaine dans chacune d'elle), j'ai observé combien la pratique infirmière de première rencontre avec la personne était différente en fonction du lieu d'intervention. La personne qui se présente pour la première fois au CMP est déjà dans une démarche de soins concrétisée par un accueil et un entretien infirmier, une prise en charge médicale et/ou psychologique... Tandis que les conditions de la première rencontre en milieu de rue modifient totalement l'approche professionnel-usager, même si le soignant est accompagné du professionnel social à l'origine du signalement, le soignant est rejeté par la personne : « Qu'est-ce que vous faites là ? Je vous dois de l'argent ? Non, alors dégagez ! ». Le rejet est plus violent encore lorsque l'on dit que l'on travaille en psychiatrie. Il peut falloir trois passages pour que la personne soit dans un contact minimum.

Cette pratique en milieu de rue nécessite des compétences nouvelles qui, certes, doivent s'accompagner de connaissances théoriques mais aussi mise de pratique en situation de rue.

Un psychiatre du CMP, intervenant dans la formation proposée par l'EPS de Ville-Evrard, à l'attention des travailleurs sociaux, m'a donné son accord pour mener un groupe de travail dans l'unité, destiné à l'ensemble de l'équipe soignante, sur la question de la prise en charge des personnes en grande précarité en milieu de rue. De plus, le médecin responsable de l'EMPP « La Boussole » est favorable à l'accueil d'infirmiers pour un stage durant 15 jours, dans sa structure. Sur la base du volontariat, deux infirmiers, de mon équipe,

doivent poser leur candidature pour participer à ce stage et ainsi se retrouver en situation de travail.

Poser la question des compétences, c'est rechercher à faire différemment, réorganiser le travail dans une logique d'optimisation, en positionnant les personnels sur des activités qu'ils savent faire, dans une logique de qualité, déterminée par les protocoles et les bonnes pratiques. En fait, c'est penser comment le CMP va s'adapter au parcours du patient et non l'inverse. C'est aussi, pour l'EMPP, qui est une unité intersectorielle, anticiper et envisager le parcours du patient au sein de ces co-secteurs.

4.3.9 L'EMPP et l'intersectorialité

En tant qu'interface entre intervenants sociaux et sanitaires, l'EMPP doit aussi bien préparer à une entrée qu'à une sortie de l'hôpital, à amener aux soins qu'à maintenir des soins quand aucune consultation psychiatrique repérée ne semble adéquate pour des raisons liées à l'instabilité sociale de l'utilisateur.

Pour ce faire, des rencontres régulières sur les structures intra et extrahospitalières de l'intersecteur sont mises en place, dans le cadre des synthèses cliniques institutionnelles. L'objectif est de connaître et d'être suffisamment connus par les secteurs, pour solliciter et être utilisé efficacement, pendant et en dehors de ces temps de rencontres institutionnelles afin de favoriser une inscription naturelle du patient dans le tour des « hors secteurs ».

4.3.10 La coopération, le partenariat avec les principaux partenaires sociaux

Le partenariat social est constitué de nombreuses structures, souvent éclatées, avec des organisations différentes. L'axe premier de travail de l'EMPP est de repérer les principaux partenaires sociaux ; pour cela, il faut faire un état des lieux des structures de la précarité sur le territoire, en gardant les objectifs suivants :

- Maintenir les partenariats sanitaires et sociaux existants et satisfaisants,
- Se situer progressivement, par la reconnaissance réciproque entre l'EMPP et les institutions, comme un partenaire de terrain facilement accessible,
- Garder une disponibilité suffisante au travail direct auprès du patient,
- Etre rapidement et facilement accessible par téléphone, pour ses partenaires et ses patients, afin de pouvoir recueillir les signalements, réfléchir aux modalités d'intervention les plus adéquates, ou organiser une rencontre avec une équipe autour d'une situation,
- Effectuer un travail de consultation, diagnostique et thérapeutique, auprès des patients, dans ses locaux propres ou dans tout lieu opportun, après réflexion sur les paramètres spécifiques de chaque situation,
- Assurer un travail d'orientation, de liaison et d'accompagnement des patients, physiquement si nécessaire, auprès des structures de soins, somatiques ou psychiatriques, en fonction des besoins estimés, et en relation de coopération étroite avec les partenaires sociaux et médicaux.

Ainsi, l'amélioration de la qualité du parcours patient implique de faire travailler ensemble différents acteurs de la chaîne de production du soin tout en leur donnant une vision nouvelle de la prise en charge du patient. C'est une logique transversale du soin qui conduit à la coopération, qui est au-delà de l'articulation, c'est une inscription dans une démarche de partage d'informations, de compétences et d'évaluation des pratiques. Ainsi, la cohérence de la prise en charge globale des usagers dépend de la cohérence des acteurs qui la construisent. Evidemment, le patient, l'utilisateur, est aussi acteur et doit donc recevoir les informations pour agir, interagir sur sa prise en charge.

4.3.11 Les missions de l'EMPP

Outre le travail de partenariat, la mission première de l'EMPP est d'amener ce public spécifique vers des soins psychiatriques de droit commun, et, à long terme, l'objectif de ce travail est d'être un vecteur de socialisation et de normalisation pour que les personnes précaires présentant des troubles psychiatriques puissent accéder à tous types de soins. La notion de socialisation prend une place importante car initialement la perte de l'emploi, les problèmes familiaux, la marginalisation, l'exclusion... participent dans bien des cas au déclenchement de bon nombre de troubles psychiques et d'addictions.

Afin de faire connaître notre dispositif et le cadre de nos interventions auprès des partenaires, il est essentiel de participer et donc d'intervenir dans les séminaires et journées de concertation concernant la santé mentale, organisés par différentes institutions publiques ou privées.

4.3.12 Les effectifs

Le budget alloué par l'ARS, de 168 000€, permettra de financer le personnel. L'EMPP sera constituée d'un poste ETP de praticien hospitalier qui aura le rôle de médecin coordinateur (autorité pour évaluer l'orientation au niveau du territoire donné) et d'un poste ETP infirmier.

L'objectif est de pouvoir faire fonctionner rapidement une équipe restreinte mais disponible, cliniquement expérimentée, et engagée dans sa mission. Les deux membres de l'équipe seront amenés à travailler tantôt en binôme, tantôt séparément, selon la nature et le stade des interventions de soins (approche, évaluation, prescription, administration de traitement, surveillance clinique...), et le profil des patients. De même, la participation aux réunions prévues avec les partenaires, sera amenée à être, au moins en partie, partagée.

En ce qui concerne le secrétariat, nous avons fait le choix que le travail de secrétariat soit réalisé, en partie, par une patiente ex-SDF, stabilisée depuis de nombreuses années, ayant une formation de secrétaire. Au cours du

mois de mars 2016, nous avons déposé un dossier de demande de subvention auprès de l'association Fondation de France. L'accès à la subvention permettrait le financement du poste. Dans tous les cas, le secrétariat pourra s'appuyer sur l'existant au CMP, en termes humains et matériels.

4.3.13 La logistique

- Mise à disposition d'une partie des locaux de l'extension du CMP de Saint-Ouen permettant à l'EMPP, sans surcoût, de bénéficier immédiatement d'un espace de travail en proximité géographique directe avec de nombreux partenaires sociaux implantés sur Saint-Ouen, réduisant le temps incombant aux déplacements,
- Mise à disposition d'un véhicule de service de type VL autorisant le transport de tiers (patients, accompagnants médico-sociaux) par les deux membres de l'équipe et d'une carte carburant attribuée à l'EMPP,
- Mise à disposition d'un ordinateur portable, d'une ligne téléphonique fixe avec messagerie et de deux téléphones mobiles avec possibilité de bascule des lignes,
- Attribution d'une trousse médicale de premiers soins, d'une dotation médicamenteuse, et d'un accès aux possibilités de délivrance exceptionnelle, par la pharmacie de l'hôpital, d'un traitement ambulatoire pour les patients dont l'ouverture de droits ne sera pas effective.

« A l'EPS de VE, il n'y a pas de répartition du budget par pôle, l'ensemble des dépenses sont impactées sur le budget global de l'établissement »¹¹³.

4.3.14 Le suivi du projet Equipe mobile psychiatrie précarité

Nous avons rencontré¹¹⁴, en février dernier, le médecin de la Délégation territoriale de l'ARS Ile de France qui nous a informés du report du budget de la dernière EMPP du territoire à la fin de l'année 2016. Nous étions déçus et à la fois soulagés d'avoir le temps nécessaire pour préparer le projet.

