

UNIVERSITÉ DE LILLE 2 DROIT ET SANTE

**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

**ANNEE : 2020**

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**

**DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Accès aux soins psychiatriques et addictologiques de droit  
commun d'une population en situation de précarité sociale :**

**Étude rétrospective sur 6 mois à partir d'une population prise en  
charge par une équipe mobile psychiatrie précarité du Pas-de-  
Calais.**

Présentée et soutenue publiquement le 24 Septembre 2020 à 13h  
au Pôle Formation

**par Anne-Charlotte DEVYS**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Monsieur le Professeur François MEDJKANE**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Antoine COURTECUISSÉ**

---

# **AVERTISSEMENT**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises  
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

# Table des matières

<b>Résumé.....</b>	<b>7</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>9</b>
<b>I. Généralités et définitions.....</b>	<b>11</b>
<b>A. Précarité et pauvreté.....</b>	<b>11</b>
1. Définitions .....	11
2. Dénominations .....	13
3. Chiffres et caractéristiques.....	14
<b>B. L'exclusion.....</b>	<b>19</b>
1. Une clinique de la rue .....	19
2. Des personnes en moins bonne santé.....	23
3. La maladie mentale, facteur de risque de précarité ; La précarité, facteur de risque de maladie mentale .....	26
4. Un accès aux soins difficile .....	27
5. Structures d'accueil et d'hébergement.....	28
<b>C. L'aller-vers .....</b>	<b>30</b>
1. Grands principes .....	30
2. Un exemple d'aller vers : les maraudes .....	34
3. Quand faut-il intervenir ? .....	36
4. Place de l'hospitalisation sans consentement pour les personnes à la rue	39
<b>D. Organisation des soins en psychiatrie en France .....</b>	<b>42</b>
1. Un peu d'histoire.....	42
2. Intérêts et limites de la désinstitutionalisation .....	45
<b>E. Les équipes mobiles psychiatrie précarité.....</b>	<b>47</b>
1. Présentation du dispositif des EMPP .....	48
2. Composition .....	52
3. Difficultés rencontrées par le dispositif EMPP .....	53
<b>II. Interface Psychiatrie Précarité, l'équipe mobile psychiatrie précarité de Boulogne-sur-Mer.....</b>	<b>54</b>
<b>A. Le Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer .....</b>	<b>54</b>
<b>B. Création de l'EMPP de Boulogne-sur-Mer .....</b>	<b>57</b>
<b>C. Composition de l'équipe.....</b>	<b>57</b>
<b>D. Actions de l'équipe .....</b>	<b>59</b>
<b>E. Évolutions et difficultés rencontrées .....</b>	<b>62</b>
1. Au niveau de l'organisation de l'équipe.....	62
2. Au niveau du réseau de partenaires .....	63
<b>III. Méthode .....</b>	<b>67</b>

A.	Description de l'étude .....	67
B.	Lieu de l'étude .....	69
C.	Population étudiée .....	69
D.	Outils statistiques .....	70
<b>IV.</b>	<b>Résultats</b> .....	<b>71</b>
A.	Orientation en soins de droit commun ( <i>Critère principal</i> ) .....	71
B.	Caractéristiques sociodémographiques ( <i>critère secondaire</i> ) .....	80
C.	Caractéristiques cliniques ( <i>critère secondaire</i> ) .....	82
D.	Association des diagnostics.....	87
E.	Orientations en droit commun selon les diagnostics.....	93
<b>V.</b>	<b>Discussion</b> .....	<b>100</b>
A.	<b>A propos de l'étude</b> .....	<b>100</b>
1.	Réponses à la question principale. ....	100
2.	Réponses aux questions secondaires .....	101
3.	Limites et perspectives.....	104
B.	<b>Mise en parallèle avec l'étude SAMENTA (13)</b> .....	<b>106</b>
1.	Addictions.....	106
2.	Associations entre troubles psychiatriques et addictions.....	108
3.	Soins somatiques.....	109
4.	Risque de rupture sociale .....	109
C.	<b>Ouverture</b> .....	<b>110</b>
1.	Les EMPP : Réponses, hétérogénéité des pratiques, limites .....	110
2.	Des équipes mobiles dans d'autres domaines.....	113
3.	Le logement d'abord .....	115
4.	Point sur le contexte sanitaire lié au Covid-19 .....	119
	<b>Conclusion</b> .....	<b>121</b>
	<b>Références bibliographiques</b> .....	<b>122</b>
	<b>ANNEXES</b> .....	<b>128</b>
	ANNEXE 1 : Cahier des charges des EMPP, tiré de la circulaire du 23.11.2005.....	128
	ANNEXE 2 : Cartographie des EMPP et densité de population en France.....	132
	ANNEXE 3 : Carte des secteurs de psychiatrie de Boulogne-sur-Mer, réalisée par la F2RSM.....	133
	ANNEXE 4 : Réseau et partenaires de l'EMPP de Boulogne-sur-Mer.....	134
	ANNEXE 5 : Fiche de demande d'intervention de l'EMPP .....	135
	ANNEXE 6 : Missions du psychiatre de l'EMPP de Boulogne-sur-Mer .....	136
	ANNEXE 7 : Tableau de recueil des données .....	137

## LISTE DES ABREVIATIONS

**ACT** : Appartements de Coordination Thérapeutique

**CAARUD** : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

**CATTP** : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

**CHB** : Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer

**CHRS** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

**CHU** : Centre d'Hébergement d'Urgence

**CMP** : Centre Médico Psychologique

**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**CSAPA** : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**DC** : Droit Commun

**DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins

**EHLA** : Équipe Hospitalière de Liaison en Addictologie

**EMPP** : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

**EPSM** : Établissement Public de Santé Mentale

**ESAT** : Établissement et Service d'Aide par le Travail

**F2RSM** : Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale

**HDJ** : Hôpital de Jour

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

**LHSS** : Lits Halte Soins Santé

**MCO** : Médecine Chirurgie Obstétrique

**ONSMP** : Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité

**ORSPERE** : Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion

**PASS** : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

**RPSM** : Réseau Précarité Santé Mentale

**SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

**SAU** : Service d'Accueil des Urgences

**SAVS** : Services d'Accompagnement à la vie sociale

**SDF** : Sans Domicile Fixe

**SIAO** : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

**VAD** : Visite A Domicile

## RESUME

**Contexte** : Les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) sont des dispositifs destinés aux personnes en situation de précarité sociale et d'exclusion. Leur but est de permettre l'accès aux soins de santé mentale, à cette population spécifique. Elles agissent de manière complémentaire aux dispositifs de secteur, par des dynamiques « d'aller vers ». Ce travail se penche sur l'EMPP de Boulogne-sur-Mer, agglomération du Pas-de-Calais, afin d'étudier son activité et d'en comprendre les spécificités.

**Méthode** : Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective et monocentrique, dont l'objectif principal est d'étudier l'accès aux soins de droit commun des patients pris en charge par l'EMPP de Boulogne-sur-Mer. Les objectifs secondaires s'intéressent aux caractéristiques sociodémographiques et diagnostiques de cette population, relevées à partir des dossiers médicaux. Sont inclus l'ensemble des patients pris en charge par l'EMPP entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin 2019.

**Résultats** : Au total, 70 patients ont été inclus. Plus de la moitié des patients ont une orientation unique (28,6%) ou double (27,1%). Les principales orientations se font vers le CMP : 33,1% en consultation avec un infirmier et 20,3% avec un psychiatre. La plupart des hospitalisations sont faites en soins libres. Il y a 8,1% d'orientations vers les soins addictologiques et 8,1% vers les soins somatiques. 15,7% des patients n'ont pas été orientés en droit commun. Les personnes auprès de qui l'équipe mobile intervient sont respectivement porteuses des diagnostics suivants : troubles addictifs (31.1%), troubles de l'humeur et troubles anxieux (16,4%), troubles de la personnalité

(13.9%), suivis des troubles délirants (10,7%). 44,3% de la population étudiée possède deux diagnostics. Les diagnostics les plus fréquemment associés sont les troubles addictifs avec les troubles de l'humeur ou anxieux.

**Conclusion :** Cette étude montre l'intérêt des EMPP auprès des populations qui ne ressentent plus le besoin de se faire soigner. Des progrès sont faits dans le but de leur venir en aide : de nombreuses EMPP, aux pratiques diverses, voient le jour en France ; le modèle innovant du « logement d'abord » fait ses preuves un peu partout dans le monde. Et pourtant il reste beaucoup à faire, mais cela dépend en partie des volontés politiques et des moyens mis à disposition des soignants.

## INTRODUCTION

En 1993, alors qu'il travaille à l'hôpital Le Vinatier à Lyon, Le Dr Furtos, psychiatre, est interpellé par une infirmière à propos de difficultés dans la prise en charge de certains patients. Elle décrit l'apparition de « nouveaux patients qui ne souffrent plus comme avant ». Cette souffrance, décrite comme un mal-être indéterminé, ne rentre plus dans une catégorie bien précise de diagnostic de maladie mentale.

Ces patients, en l'occurrence ici chômeurs longue durée, bénéficiaires d'allocations sociales et jeunes en difficultés, sont en général orientés par les travailleurs sociaux qui ne savent plus comment les aider et se sentent dépassés par la situation, là où il est impossible de différencier le social du psychique (1). (Furtos. La précarité et ses effets sur la santé mentale)

C'est ainsi que s'est développé le concept encore peu connu jusqu'à ce jour, de souffrance psychique d'origine sociale, à partir du malaise des professionnels, toutes professions confondues, chez les personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Les soins psychiatriques se sont progressivement développés auprès de cette population aux caractéristiques spécifiques. Puis, des équipes spécialisées, les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP), se sont formées pour répondre à leurs besoins de manière adaptée.

L'objectif primaire de ce travail de thèse est d'observer si la prise en charge par une EMPP, en l'occurrence celle de la ville de Boulogne-sur-Mer, permet de favoriser l'accès aux soins des patients en ayant besoin et d'avoir une analyse des diagnostics associés à cette souffrance psychosociale.

# I. GENERALITES ET DEFINITIONS

## A. PRECARITE ET PAUVRETE

### 1. DEFINITIONS

L'étymologie du terme « précarité » a beaucoup évolué au fil des années. Il est de même origine que le mot « prière », du latin *precari* « prier l'autre pour avoir ». Son sens global renvoie « à ce dont l'avenir, la durée, la solidité n'est pas assuré, à ce qui est instable et incertain, à ce qui est court, fugace ou fugitif, voire à ce qui est délicat et fragile » d'après P. Cingolani dans son ouvrage *La précarité* (2).

D'après le dictionnaire du Larousse (3), est précaire « ce qui n'offre nulle garantie de durée, de stabilité, qui peut toujours être remis en cause ».

On peut donc lui accorder différents sens, se rapportant au travail, au logement à l'éducation, à la santé ou à un état plus global de pauvreté.

A partir des années 1980, un lien se fait entre précarité et pauvreté. Dans le rapport *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, J. Wresinski définit la précarité comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses

responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » (4).

D'après les études qualitatives présentées dans ce rapport, c'est l'accumulation de précarités à différents niveaux et différents moments de vie qui amène à une grande pauvreté. Or, de nombreux facteurs de risque prédisposent à la pauvreté. On relève notamment le niveau socio-économique, culturel et éducatif faible, des conditions de vie difficiles, des rapports familiaux compliqués...

J. Furtos est un psychiatre français, qui a développé la notion de souffrance mentale d'origine sociale. Il a été chef de service au centre hospitalier Le Vinatier et directeur scientifique de l'Observatoire régional sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion fondé en 1996, devenu en 2002, l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ONSMP-ORSPERE). Selon lui, il ne faut pas confondre pauvreté et précarité. Il différencie ces deux termes dans son ouvrage *Les cliniques de la précarité* (5). Selon lui, la pauvreté, qui signifie par ses origines latines *pauper* « produire peu », revient, dans un langage plus commun, à « avoir peu ». Il représente un état de fait statistique, se référant principalement aux revenus dans une société. Et le seuil de pauvreté varie selon le contexte culturel.

La précarité est la peur de perdre des objets sociaux (comme l'emploi, l'argent, le logement), qui représentent une forme de sécurité. « On peut donc vivre sans précarité dans une société pauvre et être précaire dans une société riche » (5).

## 2. DENOMINATIONS

De nombreux termes ont été utilisés pour désigner les personnes vivant dans la rue (6).

« Vagabonds », « clochards », « sans-abris », « mendiants », « marginaux », « sans-logis », « exclus », « SDF », voire même, plus récemment, « punks à chien » et « routards ». Ces derniers sont à différencier des « hippies » des années 70 et des « clochards célestes », par un échec social et familial et l'absence d'idéologie porteuse de manière de vivre (7).

On peut tout de même relever des spécificités à certains de ces termes. Le « mendiant » faisant, plus généralement, référence à une personne faisant la manche dans la rue. Le vagabondage décrit un mode de vie marqué par le manque le logement (6). Dans *Offrons-leur l'asile ! Critique d'une représentation des clochards en « naufragés »* de E. Soutrenon, le clochard est défini comme quelqu'un qui « n'a habituellement égard à aucune règle, à aucune loi, à aucun usage, ou plutôt qui les méconnaît tous, dont le discours, le maintien ou les actions sont sans cesse en opposition, non seulement avec les mœurs du pays qu'il habite, mais encore avec ce qu'il y a d'humain et de raisonnable » (8).

Aujourd'hui et depuis une dizaine d'années, c'est surtout le terme de « sans-domicile fixe » (« SDF ») qui est utilisé. D'après D. Memmi, les SDF sont définis comme « une population à la fois réduite au corps propre et dans l'impossibilité de satisfaire par elle-même ses besoins élémentaires » (8).

Ainsi le terme de « clochard », qui évoquait quelqu'un d'original et inadapté qui aurait choisi sa situation, est remplacé par celui de « SDF » auquel se rattache la notion de décadence et le manque de logement. Ils deviennent ainsi la cible des interventions de l'État en matière de lutte contre l'exclusion, eux qui, jusqu'ici perçus comme des vagabonds, étaient cibles des actions répressives de l'État (9).

### **3. CHIFFRES ET CARACTERISTIQUES**

Il n'est pas simple de définir, classifier et chiffrer les personnes en situation de précarité.

Selon J. Damon, il est difficile de trouver un bon indicateur de précarité. Le plus communément utilisé, au niveau national, est le seuil de pauvreté monétaire qui correspond à 60% du niveau de vie médian de la population (soit 1026 euros/mois pour une personne seule en 2016).

- **Une augmentation du nombre de SDF en France**

Ainsi, l'INSEE recensait 7,8 millions de pauvres en 2000 et 8,5 millions en 2013 avec un taux de pauvreté à 14% (10). En 2015, ce taux, en légère hausse, atteint 8,9 millions de personnes vivant avec un niveau de vie inférieur à ce seuil pour un taux de pauvreté de 14,2%, puis diminue de nouveau en 2016 pour atteindre 8,8 millions de personnes pauvres avec un taux de 14% (11).

Dans son article « *Qui sont les personnes sans domicile en France depuis 1949 ? Éléments de réponse au prisme lyonnais* », A. Brodiez-Dolino dépeint le même constat. En effet, il y a peu de données relevées dans la littérature et d'études faites sur le nombre et les caractéristiques des pauvres en France (12).

L'INSEE a réalisé 2 enquêtes sur les SDF (en 2001 et 2012) et décrit une augmentation spectaculaire du nombre de SDF en 11 ans. Pourtant, d'après les données relevées dans la revue de littérature par A. Brodiez-Dolino, ce nombre n'a que très peu augmenté depuis 1900 (12).

En 1900, P. Gaboriau, qui s'appuie sur les statistiques publiques, relève 8 000 à 15000 pauvres sur Paris. En 1950, A. Vexliard en dénombre 10 000 à 20 000 sur Paris et 100 000 sur la France. Et l'INSEE en compte 12 000 sur Paris et 141 500 sur l'ensemble de la France en 2012 (12).

- **Une population à la rue qui change...**

Il y a une majorité d'hommes dans la rue. Selon P. Gaboriau, en 1900, sur la population étudiée, il y avait 83% d'hommes et 17% de femmes. Ces chiffres peuvent s'expliquer par des stratégies de survie différentes utilisées par les femmes en présence d'enfants. Pour A. Vexliard, en 1950, les femmes ont majoritairement plus de 40 ans, sont en situation de précarité suite au décès de leur mari et présentent des comorbidités somatiques et addictives importantes (12).

J. Wresinski nous montre, toujours dans le rapport *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, que la population touchée par la précarité s'est modifiée au cours du temps. Alors qu'avant les personnes les plus exposées étaient en majorité des personnes âgées, actuellement on recense davantage de jeunes, de familles monoparentales, qui sont de plus en plus isolés... (4)

La précarité peut survenir après un accident de la vie, à titre individuel. Le caractère communautaire et héréditaire n'est plus spécifique.

Les causes à l'origine de ce mode de vie ne sont pas les mêmes pour tous. A. Vexliard en compte 5 catégories (12) :

- Socioprofessionnelle, imputée à des activités instables (saisonniers ou ambulantes),
- Socioéconomique, due au chômage,
- Sociobiologique, en lien avec l'état physique (pathologies, handicaps, vieillesse...),
- Sociojuridique, qui fait suite à une décision de justice,
- Sociopolitique, suite à une condamnation.

Concernant les caractéristiques de la population cible, J. Damon relève les mêmes informations dans son article *Pauvreté et précarité en chiffres*. Il y a un rajeunissement de la population touchée, qui se tourne vers les jeunes, les enfants qui n'ont pas accès à l'éducation, les familles monoparentales et même les jeunes actifs qui ont un emploi à faible revenu (10) ; d'après l'étude SAMENTA (13), environ 1/3 des personnes sans domicile possède un travail en 2009. On retrouve également une urbanisation de la

pauvreté. Comme le décrit Wresinski, les bidonvilles situés en périphérie des villes, où vivaient les populations les plus pauvres et où le collectif permettait l'adaptation et l'entraide, ont disparu. Ce sont dans les cités HLM que se retrouvent actuellement les classes populaires (4).

A. Brodiez-Dolino, constate dans sa revue de littérature (12) que, contrairement aux observations exposées précédemment, les proportions de jeunes de moins de 30 ans, de personnes étrangères et de personnes en fragilité psychique sont peu modifiées entre 1900 et 1950. Mais à partir des années 70 et avec la montée du chômage, il y a une augmentation du nombre de familles dans les rues (d'après les enquêtes INSEE en 2001 puis 2012), de chômeurs et de jeunes en difficultés pour trouver un travail. Ils remplacent les personnes âgées, qui ont pu bénéficier de la revalorisation des retraites, et personnes à handicap physique et mental, pour qui a été créée l'allocation adulte handicapé (AAH).

D'après J. Grollaud, c'est la perception de la société qui change à l'égard de ces personnes vivant dans la rue, en particulier depuis les années 1990 (12).

## **État des lieux de l'hébergement des sans-domicile en 2012 : (14)**

L'enquête INSEE réalisée sur l'année 2012 retrouve un total de 141 500 personnes sans-domicile. Sur ces 141 500 SDF, il y a 81 000 adultes et 30 000 enfants dans les agglomérations de plus de 20 000 habitants, 8 000 adultes dans les agglomérations de moins de 20 000 habitants et 22 500 personnes dépendant du dispositif national d'accueil des étrangers.

Sur ces 81 000 personnes, 45% vivaient en hébergement collectif, 29% dans des logements payés par des associations, 16% dans des hôtels payés par des associations et 10% de sans-abris.

L'étude révèle que certaines situations sont transitoires, en particulier suite à une rupture familiale ou une arrivée récente en France... mais d'autres le sont moins.

Les causes principales à l'origine des privations de logements sont : pour 45% des raisons familiales (ruptures, violences, décès...) ; 39% des raisons financières (perte d'emploi, impossibilité de payer le loyer...) ; 12% un changement de pays ou région (pour raisons de sécurité ou changement de travail...) ; 10% pour des problèmes liés au logement ou au contrat de location (fin de bail, destruction de logement...).

Cette étude constate également l'augmentation du nombre de jeunes et de femmes. Deux personnes sans domicile sur cinq sont des femmes. Ces femmes bénéficient de conditions d'hébergement plus stables que les hommes, c'est à dire des foyers qu'elles ne doivent pas quitter la journée ou des logements associatifs. Il y a moins de femmes sans-abri que d'hommes sans-abri.

65 % des sans-domicile vivent seuls. 25% possèdent un enfant, qu'ils soient seuls ou en couple.

## **B. L'EXCLUSION**

Depuis l'instauration de la sectorisation des soins en psychiatrie, se basant sur le lieu d'habitation, n'importe quelle personne vivant en France a un service de psychiatrie référent, à une exception près, les sans domiciles fixe (15). L'égalité dans l'accès aux soins promise par la réorganisation des structures psychiatriques n'a pas aboutie.

En 1954, l'abbé Pierre lance, suite à un hiver meurtrier au cours duquel de nombreuses personnes vivant dans la rue trouvent la mort, « l'insurrection de la bonté », un appel aux dons pour ces personnes en situation de grande pauvreté et fonde peu de temps après l'association Emmaüs. A. Vexliard, psychologue et sociologue, publie une étude en 1958 (16) sur la sociologie du vagabondage, se centrant sur les aspects psychologiques de ces personnes. Dans les années 90, la question de l'exclusion sociale interpelle la société et les politiques, et de nombreuses lois et rapports voient le jour. Le rapport de Lazarus, *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, en 1995, est issu du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale ». Il met en avant le concept de souffrance psychique liée aux conditions de vie précaire (17).

### **1. UNE CLINIQUE DE LA RUE**

Le terme d'exclusion est défini sur plusieurs plans par J. Furtos (5).

Il renvoie, dans un premier temps, au concept global d'« être enfermé dehors, en dehors de la commune humanité, sans être reconnu par son groupe social d'appartenance ».

Au niveau social, il fait écho au fait d'être « objectivement exclu du travail, du logement, de la culture, de la citoyenneté voire de son pays ». En 1998, le Haut Comité de la santé publique définit l'exclu, comme « une personne qui, malgré son état de pauvreté, ne bénéficie pas – parce qu'elle n'en a pas le droit, qu'elle ignore ses droits ou qu'elle n'a même plus l'énergie de faire les démarches nécessaires – des possibilités d'aide (revenu, logement, école, santé) correspondant le plus à sa situation » (18).

Au niveau psychique, il renvoie au « sentiment de se sentir exclu de l'appartenance à la communauté humanité, laquelle s'inscrit dans un groupe social ou sociétal particulier idéalement citoyen, mais pas toujours » (5).

L'auto-exclusion fait appel aux ressources internes de la personne, qui, pour éviter de subir la situation douloureuse de l'exclusion, va s'en extraire pour « ne pas la subir ni la penser » (5).

Ce syndrome d'auto-exclusion se développe progressivement et se constitue de plusieurs étapes.

En premier lieu, vient le **découragement**, état réversible, qui est reconnaissable et objectivable par le sujet. S'en suit le **renoncement** et le **désespoir « absolu »** qui entraînent la désobjectivation et la déshabitation du moi. Cliniquement, le sujet présente alors des signes qui vont toucher le corps puis les affects et enfin les pensées : anesthésie ou hypoesthésie corporelle, émoussement affectif ou à l'inverse hypomanie, inhibition intellectuelle.

Plusieurs auteurs ont décrit cet état (8), comme J. Hassen qui écrit « au bout de sa carrière [...], le clochard [...] ne rit pas, [...] ne pleure pas, [...] ne manifeste aucune émotivité ni aucune émotion : il est victime d'une « perte complète de tout sens et de recherche même de sens ».

D. Versini décrit des personnes qui « n'ont plus conscience de leur moi », qui « ont perdu tous leurs repères sociaux, et ne savent plus évoluer dans le temps ni dans l'espace ».

Enfin, X. Emmanuelli décrit les SDF comme des individus dont « la maladie [est] de ne pas avoir de représentation de soi, d'être des gens sans corps et sans psychisme » (5).

Ces signes ressemblent aux symptômes négatifs de la schizophrénie et peuvent faire penser à une maladie psychotique. En effet, J. Furtos décrit la symptomatologie déficitaire de la schizophrénie comme le principal diagnostic différentiel du syndrome d'auto-exclusion (5). Il serait alors possible de croire des personnes délirantes lorsqu'elles sont, comme le dit S. Quesemand-Zucca, « entourées par une réalité « folle », avec des histoires de vie terribles et une absence de repères ». Dans ces cas-là, la symptomatologie peut être réversible avec le retour des repères structurants (19).

Par ailleurs, l'anesthésie corporelle est à distinguer d'un trouble hystérisiforme, d'un trouble carenciel et d'une intoxication éthylique chronique (5).

Dans un second temps, se mettent en place des mécanismes de défense, appelés « défenses paradoxales » dont le but est de protéger l'intégrité psychique et physique de la personne et de ralentir les conséquences de la progression du déni et du clivage:

- **La non-demande**, c'est-à-dire l'absence d'appel à l'aide lorsqu'on va mal. Cela peut-être la difficulté, le retard voire la renonciation à demander de l'aide, que ce soit au niveau médical, social ou psychique.

- **La réaction thérapeutique négative**, qui décrit le fait que plus la personne est aidée, plus son état clinique se dégrade.
- **L'inversion sémiologique des demandes**. Ce sont les demandes inadaptées du patient face à son interlocuteur. Par exemple, une demande de recherche de logement à son psychiatre et l'évocation de symptômes post-traumatiques face au travailleur social. Cette défense met en avant la difficulté de travailler sur ses symptômes lorsque l'on est dissocié de ses affects et représentations psychiques.

Il existe d'autres signes, indépendants de cette chronologie, qui se rapportent à l'exclusion. Les plus fréquents sont :

- **La rupture active des liens** : c'est l'arrêt des contacts avec ses proches (famille, amis, aidants, travail...) ;
- **L'errance**, qui, comme le décrit si bien J. Furtos, est une « fuite au-dehors, une fuite du lien en le conservant à la conscience ».
- **L'incurie** : négligence extrême, avec accumulation d'objets et déchets de toute sorte. Signe très fréquemment rencontré en visite à domicile. Elle est décrite comme « une fuite au dedans et le fait de rester chez soi sans pouvoir habiter son logement ».
- **L'abolition de la vergogne** qui est la disparition « de la bonne honte », c'est à dire les codes sociaux nécessaires pour s'intégrer au groupe et vivre en société (5). P. Henry et M.P. Borde, citent qu'ils ont « perdu la plupart de [leurs] repères sociaux (individuels, collectifs, relationnels, spatio-temporels) » et forment « un groupe à part » (8).

Enfin, **la mort** qui n'est pas un signe d'exclusion en soi mais peut en être une conséquence. En particulier pour une personne très isolée, si les conditions de vie sont profondément précaires, avec des affections somatiques graves pour lesquelles il n'y a pas de demande de prise en charge (5).

Il existe le *Collectif Les morts de la rue*, créé en 2002, qui veille à l'organisation de funérailles dignes pour ces personnes, accompagne les familles et communique autour de ces morts (20).

## **2. DES PERSONNES EN MOINS BONNE SANTE**

Ce risque est donc majoré par le constat fait que les personnes en situation de précarité sociale, et en particulier avec de mauvaises conditions de logement, sont en moins bonne santé que la population générale.