¹¹³ Vu, le 09 mars 2016 avec le responsable des achats de l'EPS de Ville-Evrard.

¹¹⁴ Rencontre le 08 février 2016 avec le médecin référent santé mentale et addictologie de la Délégation territoriale Seine Saint-Denis- ARS Ile de France. Etaient présents les Chefs de pôles 5 et 2, le médecin coordinateur de la future EMPP et moi-même.

4.4 Une réorganisation du Centre médico-psychologique qui tient compte de l'existant

« *Changer l'organisation du travail, c'est changer le rapport au travail des professionnels. Les organisations du travail sont porteuses du sens au travail, il faut donc les rendre porteuses de sens* »¹¹⁵.

Un bilan des points forts et des points à améliorer au CMP va permettre de cibler les points sur lesquels la stratégie du changement va s'appuyer afin d'anticiper la prise en charge de la population en grande précarité.

4.4.1 Les points forts du CMP

L'unité fonctionnelle dispose de nombreux points forts dont ses plages d'ouverture, de 09h à 19h du lundi au vendredi, qui sont adaptées aux besoins de la population et notamment des adolescents.

La présence quotidienne d'un médecin et d'un infirmier dit « d'accueil » couvre l'amplitude horaire d'ouverture et permet, entre autres, de répondre à l'urgence et de recevoir, pour le médecin, les patients planifiés dans sa consultation, et, pour l'infirmier, les personnes en accueil de première intention ou les patients en entretien de soutien.

Pour ce qui est de la consultation psychologique, la présence des psychologues couvre en grande partie l'amplitude horaire d'ouverture et permet aux patients qui travaillent ou sont scolarisés de bénéficier d'une prise en charge en psychothérapie. Les psychologues sont formés à différentes modalités psychothérapiques, permettant d'offrir aux patients la prise en charge la plus adaptée possible.

Pour répondre aux besoins de la personne âgée, un médecin est formé aux spécificités de la gérontopsychiatrie. Pour ce qui est de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, un médecin et deux infirmiers s'y sont formés.

La continuité des soins est assurée par un système de référence (un infirmier est nommément référent d'un patient donné) permettant l'affiliation

¹¹⁵ X. Marchand, « Management des ressources humaines », cours du 22 janvier 2016

du patient à la structure et à l'institution, et représente aussi un point important de l'organisation des soins au CMP.

Le secrétariat occupe une place centrale, il est le lien permanent entre l'ensemble des structures, des équipes du pôle et l'extérieur. Il assure la transmission de l'information relative aux patients tout en s'assurant de l'organisation et de la gestion des rendez-vous en fonction des plannings de chacun.

De plus, l'accueil des nouveaux patients, usagers non connus ou patients en reprise de suivi, connus ou non du pôle, est un soin réalisé par les infirmiers qui évaluent la situation clinique et posent l'indication d'une orientation vers un psychiatre et/ou un psychologue, en thérapie familiale, vers une autre structure... Aussi, travaillent dans la structure, deux médecins et deux infirmiers formés à la thérapie familiale. Un médecin et un infirmier interviennent à l'unité de thérapie familiale, les mardis, les autres, les mercredis.

Actuellement, le délai d'attente pour un rendez-vous d'entretien infirmier d'accueil en première intention est de dix jours hors urgence (cas où la personne est reçue immédiatement). Le délai entre l'accueil infirmier en première intention et la consultation médicale peut aller de quinze jours à trois semaines maximum. Seuls les adolescents sont systématiquement reçus par les médecins suite à l'entretien d'accueil infirmier. L'entretien réalisé en première intention par un infirmier favorise la diminution des délais d'obtention de premier rendez-vous.

Egalement, des entretiens infirmiers de soutien sont planifiés pour des patients nécessitant des soins rapprochés, soit dans l'attente du premier rendez-vous médical soit entre deux rendez-vous médicaux. Ces consultations médicales, infirmières, peuvent être complétées par des entretiens sociaux, réalisés par une assistante sociale à temps plein, parfois en binôme avec l'infirmier ou le psychiatre référent, pour répondre aux besoins de la population résidant dans un bassin de vie difficile. Ces entretiens sociaux se font sur indication médicale.

Pour éviter les ruptures de soins et par là-même une hospitalisation, une relance des patients, qui ne se présentent pas le jour de leur injection

retard, est effectuée par appel téléphonique et/ou par courrier. Afin d'éviter que les patients ne se déplacent plusieurs fois pour se rendre au CMP, nous essayons, autant que possible, de planifier le rendez-vous médical ou infirmier le jour du traitement injectable.

Parallèlement, l'activité VAD étant importante, leur gestion, à partir d'un support, fait l'objet d'une évaluation semestrielle, ce qui permet de juger du bien-fondé ou non de la continuité des soins au domicile.

Un autre point essentiel concerne les liens entre les différents dispositifs du pôle. L'ensemble des responsables médicaux des structures du pôle participe à la réunion de synthèse du lundi matin. Cela permet, ainsi que la mobilité médicale entre l'intra et l'extra hospitalier, le partage d'information, l'articulation et l'élaboration de projets de soins communs. Durant une hospitalisation, dès lors que l'indication d'un suivi sur le CMP a été posée, un rendez-vous est programmé dans la semaine suivant la sortie du patient afin de garantir le relais de prise en charge. L'infirmier référent du CMP se rend dans l'unité d'hospitalisation voit le patient et organise avec ce dernier et l'équipe, la sortie. Il est également possible d'organiser des prises en charge communes aux deux équipes de l'unité d'hospitalisation et du CMP (VAD...) pour faciliter le relais de prise en charge.

Concernant l'HDJ, admission et sortie d'un patient font l'objet d'un travail en collaboration entre l'équipe du CMP et celle de l'HDJ. De même, il existe une prise en charge commune lors de séjours de patients dans l'un des appartements associatifs du secteur. Nous organisons une réunion mensuelle HDJ/CMP pour faire le point sur les prises en charge en commun. L'intervention, au CMP, des éducateurs de l'HDJ, dans le cadre d'une prise en charge conjointe ou en dehors de toute prise en charge HDJ est mise en place pour aider à la reprise d'une activité professionnelle. Enfin, une infirmière du CMP participe au groupe « psychoéducation¹¹⁶ » qui a lieu à l'HDJ.

¹¹⁶ Professeur F. Schurhoff, « La recherche en psychiatrie », cours du 13 avril 2016, Master management des organisations soignantes, ESM

La psychoéducation vise à l'amélioration de la compréhension et de l'observance du traitement : Qu'est-ce que la maladie, pourquoi faut-il prendre un traitement, quels sont les effets indésirables ?... Ses objectifs sont de renforcer les fonctions cognitives et d'améliorer le fonctionnement global des patients par des échanges sur les conséquences de la maladie, la prévention de la rechute, la rémission et l'autonomisation.

De plus, la création d'une consultation diététique bimensuelle, réalisée par une diététicienne de l'EPS, permet une éducation des patients autour de leur alimentation, l'instauration de régimes alimentaires personnalisés notamment pour les patients traités par neuroleptiques.

Une consultation somatique hebdomadaire a pour missions de prendre en charge des pathologies somatiques de patients qui n'ont pas de médecin traitant tout en les dirigeant, dans un second temps, vers les généralistes du territoire, de jouer un rôle de lien (par tous les moyens : contact physique, téléphone, courrier...) entre le CMP et les médecins traitants des patients suivis dans la structure ; également d'informer les médecins traitants de l'évolution d'un traitement psychiatrique pour un patient commun dès lors qu'il existe un risque d'interactions médicamenteuses avec d'autres traitements, d'organiser des staffs réunissant les généralistes volontaires et l'équipe du CMP et de faire des évaluations somatiques à domicile de patients en situation de grande fragilité signalés par les services sociaux.

Deux fois par an, est organisée au CMP, une journée d'accueil pour les externes et les internes en médecine générale en poste dans les centres de santé de la ville de Saint-Ouen, afin de faire le point avec eux sur les missions des dispositifs de psychiatrie.