En effet, les personnes SDF, qu'elles soient hébergées ou à la rue, présentent davantage de pathologies chroniques physiques et psychiques. Ce risque de développer des maladies est lié aux conditions d'hygiène et de vie dégradées (manque d'eau, difficultés d'accès à l'alimentation, promiscuité, exposition au froid et l'humidité...) (21) Leur état de santé se dégrade proportionnellement au temps passé dans la rue et leur espérance de vie est plus faible (22). Le Rapport annuel du collectif Les Morts de la Rue relevait un âge moyen de décès de 48,7 ans en 2018 alors que l'espérance de vie est de 82,18 ans dans la population générale (20). D'après A. Gilbert dans sa thèse *La continuité des soins psychiatriques en sortie d'hospitalisation pour les personnes en situation de grande précarité. État des lieux dans l'agglomération toulousaine* (19), l'espérance de vie est encore plus faible, 37 ans, pour les personnes

sans-abris atteintes de problèmes de santé mentale. Elles ont moins accès aux soins car ne savent pas forcément vers qui se tourner et n'ont pas les moyens financiers.

J-L. Roelandt, psychiatre, déclare ainsi « le risque de présenter un trouble psychique est corrélé négativement au niveau de revenu des individus » (21).

D'après l'étude SAMENTA, réalisée en 2009 par le Samu Social (13), plus d'1/3 de la population étudiée présentait au moins une maladie chronique, les hommes étant plus touchés que les femmes. Les plus fréquentes étaient les maladies respiratoires, le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies psychiques, contrairement à la population générale où on retrouvait les céphalées, les maladies rhumatismales, les allergies et l'hypertension artérielle.

Concernant les pathologies mentales, presque 1/3 des personnes sans domicile en région Ile-de-France était touché par un trouble psychique sévère et 15% par un trouble non sévère.

En comparant les résultats de l'étude SAMENTA de 2009 avec ceux de l'enquête INSEE de 2001, le constat fait état du ressenti d'une dégradation générale de la santé des populations sans domicile, en particulier chez les jeunes.

Le risque de rupture sociale est plus élevé chez les personnes atteintes de troubles psychiques, en particulier les troubles psychotiques, troubles bipolaires et troubles dépressifs majeurs. En effet, les troubles psychiatriques sévères, notamment les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur (que ce soit les troubles dépressifs majeurs ou les troubles bipolaires) et les troubles anxieux, sont surreprésentés dans la population SDF par rapport à la population générale. L'étude SAMENTA estime cette surreprésentation à 1/3 de la population sans-abri. Les troubles psychotiques sont les plus fréquemment retrouvés (prévalence 8 à 10 fois plus élevée que dans la population

générale). Les troubles de personnalité sont également plus fréquents que dans la population générale.

Il est pertinent de préciser que ces personnes atteintes de troubles psychiques sont encore plus touchées par les comorbidités somatiques. En 2009, on retrouvait une pathologie chronique chez 40% des personnes porteuses de troubles de l'humeur ou de personnalité, chez 30% de celles atteintes de troubles anxieux et chez 15% des patients atteints de troubles psychotiques (13).

Concernant le risque suicidaire, le Collectif des Morts de la Rue met en évidence que le risque de décès par suicide des personnes sans domicile en France est moins élevé que dans la population générale (1% contre 9%) (23). Mais ces résultats sont en contradiction avec les données internationales qui indiquent un taux de suicide plus de 10 fois supérieur à celui de la population générale. Notamment, entre 12 et 66% d'idées suicidaires au cours de la vie des personnes sans-abris contre 10 à 15% dans la population générale ; et entre 18 et 51% de tentative de suicide contre 5,5% dans la population générale.

La première cause retrouvée des passages à l'acte suicidaires est la souffrance psychique en lien avec les conditions de vie précaire, qui constitue un facteur de risque précipitant. Mais une étude menée au Danemark retrouve un lien significatif entre schizophrénie, troubles de l'humeur, addictions et suicide chez les sans domicile (24). Cette différence entre les résultats français et internationaux peut s'expliquer par le manque de données sur les suicides dans la population intéressée. En effet, le Collectif Les Morts de la Rue indiquait, en 2016, que 45% des décès des sans-abris était de « cause mal définie ou inconnue » (contre 9% dans la population générale) (23).

### **3. LA MALADIE MENTALE, FACTEUR DE RISQUE DE PRECARITE ; LA PRECARITE, FACTEUR DE RISQUE DE MALADIE MENTALE**

« L'existence d'un lien entre la précarité et la santé mentale ne fait pas de doute » (19). Mais est-ce l'exclusion qui entraîne la maladie mentale ou la maladie mentale qui entraîne l'exclusion ?

En effet, les pathologies psychiatriques et addictologiques, du fait de leur symptomatologie clinique, peuvent entraîner un isolement, des difficultés pour exercer un travail, des difficultés financières voire même des difficultés pour garder un logement. En 2009, d'après l'étude SAMENTA, 9,4% des personnes atteintes de schizophrénie suivies en France dans la cohorte européenne avaient déjà perdu un logement et 5,6% d'entre elles avaient dormi dans la rue (13). Une autre étude portant sur les personnes atteintes de troubles psychiatriques dans les foyers CHRS de la région parisienne montrait que la plupart des personnes avaient perdu leur logement à cause de leur maladie mentale (21).

A l'inverse, il a déjà été démontré que les troubles psychiatriques précédaient l'errance dans 60% des cas, ou surviendraient conjointement dans 20% des cas (5,19).

De plus, la stigmatisation des maladies mentales, et en particulier de la schizophrénie, constitue sûrement également un facteur de risque de précarité.

Aux États-Unis, une étude réalisée à Los Angeles en 1988, avait relevé que 28% de la population sans-domicile étudiée présentait une « maladie mentale sévère et chronique », avec une surreprésentation des pathologies schizophréniques et des troubles liés à la consommation d'alcool.

Une méta-analyse tirée du rapport *La santé des personnes sans chez-soi*, estimait des variations de pourcentages importantes : entre 8 et 54% de personnes dépendantes à l'alcool, par exemple (25).

Ainsi même s'il est difficile de déterminer quelle est la situation initiale à l'origine de l'exclusion, on peut affirmer que la précarité sociale et la maladie mentale sont bien deux facteurs réciproques, accompagnés d'une multitude d'autres facteurs environnementaux, qui forment un cercle vicieux que l'on pourrait nommer « spirale de l'exclusion » (21).

#### **4. UN ACCES AUX SOINS DIFFICILE**

C'est à partir des années 90 que l'accès aux soins s'améliore, grâce à plusieurs lois :

- La loi n° 98-657 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions en 1998 (26), qui légifère sur les conditions d'accès à l'emploi, au logement et aux soins. Cette loi mène à la création des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).
- La loi n° 99-641 en 1999, qui crée la Couverture maladie universelle (CMU) et la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), véritable révolution sanitaire qui permet aux personnes les plus précaires de bénéficier de soins médicaux, sous réserve de résider en France de manière stable et régulière.

La CMU permet à ces personnes qui ne sont pas couvertes par un régime d'assurance maladie obligatoire de rembourser leurs frais médicaux dans les mêmes conditions que les autres assurés sociaux. La CMU-C est une protection complémentaire gratuite destinée aux personnes qui ont de faibles ressources.

Plus tard, de nombreux dispositifs destinés aux soins des sans-abris voient le jour :

- Des structures d'accueil : appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés (LAM), services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) ...
- Des services mobiles qui proposent d'aller vers les personnes : Samu social, équipes mobiles spécialisées en psychiatrie (EMPP), accompagnement adapté à domicile (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)).

## **5. STRUCTURES D'ACCUEIL ET D'HEBERGEMENT**

Différentes structures d'accueil et d'hébergement sont à disposition des personnes sans-abris, via le dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI).

Un dispositif de veille sociale se doit d'accueillir les personnes à la rue et de procéder à une première évaluation sociale, médicale et psychique afin de les orienter vers les structures et services adaptés. Le SIAO en fait partie, qui gère également le 115, les maraudes et les accueils de jour (27).

Il existe différents types d'hébergement : foyers, centres d'hébergement d'urgence (CHU) et de réinsertion sociale (CHRS), centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), pensions de famille, maisons relais (structures collectives), chambres d'hôtels, voire logement ordinaire lorsque cela est possible.

Les SDF peuvent les intégrer pour une durée limitée (une nuit, quelques jours, semaines, voire jusqu'à 6 mois renouvelables pour les CHRS), tout en étant accompagnés par les structures médico-psycho-sociales.

Les CHU sont ouverts 24h/24 et proposent des solutions immédiates et sans condition aux sans-abris. Les CHRS s'adressent aux personnes soumises à des difficultés d'ordre économique et sociale, bénéficiant de l'aide sociale. Ils proposent, en plus de l'hébergement, une aide dans l'élaboration d'un projet de réinsertion individualisé (27).

Pour les personnes en errance qui ne fréquentent pas les structures d'hébergement, il existe des structures d'accueil de jour. Ce sont des lieux d'échange et de sociabilité qui assurent les missions suivantes : accueil, écoute, soutien, orientation, mise à l'abri, alimentation (repas collectifs), hygiène (mise à disposition de sanitaires), aide matérielle (distribution de vêtements, mise à disposition de machine à laver, téléphone...), démarches administratives (aide à l'ouverture des droits d'état civil, prestations sociales...), aide à la gestion du quotidien, aide financière (transports), convivialité, vie sociale (28).

Ces structures sont les « portes d'entrée » dans le circuit de l'assistance. Le dépistage des troubles psychiques doit y être le plus précoce possible.

## **C. L'ALLER-VERS**

### **1. GRANDS PRINCIPES**

Malgré la mise en place de ces lois et dispositifs, créés pour permettre l'amélioration des soins aux personnes sans-abris, leur accès et maintien dans les soins restent problématiques. En particulier pour celles atteintes de troubles psychiques. L'enquête SAMENTA relève que 75% des personnes ayant été suivies au cours de leur vie ne le sont plus au moment de l'étude (13).

Comme le soulevait J. Furtos et le rapport de Lazarus (17), la demande n'est pas toujours telle qu'on l'attend. En effet, la maladie mentale, que ce soit par ses symptômes ou la représentation stigmatisante qu'elle engendre, peut entraîner un isolement, un déni de la situation, et conduire à la non-demande voire à l'abandon des soins.

Depuis la restructuration des soins psychiatriques, le pivot du secteur s'est déplacé de l'hôpital vers le CMP. Il est devenu responsable de l'accueil, l'accompagnement et le suivi. Cette sectorisation des soins psychiatriques semble peu pertinente pour une population qui est mobile (29).

En général, l'accès aux soins des personnes sans abri atteintes de maladie mentale se fait moins par le médecin généraliste et le CMP, dont la temporalité ne répond plus aux besoins de ce public, de par leurs délais d'attente et leurs horaires d'ouverture, que par les urgences, qu'elles soient médicales ou psychiatriques. Leur état se trouve alors déjà à un stade assez dégradé pour nécessiter une prise en charge en urgence

(21). Cette porte d'entrée peut mener à une hospitalisation nécessaire au vu de leur état clinique mais généralement ces hospitalisations sont courtes et ne peuvent permettre de travailler sur la réinsertion psychosociale.

Dans *Précarité et santé mentale*, V. Kovess évoque le nombre important de patients sortant de l'hôpital sans logement et fait part, suite aux enquêtes de prévalences européennes, que les sans-abris courent, plus que d'autres, le risque de quitter l'hôpital avant la fin du traitement ou de refuser les programmes d'insertion » (19).

De cette non-demande découle **la notion « d'aller vers »**, qui s'est développée depuis la fin des années 1990.

X. Emmanuelli déclarait que les équipes mobiles du Samu social, dont la devise était d' « *aller au-devant de ceux qui ne demandent plus rien, sont ainsi présentées par leur initiateur comme « un dispositif [...] de sauvetage à l'attention des sans-abri, et parmi eux les plus désocialisés, ceux que nous appelons communément les clochards »*. Mais, comment peut-on parler de refus de soins pour des personnes qui n'ont plus conscience de ce qu'est leur propre corps ? (30).

Il s'agit d'aller chercher la personne directement dans son environnement habituel pour la guider vers les structures de soins.

L'aller vers a un rôle déterminant auprès des personnes sans domicile qui ne sollicitent pas ou plus les services de droit commun. L'abord relationnel de ces personnes est différent des autres. Pour pouvoir s'approcher d'elles, il faut parfois s'éloigner car elles peuvent avoir peur de la relation d'aide.

C'est une pratique à travers laquelle les acteurs se rendent disponibles et n'attendent plus que la personne fasse d'elle-même une demande. Ainsi, les intervenants participent de manière active à la création de lien.

Le but de cette pratique est de **réduire les inégalités d'accès aux soins**. Elle peut se faire à différents niveaux :

- Sur le lieu de vie de la personne lorsque celle-ci ne peut se déplacer, que ce soit pour une raison physique ou psychique, une non-demande, une impossibilité d'être accompagnée...
- Faire une évaluation globale de l'environnement et du mode de vie de la personne dans le but d'établir un projet adapté, prenant en compte toutes les dimensions de vie.
- Rencontre de populations spécifiques qui présentent des difficultés à adhérer aux soins (par exemple : personnes en situation de précarité, SDF, réfugiés, migrants, jeunes en errance, femmes victimes de violences...).

Les grands principes sont de **provoquer la rencontre, d'instaurer la confiance, et maintenir le lien** dans le but de déceler une demande non verbalisée et faire émerger des demandes explicites. L'objectif à long terme est de **poursuivre l'accompagnement vers les structures de secteur de droit commun**.

L'aller vers nécessite de trouver la bonne distance dans la relation entre l'acteur et l'utilisateur (29). Il se prépare, par des échanges précédant la prise de décision et l'action

cohérente et adaptée à la situation, et surtout par une coordination entre les différents acteurs médico sociaux.

Intervenir ne signifie donc pas imposer des soins au patient dès la première rencontre et sans qu'il le demande. L'aller vers prend du temps car la clinique de la rue exige une implication. Les débuts sont progressifs et il faut y aller doucement. La personne en situation d'exclusion doit sentir qu'elle compte pour quelqu'un, même si c'est un professionnel. J. Furtos signale également qu'à vouloir aller trop vite il y a un risque d'engendrer une « modification trop rapide d'un équilibre acquis pour survivre » (19). A noter que cette pratique est à éviter dans toute situation pouvant être insécure pour soi ou autrui (auto, hétéroagressivité, environnement dangereux...).

La circulaire de Novembre 2005 (31) nous rappelle, par ce principe « d'aller vers », que « la dimension du travail pré-thérapeutique est essentielle et requiert une disponibilité à toute sollicitation là où elle se présente, au moment où elle peut s'exprimer, donc la plupart du temps hors du champ propre à la psychiatrie ». Et justifie ainsi, la création des EMPP dont la première mission « vise l'identification des besoins non repérés ou non pris en charge dans les dispositifs de « droit commun » tel le CMP, afin d'envisager l'orientation, les modalités d'accueil et l'aménagement de compétences spécifiques en faveur de ces publics ». Leur travail est donc de ramener ces personnes dans les soins de droit commun, pour qu'elles puissent bénéficier de toute l'offre de soins. Les EMPP ne sont pas indépendantes ni autonomes mais s'adossent à toutes les offres de soins de droit commun. Ce point fait partie de l'objet de notre étude.

## 2. UN EXEMPLE D'ALLER VERS : LES MARAUDES

Un bon exemple de la pratique d'aller vers est la maraude.

D'après Helene Chapelet, chargée de mission « veille sociale et hébergement » à la Fédération des acteurs de solidarité de Paris, la maraude est le premier maillon de la veille sociale. C'est une pratique qui consiste à intervenir à l'endroit où vit la personne directement, c'est à dire à la rue, ce qui la différencie des interventions sociales au sein des structures (32).

Cette façon de faire n'empêche pas de respecter la libre adhésion, le projet de vie et la temporalité souhaitée par la personne rencontrée. La sortie de rue n'est donc pas l'objectif premier de l'intervention mais doit s'inscrire dans un projet élaboré dont elle peut être l'aboutissement final.

Un **référentiel des maraudes** a été réfléchi et construit par des équipes de maraude.

Il est constitué de 13 missions (32) :

- Aller vers la personne,
- Créer un lien,
- Évaluer sa situation,
- Faire émerger sa demande,
- Accompagner,
- Orienter la personne vers les dispositifs et acteurs adéquats,
- Alerter les partenaires, les acteurs locaux et les pouvoirs publics,
- Restituer son activité auprès des partenaires, des financeurs,
- Participer à l'observation sociale des besoins,
- Sensibiliser,
- Travailler en partenariat,

- Former et informer mais aussi se former et s'informer,
- Appliquer et respecter les droits et libertés des personnes.

Il est important de prendre en compte et de s'appuyer sur les compétences et le pouvoir d'agir des personnes rencontrées, pour qu'elles soient dans l'action et non dans la passivité face à l'élaboration de leur projet de vie. Le but n'étant pas de se supplanter à elles. Ces interventions peuvent être vécues comme intrusives, il n'est pas rare de se heurter à des refus de personnes qui ne sont pas prêtes à recevoir l'aide proposée. La formation des intervenants de ces équipes de rue est donc indispensable, dans le but d'adopter les postures adaptées, d'accroître leurs compétences et d'accepter les refus sans les vivre comme des échecs. De nombreuses associations de maraudes bénévoles se déploient sur l'ensemble de la France, témoignant d'un engagement citoyen et solidaire.

A cet effet, l'EMPP de Boulogne a fait le choix d'être présente à ce stade crucial du premier temps de lien avec la personne SDF. Elle est reconnue alors comme une ressource primaire au même titre que les éducateurs de rue. L'action soignante n'est pas forcément présente, mais cela active une forme de présence qui peut se potentialiser ultérieurement.

Cependant, « l'aller vers » n'appartient pas seulement aux EMPP. Des médecins généralistes la pratiquent et il existe également **d'autres dispositifs** reprenant la même dynamique :

- Les visites à domicile (VAD), mises en place par le CMP pour les patients connus et inscrits dans un suivi, sont considérées comme un genre d'« aller vers » ancré dans la pratique des CMP.
- *VigilanS*, dispositif de soin, crée à Lille, destiné à la prévention de la récurrence suicidaire, qui recontacte, par téléphone, les suicidants, 10 à 20 jours après le passage aux urgences (pour ceux ayant fait plusieurs tentatives de suicide), puis à 6 mois (pour tous).
- De même, aux urgences, les soignants sont régulièrement au contact de patients qui ne sont pas forcément demandeurs de soins. L'aller vers se fait certes, déjà, dans un cadre de soins, mais il reste un travail à faire pour faire émerger une demande ou organiser un prochain rendez-vous.

### 3. QUAND FAUT-IL INTERVENIR ?

Faut-il décider ou ne pas décider pour autrui ? La psychiatrie et sa **légitimité d'action** a toujours fait parler d'elle.

Pendant longtemps, et alors même que son champ d'action se limitait aux demandes des patients, il était question d'intervention abusive. Que ce soit pour des hospitalisations jugées inadaptées, le maintien de l'ordre public ou la psychiatrisation du social, on parlait alors de « surintervention ». Mais depuis la désinstitutionnalisation des soins psychiatriques et leur rapatriement à l'extérieur des lieux de soins, elle est maintenant critiquée pour son « sous-interventionnisme » (33).

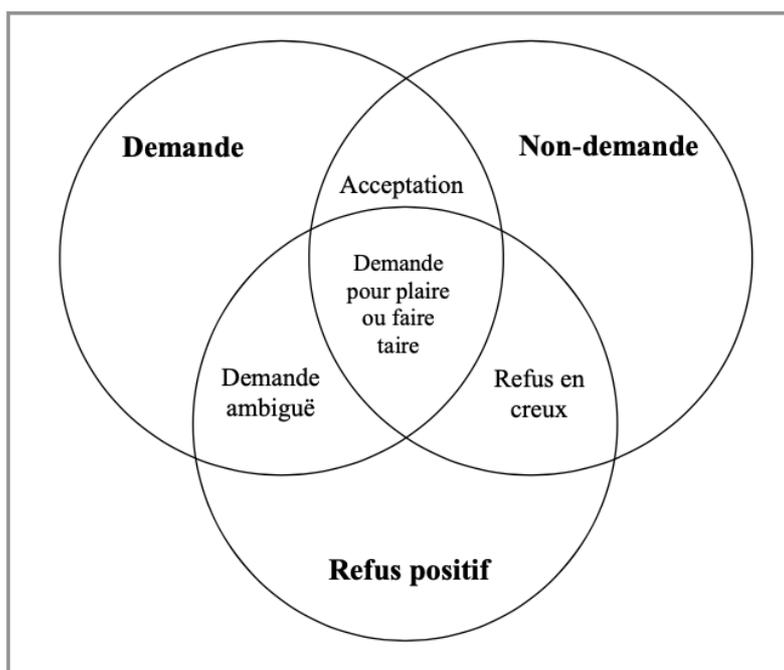
Aujourd'hui, ces questions se posent toujours, notamment hors des lieux de soins, autour de situations rencontrées par les intervenants du social, médico-social, de l'ordre public, de la justice et même par les familles des patients. Il existe une frontière floue et mobile qui sépare la légitimité et l'illégitimité d'intervention des soins psychiatriques.

Auparavant, il était question d'attendre la « demande en présence » pour agir. Selon Ana Marques, sociologue, la « demande en présence » signifie que la demande est faite sur un lieu de soins ou en présence d'un soignant. Donc, même si la personne ne demande rien, sa présence constitue la demande (33).

Dans ce contexte, « l'aller vers » permet de répondre à l'absence de demande de certains patients. En effet, un des objectifs à long terme de cette pratique par les EMPP est de rétablir les soins ordinaires en psychiatrie pour les patients en ayant besoin, en passant par une « demande en présence ».

Mais rétablir la demande peut nécessiter des étapes et prendre des formes où elle n'est pas clairement formulée. Car il est possible qu'une personne soit en demande et non-demande en même temps. Par exemple, une personne en demande pour rencontrer et discuter avec un intervenant de l'équipe mobile, tout en refusant les soins psychiatriques ; une demande qui ressemble à un refus ; un refus qui est en même temps une demande ; ou enfin, une non-demande qui est une façon de demander.

Nous pouvons nous aider du schéma réalisé par Ana Marques, qui définit différentes zones dans lesquelles peut se trouver le patient. **(cf schéma 1)** (33)



**Schéma tiré de l'article *Ne pas aller vers « ceux qui ne demandent rien »?*, de Ana Marques (33)**

A défaut d'obtenir une demande clairement établie, l'objectif sera de faire venir la personne en « zone de demande », où la non-intervention serait alors considérée comme du « sous-interventionnisme ». Par contre, lorsque la personne est en « zone de non-demande », l'intervention est, tout de même, indiquée pour évaluer la situation.

Tout l'enjeu est donc de repérer cette demande, qui peut prendre la forme d'un refus. Il est également important de faire la différence entre la « non-demande » et le « refus explicite » de toute forme d'aide proposée. Ce refus révèle un renoncement total et témoigne d'un isolement encore plus grand (21).

Les EMPP sont illégitimes à intervenir, après évaluation, dans deux situations :

- Le refus positif, elles seraient alors dans le cadre du non-respect des libertés de choix de la personne, principe éthique relevé par Alain Mercuel (21), et donc du surinterventionnisme;
- La demande formulée, il est alors temps de passer le relais aux équipes de soins de droit commun.

Il est donc difficile pour l'EMPP de motiver une non-intervention car, pour toute situation, l'évaluation peut être utile. Mais cela augmente alors le risque de psychiatriser le social (33).

Les deux approches sont justifiables. L'idéal est de « trouver un équilibre entre l'aller-vers et la non-ingérence » (21).

#### **4. PLACE DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT POUR LES PERSONNES A LA RUE**

Dans son article *Est-il légitime de ne pas décider pour autrui ? Le travail microlitique autour d'une équipe mobile de psychiatrie-précarité*, Ana Marques, se penche sur la question des **hospitalisations sans consentement des personnes à la rue** (34).

Comme évoqué ci-dessus, l'hospitalisation sous contrainte peut être considérée comme du surinterventionnisme mais le fait de ne pas hospitaliser peut, au contraire, être considéré comme du sous-interventionnisme.

Dans ces situations il est donc important de qualifier le contexte : c'est à dire prendre la situation dans sa globalité, nommer les acteurs légitimes de décider et d'intervenir ou non et à quel moment.

Pour qualifier la situation, il faut déterminer si la problématique est sociale, somatique, d'ordre publique ou psychiatrique ? La réponse s'étaye tout au long de la prise en charge, selon les échanges entre acteurs, la confrontation de leurs arguments et opinions et les variations d'état clinique de l'utilisateur.

Les acteurs participant à la prise en charge sont multiples. Ceux de première ligne sont les intervenants de l'EMPP, la police, les travailleurs sociaux, le Samu, les pompiers.

Depuis l'abrogation de la loi interdisant le vagabondage et la mendicité, l'hospitalisation sous contrainte est devenue une exception et ne peut être utilisée que par le recours aux lois se rapportant à l'activité médicale, la protection des personnes et le maintien de l'ordre public.

En général, la marge de manœuvre entre le sous et le surinterventionnisme est grande et l'aide proposée est alors acceptée par l'utilisateur, c'est à dire qu'il y a plus d'hospitalisations libres que sans consentement. Le recours à la contrainte peut toutefois devenir nécessaire en période de crise.

Une des composantes déterminantes dans le recours à la contrainte est la relation entre le patient et les professionnels.

Ana Marques développe trois conceptions de l'hospitalisation sous contrainte :

- L'hospitalisation comme solution : qui légitime l'hospitalisation le plus rapidement possible, sous contrainte s'il le faut. C'est une logique problème-solution à court terme. Il faut gérer la crise dans l'immédiat. Les conséquences et l'après hospitalisation sont peu prises en compte.
- L'hospitalisation comme risque : l'hospitalisation représente un problème, surtout si elle est sous contrainte. Elle considère l'épisode actuel faisant partie intégrante d'une trajectoire de vie. La temporalité est plus large. Se posent les questions de l'amélioration par l'hospitalisation et de l'absence de conséquences négatives. En effet, le risque de rupture d'alliance avec l'équipe est très élevé dans un contexte d'hospitalisation sous contrainte d'une personne sans abri.
- L'hospitalisation comme une étape, étape nécessaire à la création d'un lien avec le patient. Cette conception considère qu'une fois les symptômes traités, le patient change d'opinion sur les soins et l'alliance se crée au fil de l'hospitalisation.

Toute action a des avantages et des inconvénients qu'il est pertinent de confronter, en particulier la logique de continuité opposée à celle de rupture (34).

L'opinion des acteurs de soins peut évoluer et changer avec l'expérience. L'intégration des risques et la relativité des bénéfices pour les personnes sans abri est d'autant plus importante et à prendre en compte.

## **D. ORGANISATION DES SOINS EN PSYCHIATRIE EN FRANCE**

Il me paraît intéressant de décrire l'organisation des soins de psychiatrie en France pour comprendre comment ils ont évolué, se sont développés et diversifiés au cours du temps et quel rôle a tenu la désinstitutionnalisation sur les personnes atteintes de troubles psychiatriques dans la rue.

### **1. UN PEU D'HISTOIRE...**

Les soins en psychiatrie ont beaucoup évolué au fil du temps.

Au XVIII<sup>ème</sup> siècle, la **première révolution psychiatrique** est née d'un courant de pensée philanthropique qui prônait l'idée de ne pas laisser souffrir son semblable (35). A cette époque, les patients, communément appelés « aliénés », étaient considérés comme « fous » et étaient enfermés dans les hospices au même titre que les hors-la-loi et criminels.