L'évolution des politiques de santé amène l'équipe du CMP, à repenser, amplifier et optimiser le travail en réseau déjà existant et mis en place par la politique de sectorisation. Il s'agit de mieux cerner et redéfinir les attentes de nos partenaires et leur expliquer nos limites afin de créer une synergie et des connexions plus efficaces entre nos unités cliniques ambulatoires et les structures sociales, médico-sociales et associatives des territoires de santé que nous desservons. Le pôle est membre permanent des CLSM de Saint-Ouen et de Saint-Denis.

Parmi les partenaires réguliers du réseau se trouvent :

- Les familles des patients, lorsque cela est possible et avec l'accord du patient,
- Le Foyer Henri Grouès : Le foyer accueille une population précarisée souvent en grande détresse morale avec des problèmes de poly-

addiction. C'est à la demande de cette équipe que nous avons mis en place depuis 1 an des rencontres qui se font au CMP, les lundis, après la réunion de synthèse, afin de les aider à mieux circonscrire les difficultés complexes que présentent certaines personnes hébergées au foyer.

Il faut savoir que ce foyer dispose d'une quinzaine de lits avec possibilité d'hébergement d'urgence, puis le cas échéant, pour une durée de 3 mois renouvelable. Ils disposent également d'un accueil de jour qui est un point de repère social très important.

Ces réunions, avec présentation de cas cliniques, visent à une meilleure évaluation clinique et diagnostique afin d'aider l'équipe à mieux cerner, parmi les troubles présentés par leurs résidents ce qui est du ressort de la psychiatrie et ce qui est du registre des troubles sociopathiques pour lesquels le CMP peut, malheureusement peu de choses, si ce n'est d'aider les travailleurs sociaux à poser un cadre de travail et le tenir... Quand il s'agit de réels troubles psychiatriques, un suivi ambulatoire est proposé avec l'appui des travailleurs sociaux du foyer, afin de faciliter l'affiliation avec ces patients qui, souvent, fuient la psychiatrie.

Le travail déjà mis en place

Les RESAD, en sont un élément central. Il s'agit d'un travail en amont des hospitalisations qui sert notamment au « désamorçage » des hospitalisations sous contrainte à venir.

Ce travail, en renforçant au cours du temps la synergie d'action entre CMP et services municipaux a, d'une part, permis de ne plus jouer au « jeu de la patate chaude » définissant qui fait quoi dans les situations de crise (hospitalisation sous contrainte, risque d'expulsion d'un logement social...) et, d'autre part, a permis, au CMP, de gagner la confiance des partenaires municipaux mais aussi des bailleurs OPHLM et privés, qui n'hésitent plus à faire appel à l'équipe (en cas de trouble du comportement d'un locataire connu ou non du CMP) qui entendent ses conseils tout en comprenant mieux aussi ses limites parfois pour intervenir...

Par ailleurs, des Réunions pluri-professionnelles (RPP) ont lieu toutes les semaines, le vendredi matin, à la circonscription de l'action sociale de la

mairie. Elles se font à la demande d'un des partenaires pour une famille donnée. Elles permettent d'orienter vers un signalement ou vers une autre proposition pour accompagnement des familles dans leur difficulté d'éducation des enfants.

Parmi les autres efforts de partenariat :

La Commission équipe de concertation parentalité (ECP) : L'objectif est d'aider à la résolution de situations familiales chaotiques avant qu'elles ne nécessitent d'être traitées par des mesures éducatives.

L'intervention de l'un des psychiatres du CMP dans une maison de retraite de la commune. Les infirmiers référents des patients du CMP accueillis par l'Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont aussi amenés à se rendre sur place.

Les consultations se font dans le cadre d'une convention entre l'EPS et la maison de retraite. Elles ne résument pas l'ensemble des interventions réalisées par l'équipe auprès des personnes âgées, ni ne rentrent dans le cadre d'une « équipe mobile de psycho gériatrie ». Elles s'inscrivent simplement dans une politique de secteur et de psychiatrie générale.

Les missions de ce psychiatre sont d'effectuer un diagnostic et d'évaluer la pertinence ou non de la prescription de psychotropes destinés à atténuer des troubles du comportement. Concernant les infirmiers, il s'agit de répondre à une demande d'entretiens de soutien pour les résidents. Nous avons également reçu des demandes de soutien de la part des professionnels, une demande de prise en charge institutionnelle des équipes, que nous ne pouvons mener. Une réunion de synthèse entre partenaires est réalisée tous les trimestres.

- Les rencontres avec les médecins généralistes libéraux du secteur : L'équipe du CMP a déjà essayé d'organiser des réunions mais malheureusement peu de médecins se sont montrés intéressés... Ce travail doit être poursuivi.

La collaboration avec les services de police : Une rencontre annuelle avec le commissaire de Saint-Ouen et son équipe permet de s'identifier mutuellement et de rappeler les missions de chacun.

- Des rencontres ponctuelles et/ou régulières avec les tuteurs (Union départementale des associations familiales et tuteurs privés), le Comité de liaison inter communal (CLIC), les foyers d'hébergements (H. Grouès...), la maison de l'emploi, les EHPAD, les associations de juristes (aides aux victimes...).

4.4.2 Les points à améliorer et réajustements souhaitables

La diminution du délai d'attente pour un premier rendez-vous infirmier est le point essentiel à améliorer. Cette amélioration nécessite une réévaluation des indications de visites à domicile tous les trimestres au lieu de la bi annualité pratiquée. Il faut vérifier la pertinence ou non du rythme des VAD ou de leur maintien. Il s'agit de recentrer l'activité infirmière sur le soin accueil et ainsi réduire le délai d'attente.

De plus, une amélioration du recensement des actes réalisés par les soignants infirmiers, psychologues ou médicaux est nécessaire. En effet, les actes tracés ne reflètent pas l'activité réelle. Il en est de même pour la valorisation du travail en réseau, conséquent et chronophage. D'une part, il y a un défaut de traçabilité de ce travail par les soignants et d'autre part, les indicateurs proposés par le DIM manquent de précision. Enfin, le partenariat fait peu l'objet de formalisation par protocoles, conventions...

Une réflexion sur les ordonnances dites « de précarité » doit être au centre de nos préoccupations. Notre pôle est le deuxième plus grand prescripteur d'ordonnance précarité de l'EPS. Pallier l'absence d'ouverture de droits à la sécurité sociale doit être une priorité. *« En coût d'ordonnances de précarité, l'EPS est passé, en deux ans, de 80 000 € à 200 000 €. Ville-Evrard est un des seuls établissements d'Ile de France qui propose des dotations médicamenteuses aux CMP et dans lequel les ordonnances précarité existent, de plus, il n'y a pas d'obligation que l'établissement fournisse ces*

traitements »¹¹⁷. Il a donc été nécessaire de mettre en place un support où est recensé l'ensemble des patients concernés, et, pour chacun d'eux, l'assistante sociale vérifie la présence ou non d'une ouverture des droits à la sécurité sociale. En l'absence d'ouverture des droits, un rendez-vous est fixé automatiquement avec le patient pour déclencher la démarche. Tous les lundis matin, avant la réunion de synthèse, à partir du support dédié, un bilan des prescriptions de précarité est réalisé avec l'ensemble de l'équipe et notamment avec les médecins référents.

Egalement, une réflexion autour de la durée des premiers rendez-vous infirmiers doit être entreprise. La durée des accueils infirmiers de première intention est en moyenne d'une heure. Même si le premier accueil est important, car il crée une affiliation du patient à l'institution, il est préférable de réduire la durée de cet accueil et d'en planifier un autre. Les avantages sont doubles. Pour le patient, cela lui permet d'avoir du recul par rapport au premier entretien et donc d'avoir une posture différente grâce au lien créé précédemment. Pour le soignant, cela permet aussi d'avoir du recul et donc d'affiner sa décision d'orientation vers un psychiatre, un psychologue, la thérapie familiale, un intervenant extérieur...

En ce qui concerne l'amélioration du délai d'attente pour un rendez-vous avec un psychologue, il a été décidé, en équipe pluridisciplinaire, de prioriser les personnes qui nous relancent. Pour certaines personnes, pour lesquelles un travail de soutien semble plus adapté qu'un travail psychothérapique, l'équipe a fait le choix d'un suivi infirmier supervisé par un psychiatre.

Fort heureusement, il existe moins de points à améliorer que de points forts. Il n'en demeure pas moins que les points à améliorer ne sont pas de faible importance, et leurs réajustements nécessitent l'adhésion et l'implication de tous. Ces réajustements résultent des réunions bimensuelles mises en place dans le cadre de la réorganisation du CMP. L'objectif est d'optimiser l'accueil, la prise en charge des patients notamment en anticipant l'augmentation de l'activité liée à la mise en œuvre de l'EMPP, garantissant la sécurité et la qualité des soins.

¹¹⁷ Cadre supérieur du pôle Cristales, Coordination pour la recherche, l'information, les soins, les thérapeutiques, les analyses de laboratoire et l'éducation à la santé, le 09 mars 2016.

4.4.3 L'innovation, levier du changement au CMP

Afin de réaliser le changement organisationnel, outre les réajustements envisagés précédemment, le cadre de santé, en collaboration avec le cadre supérieur va s'appuyer sur l'innovation. En effet, nous allons voir comment nous envisageons, par le recrutement d'un aide-soignant au CMP et par la délégation de tâches infirmières à cet agent, de recentrer les infirmiers sur leur cœur de métier et donc diminuer le délai d'attente pour un premier rendez-vous, de mettre en place des entretiens de soutien en vue d'un premier rendez-vous médical et ainsi permettre que les patients bénéficient d'une prise en charge de qualité dans des délais raisonnables. Evidemment, cette organisation ne tient pas compte des situations d'urgence où les patients sont vus par un infirmier et un médecin dès qu'ils se présentent au CMP. Nous évaluerons, en septembre prochain, l'impact du recrutement de cet aide-soignant, à partir de différents indicateurs : délai de prise en charge pour un premier accueil infirmier, file active, et actes infirmiers... et aussi d'indicateurs de bien-être au travail : taux d'absentéisme, participation volontaire aux différents groupes de travail du pôle et institutionnels...

En préambule de cette réflexion, je vais tenter d'apporter un éclairage sur le concept d'« innovation ».

L'innovation est un mot « dans l'air du temps » qui a supplanté d'autres termes tels que le progrès technique, la recherche et le développement... « Il est nécessaire de distinguer l'invention, technique, scientifique... de l'innovation qui implique une mise sur le marché »¹¹⁸.

N. Alter, sociologue, définit l'innovation¹¹⁹ comme un processus qui permet « *de transformer une découverte, qu'elle concerne une technique, un produit ou une conception des rapports sociaux, en de nouvelles pratiques* ». Selon Alter, l'innovation peut être définie comme un processus qui repose sur un désordre dans les règles et les valeurs, qui permet de rompre avec le passé

¹¹⁸ M. Bejean, « Innovation, organisation, santé », cours du 12 octobre 2015, Master management des organisations soignantes, ESM

¹¹⁹ www.scienceshumaines.com/l-innovation-croyances-et-pratiques_fr_102, consulté en ligne le 23 mars 2016

et de projeter l'organisation vers un nouveau mode de relations. « *C'est dans ce type d'espace que se construit l'appropriation de l'innovation par les opérateurs* »¹²⁰.

N. Alter s'appuie sur les analyses d'un économiste allemand J.A. Schumpéter pour expliquer le processus de diffusion de l'innovation qui comprend trois séquences :

- ✓ l'invention,
- ✓ si des opportunités de profits apparaissent, des imitateurs reprennent l'innovation,
- ✓ les nouvelles « règles du jeu » se stabilisent.

Ainsi, la diffusion nécessite des « passeurs de relais », des réseaux porteurs permettant la transformation des « pratiques innovantes » en « pratiques normales ». L'innovation est donc une question de croyances : pourquoi les entreprises décident-elles d'innover, pourquoi y investissent-elles autant d'argent ? D'autant plus que rien ne garantit aux entreprises que leurs innovations seront rentables. « *Les méthodes mises en œuvre pour innover ne sont donc pas soumises directement à des principes de gestion "rationnels", mais bien plus largement à l'intuition, à la conception du "bien" et la reconnaissance* »¹²¹.

Les théories modernes des organisations suggèrent de repenser les structures actuelles de l'organisation hospitalière avec, d'une part, un partage des responsabilités entre les dirigeants et les personnels et, d'autre part, un décloisonnement entre les différents services pour un meilleur fonctionnement au bénéfice du patient.

¹²⁰ www.scienceshumaines.com/l-innovation-croyances-et-pratiques_fr_102

¹²¹ Ibid

L'intégration d'un aide-soignant au CMP est une innovation pour l'EPS de Ville-Evrard. La directrice des soins a été partie prenante dans cette initiative. Je trouve important de souligner que certes, dans un premier temps, le recrutement d'une aide-soignante¹²² était une réponse à la pénurie infirmière mais que, quatre mois après la prise de poste de cet agent, ce dernier occupe une place qui est lui est propre.

En vue du recrutement de l'aide-soignante, l'encadrement en collaboration avec l'équipe infirmière a établi la liste des tâches infirmières, au sein de la structure, pouvant être déléguées à l'aide-soignante, en s'appuyant sur les textes règlementaires relatifs à la profession. Cela concerne l'accueil des patients, l'hygiène de la salle de soins, la prise des constantes avant une injection, le recueil des informations administratives nécessaires pour le dossier patient initial...

Nous avons aussi, à partir du plan de formations, recensé les formations nécessaires à la prise de poste au CMP, par exemple, « initiation à l'entretien », « accueillir un patient en psychiatrie »...

Sur la base du volontariat, deux infirmiers se sont proposés d'accompagner l'aide-soignante sur une période de deux mois, en convenant que l'ensemble des soignants doit se rendre disponible pour le nouveau collègue. Les deux infirmiers évaluent les compétences de l'aide-soignante, en situation de travail. Les résultats de l'évaluation, mis à l'ordre du jour de la

¹²² Le métier d'aide-soignante est référencé dans la liste des métiers paramédicaux à l'article D 712-55 du code de la santé publique. La circulaire 96-31 du 19 janvier 1996 relative « au rôle et missions de l'aide-soignante et de l'auxiliaire de puériculture dans les établissements hospitaliers en donne le cadre d'exercice ». Les conditions de ce dernier sont fixées par le décret 2007-963 du 15 mai 2007 modifiant le code de la santé publique.

L'aide-soignante exerce sous la responsabilité de l'infirmière, par délégation de celle-ci et en collaboration avec elle. L'article 4 du décret du 29 juillet 2004, relatif aux actes de la profession d'infirmière et l'article R 4311-4 du code de la santé publique définissent la collaboration en ces termes : « *Personne qui concourt à l'activité professionnelle d'une autre personne de manière ponctuelle ou continue* ». Il est précisé que les soins relevant du rôle propre de l'infirmière peuvent être dispensés avec la collaboration de l'aide-soignante ou de l'auxiliaire de puériculture, dans la limite de leur qualification et de fait de leur formation. L'accent est mis sur la responsabilité de l'infirmière envers cette professionnelle et les soins qu'elle réalise. Cela concerne les soins d'hygiène, de confort et d'entretien de la vie selon les quatorze besoins fondamentaux énoncés dans la démarche de soins de V. Henderson.

réunion de synthèse du lundi, sont ainsi rapportés à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. De plus, l'aide-soignante est informée des résultats de l'évaluation de ses compétences lors de l'une des étapes de son suivi individuel d'intégration, réalisé par le cadre de santé.

Après ces deux mois, une semaine de « stage » est programmée sur l'ensemble des dispositifs du pôle.

Ensuite, à partir de la liste des patients bénéficiant de VAD de suivi, nous avons identifié les patients pour lesquels une prise en charge en binôme infirmier/aide-soignant est adaptée. Cela concerne les personnes nécessitant un accompagnement aux soins corporels, à l'hygiène de l'environnement, en vue d'achats relevant de leurs besoins primaires...

Chaque patient bénéficiant d'une VAD a deux référents infirmiers et un suppléant pour assurer la continuité des soins, et surtout afin que le patient, s'il vient à se présenter spontanément au CMP, trouve toujours un repère-soignant.

Les VAD de suivi sont jusque-là réévaluées deux fois par an, et c'est en même temps, l'opportunité de changer les références. Ainsi, chacun des infirmiers est au fait de la prise en charge de l'ensemble des patients, cela permettant de relancer les suivis lorsque ces derniers s'essouffent, mais aussi que tous les infirmiers travaillent ensemble, même si les changements d'alliances infirmières ne les satisfont pas toujours.