Quelques psychiatres déploraient ce mode de fonctionnement et aspiraient à des soins plus bienveillants et humanisants, faisant écho, à l'époque de la Révolution, aux idéations de liberté et égalité pour tous les citoyens. On peut citer P. Pinel qui reconnaît l'aliéné comme personne à part entière et J. Daquin qui conceptualise un asile spécialement dédié aux aliénés (35).

Une prise en charge nouvelle se développe, reposant sur l'association du traitement moral et de l'institution en asile. L'asile est alors considéré comme un moyen de traitement en lui-même. Construit dans des zones géographiques isolées et éloignées

des villes, un des objectifs majeurs était d'extraire le patient de la société, de le soustraire à l'origine de ce qui l'avait rendu malade et d'instaurer un cadre strict autoritaire.

En 1838 intervient « la loi des aliénés », inspirée de J-E. Esquirol, qui définit les modalités d'internement et énonce que chaque département doit posséder un établissement public destiné à recevoir et soigner les aliénés.

En 1937, de nouvelles lois sont promulguées et annoncent la **deuxième révolution psychiatrique**. Des dispensaires d'hygiène mentale sont créés, les services fermés sont modernisés, l'internement disparaît avec l'apparition des services de soins libres, l'Asile devient l'« Hôpital psychiatrique ».

L'organisation des soins psychiatriques continue de se modifier, notamment après la seconde Guerre mondiale qui entraîne la mort d'un nombre important de patients alors hospitalisés (35).

« En France, le mouvement désaliéniste porté par un certain nombre de pionniers comme F. Tosquelles, L. Bonnafé, G. Daumézon, puis P. Paumelle et bien d'autres, va, dans l'après-guerre, donner naissance à la notion de **secteur psychiatrique** » (36).

**La circulaire du 15 mars 1960** pose les bases de cette nouvelle politique de sectorisation qui est une innovation française (37).

Elle recommande le découpage du territoire français en secteurs géographiques proportionnels aux conditions démographiques, et place dans chacun d'eux, une équipe médico-sociale intervenant auprès des patients à tous les stades de la maladie. Une seule et même équipe agit ainsi pour le dépistage, la prévention, les soins

ambulatoires et ceux nécessitant une hospitalisation, la réadaptation et la réinsertion sociale.

C'est donc un **projet de désinstitutionalisation progressive** dont l'objectif principal est de permettre la continuité des soins et l'accompagnement global des patients.

En effet, suite à la seconde guerre mondiale la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux s'est modifiée. L'apparition de nouvelles méthodes de soins et de nouvelles thérapeutiques ont permis de réduire les durées d'hospitalisation, des efforts ont été faits sur les conditions de vie des patients grâce à l'ouverture de structures plus modernes et la création de services de soins libres, les soins de dépistage et de surveillance étaient effectués par les dispensaires d'hygiène mentale, présents dans chaque département depuis la circulaire Rucart de 1937.

Et les mentalités changent. Car, comme le dit Bultzingsloewen dans *Soigner sans enfermer: le rêve contrarié d'une psychiatrie «sans asile», de la fin du xix<sup>e</sup> siècle à nos jours*, « Déstigmatiser la folie constitue un prérequis de la mise en œuvre de toute politique de maintien dans la cité des personnes atteintes de troubles psychiques » (38). Or c'est la peur de la folie qui a conduit au rejet et à l'exclusion de ces personnes considérées comme « folles » (35). Comme le dit H. Vermorel dans son article *De l'asile à la politique de secteur*, « l'évolution de la psychiatrie dépend étroitement de la mentalité collective, tout particulièrement de l'image que l'homme se fait de lui-même, de ses sentiments, de son psychisme et de la représentation, en partie inconsciente, que la société se fait du fou » (35). Ce n'est que depuis quelques dizaines d'années qu'un patient atteint de troubles psychiques chroniques n'est alors plus considéré

comme une personne devant passer sa vie en hôpital psychiatrique. Et « l'hospitalisation ne constitue plus qu'une étape du traitement » (37).

Des mesures sont mises en place pour accompagner les patients à la sortie et aider à l'insertion et au maintien dans la société.

Ces mesures gouvernementales se sont mises en place progressivement et ont été réellement effectives à partir des années 1970, de par l'organisation matérielle et le changement lent des mentalités. Ainsi, malgré l'augmentation de l'activité des secteurs et du nombre de patients suivis en psychiatrie, le nombre de lits a diminué. Il est passé de «120 000 en 1950 à moins de 40 000 en 2010 » (39). Les structures extra hospitalières édifiées pour prendre le relais sont nombreuses : Centre médico-psychologique (CMP), Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), Hôpital de Jour (HDJ), Appartements thérapeutiques, Établissements de postcure...

Une autre circulaire datant du 14 mars 1990, ayant fait peu de bruit, instituait les équipements extra hospitaliers, en particulier le CMP, comme pivot de la psychiatrie de proximité.

## **2. INTERETS ET LIMITES DE LA DESINSTITUTIONALISATION**

Les intérêts soulevés par l'organisation sectorielle sont nombreux. Nous pouvons en citer quelques-uns :

- Le fait que toute personne française présentant un trouble psychique et nécessitant des soins a un service de référence.

- Le rapprochement des soins au plus près du patient, à proximité de son environnement et de sa famille, le plaçant au centre du dispositif.
- L'amélioration des conditions d'hospitalisation : modernisation des structures, réduction des internements, priorité aux soins libres.
- La continuité des soins par une équipe unique qui s'occupe de la prévention jusqu'à la réinsertion.
- L'atténuation de la hiérarchie dans les services psychiatriques, le travail s'effectue en équipe où chacun à sa place.

Mais cette réforme n'a pas que des avantages. Une des principales limites de ce système sont les disparités qui se sont rapidement révélées entre chaque secteur, dévoilant des inégalités « tant sur le plan des moyens humains, matériels et financiers que sur l'engagement de l'atteinte des objectifs de cette politique de secteurs » (40). De plus, la répartition des structures d'accueil est inégale au sein de chaque territoire sectoriel (missions locales, foyers CHRS, lieux d'écoute...) (19).

Une autre limite se rapporte à la sectorisation des sans-abris. Comment orienter une personne vers son CMP de référence lorsqu'elle n'a pas de domicile ? (41). Selon les départements et régions, des protocoles ont été mis en place pour affecter ces personnes à un secteur en visant une égalité à la fois pour les patients et les soignants. L'objectif étant que toute personne sans domicile puisse être prise en charge de la même façon que la population générale et qu'il y ait une répartition équitable de ces patients entre les secteurs. La répartition peut se faire en fonction des noms de famille

ou des dates de naissance mais elle ne tient pas compte de l'accessibilité géographique.

Ainsi, malgré ces tentatives de rendre les soins égalitaires pour tous, ces populations en situation de précarité ne parviennent toujours pas à s'inscrire dans les soins. Face à ces difficultés, des dispositifs spécifiques, les équipes mobiles psychiatrie précarité, ont vu le jour, d'abord de manière informelle, sur la base du volontariat des secteurs, puis de manière officielle depuis 2005.

## **E. LES EQUIPES MOBILES PSYCHIATRIE PRECARITE**

Une des premières équipes qui voit le jour, à l'époque pas en tant que EMPP, est l'équipe « Santé Mentale et Exclusion Sociale » créée par le Dr Simonnet, psychiatre et chef de service à l'hôpital st Anne, qui travaillait déjà dans des associations d'aide aux personnes à la rue (15).

Dans la même lignée que la création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dans le cadre de la *loi relative à la lutte contre l'exclusion* de décembre 1998, le rapport Parquet *Souffrance psychique et exclusion sociale* de 2003 avance la « mise en place d'un réseau santé mentale précarité appuyé sur une équipe mobile départementale de santé mentale pour personnes précarisées ».

Puis c'est par la **Circulaire du 23 Novembre 2005** (31), « 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 », que sont officiellement créées les EMPP (**Annexe 1 : Cahier des charges des EMPP**).

Elles se développent ainsi progressivement sur tout le territoire sous des fonctionnements différents, propres à chacune. Car bien que le cahier des charges cadre leurs actions et leurs objectifs, les moyens alloués à ces dispositifs restent très hétérogènes en fonction de leur secteur de rattachement.

## **1. PRESENTATION DU DISPOSITIF DES EMPP**

Les EMPP sont un dispositif « complémentaire, intersectoriel, situé à l'interface du dispositif de soins de droit commun et du dispositif social », mais elles ne remplacent en aucun cas les équipes de secteur et ne constituent pas non plus un secteur spécialisé (42).

L'orientation vers les soins de droit commun, c'est à dire les structures classiques offrant les soins de psychiatrie, permet l'égalité des chances. Elle évite de renforcer l'exclusion pour qu'il n'y ait pas de « psychiatrie du pauvre » (19).

Leurs interventions s'adressent à deux types de publics (31) :

- **Les personnes en situation de précarité sociale et d'exclusion**, porteurs d'une pathologie psychiatrique avérée ou d'une souffrance psychique générée par la situation d'exclusion.

- **Les professionnels, dits de première ligne**, qui sont au contact des populations cibles. Ce sont les travailleurs sociaux et éducatifs, les équipes médico-sociales, associations et bénévoles...

Et sont fondées sur deux principes :

- **Aller vers les publics.** Comme nous l'avons vu précédemment, « proximité », « accessibilité » et « continuité des soins » sont les maîtres mots reflétant l'entité des EMPP.
- **Avoir un partenariat dense et structuré :** pour une prise en charge globale et continue. Ce partenariat doit se faire à la fois au sein même des différents services de psychiatrie, mais aussi avec les autres acteurs du champ sanitaire, notamment les urgences, et avec les intervenants des équipes sociales et médico-sociales, sur base de conventions précisant les modalités d'intervention. Ces partenariats se doivent d'être réciproques pour éviter tout échange unilatéral. Ils facilitent les échanges d'informations sur les patients, les relais et permettent aussi de travailler ensemble pour le dépistage et la prévention des troubles psychiques. Cela permet ainsi la construction de projets communs grâce à la coordination des intervenants entre eux. La pluridisciplinarité est indispensable au vu des problématiques diverses et variées présentées par les personnes les plus démunies.

Les objectifs sont d'identifier les besoins non repérés et non pris en charge par les structures de droit commun, orienter, accompagner, mettre en place des

aménagements spécifiques adaptés à ces publics et de s'assurer de la continuité des soins.

La continuité des soins est une question cruciale pour les personnes vulnérables et notamment celles atteintes de pathologies chroniques.

Lorsque l'on parle de soin, on ne parle pas uniquement d'une technique médicale ou paramédicale. Le soin ne se limite pas au traitement. Le concept de continuité des soins doit avoir une vision plus globale et englobe le « prendre soin », qui représente la préoccupation de l'autre dans son intégralité, de sa santé et de son bien-être. « Le prendre soin s'appuie plus sur une expérience que sur une formation » (19).

Leurs missions sont réparties en trois catégories (31) :

- **Aller à la rencontre des personnes en situation de précarité et d'exclusion.**  
« Aller vers » qui peut se faire de différentes manières : par des permanences sur les lieux côtoyés par les personnes exclues (centres d'hébergement, CHRS, accueils de jour, foyers, hébergements d'urgence...), des interventions mobiles dans la rue (maraudes), des consultations sur rendez-vous, des entretiens individuels sur le lieu de vie (CHRS), des groupes de paroles et d'écoute (CHRS). Elles peuvent également se déplacer lors d'accompagnement sur les lieux de soins, préparer les hospitalisations et les sorties d'hospitalisations lorsque c'est possible. En pratique, les EMPP peuvent être contactées par les équipes de rue ou les maraudes qui rencontrent les personnes SDF dans la rue, si celles-ci sont sensibilisées au repérage de la souffrance psychique et des maladies psychiatriques. Une particularité, propre à l'EMPP, est qu'elle peut se déplacer directement sur le lieu de vie du patient, dans la cadre de sa mission

« d'aller vers », contrairement aux équipes de droit commun qui ne peuvent réaliser de VAD sans prescription médicale.

- **Aller à la rencontre des acteurs de première ligne.** Comme leur nom l'indique, ils sont en première ligne face à des situations souvent compliquées et pour lesquelles leurs formations ne sont pas forcément adaptées. Les missions des EMPP sont multiples : soutien de ces équipes (par des débriefings, supervisions, conseils) ; amélioration de leurs connaissances par des actions de formation, information, sensibilisation ; échanges de pratiques et de savoirs... Au sens plus large, nous pouvons dire que ces missions contribuent aux actions de prévention et repérage des troubles psychiques.
- **Incarner la fonction d'interface entre les équipes de secteurs de psychiatrie et celles sanitaires et sociales,** pour faciliter les échanges entre elles et permettre une prise en charge globale plus fluide et continue. Renforcer la collaboration entre les intervenants sociaux et les urgences médicales, par exemple, permettra d'éviter des passages réitérés aux urgences. Par ailleurs, la prise en charge de ces personnes en situation d'exclusion peut être compliquée et faire peur à certains soignants qui n'en ont pas l'habitude. Ils peuvent se retrouver démunis et avoir un sentiment d'échec face à ces situations difficiles. C'est pourquoi le fait d'être accompagné les amène à mieux vivre ces situations et leur permet de s'engager dans la prise en charge de cette population.

Le travail des équipes mobiles est un travail qui peut prendre du temps. Cette durée est variable en fonction des situations rencontrées mais prendre le temps permet de

renforcer les liens de confiance, indispensables à l'obtention d'une relation de qualité. Les rencontres entre les personnes en situation d'exclusion et les EMPP peuvent se faire à un rythme plus ou moins rapproché.

La Conférence de Consensus *Sortir de la rue* (43) a conclu, en 2007, que « l'aller vers semble indiscutablement efficace en matière de soin et de dispense sociale car il correspond à la posture de la personne sans abri (...) La création d'équipes mobiles intersectorielles diminue très sensiblement le refus de soin ».

## 2. COMPOSITION

Les EMPP sont elles-mêmes **pluridisciplinaires**, composées de plusieurs corps de métiers permettant de regrouper des compétences variées et complémentaires.

Y sont représentés : un médecin psychiatre, des infirmier(e)s et un temps cadre infirmier, un(e) psychologue, un(e) assistant(e) social(e), un(e) éducateur(trice) spécialisé(e) voire un(e) secrétaire.

En général, ces soignants ont un temps de travail partagé c'est à dire qu'ils exercent à la fois pour l'équipe mobile et pour l'équipe de droit commun.

Dans le cadre du principe d'intégration à un réseau dense et structuré, il existe, selon les régions, des **Réseaux Précarité Santé Mentale** (RPSM). Ces réseaux permettent aux professionnels de s'identifier et d'échanger lors de réunions régulières sur des thèmes prédéfinis ou des situations complexes en mettant en œuvre une réflexion clinique collective.

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) recensait 118 EMPP sur le territoire Français en 2014, et en 2015, on en comptait 11 dans la Région Nord-Pas-de-Calais (44,45).

En Mars 2019, d'après le rapport d'activité réalisé sur l'année 2018 par PIRAMIG (plateforme collaborative permettant la réalisation de rapports d'activités standardisés grâce aux réponses des acteurs directement concernés), 145 EMPP ont été identifiées en France et 14 dans la région des Hauts-de-France. Les 3 régions où il y a le plus d'EMPP sont l'Île-de-France (23), l'Auvergne-Rhône-Alpes (21), et la Nouvelle-Aquitaine (19). **(Annexe 2 : Schéma présentant le nombre d'EMPP et la densité de population en France)**

### **3. DIFFICULTES RENCONTREES PAR LE DISPOSITIF EMPP**

Généralement, les EMPP sont financées par une dotation annuelle et peuvent, par la suite, bénéficier de budgets supplémentaires. Malgré tout, les moyens financiers attribués aux EMPP sont limités, ce qui freine parfois leur développement dans leurs actions ou leur agrandissement malgré les besoins réels attendus.

Une autre difficulté freinant le bon déroulement des actions des EMPP est la méconnaissance du dispositif par certains professionnels des équipes sociales, sanitaires et même des équipes de droit commun de secteur. Elle peut être due à la diversité des modes de fonctionnement, des actions et de leurs appellations selon les régions (19).

## **II. INTERFACE PSYCHIATRIE PRECARITE, L'EQUIPE MOBILE PSYCHIATRIE PRECARITE DE BOULOGNE-SUR-MER**

Malgré la présence du premier port de pêche français et une industrie agro-alimentaire dynamique, l'agglomération de Boulogne sur Mer et ses environs fait face à une situation démographique et économique défavorable (46).

En 2016, l'arrondissement de Boulogne-sur-Mer comptait 160 000 personnes, soit plus d'un dixième de la population du Pas-de-Calais. Il a perdu un nombre considérable d'habitants entre les années 2011 et 2016 (baisse de 1,2%, la plus marquée du département), entraînant un repli démographique et le vieillissement de la population (dont 17,6% a plus de 65 ans vs 17% sur le Pas-de-Calais et 16,4% sur les Hauts de France), qui se poursuit actuellement.

Le taux de pauvreté (proportion d'individus pour qui le niveau de vie est inférieur à 60% du niveau de vie médian de la population française) était alors de 20,2% (20,3% dans le Pas-de-Calais et 18,6% sur les Hauts de France) et le taux de chômage de 19,2% (17,7% dans le Pas-de-Calais et 17,2% sur les Hauts de France) (46).

### **A. LE CENTRE HOSPITALIER DE BOULOGNE-SUR-MER**

Le Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer (CHB) est situé dans la région des Hauts de France. Il fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire Littoral Sud (GHT),

Côte d'Opale. En 2018, il comptait 2556 salariés dont 264 personnels médicaux (médecins, internes, attachés et autres) et 2292 personnels non médicaux (1645 personnels de soins, 281 personnels techniques, 102 administratifs, 140 secrétaires, 106 médico-techniques, 19 socio-éducatifs).

Le CHB réunit différents services de médecine, dont le nouveau centre de psychiatrie qui a été inauguré en 2011. Deux secteurs de psychiatrie adulte y sont rattachés (**Annexe 3 : Carte des secteurs du Boulonnais, réalisée par la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale des Hauts-de-France**) :

- Le secteur Nord, 62G04 ;
- Le secteur Sud, 62G03.

Ce sont deux secteurs du littoral, assez isolés et complètement indépendants des autres secteurs psychiatriques. Il n'existe pas de structures intersectorielles, de centre d'accueil de crise ni de clinique. Les portes d'entrée des évaluations et suivis sont exclusivement les CMP et les urgences, où il y a une présence continue d'infirmiers et de psychiatres.

Le service d'hospitalisation complète de psychiatrie est constitué de 3 unités regroupant un ensemble de 80 lits, commun à ces deux secteurs :

- *Les Dunes* : unité d'hospitalisation en soins sans consentement, où sont adressés les patients nécessitant de Soins à la Demande d'un Tiers, en urgence ou non (SDT, SDTU) ou sur Décision du Représentant de l'État (SDRE).
- *Le Large* : unité de court séjour, où les soins sont libres.

- *La Vallée* : unité de Réhabilitation Psycho-sociale. Les hospitalisations sont de durée généralement plus longue pour des projets en cours de construction et des soins orientés sur la réinsertion sociale.

Il comprend également différentes structures ambulatoires implantées à distance du centre hospitalier :

- **Un Hôpital de jour (HDJ)**, permettant des soins polyvalents réguliers dans le cadre d'ateliers programmés.
- **Deux Centres Médico-Psychologiques (CMP)**, un pour chaque secteur, qui assurent le suivi ambulatoire des patients par des consultations avec psychiatres, psychologues, infirmiers, assistants sociaux...
- **Un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)**, permettant d'accompagner le patient dans son projet de vie personnalisé et de maintenir ou favoriser une existence autonome (activités, ateliers, thérapie de groupe...)
- **Des Appartements Associatifs Communautaires**, au nombre de 25, destinés aux adultes souffrant de troubles mentaux et n'étant pas en mesure d'assumer seul une vie indépendante. Ces appartements sont gérés par l'association « Agathal », qui s'occupe également de la cafétéria, de la radio avec des jeunes du service civique, de sorties thérapeutiques et d'animations diverses...

Sur le territoire du secteur, on compte trois psychiatres libéraux et un groupe d'entraide mutuel (GEM), nommé « le bel envol » (pair-aidance).

## **B. CREATION DE L'EMPP DE BOULOGNE-SUR-MER**

L'EMPP de Boulogne-sur-Mer a été créé en 2013, alors que les deux secteurs de psychiatrie de Boulogne-sur-Mer changeaient leurs conditions d'accueil intra hospitalières en déménageant pour intégrer le triptyque actuel, et poursuivaient la couverture continue de leurs services de soins au sein des CMP, urgences, services d'hospitalisation et de liaison, profitant ainsi, des changements pour intensifier les partenariats avec les milieux de la réinsertion sociale.

Elle est nommée **Interface Psychiatrie Précarité**, le Petit Larousse définissant l'interface comme la « limite commune à deux systèmes, permettant des échanges entre ceux-ci ».

Le CHB dispose d'une PASS généraliste avec qui il est en synergie. Leurs actions sont complémentaires.

Elle est inscrite dans le projet médical de l'établissement.

## **C. COMPOSITION DE L'EQUIPE**

Depuis 2018 elle est constituée de :

- Trois mi-temps infirmières, chacune ayant un temps sur l'EMPP combiné avec un temps en CMP (Nord ou Sud),
- Un temps assistant social éducatif, combiné avec un temps aux urgences/PASS et différents services MCO,

- 10% de temps médical psychiatre,
- Un cadre,
- Et depuis 2020, un poste d'éducateur spécialisé.

Il n'y a ni secrétaire, ni psychologue (malgré les besoins et les demandes auprès de la direction), mais un psychologue intervient dans tous les foyers sociaux.

L'EMPP reçoit parfois la présence de stagiaires (interne en médecine, étudiant infirmier, stagiaire assistant social).

Elle dispose de locaux dédiés, situés dans l'établissement, hors des CMP. Le coordinateur de l'équipe est le médecin psychiatre. Elle est mobilisable en journée uniquement.

Deux réunions d'équipe ont lieu toutes les semaines.

Une dite « de fonctionnement », en présence du Cadre de Santé, lors de laquelle est évoqué la place de l'équipe dans le réseau et sont organisées des rencontres avec les structures médico-sociales, les associations. Il s'agit également d'un espace de régulation du rôle infirmier et assistante sociale.

Le deuxième temps est un espace de synthèse et d'échanges cliniques, au cours duquel est invité le psychologue des structures d'accueil, permettant une analyse psycho pathologique étayée des situations que rencontre l'EMPP. Des comptes rendus succincts sont élaborés et transmis aux différents membres de l'Interface, au cadre du service social et au serveur social auquel les assistants sociaux du CHB ont accès.

## D. ACTIONS DE L'EQUIPE

**Les lieux d'intervention et interlocuteurs de l'EMPP sont : (Annexe 4 : Réseau et partenariats de l'EMPP Interface)**

- Les lieux d'hébergement : le foyer d'urgence Blanzy Pourre, les CHRS de Marquise et Wimille et leurs appartements excentrés ;
- Les lieux d'accueil : l'accueil de jour situé à Boulogne-sur-Mer,
- La plateforme d'orientation du SIAO ;
- Les structures médicosociales : Services d'Accompagnement à la vie sociale (SAVS), SAMSAH, Maison du Département Solidarité (MDS) de Boulogne, bailleurs sociaux, l'association CAARUD ;
- Des associations : resto du cœur, Emmaüs, croix rouge ;
- La sous-préfecture dans le cadre des personnes en situation d'expulsion ;
- Les services hospitaliers : de psychiatrie (centre de psychiatrie, les 2 CMP, CATTP, HDJ), les équipes de liaison, le service d'accueil des urgences, les services de médecine chirurgie et obstétrique, le service social du CHB.

Un temps est attribué à la réalisation de maraudes en compagnie des équipes de rue. L'activité auprès de l'accueil de jour et de l'équipe de rue permet de suivre les situations depuis les premiers temps d'une situation précaire.

En général, les déplacements se font suite au signalement ou à la demande des travailleurs sociaux. Une fiche de demande d'intervention de l'interface a été élaboré,

permettant ainsi de cadrer les premières demandes depuis les foyers sociaux, invitant l'équipe éducative à porter ce lien. (**Annexe 5 : Fiche de première demande**)

Les visites à domicile se font sur les logements fixes, stables, privés et hébergements associatifs.

**Les modalités de soins** sont :

- Entretiens d'évaluation de type "aller vers" dans les lieux cités précédemment,
- Recherche des antécédents psychiatriques et addictologiques, recherche des précédents référents...
- Consultations et visites à domicile dans le cadre du suivi,
- Des concertations sur les structures d'hébergement et l'hôpital,
- Veille physique type accompagnement maraude ;
- Veille téléphonique ;
- Accompagnement vers le CMP, les urgences et autres structures ;
- Groupes de paroles en foyer d'urgence ;
- Ateliers vidéos, réparation de jouets avec des associations.

Au niveau des **liens qu'entretient l'EMPP avec ses partenaires**, on relève :

- Réunions mensuelles dans les foyers d'hébergement ;
- Intervisions avec la PASS` ;
- Rencontres trimestrielles d'échanges des pratiques avec les EMPP de Calais et de Dunkerque ;

- Journées de rencontre avec le RPSM, 3 à 4 fois par an, autour de thèmes précis (« grandir avec un parent en situation de précarité sociale », « l'accompagnement d'un usager suicidaire par le travailleur social au sein des urgences », « l'impasse-impuissance », « la transmission-secret partagé », « la place de la famille dans nos actions de réseau »), avec la participation d'intervenants extérieurs, comme une sociologue par exemple. Une cinquantaine de personnes, venues de tout horizon dans le champ de la précarité, y participe. Un repas est organisé afin de favoriser la convivialité entre les acteurs du réseau.

On retrouve également la participation à des manifestations de sensibilisation à l'accueil de la personne précaire par une intervention sur les missions des EMPP et l'expérience Boulonnaise au DU santé précarité de l'Université de Lille ; diverses rencontres régionales (notamment avec l'équipe Diogène de Lille en 2015) ; une rencontre nationale des EMPP organisée par celle de Rouen et une autre à Paris au ministère de la santé, qui portait sur l'intervention à domicile ; et la volonté de se rapprocher de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de Boulogne-sur-Mer.

De par ses moyens limités, l'EMPP de Boulogne-sur-Mer rencontre des difficultés à mettre en place des actions de formations sur les aspects psychiatriques, pour les demandes de plus en plus nombreuses des structures sociales.

## **E. ÉVOLUTIONS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES**

### **1. AU NIVEAU DE L'ORGANISATION DE L'ÉQUIPE**

Un redéploiement des postes infirmiers a été nécessaire, à partir de l'été 2014, utile pour la stabilité de l'équipe et du projet. Chacune des infirmières a pris en référence un CMP, ce qui a permis de renforcer le lien avec les services de psychiatrie. L'idée étant d'être en appui de ces CMP pour faciliter l'accès aux soins et d'être aussi ressource concernant les situations dans le champ de la précarité. Cette décision a été prise également devant le grand nombre d'allers-retours parfois incessants de patients au sein des dispositifs de droit commun, notamment de la part de personnes aux troubles de personnalité type État-limite et psychopathique. Ce redéploiement a été possible grâce au partage de temps des infirmières entre l'équipe mobile et le CMP.