L'ensemble de ces modifications prévues a été énoncé par l'encadrement lors d'une réunion de synthèse du lundi, réunissant la majorité des personnels du CMP. Ces modifications validées par l'équipe, nous avons convenu que les réévaluations et réajustements des VAD de suivi seraient trimestriels. La répartition des VAD est en lien avec les zones de résidence des patients, ainsi leur regroupement permet de réduire les déplacements.

4.4.3 L'organisation des visites à domicile

La visite à domicile est définie par la circulaire du 15 mars 1960¹²³ relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Dès lors, la VAD est devenue une pratique importante de la psychiatrie de secteur. Cela consiste à aller visiter une personne à son domicile.

Les objectifs de la VAD sont la délivrance à domicile de soins individualisés, coordonnés, le maintien ou le développement de l'autonomie du patient et son insertion ou sa réinsertion sociale en tenant compte de son environnement social et familial. Les motivations de la demande de VAD sont généralement l'apport d'un soin, l'instauration d'un étayage pour éviter la rupture de soins et donc éviter l'hospitalisation, la prévention d'un risque signalé par l'entourage, ou encore, l'apaisement d'un conflit de voisinage porteur d'un risque d'expulsion du domicile.

C'est une technique thérapeutique impliquant une médiation entre le patient et son entourage. Là, le patient est abordé au niveau de sa maladie mais aussi de son environnement.

Pour le CMP, la structuration de l'organisation des VAD repose sur la formalisation d'un projet thérapeutique pour chaque patient. Outre les soins psychiatriques, le projet thérapeutique prend en compte les dimensions somatique et sociale de la prise en charge du patient.

Ainsi, la VAD s'inscrit dans un contrat passé entre son médecin psychiatre référent et le patient, en entretien, pendant la consultation. Dans ce contrat, sont signifiés, les noms des soignants référents (infirmiers et/ou aide-soignant voire psychiatre), qui se rendront à son domicile, les dates des VAD inscrites sur la carte de rendez-vous de la structure (jour et une heure fixes de passage).

¹²³ Le dispositif de la circulaire consiste à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur desquels une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, assistants sociaux et infirmiers) va assurer le traitement, la prévention et la surveillance en aval de l'hospitalisation. L'ensemble des actions psychiatriques est confié à cette équipe pour la population d'un secteur géographique donné.

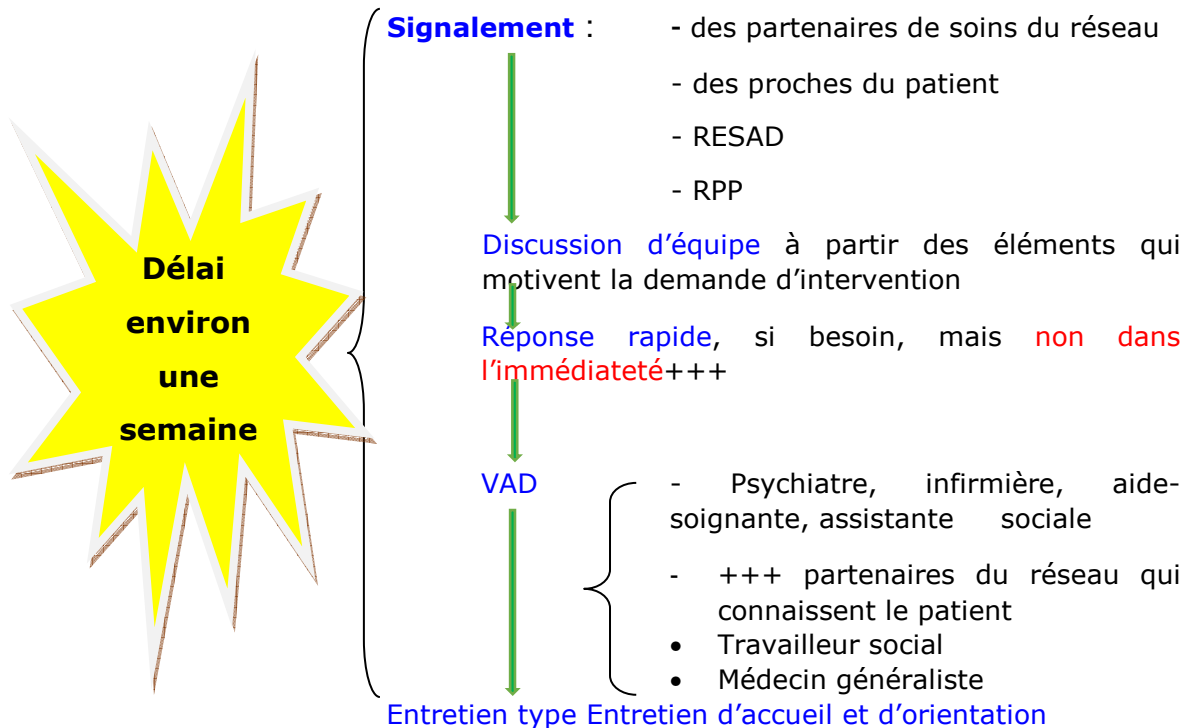
La VAD est un acte de soin réalisé sur prescription médicale qui nécessite, par sécurité, la présence de deux soignants ou un soignant et une assistante-sociale. Généralement, les VAD sont réalisées par deux infirmiers. Egalement, des VAD conjointes avec des infirmiers ou médecins des autres dispositifs du pôle peuvent être planifiées en amont ou en aval de l'hospitalisation.

Les VAD s'adressent à des patients ayant un suivi en psychiatrie et pour lesquels le maintien à domicile nécessite des visites régulières, à des patients anciens ou nouveaux qui ont besoin d'une aide ponctuelle, en phase aiguë et pour des personnes qui n'ont jamais été suivies, signalées par des partenaires sanitaires, sociaux et cela, dans le cadre d'une RESAD Réunion d'évaluation de situations d'adultes en difficulté (RESAD) ou en Réunion pluri-professionnelle (RPP). Ce sont donc des VAD organisées avec un psychiatre, une infirmière du CMP et un médecin généraliste, souvent le médecin coordinateur santé prévention sur la ville de Saint-Ouen, éventuellement l'assistante sociale du CMP et une assistante sociale de secteur. Pour les patients connus du pôle, cette prise en charge cherche à favoriser l'alliance thérapeutique avec le patient et sa compliance aux soins. Elle peut permettre aussi d'apporter et de mettre en place un soutien adapté à la famille et à l'entourage du patient.

Les soignants et l'assistante sociale envisagent la VAD comme un acte de soin, d'évaluation de l'autonomie du malade mis en situation dans son environnement (hygiène et rangement du logement, gestion d'un budget, préparation des repas) et dans son environnement extérieur (repérage des commerces). Les soignants ont un donc rôle d'accompagnement, d'aide, de soutien ainsi qu'une attitude d'observation et une position de recueil de données.

Au CMP, on distingue trois types de VAD :

VAD de 1^{ère} intention



- ✓ Recherche l'alliance thérapeutique,
- ✓ Evaluation diagnostique et définition du cadre ultérieur des soins,
- ✓ Eventuellement réponse urgente : hospitalisation, signalement SDRE...

Situations les plus souvent rencontrées :

- ✓ Repli prolongé dans certaines évolutions déficitaires ou délirantes de patients psychotiques,
- ✓ Syndrome de Diogène,
- ✓ Clausturation à domicile chez certains adolescents ou jeunes adultes,
- ✓ Phobies sociales majeures.

VAD de 2^{ème} intention

- ✓ A pour but d'évaluer des patients connus traversant un épisode de perturbation qui alerte l'équipe de référence,
- ✓ C'est le partage du sentiment d'inquiétude qui devient l'élément déclencheur de l'évaluation clinique.
- ✓ Ces VAD visent à éviter la rupture des soins et à signifier la permanence de la préoccupation soignante.

VAD de suivi

Elle vise principalement à comprendre l'influence de l'environnement sur le problème présenté par le patient et s'intéresse tout particulièrement à la participation de la famille et son implication dans la vie du patient, aux liens (ou leur absence) avec le voisinage immédiat, en particulier aux contre-investissements (hyper-protectionnisme étouffant, dénigrement du soin, tolérance inadaptée aux troubles...) en vue de les atténuer.

Cette VAD a en quelque sorte une fonction de « psychiatrie familiale » et vise à assouplir les mécanismes interactifs et les rivalités en proposant des opportunités d'expériences relationnelles nouvelles. Elle a aussi une fonction liante en augmentant le seuil de tolérance aux troubles (lorsqu'il est trop bas) par l'information, l'explication et la dédramatisation. De plus, quand les aidants naturels sont présents au domicile, la VAD doit permettre de reconnaître leur place et soutenir leur capacité « à faire face » tout en leur permettant d'énoncer leur souffrance.