Un point relevé par le psychiatre de l'EMPP est la difficulté pour lui de consulter : puisque les lieux des CHRS ne sont pas forcément adaptés et que les 10 % de son temps de travail qui lui sont accordés pour l'équipe mobile sont pris par les temps de réunions, de supervisions cliniques et de rencontres avec les équipes éducatives. En dehors de ces temps-là, il reste disponible pour rencontrer les usagers sur les CMP ou au Centre hospitalier. Selon lui, il manque un réel espace de consultations, tout en bénéficiant de l'appui de ses collègues qui ressentent également le besoin d'être interpellés de manière plus constructive qu'aux urgences par exemple. L'activité ainsi n'appartient pas à une personne mais à un collectif, avec des niveaux d'étayages développés en amont des espaces de consultations.

Les missions du psychiatre en EMPP sont rappelées en **Annexe 6**.

## **2. AU NIVEAU DU RESEAU DE PARTENAIRES**

Des réunions ont été organisées dans chacune des unités du centre de psychiatrie, aux débuts de l'EMPP puis quelques années après, pour présenter l'équipe, ses actions et son évolution (Une feuille de liaison a été élaborée pour faciliter le lien avec l'intra hospitalier). L'EMPP s'est mise à disposition des autres services du CHB après s'être également présentée en réunion de CME (Commission médicale d'établissement).

Le lien avec les médecins urgentistes est bon, ils interpellent l'EMPP dès que possible. Des concertations ont lieu sur le site même du service d'accueil des urgences (SAU). Les infirmières psychiatriques du SAU ont aussi désormais l'occasion d'obtenir des informations sur cette population précaire, ce qui n'est pas un détail lors de l'évaluation première aux urgences. En respectant les rôles attribués à chacun, les infirmières de l'interface viennent aussi s'entretenir au SAU avec certains de leurs patients.

Le partenariat avec le service social est excellent également, étant donné l'intégration d'un membre de leur équipe au sein de l'interface nous permettant de ne pas esquiver les questions sociales et de co-construire une prise en charge psycho-sociale.

Concernant les réunions mensuelles dans les sites d'hébergements, elles aident les intervenants de première ligne à reprendre le dialogue avec les personnes en souffrance psychique et dans le repérage précoce des troubles psychiques. Cette régularité permet un recensement des situations à prendre en compte et une certaine forme de continuité des soins établis au sein des services de droit commun des secteurs psychiatriques. Environ 10 situations d'usagers sont évoquées à chaque réunion. Un compte-rendu est élaboré, dont seul l'Interface est dépositaire, permettant la circulation d'informations dans le cadre du secret partagé. Ainsi, seules les personnes concernées ont accès à ces informations, avec l'accord tacite de la personne accueillie.

Le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) a reçu, pour l'année 2019, 739 personnes (651 adultes et 124 enfants), soit 561 ménages. Les motifs de rencontre étaient : Demandes d'hébergement, demandes de renseignements et d'écoute, demandes d'aide administrative. Sur les 561 ménages, 299 bénéficiaient d'un suivi médical, dont 213 par le médecin traitant, 47 par un spécialiste, 36 au CSAPA, 10 au CMP, 2 au CAARUD et 1 en protection maternelle et infantile (PMI).

La présence d'une infirmière employée sur ces structures facilite et sécurise des données d'ordre médical.

La réactivité de l'équipe d'Interface est une qualité souvent remarquée par les partenaires.

Un travail a été pensé sur le lien avec le réseau Santé Ville et les médecins généralistes car peu d'usagers ont un médecin traitant référent. L'EMPP a rencontré une dizaine de médecins généralistes qui sont désormais sensibilisés à ces problématiques, facilitant le premier accès aux soins de droit commun. Cela serait un progrès important de formaliser le lien, l'aller vers pouvant tout à fait se penser pour ces personnes auto exclues, en rapport avec leurs problèmes somatiques. Au CHB, il existe toutefois un médecin urgentiste responsable de la PASS, à qui certaines problématiques peuvent être adressées.

Le CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues) est une association qui accompagne les toxicomanes qui ne sont pas en demande de soins et pour lesquels un accueil à « bas seuil » est travaillé. La population plus orientée vers les drogues dures, échappe au dispositif. De fait, l'EMPP s'est associée plus étroitement avec cette structure, le but étant de toujours enclencher des soins pour cette population s'en excluant très facilement, sans brusquer une demande d'aide qui paraît extrêmement fragile. Le psychiatre a intégré le conseil d'administration à cet effet, en partenariat avec les services d'addictologie du CHB déjà présent (CSAPA) lors des réunions institutionnelles mensuelles. Il reste à trouver un terrain d'entente entre l'anonymat voulu par le CAARUD et la nécessaire identification de la personne pour l'EMPP. Seul l'utilisateur peut lever cette résistance.

Concernant les liens mis en place avec l'équipe hospitalière de liaison en addictologie (EHLA), des rencontres sont organisées en concertation autour de situations précises. Mais ces liens restent informels. Une proposition de rencontre plus régulière entre les deux équipes a été faite. Des réunions par quinzaine seront mises en place à la rentrée 2020.

L'IDAC, institut pédopsychiatrique de Camiers a récemment sollicité l'accompagnement de l'EMPP sur la question de la place d'intervenants en pédopsychiatrie au CHRS de Marquise. Il doit faire face à des difficultés d'articulations de cadre étant donné l'absence d'équipe mobile dédiée et la nécessité de laisser les partenaires sociaux intervenir sur les sites sociaux.

### III. METHODE

#### A. DESCRIPTION DE L'ETUDE

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'accès aux soins de droit commun d'une population prise en charge par une EMPP durant 6 mois. **(Annexe 1 : Cahier des charges des EMPP)**

Le droit commun (appelé DC par la suite) est un terme employé par le cahier des charges des EMPP. Il définit le rattachement à un service de soins structurés, que ce soit les soins psychiatriques de secteur, des consultations diverses au CMP, des soins en libéral ou des soins somatiques, qui peuvent être ambulatoires, extrahospitaliers voire de l'hospitalisation à temps complet. Dans ce cahier des charges établissant les missions des EMPP, seul le CMP est cité mais on peut décliner beaucoup d'autres types de soins s'intégrant dans le droit commun : hospitalisation en psychiatrie, hôpital de jour, CATTP, consultations au CMP (infirmier, psychologue, psychiatre), consultation d'un psychiatre en libéral, postcure psychiatrique, consultations addictologiques au CSAPA, hospitalisation en service d'addictologie, consultation chez un médecin généraliste, hospitalisation en hôpital général...

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, monocentrique et rétrospective.

**L'objectif principal** était d'étudier l'accès aux soins de droit commun des patients pris en charge par l'EMPP de Boulogne sur mer. On définit l'accès au DC par le contact avec un soignant ou une structure de DC, qui a répondu à une demande de soins (qu'elle soit faite par l'éducateur ou un usager). Il s'agit d'un état des lieux des réponses d'une EMPP en termes d'accueil ou d'orientation.

**Les objectifs secondaires** étaient de collecter des informations sur les caractéristiques des patients pris en charge, en particulier leur âge, leur sexe et leur diagnostic, de façon à comprendre s'il y a des orientations plus spécifiques selon les types de pathologies.

**L'ensemble des patients pris en charge par l'EMPP entre le 1er janvier 2019 et le 30 Juin 2019** ont été inclus rétrospectivement, englobant les premiers contacts entre ces dates, mais aussi les patients en cours de suivi à cette période. Ainsi, nous souhaitons observer un instantané des réponses sur toute la file active.

Le recueil des données s'est effectué entre avril et juin 2020. Nous avons procédé à un relevé d'informations à partir des données rentrées dans la base informatique de l'hôpital de Boulogne-sur-Mer par le médecin du département de l'information médicale (DIM) et via les dossiers tenus par les personnes travaillant pour l'équipe mobile. Ces dossiers sont tenus par les infirmiers et le psychiatre de l'équipe. L'assistante sociale peut être en appui de l'analyse de certains dossiers, les dossiers médicaux et sociaux étant structurellement séparés. L'éducatrice nouvellement recrutée n'a pas participé à l'étude étant donné la création du poste postérieurement aux dates d'étude.

Les données ont été extraites des dossiers médicaux de manière anonyme.

Elles sont :

- Sociodémographiques : sexe, âge ;
- Cliniques : diagnostic principal, diagnostic(s) associé(s), orientation du patient suite à la prise en charge par l'EMPP.

Nous avons commencé, dans un premier temps, par un échantillon de 20 dossiers pour vérifier que les informations recherchées étaient bien accessibles pour la réalisation de l'étude.

Nous avons élaboré un tableau permettant de rentrer ces données pour pouvoir les exploiter par la suite. (**Annexe 7 : Tableau de recueil de données**)

## **B. LIEU DE L'ETUDE**

Le lieu d'étude est le Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer (CHB), que nous avons décrit précédemment (**partie II. A.**)

## **C. POPULATION ETUDIEE**

Les critères d'inclusion étaient :

- Hommes et femmes pris en charge par l'EMPP ;
- Entre le 1er Janvier 2019 et le 30 Juin 2019, que ce soit un début de prise en charge ou un suivi en cours à cette date.

Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

## D. OUTILS STATISTIQUES

Une analyse statistique descriptive a été réalisée.

Les données recueillies ont été manuellement rentrées sous la forme de tableaux et, à l'aide du logiciel NUMBERS, nous avons pu les extraire sous forme de graphiques permettant les calculs de pourcentages et de réaliser des comparaisons.

Les variables qualitatives ont été exposées par les effectifs et pourcentages de chaque modalité.

Nous avons utilisé la 10ème édition de la classification internationale des maladies (CIM-10) pour le codage des diagnostics des patients inclus, afin de former des groupes de diagnostics et pouvoir les comparer entre eux.

Les données manquantes pour chaque variable ont été rapportées.

Pour rappel, les données analysées ne comportent aucun renseignement nominatif pour le respect de l'anonymat.

Concernant la protection des données, elles ont été relevées après avoir fait une demande auprès du juriste de l'hôpital et autorisation de la CNIL.

## IV. RESULTATS

Notre étude porte sur un total de 70 patients pris en charge par l'EMPP Interface Psychiatrie Précarité entre le 1er janvier 2019 et le 30 juin 2019.

Sur ces 70 patients, il s'agit d'un premier contact avec l'EMPP pour 26 d'entre eux alors que le suivi était en cours pour les 44 autres.

Nous avons choisi de présenter les résultats sous forme de plusieurs catégories.

### **A. ORIENTATION EN SOINS DE DROIT COMMUN (*CRITERE PRINCIPAL*)**

Pour plus de simplicité et lisibilité des graphiques, nous avons nommé par « A » les soins de psychiatrie. Soit :

**A1** : Suivi infirmier au CMP,

**A2** : Suivi médical au CMP (psychiatre),

**A3** : Autre suivi au CMP (psychologue, neuropsychologue...)

**A4** : Hôpital de jour, CATTP,

**A5** : Hospitalisation en soins libres,

**A6** : Hospitalisation en soins sans consentement,

**A7** : Postcure en psychiatrie,

**A8** : Autres (suivi en libéral avec un psychiatre, un psychologue ou autre ;

resectorisation, c'est-à-dire un changement de lieu de vie entraînant le changement de secteur référent...).

Les soins en addictologie sont représentés par « B » :

**B1** : soins ambulatoires (consultations avec infirmier ou avec médecin addictologue au CSAPA, hôpital de jour),

**B2** : soins hospitaliers à temps complet.

« C » représente tous les autres types de soins, notamment les soins somatiques :

**C1** inclut donc toute hospitalisation en service de médecine, MCO, LHSS...

L'orientation vers un professionnel du social n'a pas été retenue dans notre étude, le but étant d'évaluer les soins médicaux et paramédicaux.

La prise en charge au CMP par un infirmier consiste en un contact infirmier-patient qui peut être physique (voire téléphonique, perspective rare au moment de l'étude). Par conséquent, sont prises en compte toutes rencontres dans le cadre des missions des infirmiers du CMP : consultation sur le lieu du CMP, VAD (lieu de vie temporaire de l'utilisateur patient) qui peut se faire au foyer, lieu de vie du patient. Les conditions de respect d'intimité d'un entretien dans un bureau sont ainsi satisfaites, contrairement aux entretiens réalisés en maraude. La rencontre du patient lors d'une maraude n'est pas comptée comme accès aux soins de DC car cet entretien ne respecte pas des principes fondamentaux et est plutôt considérée comme un préalable à des entretiens respectant l'intimité.

Nous précisons juste que le premier contact est en général infirmier ou médical, mais il peut tout à fait se faire par l'assistante sociale ou l'éducatrice de l'EMPP. Dans ce cas-là, ceci devrait faire l'objet d'une étude spécifique.

Notons qu'un suivi psychologique est possible dans les différents foyers CHRS de la région boulonnaise, car un psychologue y travaille, de manière indépendante mais complémentaire de l'hôpital (présence une fois par mois à nos réunions, possibilités multiples d'échanges cliniques). Dans notre étude, ce suivi par le psychologue des CHRS n'est pas considéré comme une orientation en DC car il peut être mis en place en amont de l'interpellation de l'EMPP, à son initiative ou à celle des équipes des CHRS.

Concernant les prises en charge addictologiques, nous nous intéressons à l'activité de régulation des soins addictologiques par l'EMPP Interface uniquement. Cela exclut les prises en charges qui passent par un autre intervenant, médecin généraliste par exemple, ou toute arrivée directe à l'initiative du patient.

Sur les 70 patients inclus, nous avons observé que certains ont été orientés vers plusieurs structures. Dans nos résultats, nous avons donc combiné les réponses de droit commun, c'est-à-dire que nous les avons toutes comptabilisées au même niveau. Ainsi, nous avons relevé 137 orientations (**voir tableau 1**).

<b>Orientations</b>	<b>n (N=137)</b>	<b>%</b>
<b>Orientation en psychiatrie</b>		
<i>Suivi infirmier au CMP</i>	49	33,1 %
<i>Suivi médical au CMP</i>	30	20,3 %
<i>Autre suivi au CMP</i>	6	4,1 %
<i>HDJ, CATTP</i>	3	2,0 %
<i>Hospitalisation en soins libres</i>	14	9,5 %
<i>Hospitalisation en soins sans consentement</i>	10	6,8 %
<i>Poste-cure</i>	0	0 %
<i>Autres: libéral, resectorisation...</i>	1	0,7 %
<b>Orientation en addictologie</b>		
<i>Soins ambulatoires</i>	9	6,1 %
<i>Soins hospitaliers à temps complet</i>	3	2,0 %
<b>Soins somatiques</b>	12	8,1 %
<b>Absence d'orientation</b>	11	7,4 %
<b>Nombre d'orientations</b>		
<i>0</i>	11	15,7 %
<i>1</i>	19	27,1 %
<i>2</i>	20	28,6 %
<i>3</i>	8	11,4 %
<i>4</i>	8	11,4 %
<i>5 et plus</i>	4	5,7 %

**Tableau 1 : Proportion des orientations en soins de droit commun des patients pris en charge par l'EMPP Interface**

La principale orientation est la consultation avec un infirmier en CMP pour 49 patients (soit 33,1%), suivie par la consultation médicale en CMP pour 30 patients (20,3%).

Sur les autres suivis instaurés au CMP (4,1%), 2 sont avec un psychologue et 4 avec une neuropsychologue. 2 patients ont été orienté vers l'HDJ et 1 vers le CATTP.

La majorité des hospitalisations en psychiatrie a été faite en soins libres.

Nous n'avons pas relevé d'indications à des postcures psychiatriques.

Concernant les soins en addictologie, il y a eu 9 orientations en CSAPA (soit 6,1%) et 3 hospitalisations (2%).

Nous avons relevé 12 orientations en soins somatiques, soit 8,1% de la population étudiée.

15,7% des personnes suivies à un moment par l'EMPP n'ont pas été orientées en droit commun.

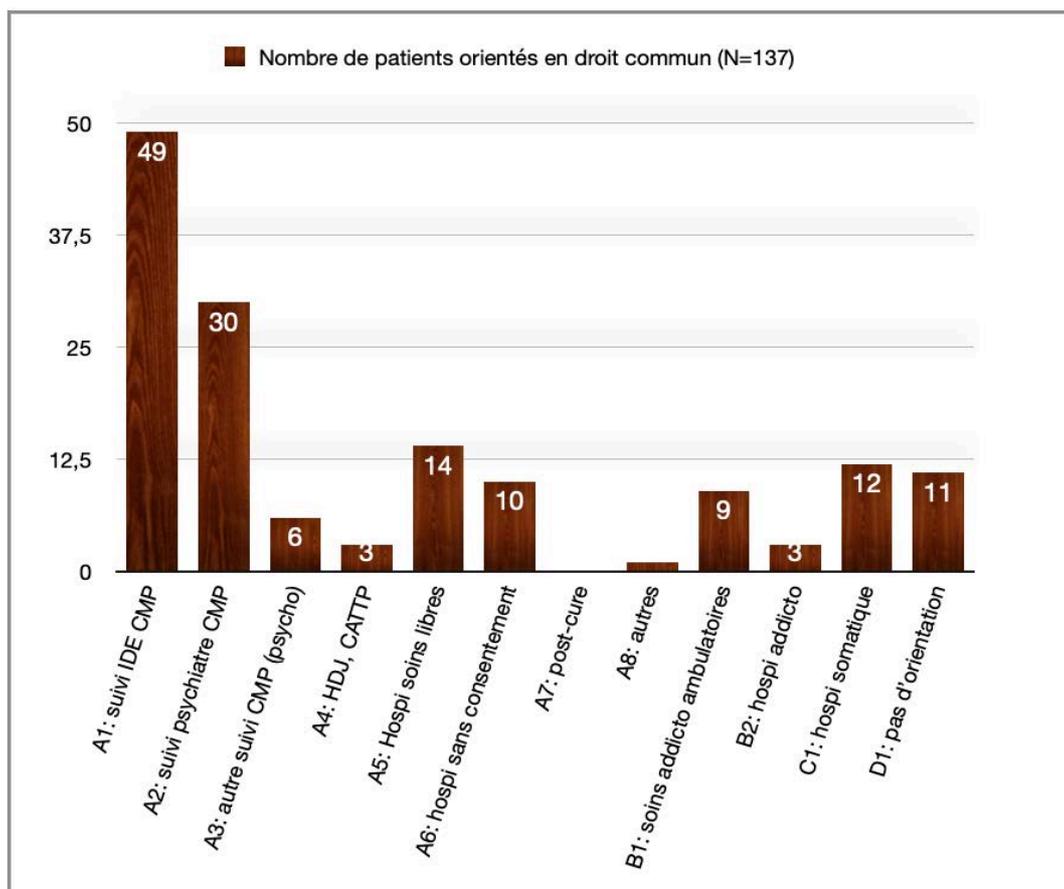
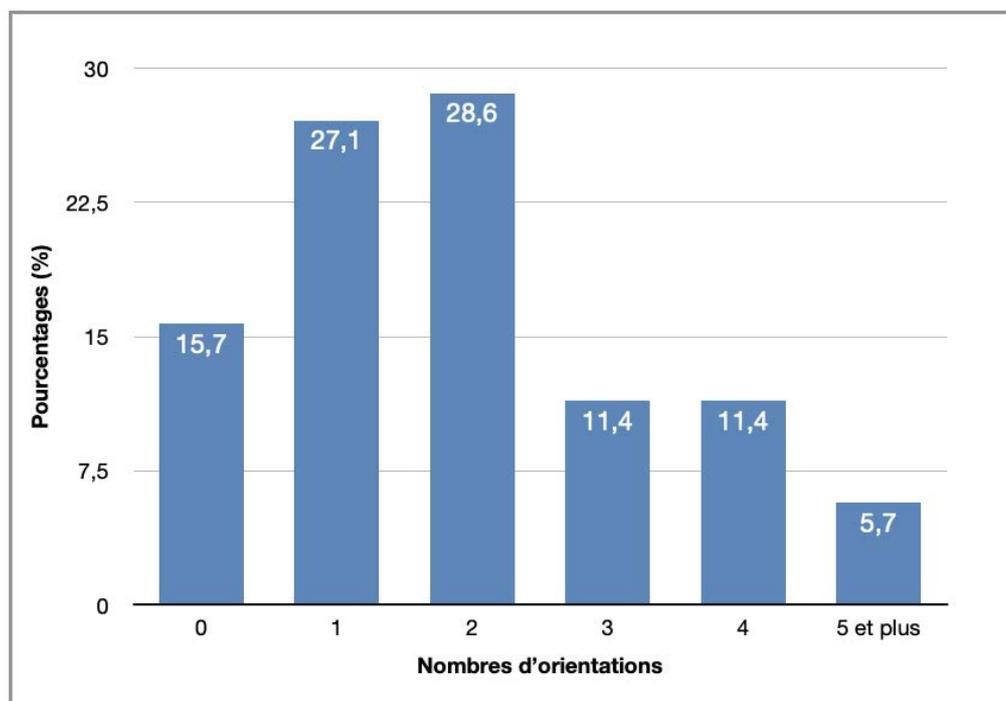


Figure 1 : Orientation globale en soins de droit commun

Plus de la moitié des patients pris en charge par l'EMPP ont soit une orientation unique (27,1%) soit une double orientation (28,6%), c'est-à-dire qu'ils sont orientés vers deux structures de droit commun.

Sur ces combinaisons d'orientations, la majorité des associations se fait entre le « suivi infirmier au CMP » et le « suivi médical par un psychiatre au CMP ».

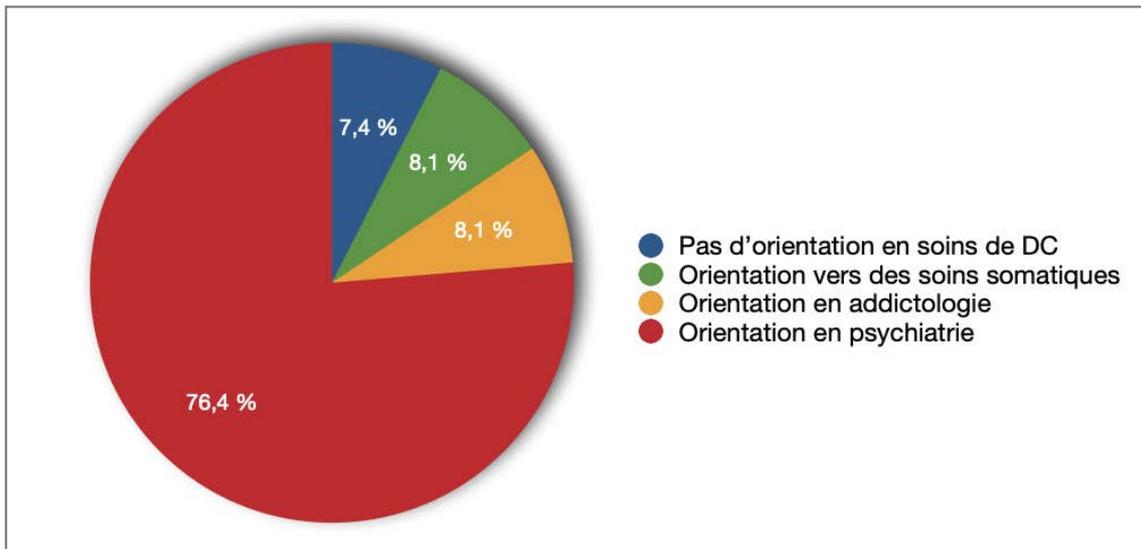
La **figure 2** expose le nombre d'orientations en pourcentages.



**Figure 2 : Pourcentages du nombre d'orientations en Droit commun**

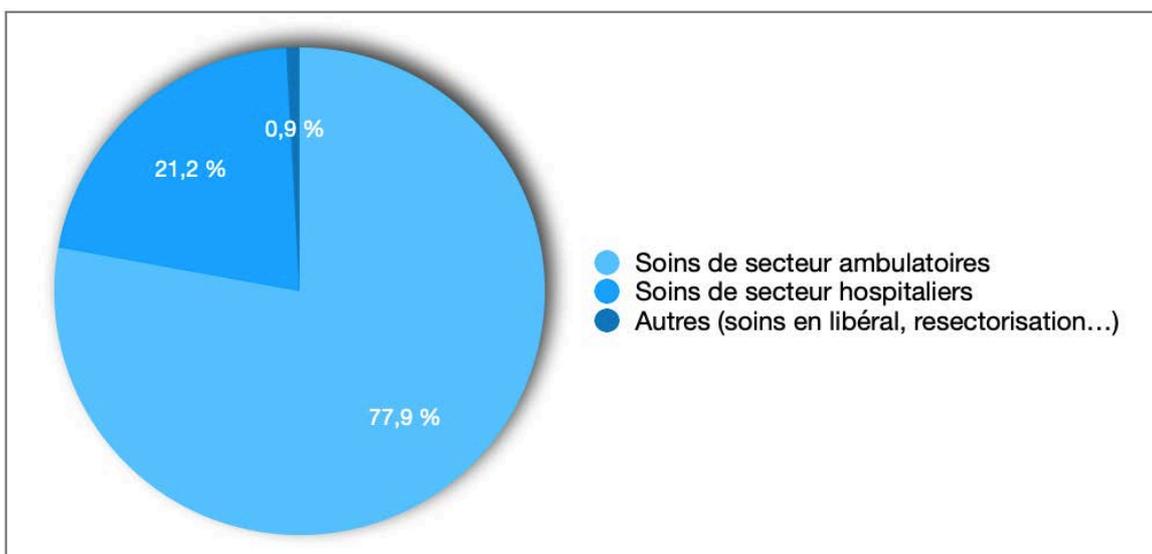
**La figure 3** représente les proportions d'orientation en DC selon les disciplines.

On observe que la plus grande part d'orientation se fait vers les soins psychiatriques (ambulatoires, extrahospitaliers, hospitaliers). Il y a 113 orientations vers des soins psychiatriques, soit 76,4%. Il y a autant d'orientations vers les soins en addictologie que vers les soins somatiques, soit 8,1%.



**Figure 3 : Orientations en droit commun selon des disciplines**

Parmi ces 113 orientations vers les soins psychiatriques, 88 ont été faites vers les soins ambulatoires de secteur public (77,9%), 24 vers les soins hospitaliers de secteur public (21,2%) et seulement 1 (0,9%) a été réorienté car le patient a changé de secteur (figure 4).

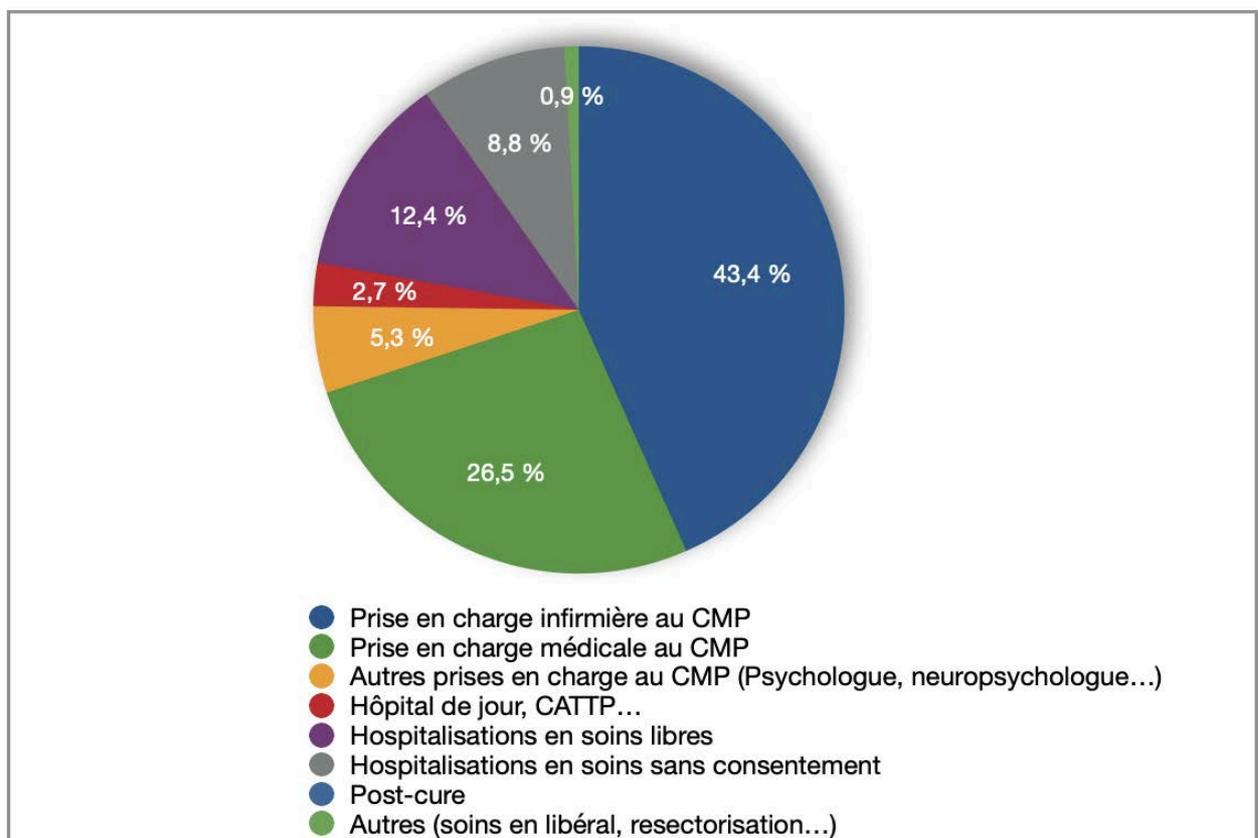


**Figure 4 : Orientation globale en psychiatrie**

**La figure 5** détaille les orientations psychiatriques vers les différentes structures.

Ainsi, parmi les 88 orientations vers les soins ambulatoires, 49 patients ont été vus par un infirmier au CMP (43,4%), 30 par un psychiatre (26,5%), et 6 par une psychologue (5,3%).

24 patients ont été hospitalisés, dont 14 en soins libres (12,4%) et 10 en soins sans consentement (8,8%).

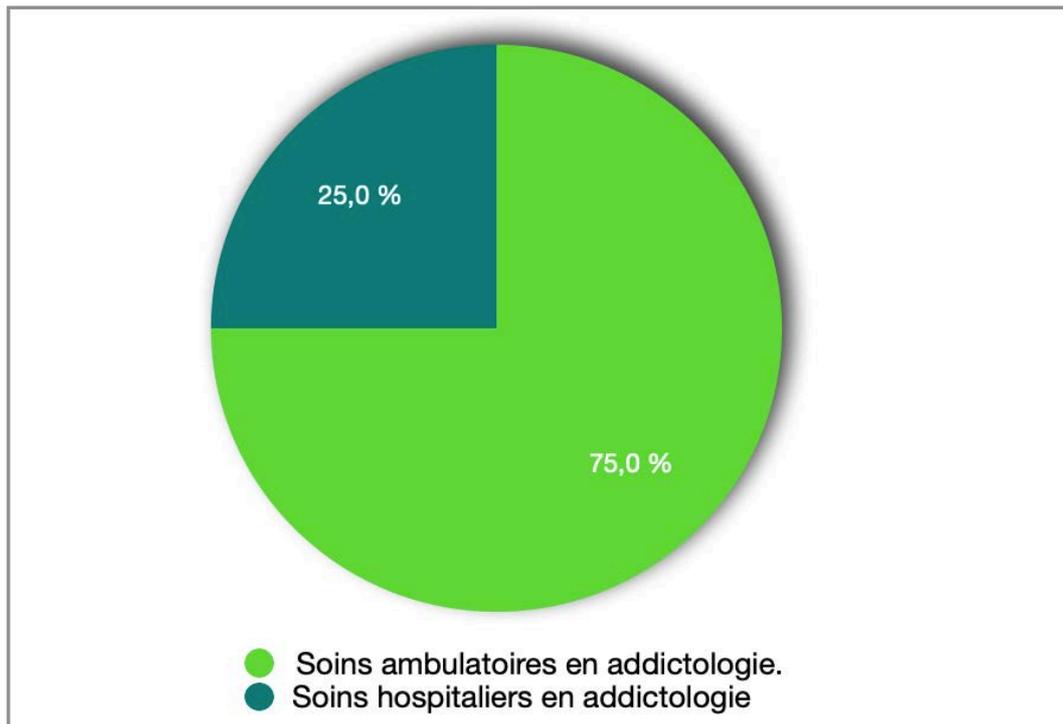


**Figure 5 : Orientations détaillées en psychiatrie**

12 patients ont été orientés vers des soins addictologiques (**figure 6**).

Ce sont majoritairement des soins ambulatoires au CSAPA mis en place, pour 75% d'entre eux (soit 9 patients).

Il y a eu 3 hospitalisations en service d'addictologie (25%).



**Figure 6 : Orientations en addictologie**

## B. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES (CRITERE SECONDAIRE)

La population étudiée comporte 40 hommes (soit 57,1%) et 30 femmes (42,9%).

(Figure 7)

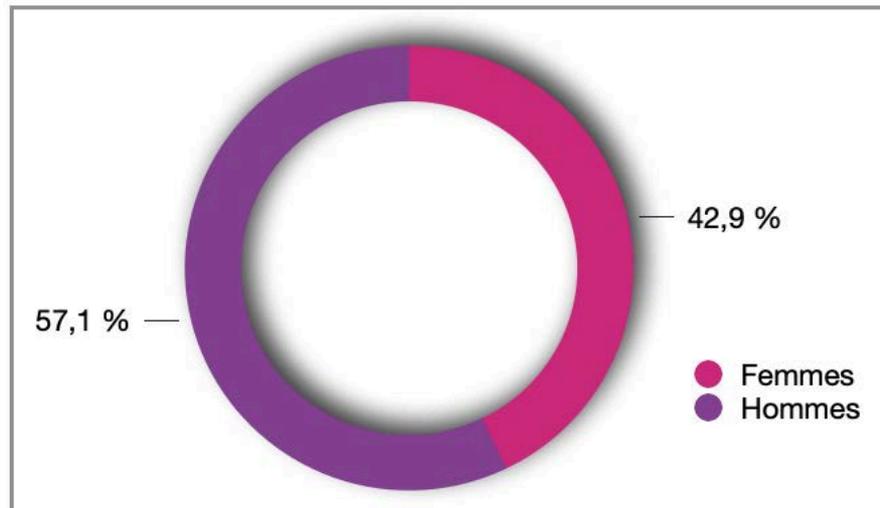


Figure 7 : Caractéristiques socio-démographiques portant sur le sexe

L'âge moyen, tout sexe confondu, est de 42,3 ans. La moyenne a été calculée sur un total de 69 patients car la date de naissance d'un patient est restée inconnue. L'âge maximal est 70 ans et l'âge minimal est 18 ans.

Tranches d'âge	n (%) N=70	Femmes n (%) N=30	Hommes n (%) N=40
<b>18-24</b>	8 (11,4%)	4 (13,3%)	4 (10,0%)
<b>25-39</b>	22 (31,4%)	7 (23,3%)	15 (37,5%)
<b>40-59</b>	30 (42,9%)	14 (46,7%)	16 (40,0%)
<b>60 et plus</b>	9 (12,9%)	5 (16,7%)	4 (10,0%)
<b>Inconnu</b>	1 (1,4%)	0	1 (2,5%)

Tableau 2 : Répartition des âges

Les figures suivantes présentent la répartition de la population par tranches d'âge. On observe que la plus grande partie de la population prise en charge a entre 40 et 59 ans, soit 42,9% de la population totale, 46,7% de la population féminine et 40% de la population masculine. Les tranches d'âge les moins représentées sont les 18-24 ans et les plus de 60 ans.

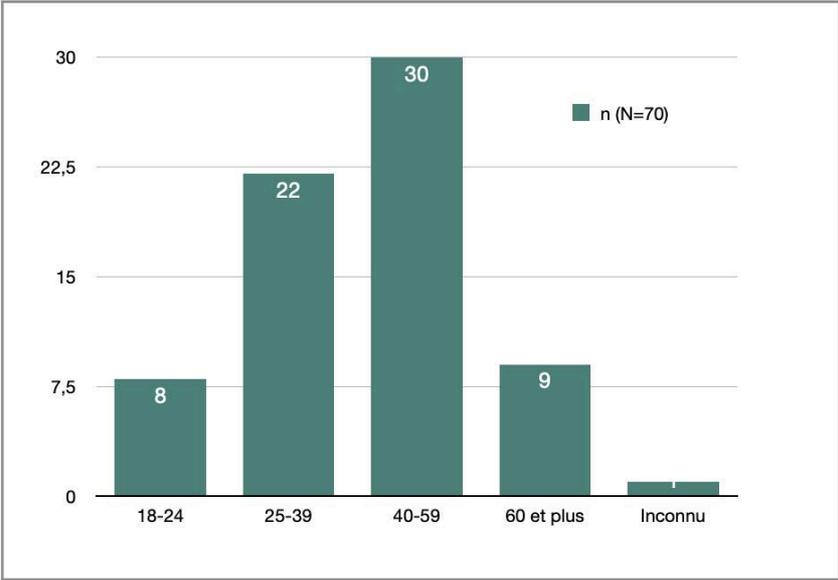


Figure 8 : Répartition par tranches d'âge sur toute la population

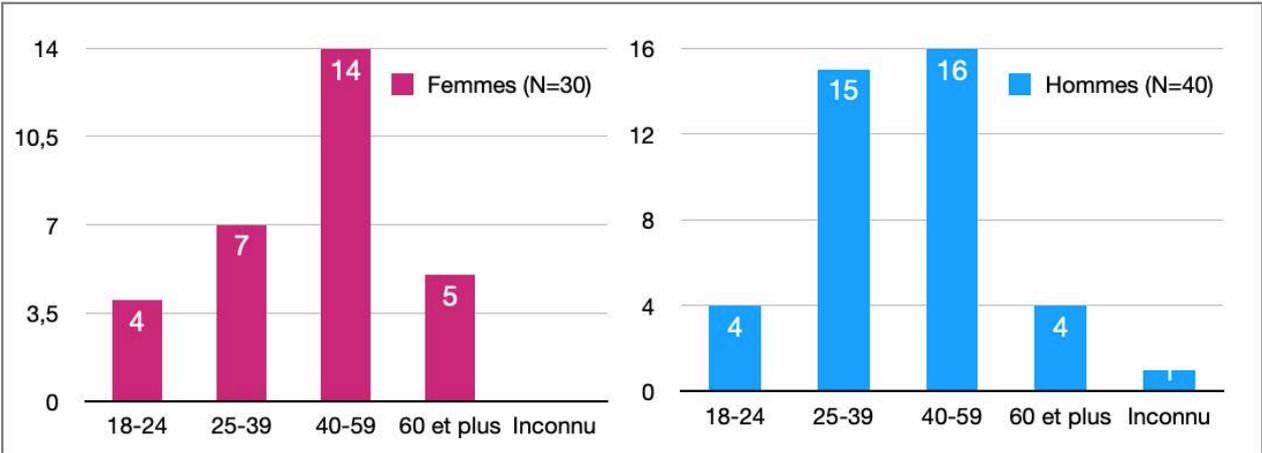


Figure 9 : Répartition par tranches d'âge selon le sexe

## **C. CARACTERISTIQUES CLINIQUES (CRITERE SECONDAIRE)**

Sur l'ensemble des patients étudiés, nous avons pu observer que beaucoup d'entre eux avaient plusieurs diagnostics attribués. Nous avons donc relevé le diagnostic principal, établi par la psychiatre de l'EMPP, ainsi que les comorbidités et diagnostics associés.

La démarche diagnostique n'est pas commune à celle réalisée habituellement en consultation ou hospitalisation. Elle fait intervenir différents professionnels au contact du patient.

Tout d'abord, l'équipe se renseigne sur le point d'appel de la première demande. Un contact se fait entre l'EMPP et l'équipe éducative à l'origine de la demande, permettant un échange autour des symptômes du patient reconnus par celle-ci.

Un entretien initial est ensuite réalisé avec le patient et une infirmière de l'EMPP, qui peut d'ores et déjà orienter vers une catégorie de diagnostic. Puis le psychiatre affine le diagnostic via une rencontre avec le patient ou lors des synthèses cliniques en présence de tous les membres de l'EMPP.

Nous avons recueilli tous les diagnostics, principaux et associés, des patients pris en charge par l'EMPP sur la période de l'étude. Ils sont, comme explicité précédemment, regroupés par grandes catégories diagnostiques de la CIM-10.

- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-F19), que nous nommerons par la suite « **F1** » ;
- Troubles délirants, troubles schizotypiques et schizophrénie (F20-F29), nommés « **F2** » ;
- Troubles de l'humeur (trouble bipolaire, épisode dépressif...) (F30-F39), nommés « **F3** » ;
- Troubles anxieux et troubles de l'adaptation (F40-F48), nommés « **F4** » ;
- Troubles de la personnalité et du comportement (F60-F69), nommés « **F6** » ;
- Retard mental (F70-F79), nommé « **F7** » ;
- Troubles démentiels et troubles mentaux induits par une étiologie somatique (F00-F09), nommés « **F0** ».

Le **tableau 3** présente les proportions des diagnostics principaux et associés retrouvés chez les patients pris en charge par l'EMPP sur la période étudiée, ainsi que le nombre de diagnostic par patient.

<b>Pathologies</b>	<b>Diagnostic principal, n (%) N=70</b>	<b>Diagnostics associés, n (%) N=56</b>	<b>Total, n (N=122)</b>	<b>%</b>
<b>Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substance psychoactive</b>	<b>22 (31,4%)</b>	<b>16 (28,6%)</b>	<b>38</b>	<b>31,1 %</b>
Alcool	15	9		
Autres substances	7	7		
<b>Troubles délirants, schizotypiques et schizophrénie</b>	<b>13 (18,6%)</b>	<b>0 (0%)</b>	<b>13</b>	<b>10,7 %</b>
<b>Trouble de l'humeur</b>	<b>12 (17,1%)</b>	<b>8 (14,3%)</b>	<b>20</b>	<b>16,4 %</b>
Trouble dépressif	11	7		
Trouble bipolaire	1	1		
<b>Troubles anxieux et de l'adaptation</b>	<b>5 (7,1%)</b>	<b>15 (26,8%)</b>	<b>20</b>	<b>16,4 %</b>
<b>Troubles de personnalité et du comportement</b>	<b>7 (10%)</b>	<b>10 (17,9%)</b>	<b>17</b>	<b>13,9 %</b>
Personnalité Etat-limite	7	2		
Autres troubles de personnalité	0	8		
<b>Retard mental</b>	<b>4 (5,7%)</b>	<b>1 (1,8%)</b>	<b>5</b>	<b>4,1 %</b>
<b>Troubles mentaux organiques et démentiels</b>	<b>3 (4,3%)</b>	<b>2 (3,6%)</b>	<b>5</b>	<b>4,1 %</b>
<b>Absence de diagnostic</b>	<b>4 (5,7%)</b>	<b>4 (7,1%)</b>	<b>4</b>	<b>3,3 %</b>
<b>Nombre de diagnostics</b>	<b>n (N=70)</b>			
0			4	5,7 %
1			25	35,7 %
2			31	44,3 %
3			9	12,9 %
4 et plus			1	1,4 %

**Tableau 3 : Prévalence des diagnostics principaux et associés chez les patients pris en charge par l'EMPP Interface et nombre de diagnostic**

Au total, on remarque une majorité de troubles mentaux liés à l'utilisation d'une substance psychoactive (31,1%). C'est le diagnostic principal (31,4%) et le diagnostic associé (28,6%) le plus retrouvé. La substance psychoactive la plus relevée est l'alcool. Les autres produits expérimentés sont : cannabis, cocaïne, ecstasy,

champignons hallucinogènes, héroïne, amphétamines, LSD et le détournement de médicaments.

Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont retrouvés en proportions identiques (16,4%) mais de manière différente. Les troubles de l'humeur constituent généralement le diagnostic principal (17,1%) alors que les troubles anxieux représentent un diagnostic associé (26,8%). Le trouble de l'humeur le plus répandu est le trouble dépressif.

Les troubles délirants sont uniquement rapportés en tant que diagnostics principaux (10,7%).

Parmi les troubles de personnalité (13,9%), celui le plus identifié est le trouble de personnalité type État-limite. On observe également trois troubles de personnalité antisociale, ainsi qu'une personnalité évitante, une dépendante, une schizoïde et une narcissique.

Les troubles les moins retrouvés sont le retard mental (4,1%) et les troubles organiques et démentiels (4,1%).

44,3% de la population étudiée possèdent deux diagnostics, suivis par 35,7% qui portent un seul diagnostic.

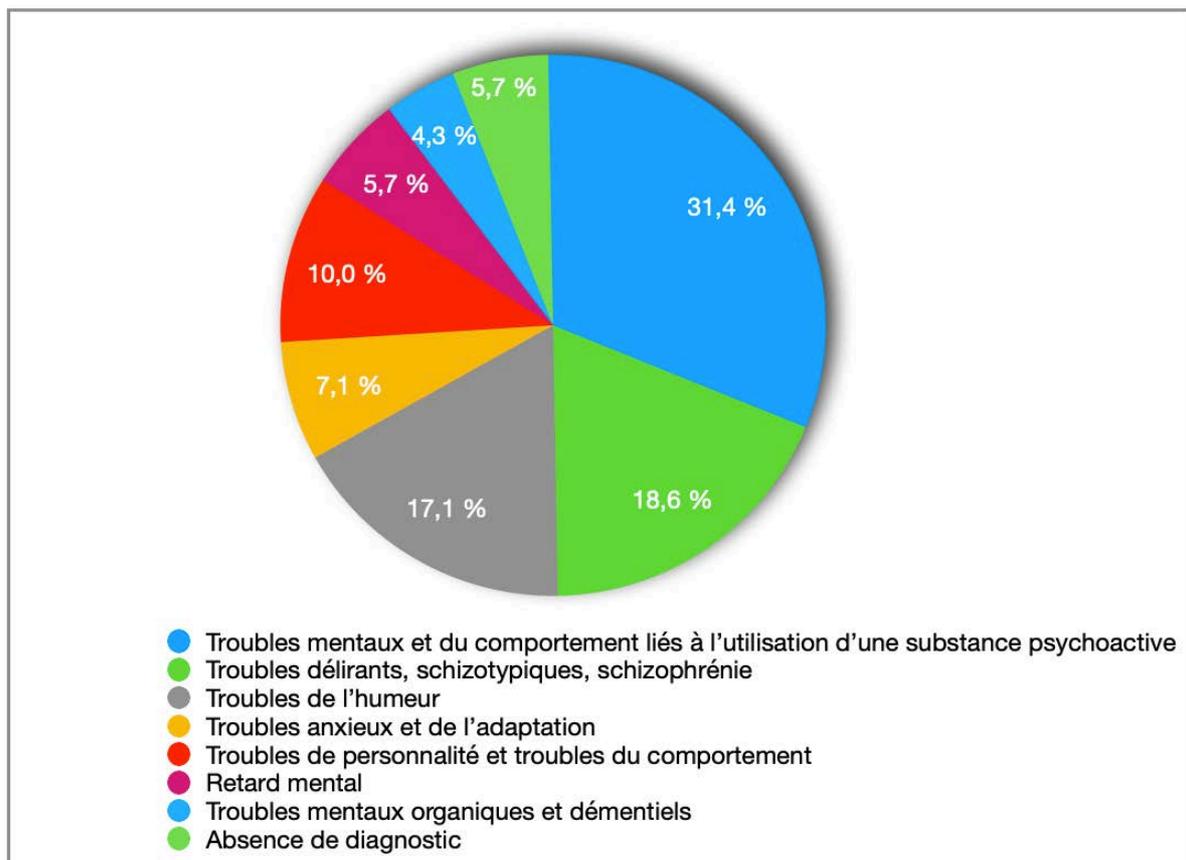
Le nombre maximum de diagnostics par individu est de 4, pour un seul patient.

Les associations de diagnostics les plus fréquentes sont « le trouble lié à l'utilisation d'une substance psychoactive » avec « le trouble de l'humeur », « le trouble lié à l'utilisation d'une substance psychoactive » avec « le trouble anxieux » et « le trouble lié à l'utilisation d'une substance psychoactive » avec « le trouble de personnalité ».

Nous verrons par la suite (**dans la partie Résultats/ Association des diagnostics**) avec quelles pathologies est associé chaque diagnostic principal.

Il y a 4 patients pour qui aucun diagnostic n'a pu être posé (5,7% de la population étudiée). Cela s'explique généralement par une prise en charge trop courte ou par le fait que la ou les rencontres ne suffisent pas pour porter un diagnostic. En effet, l'EMPP peut être interpellée par les travailleurs sociaux des réseaux pour une personne sans la rencontrer. Celle-ci est comptabilisée dans les données de l'EMPP car il y a eu un échange et une réflexion autour du patient et qu'elle reste à disposition à l'avenir si besoin, respectant la dynamique de « l'aller vers » propre aux EMPP.

La **figure 10** présente les prévalences des différents diagnostics principaux.



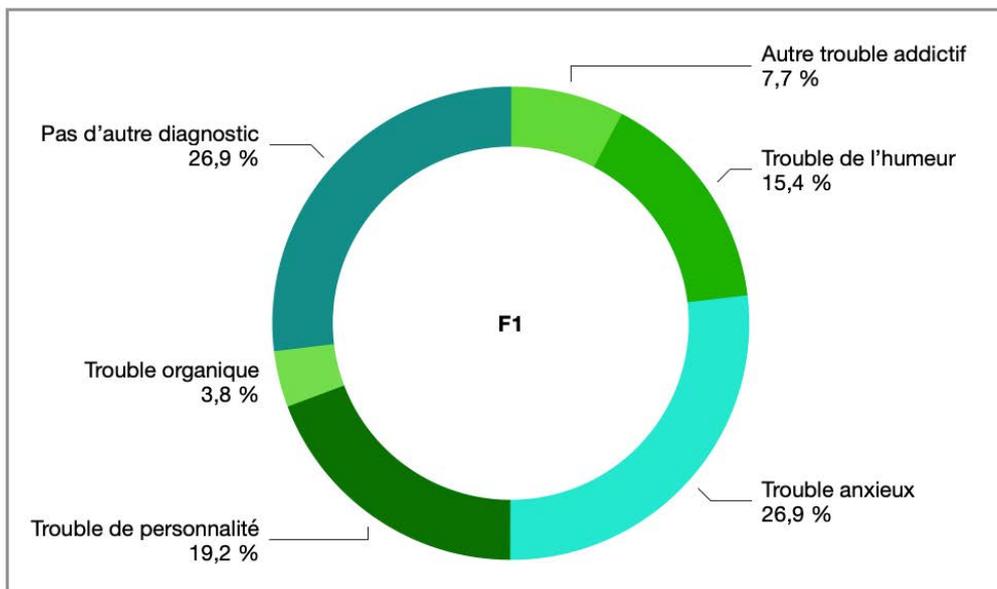
**Figure 10 : Prévalences des diagnostics principaux.**

## D. ASSOCIATION DES DIAGNOSTICS

Comme nous l'avons évoqué précédemment, nous allons maintenant nous intéresser aux associations de diagnostics les plus fréquentes. Les graphiques suivants présentent les diagnostics secondaires ou comorbidités relevés le plus souvent à partir de chaque diagnostic principal.

Ainsi, d'après la **figure 11**, nous observons que pour 26,9% des patients présentant un trouble lié à la consommation d'une substance psychoactive, il n'y a pas d'autre diagnostic posé.

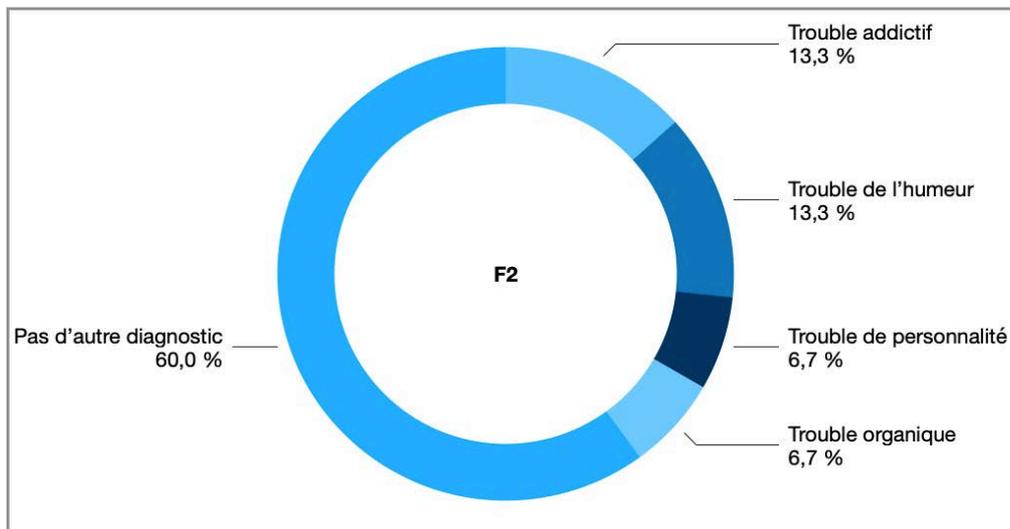
Le diagnostic le plus fréquemment associé au trouble addictif est le trouble anxieux (26,9%). On relève également les troubles de personnalité (19,2%) et les troubles de l'humeur (15,4%). Dans 7,7% des cas, il y a un second trouble addictif associé. On peut citer, par exemple, une dépendance au cannabis associée à une dépendance à l'alcool.



**Figure 11 : Diagnostics associés chez les patients présentant un trouble addictif**

Pour les patients atteints de troubles délirants, il n'y a aucune comorbidité dans 60% des cas (**figure 12**).