Pour ce qui concerne les VAD de suivi, elles exigent de la part des professionnels médicaux et soignants des évaluations et/ou des réajustements périodiques du projet thérapeutique. Elles permettent de préparer, de raccourcir, prendre le relais, éviter et remplacer une hospitalisation. La pertinence du cadre de ces VAD est à rediscuter périodiquement entre médecins et infirmières référents afin d'éviter l'installation de VAD chronophages et chronicisantes.

Comme nous l'avons vu précédemment, la mise en place de cette consultation somatique au CMP représente une innovation qui a pour but de faciliter l'inscription de la population précaire dans le parcours de soins. Le parcours de soins des patients est une préoccupation de l'ensemble des professionnels du pôle G02. La mise en place de cette consultation somatique hebdomadaire constitue une passerelle pour inscrire ou réinscrire le patient dans un parcours de soins classique mais aussi une aide pour appréhender la dimension somatique de nos patients. L'idée également est que l'interne en médecine générale, en cas d'intrication médico-psychiatrique, puisse participer et organiser des synthèses pour débrouiller les situations complexes.

Nous avons pu mettre en place cette consultation grâce à un chef de clinique, enseignant à la Faculté de Paris 7, maître de stage, qui participe à trouver des lieux de stages pour les internes. Nous avons saisi l'opportunité d'accueillir un interne en médecine générale pour optimiser le parcours de soins de nos patients.

Ainsi, pour répondre au mieux à nos patients et à notre future patientèle, il est nécessaire d'inscrire notre fonctionnement quotidien dans une programmation, la plus structurée possible, de notre activité, sans pénaliser pour notre capacité à accueillir, accompagner et soutenir les patients se présentant en urgence. Il s'agit d'élaborer une meilleure répartition des tâches sur la journée, sachant que l'activité est connue à l'avance et maîtrisée. Seule la mise en œuvre d'une organisation dynamique et adaptée à la structure permet de répondre aux attentes et aux besoins des patients. Cependant, les patients ne sont pas les seuls bénéficiaires des avantages d'une réorganisation de l'activité, les personnels l'étant aussi au travers de l'amélioration de leurs conditions de vie au travail.

CONCLUSION

Ce travail qui prend fin, a voulu s'intéresser à un dispositif, l'équipe mobile psychiatrie précarité, et donc à un public qui, par la complexité de ses problématiques, questionne les limites de notre système de santé. L'augmentation de la population précaire présentant des troubles psychiques, en situation de « non demande » de soins, génère de nouveaux besoins. La précarité, dans sa pluralité, nécessite des prises en charges spécifiques où se côtoient de nombreux acteurs.

Ainsi, la diversité des acteurs participant à la prise en charge des personnes précaires et le cloisonnement actuel des secteurs psychiatrique et social, nécessitent une coordination renforcée, un développement des pratiques professionnelles pour construire et fluidifier le parcours de soins de ces patients.

Pour les différents acteurs du sanitaire, et pour les équipes mobiles, les actions « d'allers vers », de soutien et conseil aux équipes sociales, couvrant un territoire intersectoriel, sont des interventions innovantes. Ces mouvements de rencontre avec la population en situation de précarité ne correspondent pas à la forme habituelle du soin en psychiatrie de secteur.

Sur notre pôle de psychiatrie adulte, la mise en œuvre prochaine, d'une Equipe mobile psychiatrie précarité donne lieu à des changements organisationnels au sein Centre médico-psychologique auquel elle sera rattachée. L'anticipation de ces changements, ainsi que la détermination des objectifs et du plan d'action et leur présentation aux personnels impliqués relèvent du rôle de l'encadrement, en collaboration avec le corps médical.

Si le cadre supérieur de santé et le cadre du CMP accompagnent le changement, il leur faut avoir une vision précise des difficultés que sont susceptibles de rencontrer les personnels dans sa mise en œuvre, et permettre à l'ensemble des soignants de s'impliquer, de participer activement à ces transformations, pour porter et donner du sens au projet. De plus, l'encadrement et les infirmiers du CMP doivent aussi réfléchir aux modalités

d'accueil du nouvel infirmier recruté au sein de l'EMPP, de manière à contribuer à son intégration. Cette démarche réflexive bénéficiera au CMP au-delà l'accueil et l'intégration de la nouvelle patientèle. Elle présente un bénéfice plus large et double, à savoir, d'une part, l'amélioration de la qualité de la prise en charge de l'ensemble des patients et d'autre part, l'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants.

Bibliographie

Livres

Bernoux P., *La sociologie des organisations, Initiation théorique suivie de douze cas pratiques*, Seuil, 2009, 6^{ème} édition, 466 pages.

Cingolani P., *La précarité*, Paris, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2006, 2^{ème} édition, 128 pages.

Crozier M., Serieyx H., *Du management panique à l'entreprise du 21^{ème} siècle*, Paris, Maxima 1994, 142 pages.

Furtos J., *Les cliniques de la précarité*, Contexte social, psychopathologique et dispositifs, Paris, Masson, 2008, 284 pages.

Hart J. – Lucas S., *Management hospitalier. Stratégies nouvelles des cadres*, Paris, Lamarre 2002, 180 pages.

Crozier M., Friedberg E., *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, 1992, 500 pages.

Reuves

Rhizome 4, bulletin national santé mentale et précarité, mars 2001, « Définir et mesurer selon l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale », 16 pages.

Rhizome, bulletin national santé mentale et précarité, décembre 2012, N°46-47, « Compétence en humanité précaire et passage de relais », 32 pages.

Articles

L'information psychiatrique, Audrey Vanel, Catherine Massoubre, « Expérience en équipe mobile de psychiatrie et précarité », volume 87, N°2, février 2011, pp. 83-88.

L'information psychiatrique, « Réflexion autour d'un cas clinique de Diogène et ses liens avec la psychose », vol. 87, N° 9, novembre 2011, pp. 733-739.

Soins psychiatrie N°244, « Diogène, une équipe mobile santé mentale et précarité », Elsevier Masson, mai-juin 2006, pp. 45-46.

Fabrice DHUME, « Qu'est-ce que le partenariat ? Contribution à la construction d'un espace de sens », Institut social et coopératif de recherche appliquée, Montpellier, Mars 2002, 6 pages.

Rapports – Guides – Plans – Fiches –

Contrat local de santé de Saint-Ouen 2014-2017, 75 pages.

EPS de Ville-Evrard, Projet d'établissement 2013-2017, 64 pages.

Groupe de travail « santé et accès aux soins », Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, du 29/11/2012, 54 pages.

Guide précarité et santé mentale, FNARS 2010, impression WW-NESME, 129 pages.

Haut Comité de la Santé Publique : la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, Rennes, ENSP, février 1998, 349 pages.

Haut Conseil de la Santé Publique : évaluation du Plan Psychiatrie et mentale 2005-2008, octobre 2011, 228 pages.

La santé observée en Seine-Saint-Denis - Edition 2013 - fiche 6.1 Pauvreté, précarité.

Observatoire Parisien de l'Insertion et de la Lutte contre l'Exclusion : « Sans-abri à Paris », Atelier Parisien de l'Urbanisme, janvier 2011, 20 pages.

Observatoire régional de santé d'Île-de-France – 2013, Fiches 6-1 « pauvreté et précarité » et 6-3 « accès aux soins ».

Rapport au Conseil départemental, révision 2015 du SROS 2013 – 2017, position du département sur les enjeux de l'accès aux soins des habitants de la Seine Saint Denis, séance du 28 mai 2015, 28 pages

Rapport d'activité 2014, EMPP La Cordée, 21 pages.

Rapport d'activité 2014, EMPP La Boussole, 18 pages.

Rapport d'activité 2014, EMPP Estim'93, 28 pages.

Rapport de la mission des cadres hospitaliers, Ministère de la santé et des sports, Chantal de Singly, septembre 2009, 124 pages.

Rapport SAMENTA, rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France, observatoire du Samusocial de Paris, Inserm, janvier 2010, 227 pages

Rapport H. LACHMANN, C. LAROSE, M. PENICAUD, « Bien-être et efficacité au travail » « 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail », février 2010, 19 pages

Rapport ANAP, « Améliorer la gestion des ressources humaines, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, recueil des pratiques observées », avril 2011, 88 pages.

Rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », établi par E. Couty et présenté à R. Bachelot-Narquin, janvier 2009, 84 pages.

Réseaux de santé, guide d'évaluation, ANAES 2004, 36 pages

La Haute autorité de santé, évaluation des pratiques, fiche méthode, mai 2014, 6 pages.

Mémoires

Mémoire « Santé mentale dans la communauté », Vincent ARQUES, année 2013, 60 pages.

Cours

Monsieur VECHARD, délégué territorial du Val de Marne, ARS IDF, « Approche territoriale des soins », cours du 18/12/2015, ESM.

Monsieur DUMOND, enseignant de l'IAE, « Transformer les organisations », cours du 06 octobre 2015, ESM.

Monsieur MARCHAND, psychologue du travail, « Management des ressources humaines », cours des 25 novembre 2015, 22 janvier 2016 et 18 mars 2016, ESM.

Monsieur SCHURHOFF, psychiatre, « La recherche en psychiatrie », cours du 13 avril 2016, ESM.

Monsieur LETOURNEAU, responsable du Master « Management des organisations soignantes », cours du 15 mai 2016, ESM

Textes législatifs et réglementaires

Circulaire DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV N° 2001/393 du 02 août 2001, « d'orientation relatives aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale.

Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/ N° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

Circulaire DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV N°2001/393 du 02 août 2001 d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le cadre des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale.

Code de la santé publique, titre II, Article L6321-1, chapitre 1^{er}, « Les réseaux ».

Internet

www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006

www.professionbanlieue.org (données Insee 2008 : fiche 79)

<http://www.bdm.insee.fr>

<http://www.ors-idf.org> (profil des territoires de santé)

www.ors-idf.org/dmdocuments/tab93 (fiche 6-1 « Les bénéficiaires des minimas sociaux »)

www.psycom.org/Espace-Presses/Sante...de-A.../Precarite-et-psychiatrie

www.inegalites.fr/spip.php?page=breve&id_breve=989

www.latribune.fr

<https://books.google.fr/books?isbn=2361060612>

www.scienceshumaines.com/l-innovation-croyances-et-pratiques_fr_102

Power point

Cartographie EMPP et PASS psy d'Ile de France, décembre 2013, Ana MARQUES, sociologue à l'EPS de Ville-Evrard, 10 diapositives

flaubert-lyc.spip.ac-rouen.fr/IMG/pdf/La_demarche_de_soins-2.pdf, 28 diapositives

Annexes

Annexe 1 : Cartographie Equipes mobiles psychiatrie précarité 93

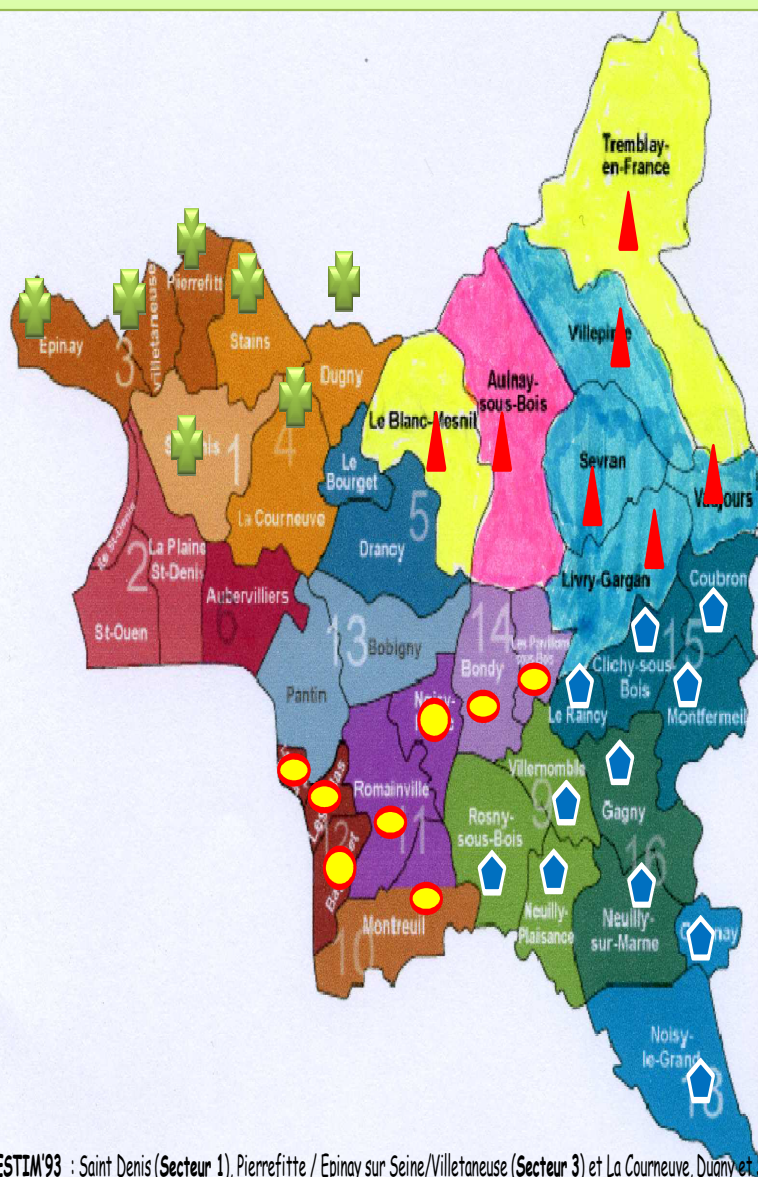
Annexe 2 : Maquette rapport d'activité EMPP.

Annexe 3 : Calendrier 2015-2016.

Annexe 4 : Fiche « Parcours des formations et stages ».

Annexe 1

ANNEXE 1 : CARTOGRAPHIE EMPP 93



- 1) **ESTIM'93** : Saint Denis (**Secteur 1**), Pierrefitte / Epinay sur Seine/Villetaneuse (**Secteur 3**) et La Courneuve, Dugny et Stains (**Secteur 4**), soit 292 675 habitants au total
- 2) **La Cordée** : Rosny-sous-Bois, Villemomble, Neuilly-Plaisance (**secteur 9**), Gagny, Neuilly-sur-Marne (**secteur 16**), Gournay, Noisy-le-Grand (**secteur 18**), soit 236 476 habitants au total
- 3) **La Boussole**: Montreuil (**secteur 10**), Noisy-le-Sec, Romainville (**secteur 11**), Bagnole, Le Pré-Saint-Gervais, Les Lilas (**secteur 12**), Bondy, Les Pavillons-sous-Bois (**secteur 14**), soit 322 740 habitants au total
- 4) **UMPP Ballanger**: Aulnay-sous-Bois, Blanc-Mesnil, Livry-Gargan, Sevran, Villepinte, Tremblay-en-France, Vaujours, soit 305 341 habitants au total
- 5) **PASS PSY**: tout le département

Annexe 2

Maquette pour le rapport d'activité des EMPP/PASSpsy du 93

Ce document présente les tableaux qui seront mis à disposition des équipes EMPP/PASSpsy du 93 en vue de confectionner leur rapport annuel d'activité. Les tableaux seront accompagnés de graphiques et commentaires succincts et seront utilisés par les équipes selon ce qui leur semble plus utile et pertinent.