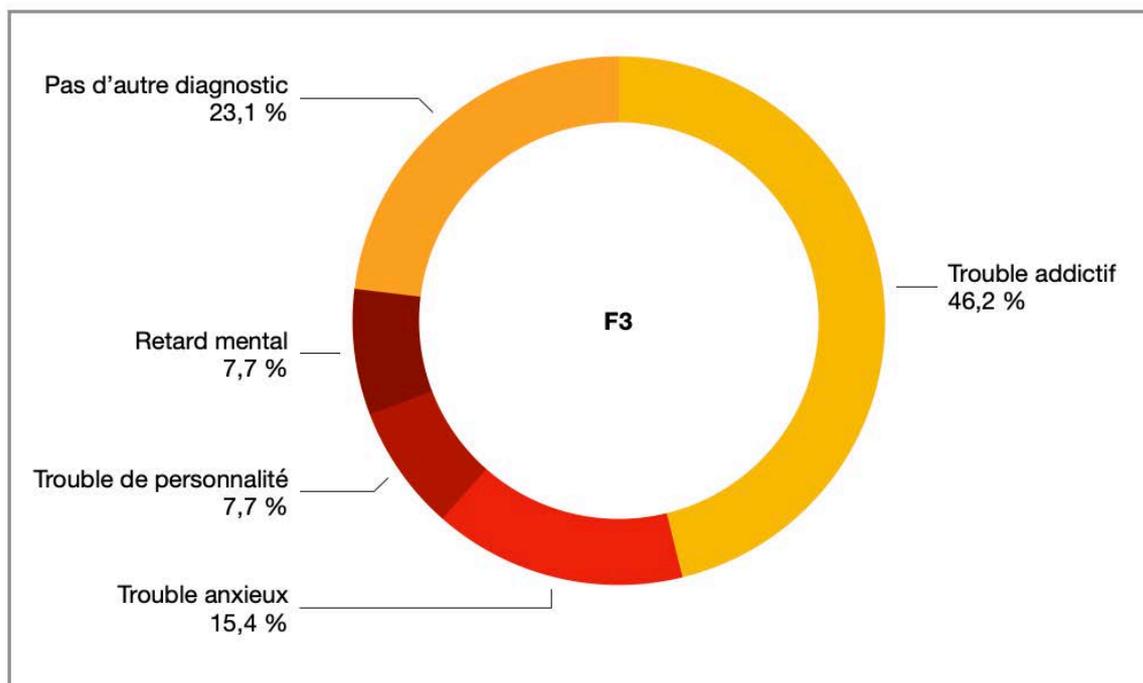
Les troubles addictifs et les troubles de l'humeur sont les pathologies les plus associées (13,3%), comme dans le cas d'un trouble psychoaffectif ou d'une décompensation psychotique sur prise de substance psychoactive.



**Figure 12 : Diagnostics associés chez les patients présentant un trouble délirant**

La pathologie la plus fréquemment associée aux troubles de l'humeur, que ce soit pour un trouble dépressif ou bipolaire, est, dans près de 50% des cas, le trouble lié à la consommation de substance psychoactive (46,2%).

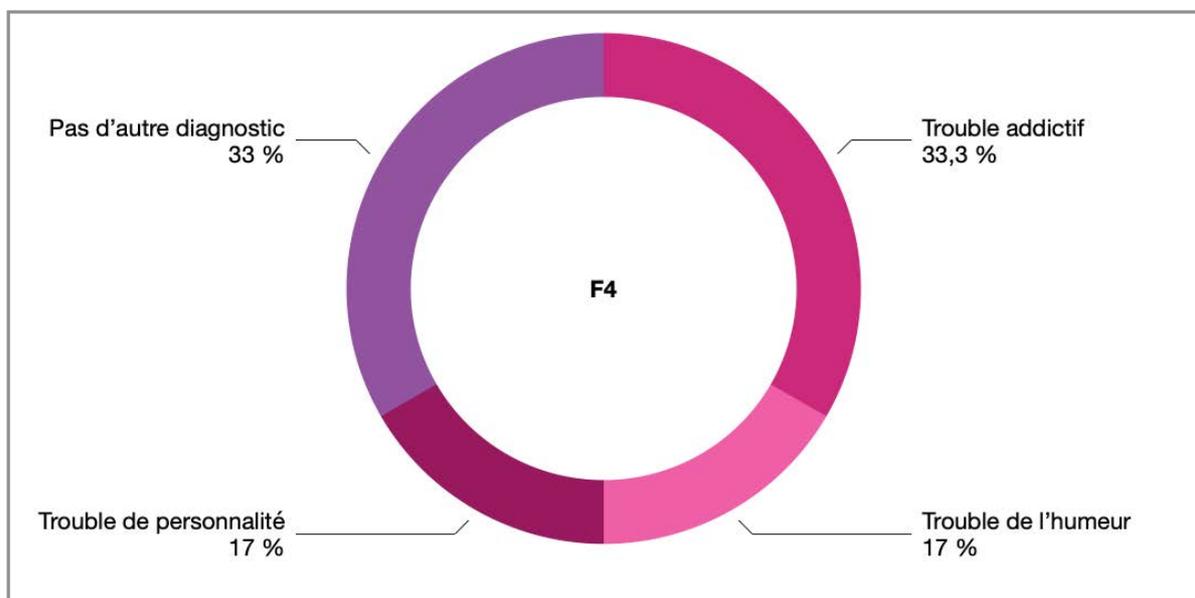
Dans 23,1% des cas, il n'y a pas d'autre diagnostic associé. **(Figure 13)**



**Figure 13 : Diagnostics associés chez les patients présentant un trouble de l'humeur**

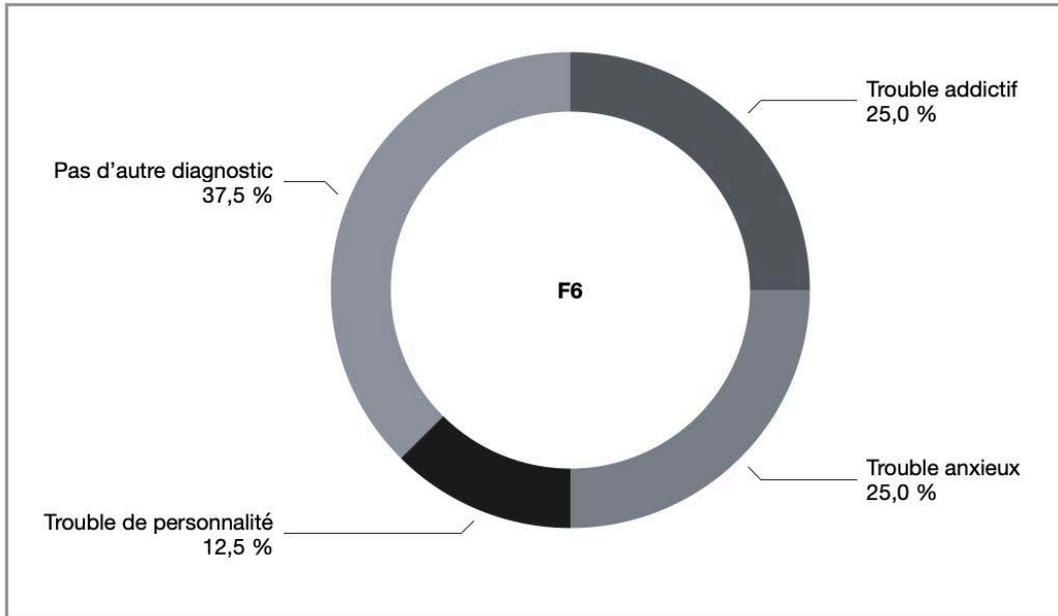
Chez les patients atteints de troubles anxieux (**figure 14**), on observe pratiquement autant de cas de troubles anxieux isolés que de troubles anxieux associés à un trouble addictif (33%).

Les autres pathologies relevées sont les troubles de personnalité et les troubles de l'humeur (17%).



**Figure 14 : Diagnostics associés chez les patients présentant un trouble anxieux**

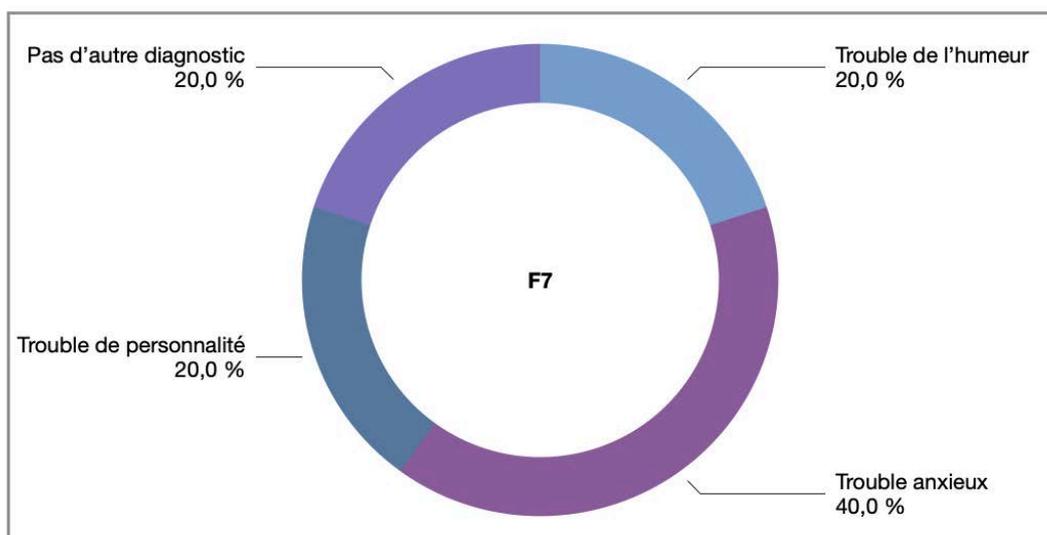
Les troubles de personnalité sont, en général, associés aux troubles addictifs et aux troubles anxieux (25%) et à quelques troubles de personnalité (12,5%). Dans 37,5% des cas, ils sont isolés. (**Figure 15**)



**Figure 15 : Diagnostics associés chez les patients présentant un trouble de personnalité**

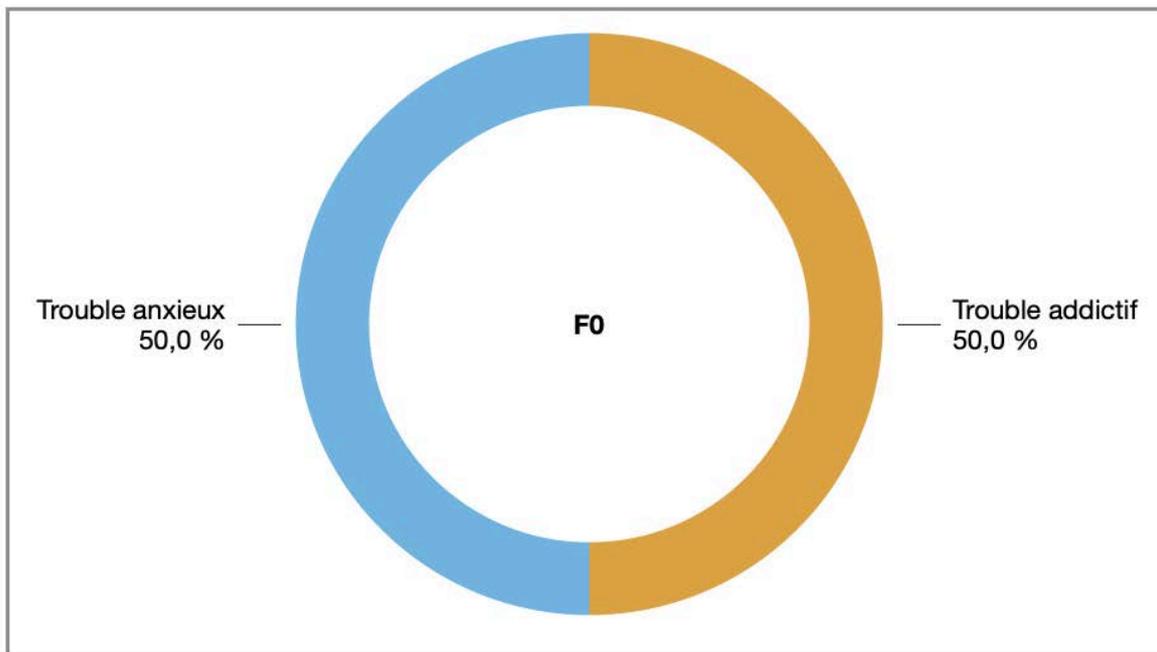
Les patients présentant un retard mental au premier plan sont peu représentés dans la population étudiée. **(Figure 16)**

On peut relever une association plus marquée avec les troubles anxieux (40%), les troubles de l'humeur et les troubles de personnalité (20%).



**Figure 16 : Diagnostics associés chez les patients présentant un retard mental**

Nous avons également peu de recul pour les patients atteints de troubles mentaux d'origine organique ou de pathologie démentielle, du fait de leur faible nombre. Les trois patients souffrant de cette pathologie, présentent également un trouble addictif ou un trouble anxieux (50%). Ils ne sont jamais isolés. **(Figure 17)**



**Figure 17 : Diagnostics associés chez les patients présentant un trouble mental d'origine organique ou démentiel**

## E. ORIENTATIONS EN DROIT COMMUN SELON LES DIAGNOSTICS

Les graphiques suivants présentent les orientations des patients selon leur(s) diagnostic(s). Nous reprenons la nomenclature utilisée précédemment pour nommer les orientations de droit commun.

La catégorie diagnostique « F2 », troubles délirants, troubles schizotypiques et schizophrénie, n'est retrouvée qu'en tant que diagnostic principal. On observe une majorité de soins mis en place sur le CMP (suivis infirmier et médical) ainsi que des hospitalisations en psychiatrie (en soins libres et sans consentement). On note également l'orientation vers les soins somatiques pour 3 patients (**figure 18**).

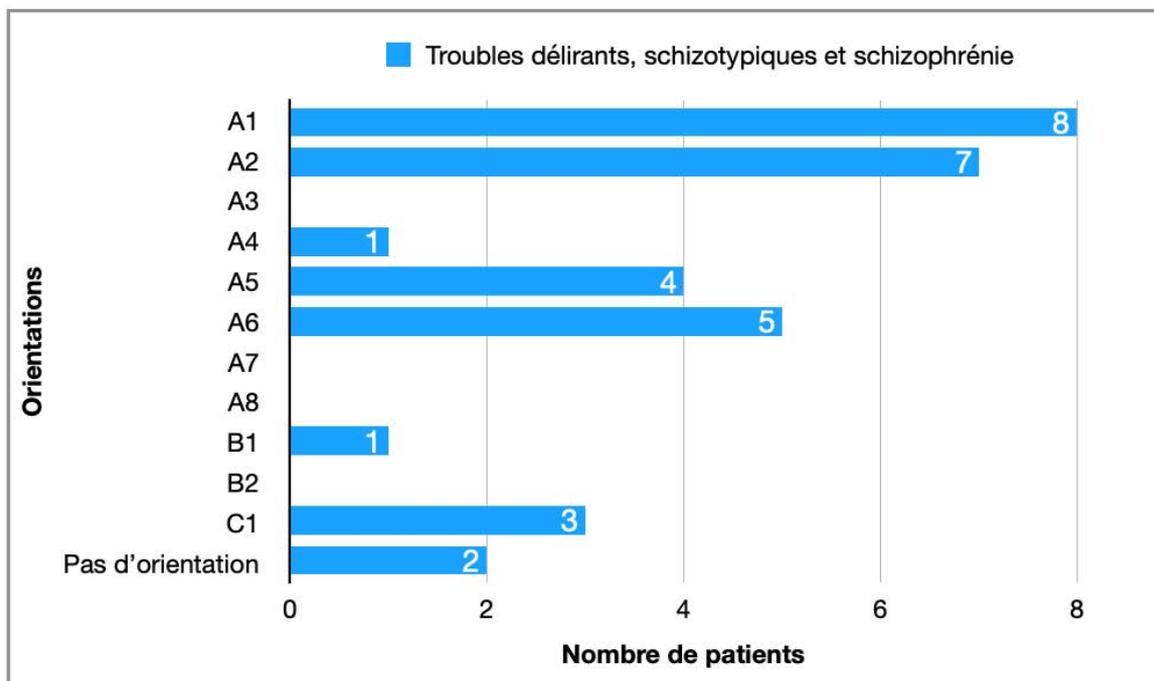
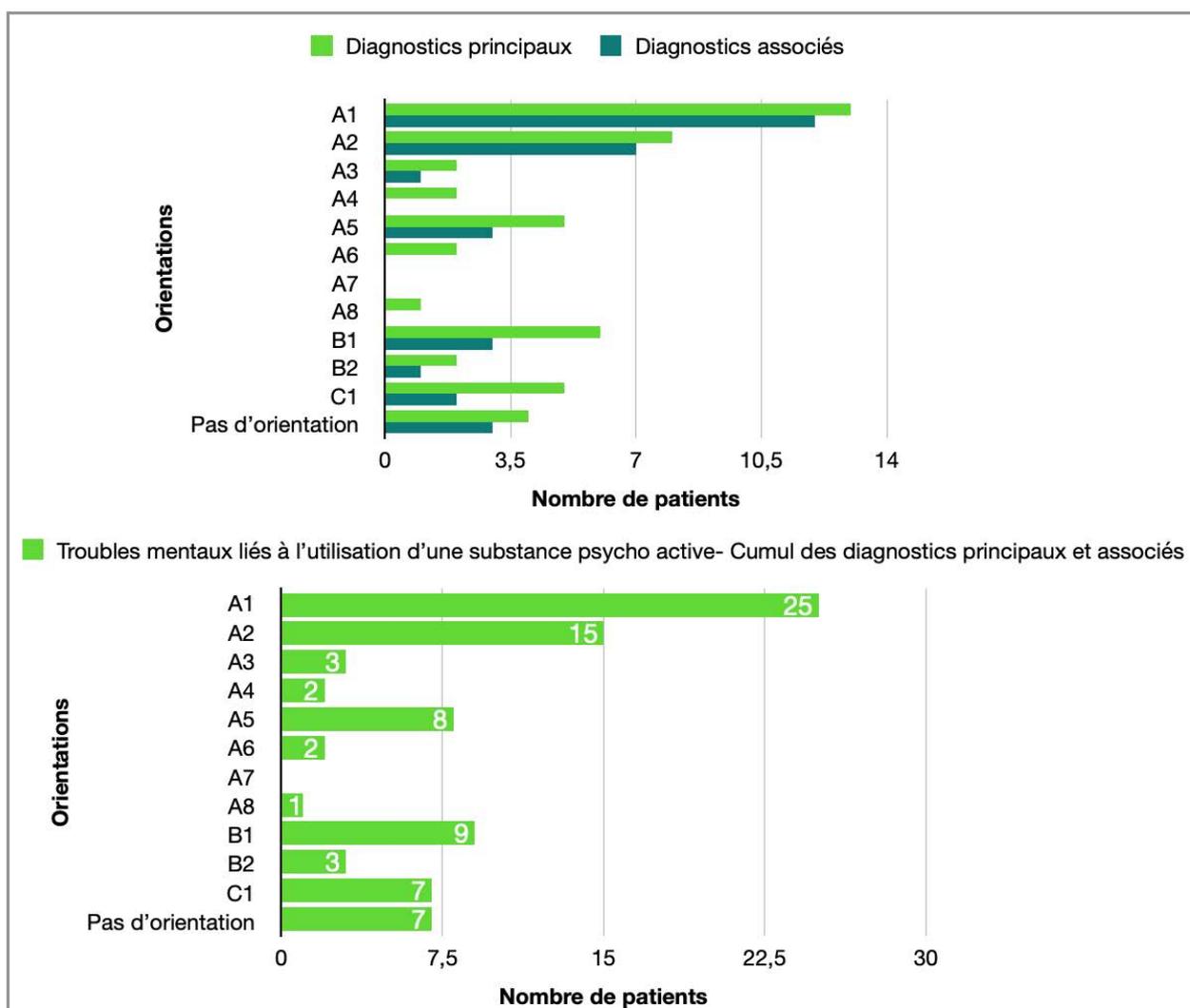


Figure 18 : Orientations des patients aux diagnostics F2

Pour les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives « F1 », on remarque que des soins en addictologie sont mis en place, majoritairement au CSAPA. Au niveau psychiatrique, une grande part des soins sont ambulatoires au CMP (infirmier et psychiatre), il y a quelques hospitalisations notamment en soins libres. Il y a un nombre non négligeable d'orientations vers les soins somatiques et de non-orientations (**figure 19**).

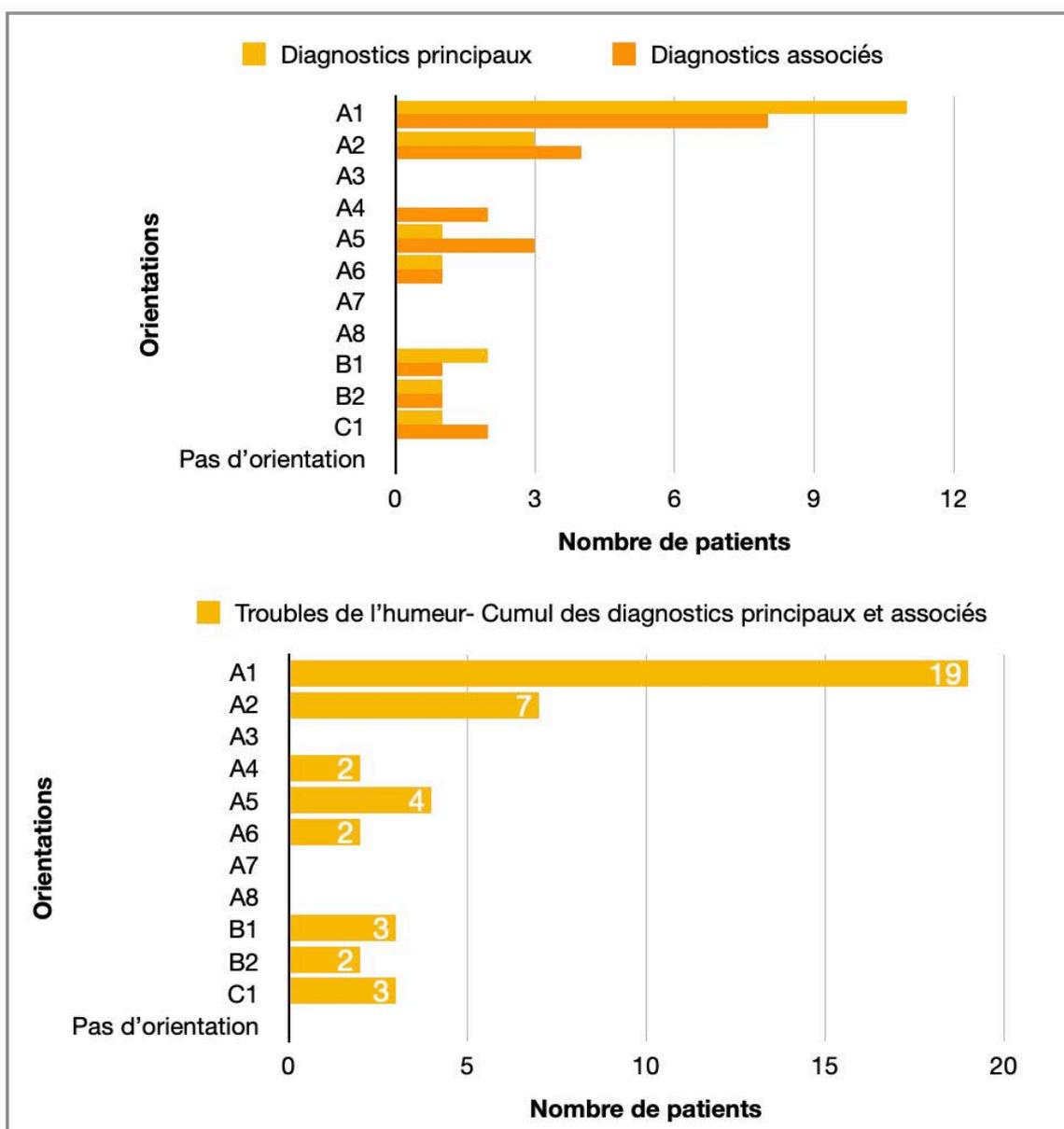


**Figure 19 : Orientations des patients aux diagnostics F1**

Pour les troubles de l'humeur « F3 », les soins les plus investis sont, de loin, le suivi infirmier au CMP. En deuxième position vient le suivi par un psychiatre au CMP.

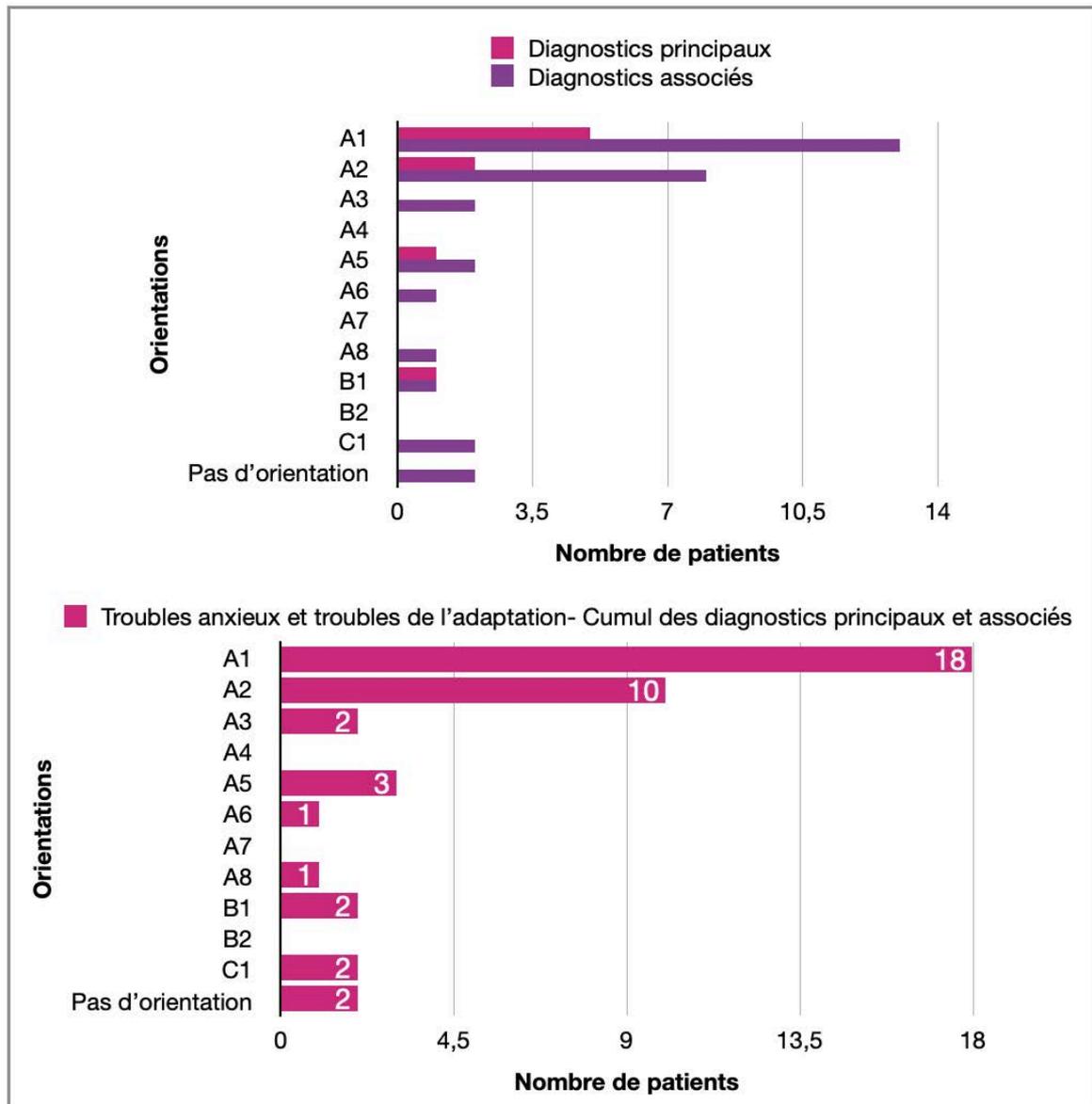
On observe quelques orientations vers les soins addictologiques. En effet, lorsqu'ils sont associés à une autre pathologie, ils le sont généralement aux problématiques d'addictions.

Tous les patients ont pu intégrer un suivi en droit commun (**figure 20**).



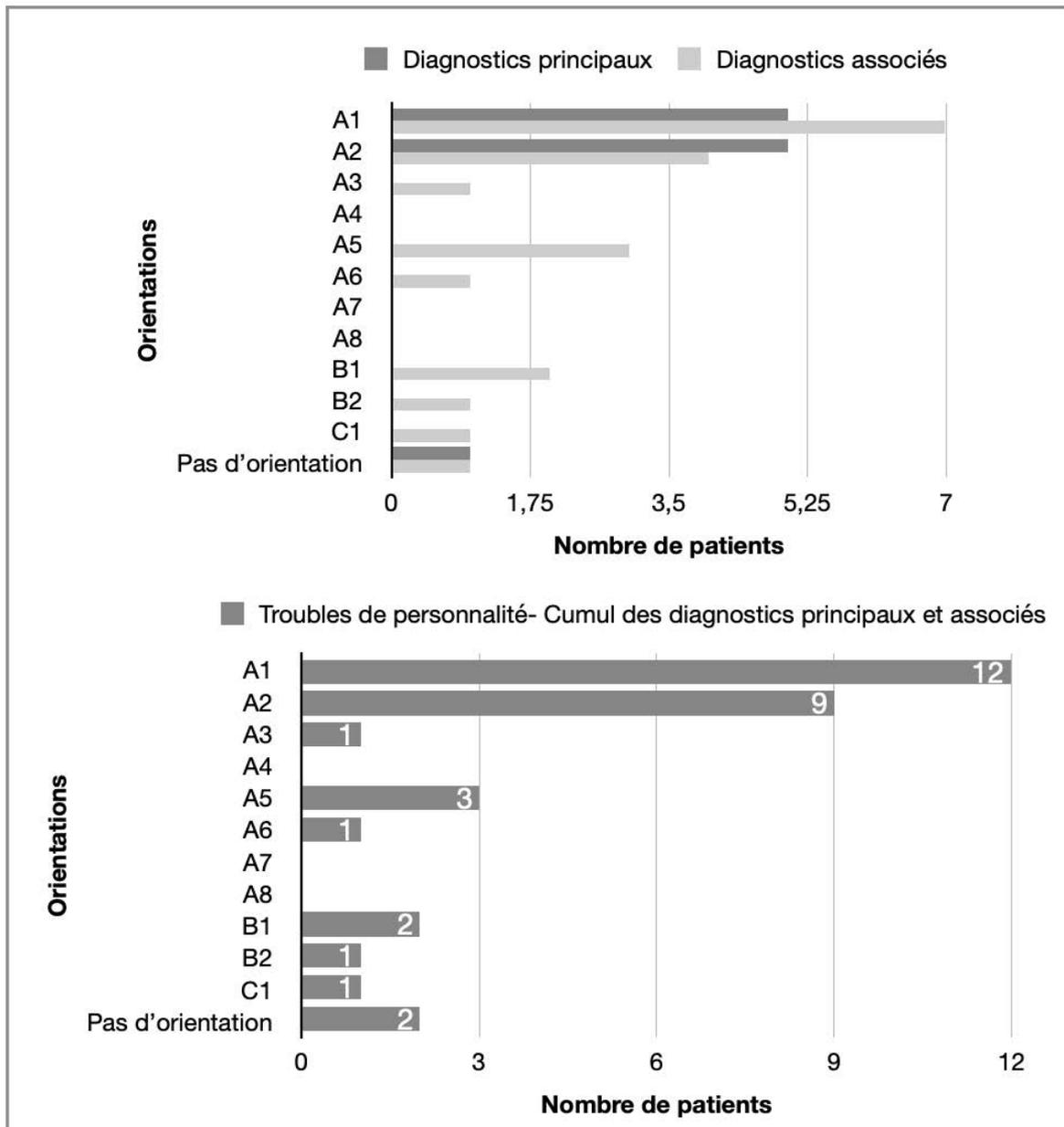
**Figure 20 : Orientations des patients aux diagnostics F3**

Les troubles anxieux « F4 » sont le plus souvent des diagnostics associés, c'est-à-dire, qu'ils accompagnent une autre pathologie principale. Il est donc plus difficile de les étudier indépendamment des autres pathologies. Les orientations les plus fréquentes sont les suivis infirmiers et psychiatriques au CMP (**figure 21**).



**Figure 21 : Orientations des patients aux diagnostics F4**

Les patients atteints de troubles de personnalité « F6 » ont une répartition remarquable (**figure 22**). Lorsque le trouble de personnalité est la pathologie principale, ils sont orientés de façon équivalente vers le suivi infirmier au CMP et le suivi psychiatrique au CMP, sauf pour un patient pour qui l'intégration à des soins de droit commun n'a pas abouti.



**Figure 22 : Orientations des patients aux diagnostics F6**

Peu de patients pris en charge par l'EMPP sont atteints de retard mental « F7 » (**figure 23**). Ils peuvent être concomitants de troubles de l'humeur, de troubles de personnalité et de troubles anxieux. Nous n'avons pas retrouvé de comorbidités addictives, ce qui explique pourquoi il n'y a aucune orientation vers les soins addictologiques. On observe la mise en place de soins au CMP, par infirmier, psychiatre et psychologue, ainsi que des hospitalisations en soins libres pour 3 d'entre eux. Tous ces patients ont intégré un suivi en droit commun.

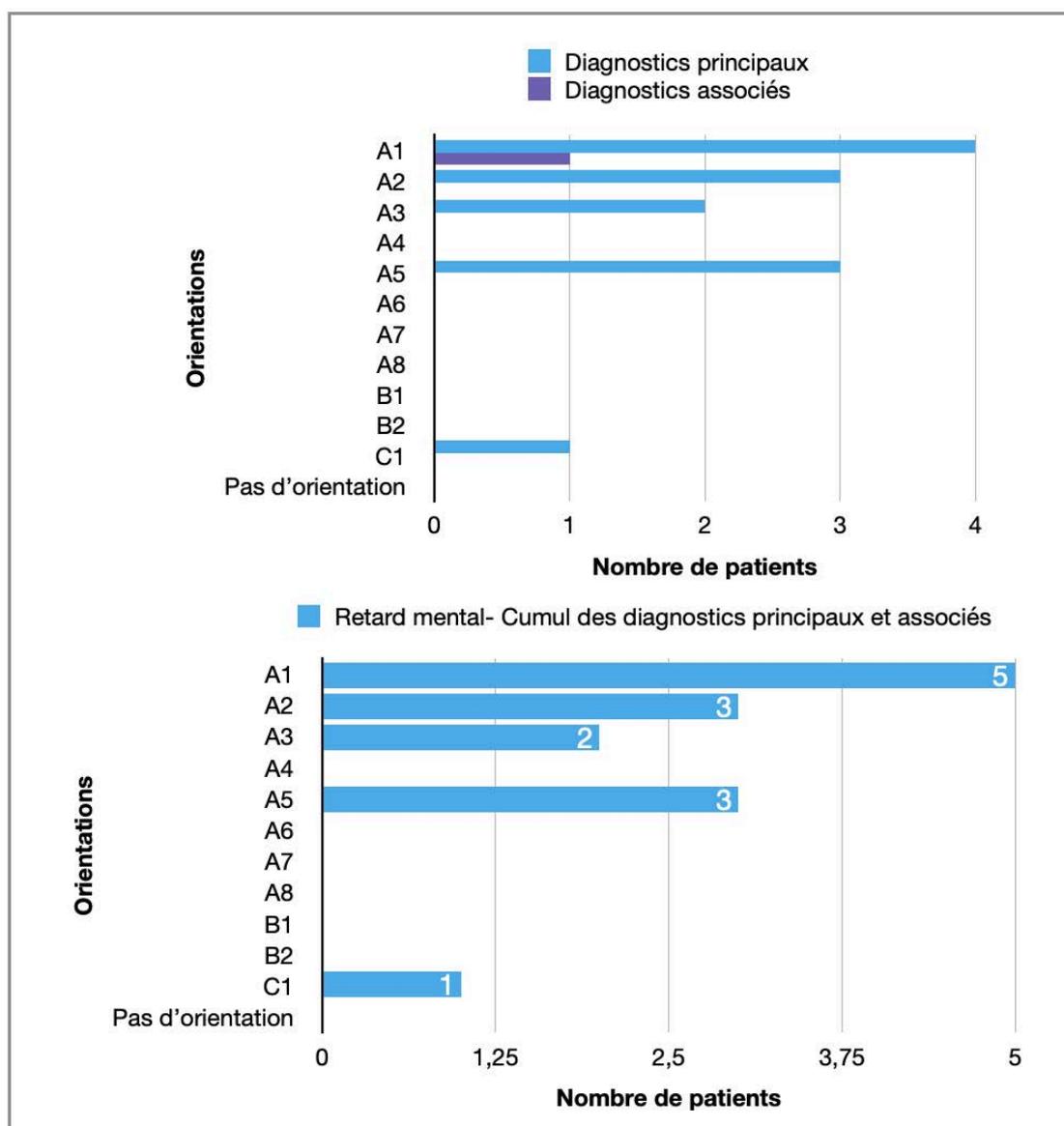


Figure 23 : Orientations des patients aux diagnostics F7

Les patients atteints de troubles d'origine organique et de troubles démentiels « F0 » ont principalement été orientés vers le CMP pour des suivis psychiatriques infirmiers, médicaux et psychologiques. Lorsqu'ils ont eu besoin d'une hospitalisation, celles-ci ont été réalisées sans leur consentement. Trois d'entre eux ont nécessité des soins somatiques. Un seul n'a pas intégré de suivi en droit commun (figure 24).

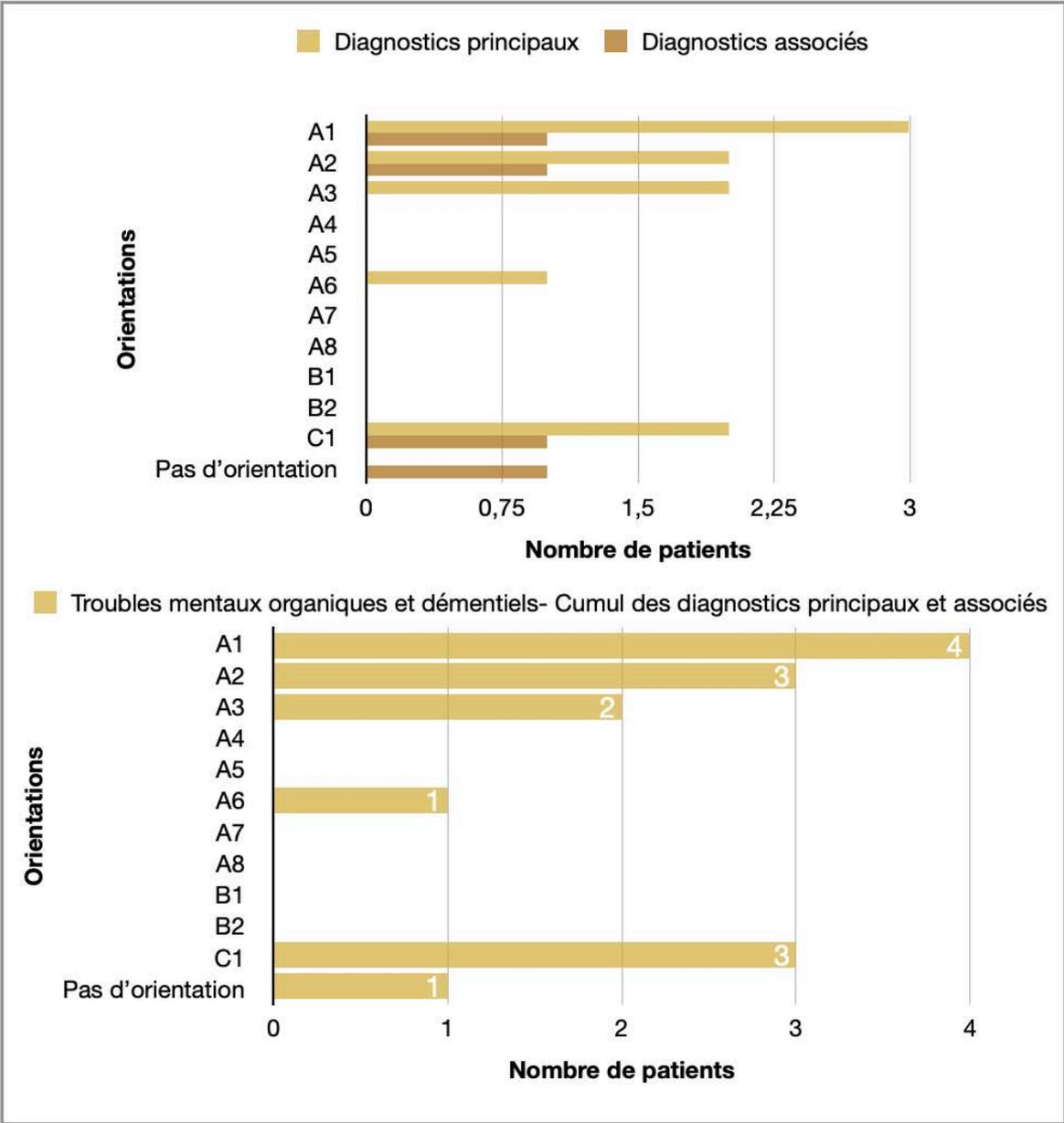


Figure 24 : Orientations des patients aux diagnostics F0

## **V. DISCUSSION**

### **A. A PROPOS DE L'ETUDE.**

#### **1. REPONSES A LA QUESTION PRINCIPALE.**

Il s'agit d'un travail d'observation, réalisé de manière rétrospective et basé sur des informations relevées dans des dossiers médicaux. Nous avons pris le parti de faire un état des lieux des patients pris en charge par l'EMPP sur une courte période, une photographie de la population prise en charge sur la période étudiée.

Les résultats révèlent une certaine homogénéité des orientations et des diagnostics.

D'après ces observations, et malgré les faiblesses de l'étude, nous pouvons mettre en évidence que les EMPP sont un dispositif validé. Des diagnostics sont posés et des orientations sont données.

En effet la prise en charge de ces individus vivant dans la rue ou en foyer d'hébergement, en situation de souffrance et de repli sur eux au point de ne plus être capable d'aller vers les soins, par cette équipe qui se déplace à leur rencontre, a permis l'instauration de soins qui perdurent dans le temps. 15,7% n'ont pas été orientés. Cela signifie donc que pratiquement 85% des patient l'ont été.

Peu d'orientations ont été faites vers un psychologue en CMP (4,1%) ou libéral. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'un psychologue exerce au sein des CHRS et entretient de bons liens avec l'EMPP.

Concernant le suivi infirmier : Comme nous l'avons vu dans la description de la composition de l'EMPP Interface, les infirmières de l'équipe mobile travaillent sur deux structures. Elles ont chacune un temps sur l'équipe mobile et un temps sur le CMP. Il est donc possible pour elles de continuer à suivre un patient sur le CMP alors qu'elles le prenaient en charge via l'EMPP. Ainsi, la mise en place des soins au CMP est plus simple que si le relai doit passer par une tierce personne qui ne connaît ni le patient ni son histoire douloureuse et qui doit le rajouter dans sa file active, impliquant alors des délais plus longs de prise en charge. La continuité des soins est alors favorisée par le lien de confiance qui s'est instaurée via l'intervention de l'équipe mobile.

## **2. REPONSES AUX QUESTIONS SECONDAIRES**

Concernant les diagnostics retrouvés, nous en avons relevé différentes associations. Lorsque nous sommes face à un patient présentant plusieurs problématiques, par exemple un trouble psychotique associé à une dépendance au cannabis, se pose la question « par où faut-il commencer ? ». Il peut être difficile de répondre à cette question et de prioriser les soins quand, de plus, dans la plupart des cas, les deux pathologies sont intriquées. Le fait de n'en soigner qu'une ne pourra alors être durable dans le temps.

Dans le cas de notre exemple, le cannabis peut être le facteur déclenchant de décompensation délirante. Traiter la symptomatologie délirante seulement ne pourra donc être optimale si la consommation perdure.

Cela implique une association des soins et des services. Dépasser les clivages que l'on peut rencontrer dans la pratique. Il peut être tout à fait opportun de programmer des soins addictologiques au décours d'une hospitalisation psychiatrique par exemple. Le plus important c'est l'inclusion. La complémentarité va de soi lorsqu'on est partenaire.

Une telle **diversité des tableaux cliniques** n'était pas attendue à la création de l'EMPP.

En effet, certaines sorties du dispositif d'aide sociale à l'enfance amènent à accueillir des jeunes majeurs, parfois déficients, relevant de la MDPH ou ayant échappé au dispositif. Un dispositif particulier sera mis en place, prochainement, pour ces jeunes majeurs pour lesquels aucune solution ne peut être trouvée. Certes, il y a les contrats *Garantie jeunes*, mais lorsqu'il s'agit de personnes atteintes de handicap psychique, il est difficile de leur faire intégrer un ESAT rapidement. La recherche d'un logement sans subsides sociaux met aussi ces cas dans l'impasse.

On note aussi quelques cas de démence. Sans ce diagnostic, l'accompagnement erre dans des proportions importantes. Les mesures administratives sont longues et laborieuses. Cela met à mal la complémentarité avec les équipes éducatives puisque ces personnes ne devraient pas relever de foyer d'urgence ou de CHRS.

Ceci dit le travail de l'EMPP peut permettre de rectifier ces trajectoires, non sans mal. Le problème de la présence inadaptée de ces personnes en CHRS est qu'il découle de leur passage d'autres difficultés ou comorbidités, notamment addictives.

Aussi, une attention particulière est portée pour ces mêmes raisons sur les patients schizophrènes. L'EMPP apprécie que les foyers, en étant assez souples dans leur fonctionnement, parviennent à valider l'accueil dans le temps de ces personnes. Le souci est que cela les détourne des réponses plus spécifiques à leurs problèmes. Les risques comorbides sont souvent présents et les effets de groupe et d'éloignement des structures de soins nous paraissent préjudiciables. Dès lors, le travail de complémentarité porte sur la formation, l'intervision avec les éducateurs et une approche décentrée des troubles.

Concernant les troubles de personnalité type État-limite, leur clinique montre souvent une instabilité dans les soins de droit commun (allers-retours incessants, alliance mouvante...). La souplesse et la flexibilité de l'EMPP garantie alors une forme de sécurité des liens, essentielle dans leur prise en charge.

Pour le reste, poser une dynamique relationnelle qui authentifie un syndrome dépressif est bénéfique pour chacune des prises en charge car les diagnostics sont souvent masqués par les complications sociales. Mais, poser le diagnostic ne doit pas écarter toute autre dynamique, entre autres, étouffer le travail éducatif indispensable. Le diagnostic vient compléter des points de vue, et étaye le suivi afin d'être au plus près et le plus juste dans l'abord des personnes.

### 3. LIMITES ET PERSPECTIVES

Une des limites de l'étude est le faible nombre de cas inclus, de par la courte durée étudiée. Ce biais ne permet pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble de la population.

Il serait intéressant d'améliorer nos connaissances sur la santé mentale des personnes vivant dans la rue, dans le but de poursuivre l'amélioration de l'offre de soins à leur égard. Notre étude est la première qui s'intéresse à l'EMPP de Boulogne-sur-Mer. Il pourrait être intéressant par la suite de faire une étude sur une durée plus longue.

D'après ces résultats, on peut considérer l'EMPP comme une porte d'entrée vers les différents soins : les soins psychiatriques et les soins en addictologie.

Nous pouvons faire l'hypothèse que ces orientations ne se seraient sans doute pas faites sans l'intervention de l'EMPP. Des études comparant l'entrée dans les soins des personnes en situation de précarité avec l'intervention d'EMPP versus sans cette aide, pourraient être intéressantes pour appuyer l'utilité de ce dispositif.

Devant l'importance de la prévalence des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, il serait également intéressant d'étudier plus spécifiquement les liens entre EMPP et soins d'addictologie.

Finalement nous pouvons prétendre à une clinique spécifique en milieu précaire. Par exemple, les troubles psychiques en lien avec les violences conjugales ou le psycho

traumatisme de celui qui perd son logement et se retrouve à la rue du jour au lendemain.

Certes, les diagnostics posés selon la CIM-10, ont permis une orientation et une réponse au niveau du secteur psychiatrique mais, à l'avenir, les réponses devraient pouvoir être plus spécifiques. Pourquoi ne pas créer un hôpital de jour médico-psychologique pour des femmes victimes de violences conjugales ?

D'ailleurs, les partenariats les plus récents comme ceux entre l'EMPP et l'HDJ montrent bien une évolution des réponses.

Peut-être que l'équipe mobile a elle-même fait évoluer, en son intérieur, l'offre de soins psychiatriques ? Tout ceci éclaire l'activité des EMPP et pourrait trouver des réponses de santé publique.

Pour ainsi dire, l'étude répond à ceux qui cloisonnent l'activité clinique de la psychiatrie. En bref, ceux qui séparent ce qui est de l'ordre de la psychiatrie et ce qui est de l'ordre du social. Le modèle emprunté par les EMPP est bien entendu celui d'une grille de lecture psychosociale. Dès lors, il peut être paradoxal de mener une étude portant seul sur les diagnostics et les orientations hospitalières. Disons que pour le temps de l'étude, l'analyse de la population est dégagée du contexte social. En effet il faut deviner derrière ces diagnostics et orientations les facteurs déclenchants, les deuils, ruptures familiales ou conjugales, la perte d'un emploi, un parcours migratoire...

Il s'agit donc, au-delà des trajectoires individuelles, de voir ce qu'est l'activité d'une EMPP, à quoi elle répond et comment elle intègre ces personnes au secteur.

## **B. MISE EN PARALLELE AVEC L'ETUDE SAMENTA (13)**

### **1. ADDICTIONS**

On remarque que les soins en addictologie sont plus difficiles à mettre en place par rapport au nombre important de problématiques addictives. En effet de nombreux patients sont touchés par la dépendance (31,1% de la population étudiée), notamment à l'alcool.

En 2009, l'étude SAMENTA (13) relevait une prévalence similaire, soit 28,6% de la population précaire étudiée, qui était touchés par une problématique de dépendance ou consommation régulière de substances psychoactives. La prévalence de dépendance à l'alcool était également plus élevée dans la population précaire que dans la population générale. A contrario, cette étude mettait en évidence que la consommation d'alcool était moins élevée que dans la population générale. Les facteurs prédisposant à la consommation d'alcool relevés étaient : la nationalité française, le sexe masculin, l'âge élevé, le fait de vivre seul, l'hébergement dans un dispositif d'urgence. Les facteurs considérés comme protecteurs étaient : le sexe féminin, le fait d'être né à l'étranger, avoir des enfants, vivre en couple, l'hébergement en hôtel.

Les deux raisons principales, citées le plus souvent par les personnes ayant réussi leur sevrage en alcool, étaient la reprise d'une activité et l'éloignement de la vie dans la rue.

La consommation régulière d'une substance psychoactive touchait 1 personne sur 5. La plus fréquente étant le cannabis. Suite à notre étude nous pouvons nous étonner

de ne pas retrouver un chiffre plus élevé de consommation de toxiques autres que l'alcool, comme le relevait les auteurs de ce rapport en 2009. Une des hypothèses pouvant expliquer la sous-estimation de cette dépendance était la sous déclaration des consommations par les personnes interrogées (13).

La difficulté d'enclencher des soins en addictologie peut s'expliquer par la nécessité de passer par une modération des risques, plus communément appelée réduction des risques, dans le but de, plus tard, mieux aborder des soins addictologiques médicaux hospitaliers. En effet, ces soins peuvent être qualifiés de soins plus engageants et plus exigeants, de par la motivation demandée par l'arrêt des consommations de substances, devant les tentations extrêmement élevées, auxquelles sont soumis les patients, que ce soit dans la rue ou dans les foyers d'hébergement. Ces difficultés renvoient au plan de soins, validé par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2019, sur « la prévention des addictions et réduction des risques et des dommages » (47).

Se dégage alors la question de la temporalité du soin, soin qui demande plus de temps pour se mettre en place, et la temporalité de reconstruction sociale qui soulève l'indispensable question du logement. Il peut être difficile pour les patients souffrant de conduites addictives d'intégrer des structures de soins lorsqu'ils n'ont pas de solution de logement à long terme. Une des missions des intervenants médico-sociaux peut être de stabiliser le lieu de vie de ces personnes pour mettre en place un projet de cure ou postcure par la suite. Le chez soi d'abord peut soulager la personne pour lui permettre de se soigner. Nous y reviendrons par la suite.

## **2. ASSOCIATIONS ENTRE TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET ADDICTIONS**

Nous avons pu relever des associations significatives entre troubles psychiatriques et addictions. D'après le rapport SAMENTA, les personnes SDF souffrant de troubles psychotiques ont un risque 3 fois plus élevé d'avoir au moins une addiction, risque d'autant plus élevé pour les personnes atteintes de schizophrénie. Les deux principales dépendances mises en évidence sont celles à l'alcool et au cannabis. La prévalence de l'association de troubles psychiatriques/addictions est donc plus élevée que dans la population générale, ce qui n'est pas le cas pour les prévalences de comorbidités entre troubles psychiatriques (13).

Au niveau du Centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer, l'EHLA développe, depuis de nombreuses années, des modalités d'intervention auprès des publics précaires favorisant l'accueil des usagers, en organisant des filières de prise en charge, en développant le travail en réseau avec les structures sociales d'accueil et en proposant des soutiens aux équipes sous forme d'échange de pratiques.

Un des objectifs futurs de l'EMPP est de compléter le recrutement par un poste infirmier en addictologie (à mi-temps sur l'équipe mobile et en addictologie), ce qui pourrait mettre en parfaite synergie le rôle de l'Interface au sein du Pôle Psychiatrie Addictologie. L'hypothèse de pleine association ou en partie de ces différents dispositifs en une entité autonome permettrait de promouvoir un travail en transversalité, condition sine qua non au sens à donner aux actions visées dans le projet.

### **3. SOINS SOMATIQUES**

On observe une part non négligeable d'orientations en soins somatiques des patients pris en charge par l'EMPP, et ce malgré la courte période d'étude. Cela renforce l'idée que ces patients ont effectivement des problèmes de santé importants, souvent peu voire pas du tout suivis au niveau médical. Notamment, s'ils sont, en plus, touchés par des problématiques addictives et des pathologies délirantes.

L'étude SAMENTA retrouvait déjà, la présence d'au moins une pathologie chronique chez plus d'1/3 de la population étudiée, les hommes étant plus touchés que les femmes. Il y a 10 ans, dans la dernière étude INSEE de 2001, les pathologies psychiatriques n'étaient pas retrouvées parmi les plus fréquentes alors que leur prévalence n'a pourtant pas évolué. On peut supposer que le phénomène de déstigmatisation des maladies mentales y joue un rôle.

### **4. RISQUE DE RUPTURE SOCIALE**

Le rapport SAMENTA retrouvait un risque élevé de rupture sociale chez les personnes atteintes de troubles psychiques, en particulier pour les troubles psychotiques et les troubles sévères de l'humeur. En effet, ce risque est dix fois plus important chez les personnes atteintes d'un trouble psychotique. Il est également plus élevé chez les personnes atteintes d'une dépendance ou consommation régulière de substances psychoactives (3 personnes sur 10).