Données sur la population :

	EMPP R. Dallanger	La Cordée	La Boussole	Estim'93	PASS-VE
Fils actifs					
Nouveaux					
Monococonsultants					

Situations traitées*					
----------------------	--	--	--	--	--

* à ne pas remplir par le DIM

Sexe	EMPP R. Dallanger		La Cordée		La Boussole		Estim'93		PASS-VE	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
homme										
femme										
Indéterminé										
Total										

Age	R. Dallanger		La Cordée		La Boussole		Estim'93		PASS-VE	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Moins de 18ans										
18 et 19 ans										
20-24 ans										
25-29 ans										
30-34 ans										
35-39 ans										
40-44 ans										
45-49 ans										
50-54 ans										
55-59 ans										
60-64 ans										
65-69 ans										
70-74 ans										
75 ans et plus										
Sans info										
Total										
max										
min										
moyenne										

Age regroupé	R. Dallanger		La Cordée		La Boussole		Estim'93		PASS-VE	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
moins de 18 ans										
18 à 29 ans										
30 à 39 ans										
40 à 49 ans										
50 à 59 ans										
60 à 74 ans										
75 ans et plus										
Sans info										
Total										

Nationalité**	R. Dallanger		La Cordée		La Boussolle		Estim'99		PASS-VE	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Etrangère										
Autre UE										
Hors UE										
Sans info										
[vide]										
Total										

**pour le Défi: ce tableau est un regroupé d'items

Lieu de vie**	R. Dallanger		La Cordée		La Boussolle		Estim'99		PASS-VE	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Domicile personnel ou parental										
Hébergé(e) par parents/famille ou amis										
Hôtel										
Foyer										
Autres										
Sans abri										
Hébergement précaire										
Hôpital sans logem.										
Sans info										
[vide]										
Total										

Mode de vie	R. Dallanger		La Cordée		La Boussolle		Estim'99		PASS-VE	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Avec conjoint/concubin										
Seul										
Avec un ou des parent(s), famille										
En famille d'accueil										
Collectivité - institution										
Autres										
Sans info										
[vide]										
Total										

Situation professionnelle**	R. Dallanger		La Cordée		La Boussolle		Estim'99		PASS-VE	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Employée en milieu ordinaire										
Emploi atypiques en milieu ordinaire										
Travail en milieu protégé										
Inaptitude, invalidité										
Au foyer										
Lycee/étudiant/stagiaire										
Retraité(e)										
Autre sans activité professionnelle										
Sans info										
[vide]										
Total										

Ressources**	R. Dallanger		La Cordée		La Boussolle		Estim'90		PASS-VE	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
caféine										
retrate										
soedic										
pensions										
RCA										
AAH										
autres										
sans resource										
sans information										
(vide)										
Total										

Protection sociale**	R. Dallanger		La Cordée		La Boussolle		Estim'90		PASS-VE	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
régime général/sécurité sociale?										
CMU?										
CMU - C										
AME										
mutuelle										
ALDO (100%)										
aucun										
sans information										
(vide)										
Total										

Protection juridique**	R. Dallanger		La Cordée		La Boussolle		Estim'90		PASS-VE	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
aucune										
tutelle										
curatelle										
sauvegarde de justice										
sans information										
(vide)										
Total										

Données sur l'activité auprès des patients

ACTES	R. Dallanger		La Cordée		La Boussolle		Estim'90		PASS-VE	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
Entretiens										
Démarches (sans le pat)										
Accompagnements (avec pat)										
Réunions (pour le pat)										
Total										

Actes per type d'intervenant	R. Dallanger		La Cordée		La Boussolle		Estim'90		PASS-VE	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
médecin										
infirmier										
psychologue										
assistant social										
plusieurs intervenants sans médecin										
plusieurs intervenants dont des médecins										
(vide)										
Total										

Actes par lieu	R. Bellanger		La Cordée		La Boussole		Estim'93		PASS-VE	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
structure VE										
autre structure sanitaire										
domicile										
CHRS										
CHU urgence										
LHSS										
accueil de jour, GDM										
autre structure sociale										
rue										
autres										
(aide)										
Total										

Actes par lieu regroupé*	R. Bellanger		La Cordée		La Boussole		Estim'93		PASS-VE	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
sanitaire										
dont psychiatrique										
social										
médico-social										
rue										
autres										
(aide)										
Total										

Données sur l'activité auprès des partenaires:

partenaires ponctuels*	R. Bellanger	La Cordée	La Boussole	Estim'93	PASS-VE
liste...					
Total					

partenaires habituels*	R. Bellanger	La Cordée	La Boussole	Estim'93	PASS-VE
liste...					
Total					

Annexe 3

CALENDRIER 2015 – 2016

	Oct	Nov	Déc	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Sept	Oct	Nov
Choix du thème	Thème change											
Recherche biblio.												
Réalisation de l'état des lieux			20/12									
Entretiens avec les différentes directions	27/10 DSI	01/12 Finances	01/12 RH									
Groupe de travail		08/11	10/12 mission	13/01		07/03	04/04					
Réunions de pôle		09/11		11/01		21/03			08/06	12/09	03/12	
Entretiens DIM/PASS	27/10		01/12									
Réunions équipe CMP + psy EMPP		31/11	21/12		21/02			09/05				
Réunion coordination CLSM St-Ouen		31/11 11h										
Réunion coordination CLSM Aubervilliers		31/11										
Analyse des données des 3 EMPP												
Rencontre EMPP Estim				14/01								
Stage Estim				25-29								
Stage La Boussole					02-05							
Stage La Cordée					10-12							
ARS+ équipe empp G02					08							
Rencontres partenaires sociaux					18							

Annexe 4

IX. PARCOURS des FORMATIONS et STAGES sur 1 ANNEE PROFESSIONNELLE				
	Intitulé des formations ou des stages	Durée	Réalisée	Date de réalisation
formation obligatoire	Accueil des nouveaux agents infirmiers et découverte de l'établissement et de l'institution	2 jours		
formation obligatoire	Les logiciels métiers :			
	* identito-vigilance, biologie et Génois	1 jour		
	* SIM VE	1/2 journée		
formations e-learning	Incendie			
annuelles obligatoires	* théorie			
	* pratique	1/2 journée		
	Chaîne de survie intra-hospitalière "gestes d'urgence" (sauf nouveaux diplômés)	2 jours		
stages obligatoires	Connaissance du pôle			
	* CLOS Benard	1 semaine		
	* HDJ	1 semaine		
	* CMP	1 semaine		

TITRE DU MEMOIRE

L'Equipe mobile psychiatrie précarité : l'accès aux soins en psychiatrie

AUTEUR

FERGANI-COQUIN Louisa

MOTS-CLES

Equipe mobile psychiatrie précarité, santé mentale, intervenants sociaux, population précaire,

KEYWORDS

Psychiatric unit for the homeless, mental health, social workers, homeless and marginal population,

RESUME

En France, depuis les trente dernières années, l'augmentation des inégalités sociales a exposé un nombre croissant de personnes à la grande précarité et à des problématiques de souffrance psychique qui lui sont associées. Cela en particulier dans le département de Seine-Saint-Denis, où les indicateurs socio-économiques, témoignent de la grave fragilité de la population.

Depuis les années 90, la création des Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) est envisagée comme une réponse à cette problématique imbriquant de manière complexe des aspects sociaux et psychiatriques. Elles accompagnent les intervenants sociaux dans le repérage et l'orientation des problèmes de santé mentale touchant des populations précaires ne demandant pas spontanément de soins, et vers lesquelles il est nécessaire d'aller de manière pro-active.

Ce travail accompagne la création d'une EMPP sur une partie de la Seine-Saint-Denis qui en est dépourvue. Il montre, en s'appuyant sur la littérature et sur les expériences d'équipes déjà opérationnelles, les actions à mener par le cadre de proximité du centre de consultations de psychiatrie générale auquel la nouvelle équipe se voit rattachée, accompagné en cela, par le cadre supérieur. Il lui faut anticiper les changements organisationnels pour optimiser l'intégration des nouvelles missions et des nouveaux personnels, sans nuire au bon fonctionnement des activités existantes. La démarche est centrée sur un management participatif, en proposant aux soignants un projet innovant et cohérent, où chacun est acteur, invité à se questionner et à s'impliquer pour porter le changement et maintenir, favoriser le bien-être au travail.

ABSTRACT

In the last thirty years, in France, the rise of social inequalities has exposed a growing number of people to a precarious lifestyle and to related mental health issues. This is especially true in the area of Seine-Saint-Denis where socio-economic studies show the serious level of mental health issues in the local population.

Since the nineties, the creation of the « Psychiatric mobile units for the homeless » has been seen as a response to deal with those complicated issues, where social and psychological problems are intertwined. These mobile teams' missions are to help social workers to detect mental health issues in the homeless and marginal populations and to guide them through the healthcare system. Therefore, they actively « target » and seek those populations, as marginal and homeless people are widely known to have poor access to regular health services.

This essay parallels the creation of such a team in Seine-Saint-Denis. Based on published studies and existing team experiences, it develops the project of the outpatient psychiatric clinic nurse manager to which the new team will report. This manager will have to optimize the integration of new professionals and new missions into existing activity processes.

This management work will be actively participative, presenting the existing nursing staff with an innovative and coherent project, in which every staff member can be a player, called to question him or herself and promote well-being at work.