La majorité des personnes SDF qui ont eu un suivi psy dans leur vie, ne sont plus suivies au moment de l'étude SAMENTA. Le maintien dans les soins est problématique.

Mais l'observance des traitements n'est pas moins bonne que chez les patients dans la population générale.

## **C. OUVERTURE**

### **1. LES EMPP : REPONSES, HETEROGENEITE DES PRATIQUES, LIMITES**

- **La réponse de la psychiatrie**

L'objectif des EMPP n'est pas de psychiatriser, c'est-à-dire d'apporter une unique réponse psychiatrique, donc médicale, à une souffrance d'ordre psychosociale.

Il s'agit d'être complémentaire avec le projet éducatif, social et d'insertion socioprofessionnelle, sans quoi elle répond en amputant d'un autre côté les perspectives et solutions d'allure sociale.

L'étude montre une graduation des soins, une réponse non pas partielle ou parcellaire mais juste, dans l'abord de la personne, sans l'étouffer ou la décentrer. Des lors, l'EMPP peut programmer, différer, ne pas compromettre les rendez-vous sociaux capitaux.

Nous observons que les entretiens infirmiers d'abord, et psychiatriques, à moins grande échelle, sont majoritaires par rapport aux hospitalisations. L'hospitalisation reste une éventualité, l'équipe mobile n'est pas une alternative absolue à des séjours hospitaliers. L'hospitalisation reste mesurée.

Malgré tout, et avec plus d'assurance du côté soignant puisqu'il y a un arrière-plan important avant une hospitalisation sans consentement, la capacité à consentir aux soins psychiatriques est plus étayée et ceci toujours dans l'objectif de s'associer avec l'équipe socioéducative selon la pratique expérimentée sur le terrain d'étude à Boulogne sur mer.

Ainsi il ne s'agit pas d'antipsychiatrie, tout en se prémunissant de tout hospitalisme.

La même logique semble à l'œuvre avec le service d'addictologie qui prépare les séjours d'hospitalisation à temps complet ou en HDJ, en amont, au CSAPA.

- **Hétérogénéités des pratiques**

En France, les modes de fonctionnement de ces équipes sont très hétérogènes selon le territoire d'intervention (de par leur organisation, modèles d'intervention...) rendant difficile la comparaison et l'évaluation objective de ces dispositifs.

De plus les populations rencontrées sont diverses.

Par exemple, les populations migrantes, dont l'accueil ne peut plus être considéré comme un phénomène issu d'une crise conjoncturelle mais bien comme un phénomène durable (48). « Certains territoires accueillent plus de personnes migrantes que d'autres. Les conditions de vie varient sur le littoral, les personnes migrantes vivent dans des conditions d'extrême précarité et dans les terres elles sont souvent logées » (45).

La question de la prise en charge des publics migrants est sur la table depuis quelques années. Des décisions politiques sont prises sous la pression médiatique mais peu de mesures à long terme (48).

La DGOS avait émis des recommandations, lors de la journée de restitution évaluation des EMPP de 2015, sur l'intérêt de créer des indicateurs communs pour évaluer ces équipes (49).

Mais il ne faut pas oublier que la diversité des pratiques peut également être source de richesse (50).

- **Limites**

Il existe un risque de sous-traitance des secteurs, de par le manque de moyens dans les structures extrahospitalières les empêchant de mener à bien leurs missions (51) , et qui délèguent alors aux EMPP. Or, comme le dit J-P. Arveiller, « l'EMPP doit porter l'accompagnement vers un secteur de référence ». Et celle de Boulogne-sur-Mer répond justement à cette exigence d'intégration aux logiques sectorielles.

Elles sont, par ailleurs, elles aussi, soumises au manque de temps et de moyens, ne permettant pas de réaliser toutes les missions prévues par le cahier des charges de la circulaire de 2005. C'est pourquoi, il est possible, parfois, que les actions auprès des partenariats et travailleurs sociaux soient privilégiées au détriment des actions au contact du patient lui-même (52).

## 2. DES EQUIPES MOBILES DANS D'AUTRES DOMAINES

Il y a très peu de littérature internationale sur l'existence d'un dispositif similaire dans les pays étrangers.

En effet, le système de soins psychiatriques de France étant un système unique.

On observe l'essor d'une multitude d'autres équipes mobiles, de plus en plus nombreuses, qui se développent dans le milieu psychiatrique, et à différents niveaux (53) :

- Des équipes mobiles d'accompagnement médico-social ou social (SAMSAH, SAVS) qui accompagnent les personnes présentant un handicap physique. « Elles forment ainsi un continuum avec les équipes de psychiatrie » (53).
- Des équipes à destination de la population nécessitant des soins pédopsychiatriques, en particulier les adolescents, favorisées par l'essor des Maisons départementales pour adolescents (MDA).
- Des équipes à l'intention des personnes âgées, depuis 2007.
- Des équipes destinées aux patients détenus (54).
- Et également dans le champ des addictions et de la périnatalité.

X. Emmanuelli met en évidence la pertinence de développer des équipes mobiles « d'aller vers », spécifiques au milieu rural. Les populations rurales étant généralement plus âgées et avec des difficultés pour se déplacer, donc plus isolées. De plus, les hôpitaux de proximité disparaissent au profit des plus grands centres hospitaliers. « la

mise en place d'équipes mobiles dans le secteur rural impliquerait nécessairement de repenser le système sanitaire actuel et de redéfinir le rôle du Samu » (48).

Ces équipes présentent de nombreux avantages, dont :

- Un savoir-faire spécifique,
- Une coordination en réseau,
- Elles constituent une proposition alternative aux réponses binaires classiques (c'est-à-dire hospitalisation ou suivi ambulatoire).

Actuellement, leur développement est tributaire de l'investissement des pouvoirs publics et de leur financement, ce qui peut être un frein pour un grand nombre d'entre elles.

Pourtant ces équipes mobiles sont, et deviennent, indispensables. Le ralentissement de la désinstitutionalisation observé du fait de l'accroissement démographique, l'explosion de la demande de soins psychiatriques (car moins de stigmatisation), la facilité d'accès aux soins, et en particulier pour les EMPP de l'augmentation de la précarité, la diffusion des produits toxiques et addictions, entraîne la saturation des dispositifs de soins psychiatriques hospitaliers et ambulatoires avec un allongement des délais d'attente en CMP et des services d'hospitalisation souvent pleins (53).

A l'étranger on note tout de même l'existence d'équipes similaires, qui se rapportent au programme « Housing first ».

### 3. LE LOGEMENT D'ABORD

Pour M. Bon, « le problème de l'hébergement est indissociable de la prise en charge, c'est un élément important du contexte de soin. C'est un moyen de prendre soin que de se préoccuper de l'hébergement ». Il constate d'après son expérience personnelle que « lorsque les conditions de survie matérielle sont assurées, le sujet demande des soins et construit sa prise en charge avec les soignants rencontrés sur son terrain » (55). Ainsi, l'aide à la recherche d'un logement, l'accompagnement des sorties d'hospitalisation pour éviter de renvoyer des malades à la rue, font partie du « prendre soin » dont la valeur n'est pas à négliger (19).

Le Rapport SAMENTA de 2009 préconisait également de stabiliser le lieu de vie des personnes nécessitant des soins : « l'instabilité de l'hébergement d'urgence constitue un frein à la prise en charge et au suivi, voire une source d'anxiété supplémentaire » (13).

En Europe, plus de 900 000 personnes SDF sont recensées à partir des années 2000. Le parlement européen cherche une stratégie de lutte contre le sans-abrisme et se tourne vers des modèles innovants déjà en route en Amérique du Nord (56).

En France, l'**expérience « un chez soi d'abord »** part du principe que le logement, en tant que droit fondamental, est un support au rétablissement de la personne, ainsi qu'à la réduction des risques en cas de toxicomanie, et un vecteur de réinsertion pour les personnes présentant des troubles psychiatriques (21).

Le logement s'entend alors comme un éventail de solutions diverses, possédant plusieurs caractéristiques communes :

- Un accueil durable, quelques soient les modalités d'hébergement (collectif, individuel ou semi-collectif).
- Un logement décent, où il est possible de cuisiner et qui garantit l'intimité de la personne.
- Une approche souple et un cadre qui s'adapte aux personnes.
- Un accompagnement global, intensif et personnalisé (21).

Il implique un principe des EMPP, la collaboration et le partenariat de nombreux professionnels pour offrir un accompagnement pluridisciplinaire, adapté aux besoins de la personne.

L'expérience part d'une proposition faite par V. Girard à la ministre de la santé et des sports et s'est suivie, en 2011, d'une expérimentation, coordonnée par la Délégation interministérielle à l'hébergement et l'accès au logement (DIHAL), s'appuyant sur une équipe sanitaire et sociale, dans différentes villes de France (Lille, Marseille, Paris et Toulouse) sur une période de 4 ans.

Elle est inspirée du **programme américain « Housing first »** pensé par le psychologue Sam Tsemberis, à New York en 1992. Ce modèle se base sur l'idée que les personnes suivies en psychiatrie souhaitent avoir un « chez-soi » avant de se soigner (57).

Il s'agissait d'évaluer l'impact de l'intégration directe, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de conditions de traitement, d'abstinence ou de réduction de consommations, d'un logement pour des personnes sans-abris souffrant de troubles psychiatriques.

Les accompagnants (infirmiers, psychiatres, addictologues, travailleurs sociaux, éducateurs, travailleurs-pairs...) se relayaient et il y avait toujours quelqu'un de disponible quelle que soit l'heure et le jour de la semaine.

Les locataires étaient responsabilisés en payant une partie du loyer (25).

Les résultats ont permis de mettre en évidence que les personnes accompagnées se rétablissent mieux de leur pathologie et les hospitalisations sont moins longues permettant d'économiser 17 500 euros à l'année. Il a également été mis en évidence une diminution significative des idées suicidaires et de leur intensité (23).

Depuis lors, le dispositif se poursuit, légalisé par un décret depuis 2016 (21), dans l'objectif de passer d'une politique d'hébergement à une politique du logement. C'est aussi la visée du Plan quinquennal pour le logement d'abord lancé par le président en 2007, qui vise à réduire durablement le nombre de personnes sans-abris par la construction de logements abordables et mesures en faveur de la réduction des expulsions locatives (58).

Par ailleurs, *le rétablissement*, philosophie déployée par M. Farkas aux États-Unis (*recovery oriented*), puis ailleurs (Australie, Royaume-Uni, Canada et Nouvelle-Zélande) (57), fait aussi partie des priorités des programmes territoriaux de santé mentale (PTSM), qui ont été créés par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.

Des modèles similaires ont été mis en place dans d'autres pays (59):

- **Au Canada** : « *At Home* », essais randomisés développés dans 5 villes (Vancouver, Winnipeg, Toronto, Moncton, Montréal), entre 2009 et 2013. Cette approche se distingue de celle américaine qui cible les « actions visant la sortie de la rue plus que la prévention, le repérage des situations à risque, la prise en compte des contextes et déterminants sociaux » (60).
- **En Finlande** : Alors même que le nombre de sans-abris diminuait régulièrement, le *Programme national de lutte contre le sans-abrisme chronique (PAAVO-Program 2008-2015)*, a permis la résorption du phénomène de sans-abrisme général du pays par la réduction du nombre de personnes sans-abris chroniques, contrairement à la plupart des pays européens où ce phénomène continue d'augmenter. Ce modèle s'est développé indépendamment du Housing First new-yorkais (61). Il s'en différencie par le fait que le logement est attribué via un contrat de location, au nom de la personne intéressée, et avec un accompagnement, tous deux non limités dans le temps. Les foyers et refuges ont été rénovés en logements accompagnés.
- **En Espagne** : Programme « *Habitat* », s'inscrivant dans la Stratégie nationale pour les personnes en situation de sans-abrisme en Espagne, réalisé entre 2016 et 2017, qui a amené des débats sur les politiques d'intervention dans le sans-abrisme du pays (62).
- **Au Portugal** : Le projet « *Casas primeiro* », né en 2009, dans le cadre de la Stratégie nationale de lutte contre le sans-abrisme, est basé sur les mêmes principes que ceux du modèle américain (63).
- **Et bien d'autres pays en Europe** : Autriche, Belgique, Danemark, Irlande, Italie, Pays-Bas, Norvège, Suède, Royaume-Uni (56).

Mais établir des normes transnationales, communes aux pays d'Europe, n'est pas possible, étant donné que la situation de santé mentale est différente dans chacun d'eux. « Ce constat d'une grande hétérogénéité des politiques de santé mentale en Europe, a des incidences sur la capacité des acteurs du soin psychique à porter des stratégies innovantes de changement de paradigme telle que le Housing First mais aussi le rétablissement, qui apparaît dans la situation européenne comme le sous-objectif englobé dans celui de la réduction des risques et des dommages, et plus largement du droit universel au logement. » (56).

#### **4. POINT SUR LE CONTEXTE SANITAIRE LIÉ AU COVID-19**

La crise sanitaire liée au virus du Covid-19, que nous avons connue cette année, a renforcé les inégalités sociales présentes sur le territoire français.

Sur une population déjà vulnérable, de nouvelles disparités sociales sont venues se greffer et peu de mesures ont été mises en place pour les aider.

Conditions de vie déplorables et promiscuité à la rue et dans les structures collectives ; état de santé dégradé ; mauvaise compréhension de la situation ; renforcement de l'isolement ; réduction des activités des associations et bénévoles ; interruption de leur activité par le confinement et absence d'allocations sociales... Autant de facteurs de risque qui augmentent l'exposition au virus, diminuent la prévention des risques et

renforcent la précarité sociale pour des personnes pour qui l'enjeu de l'accompagnement social et la continuité de soins est vital.

D'après une étude sur les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19, réalisée par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) à partir de mars 2020, « la littérature internationale invite, pour les travaux à venir, à porter une attention particulière aux conséquences pour les personnes isolées, âgées, les enfants et les personnes ayant des troubles psychiatriques préexistants, ainsi que pour les personnes dont les conditions de vie sont les plus précaires et se sont le plus dégradées » (64).

Par ailleurs la crise sanitaire s'accompagne également d'une crise économique, risquant de plonger et d'accroître le nombre de personnes en situation de précarité dans les années à venir.

## CONCLUSION

Les populations en situation de précarité sociale sont vulnérables. En effet, elles possèdent un risque plus élevé de présenter un trouble psychiatrique, ou addictif, que la population générale. La création des EMPP a permis de véritablement modifier leur prise en charge, au niveau des soins de psychiatrie, en particulier grâce à la dynamique de « l'aller vers ».

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés à une EMPP du Pas-de-Calais, celle de Boulogne-sur-Mer, et à ses actions envers ces populations spécifiques.

Nous avons pu mettre en évidence leurs caractéristiques, les diagnostics les plus fréquemment rencontrés et, surtout, les orientations faites en soins de droit commun.

Cette étude a également mis en avant les besoins des patients en situation d'exclusion, ce qui nous a permis d'élaborer des propositions pour améliorer encore ces pratiques. Par exemple, l'importance d'établir de bons liens avec les équipes d'addictologie.

Cela nous renvoie en particulier au modèle « un chez soi d'abord », démontrant l'impact du logement sur la santé mentale et la réinsertion des personnes à la rue présentant des troubles psychiques. « *Sans toit, pas de Moi* ».

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Furtos J. La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Carnet PSY*. 27 oct 2011;n° 156(7):29-34.
2. Cingolani P. La précarité [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2017. 128 p. (Que sais-je ?; vol. 5e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-precarite--9782130799634.htm>
3. Larousse É. Définitions : précaire - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9caire/63295>
4. Rapport-WRESINSKI.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.joseph-wresinski.org/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Rapport-WRESINSKI.pdf>
5. Furtos J. Les cliniques de la précarité : Contexte social, psychopathologie et dispositifs. Elsevier Masson; 2008.
6. Damon J. Les « S.D.F. », de qui parle-t-on ? *Population*. 2002;Vol. 57(3):569-82.
7. Jan O. Ce qu'errer veut dire. Etude psychopathologique et anthropologique de l'errance à partir des cliniques de la grande précarité. Proposition du concept d'errance essentielle. :482.
8. Soutrenon E. Offrons-leur l'asile ! *Actes Rech En Sci Soc*. 2005;no 159(4):88-115.
9. Damon J. Cinq variables historiques caractéristiques de la prise en charge des « SDF ». *Deviance Soc*. 2003;Vol. 27(1):25-42.
10. DAMON J. Pauvreté et précarité en chiffres [Internet]. Observatoire des inégalités. 2020. Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Pauvrete-et-precarite-en-chiffres>
11. Niveaux de vie - Pauvreté – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676666?sommaire=3696937>
12. Brodriez-Dolino A. Qui sont les personnes sans domicile en France depuis 1945 ? *Vingtieme Siecle Rev Hist*. 23 avr 2018;N° 138(2):109-26.

13. Anne Laporte, Chauvin P. Rapport SAMENTA: Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France [Internet]. Observatoire du Samu Social de Paris; Disponible sur: [https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm\\_RapportThematique\\_Sementa\\_2010.pdf](https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_Sementa_2010.pdf)
  
14. L'hébergement des sans-domicile en 2012 - Insee Première - 1455 [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324>
  
15. Arveiller J-P, Magdeleinat C, Mercuel A. De quelques questions soulevées par le fonctionnement des Équipes Mobiles Psychiatrie-Précarité. *Prat En Sante Ment.* 2016;62e année(4):21-4.
  
16. Lévy C. Vexliard Alexandre. — Le clochard. Étude de psychologie sociale. *Population.* 1958;13(1):154-154.
  
17. Lazarus A. Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale ». 1995;
  
18. Haut Comité de la santé publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. 1998 févr.
  
19. Gilbert A. La continuité des soins psychiatriques en sortie d'hospitalisation pour les personnes en situation de grande précarité. État des lieux dans l'agglomération toulousaine. [Internet]. Toulouse; 2014. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/407/1/2014TOU31520.pdf>
  
20. Collectif Les Morts de la Rue. Mortalité des personnes sans-domicile 2018: Enquete Dénombrer et décrire. [Internet]. 2019 oct. Disponible sur: [http://www.mortsdelarue.org/IMG/pdf/Denombrer\\_et\\_Decrire\\_la\\_mortalite\\_des\\_personnes\\_SDF\\_2018.pdf](http://www.mortsdelarue.org/IMG/pdf/Denombrer_et_Decrire_la_mortalite_des_personnes_SDF_2018.pdf)
  
21. Baronnet J, Alberghini A. Aux portes de la rue ou quand les institutions produisent l'exclusion : les sortants d'hôpitaux psychiatriques. *Rech Soc.* 2018;N° 228(4):6-91.
  
22. Rickey B, Hennezel C. Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile. Repérage de pratiques innovantes [Internet]. 2016 mai. Disponible sur: [https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2018-08/Ansa\\_Contribution18\\_SanteHebergement\\_juin2016.pdf](https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2018-08/Ansa_Contribution18_SanteHebergement_juin2016.pdf)
  
23. Leaune É, Zeroug-Vial H. Le suicide des personnes sans-abris : une silencieuse tragédie de santé publique ? *Rhizome.* 2017;N° 64(2):4-4.

24. Feodor Nilsson S, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Suicide and unintentional injury mortality among homeless people: a Danish nationwide register-based cohort study. *Eur J Public Health*. 1 févr 2014;24(1):50-6.
25. Laval C. Introduction. Un contexte de globalisation des concepts et des pratiques. *Vie Soc*. 2018;n° 23-24(3):11-20.
26. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. juin 25, 2020.
27. Courtecuisse A. Histoire d'un sans-abri. Pour une clinique de la rue. *Erès*.
28. Référentiel\_Accueil\_de\_jour.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.nord.gouv.fr/content/download/19280/130831/file/R%C3%A9f%C3%A9rentiel\\_Accueil\\_de\\_jour.pdf](https://www.nord.gouv.fr/content/download/19280/130831/file/R%C3%A9f%C3%A9rentiel_Accueil_de_jour.pdf)
29. Mercuel A. « Aller vers... » en psychiatrie et précarité : l'opposé du « voir venir... » ! *Rhizome*. 12 juill 2018;N° 68(2):3-4.
30. Emmanuelli X. « Aller vers » les grands exclus : la création du Samu social. *Rhizome*. 12 juill 2018;N° 68(2):5-5.
31. CIRCULAIRE N°DHOSO2DGS6CDGAS1A1B521 du 23 novembre 2005 [Internet]. Disponible sur: [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir\\_13422.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_13422.pdf)
32. Chapelet H. Valoriser et formaliser les engagements et pratiques des maraudes. *Rhizome*. 12 juill 2018;N° 68(2):6-6.
33. Marques A. Ne pas aller vers « ceux qui ne demandent rien » ? *Rhizome*. 12 juill 2018;N° 68(2):14-5.
34. Marques A. Est-il légitime de ne pas décider pour autrui ? Le travail politique autour d'une Équipe mobile de psychiatrie-précarité. *Sci Soc Sante*. 22 sept 2015;Vol. 33(3):91-114.
35. Vermorel H, Vermorel M. De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens. *Inf Psychiatr*. 2012;Volume 88(9):759-70.
36. Petitjean F, Leguay D. Sectorisation psychiatrique : évolution et perspectives. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 déc 2002;160(10):786-93.

37. Circulaire\_15mars1960bis [Internet]. Disponible sur: [https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes\\_officiels/Circulaire\\_15mars1960bis.pdf](https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_15mars1960bis.pdf)
38. Buelzingsloewen I von. Introduction. Soigner sans enfermer : le rêve contrarié d'une psychiatrie « sans asile », de la fin du XIXe siècle à nos jours. Rev Dhistoire Mod Contemp. 24 mars 2020;n° 67-1(1):17-23.
39. Kannas S, Pastour N. Un demi-siècle de développement des équipes mobiles en psychiatrie : constats et perspectives. Inf Psychiatr. 2 mai 2019;Volume 95(4):237-43.
40. Coldefy M, Fur PL, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. 2009;8.
41. Marques A. Des équipes mobiles de psychiatrie-précarité. Le sociographe. 3 déc 2013;n° 42(2):67-77.
42. DGOS. Précarité : accès aux soins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite/article/precarite-acces-aux-soins>
43. Sortir de la rue. Conférence de consensus [Internet]. 2007. Disponible sur: [https://sans-abri.typepad.fr/conference\\_de\\_consensus/files/rapport\\_jury\\_audition.pdf](https://sans-abri.typepad.fr/conference_de_consensus/files/rapport_jury_audition.pdf)
44. Baux M, Tonnel P, Labey M, Plancke L, Amariei A, Danel T. Diversité des équipes mobiles psychiatrie précarité du Nord-Pas-de-Calais en 2015. Inf Psychiatr. 13 juin 2016;Volume 92(5):397-405.
45. Baux M. DES MAUX AUX MOTS : BALBUTIEMENT DES EQUIPES MOBILES PSYCHIATRIE PRECARITE ENVERS LES PERSONNES MIGRANTES. Pratiques des soignants du Nord – Pas-de-Calais [Internet]. Lille; 2015. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/3ebf242e-79c4-432c-afcd-09cabf5b7095>
46. Boulogne-sur-Mer, un arrondissement en repli démographique - Insee Flash Hauts-de-France - 69 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4139927#consulter>

47. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3147889/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-par-les-centres-de-soins-d-accompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-csapa](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3147889/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-par-les-centres-de-soins-d-accompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-csapa)
48. Emmanuelli X. « Aller vers » les grands exclus : la création du Samu social. Rhizome. 12 juill 2018;N° 68(2):5-5.
49. Picon E. Journée de restitution évaluation des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité. 2015.
50. Martin J-P. Les risques institutionnels des équipes mobiles psychiatrie-précarité. VST - Vie Soc Trait. 19 juin 2009;n° 101(1):16-8.
51. Catonné J-P. Pour la citoyenneté et le pouvoir d'agir : le secteur. Prat En Sante Ment. 4 juin 2019;65e année(2):68-74.
52. Arveiller J-P, Magdeleinat C, Mercuel A. De quelques questions soulevées par le fonctionnement des Équipes Mobiles Psychiatrie-Précarité. Prat En Sante Ment. 2016;62e année(4):21-4.
53. Kannas S, Pastour N. Un demi-siècle de développement des équipes mobiles en psychiatrie : constats et perspectives. Inf Psychiatr. 2 mai 2019;Volume 95(4):237-43.
54. Delbeque T. Equipe mobile d'urgence-liaison psychiatrique en milieu carcéral : analyse d'un dispositif innovant développé au sein du centre pénitentiaire de Lille-Annœullin. [Internet]. Lille; 2019. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/4787b781-b6db-4603-b459-57e84531f42c>
55. Bon M. Sans toits ni lois. In: Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychiques ? Erès. Toulouse; 2012. p. 97-114.
56. Laval C. Housing First en Europe : une double genèse. Vie Soc. 2018;n° 23-24(3):115-23.
57. Laval C. Contexte d'émergence du Housing First. Vie Soc. 2018;n° 23-24(3):21-30.
58. Estecahandy P. Avant-propos. Une politique publique transformative. Vie Soc. 2018;n° 23-24(3):7-10.

59. Vie sociale 2018/3 (n° 23-24) [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/revue-vie-sociale-2018-3.htm>
60. Hurtubise R. Le Logement d'abord au Canada : diversité des appropriations et redéfinition des politiques publiques. *Vie Soc.* 2018;n° 23-24(3):75-84.
61. Kaakinen J. Housing First : le modèle finlandais. *Vie Soc.* 2018;n° 23-24(3):167-74.
62. Bernad R. Défis et stratégies pour l'appropriation du modèle Housing First dans la première expérience systématique d'implémentation en Espagne. *Vie Soc.* 2018;n° 23-24(3):151-65.
63. Ornelas J, Duarte T. Housing First au Portugal : un exemple de changement social. *Vie Soc.* 2018;n° 23-24(3):137-50.
64. Dubost C-L (DREES/OSAM/BESP). Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. :40.

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : CAHIER DES CHARGES DES EMPP, TIRE DE LA CIRCULAIRE DU 23.11.2005

### CAHIER DES CHARGES TECHNIQUE DES ÉQUIPES MOBILES SPÉCIALISÉES DE PSYCHIATRIE DESTINÉES À FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ET D'EXCLUSION (31)

#### 1. LES PUBLICS VISES.

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

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

#### 2. LES MISSIONS ET LES PRINCIPES D'ACTION.

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

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

- d'aller au-devant de ces publics, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et

l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire ;

- d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité.

A cet effet, il importe de veiller à l'intégration de leur action dans un partenariat dense et formalisé, associant les secteurs de l'établissement de rattachement, les établissements de santé généraux, les praticiens libéraux et les intervenants sociaux et médico-sociaux du territoire couvert par l'équipe mobile spécialisée.

### **3. LA PALETTE D' ACTIONS MISES EN ŒUVRE.**

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

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

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

- Entretiens individuels contribuant notamment à l'évaluation des besoins, y compris en urgence ;
- Accueil, orientation et accompagnement vers des prises en charge de « droit commun » (dont

préparation à l'hospitalisation et aux sorties d'hospitalisation) ;

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

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

- Actions de formation (notamment formations croisées de professionnels de santé et de travailleurs sociaux) sur les problématiques liées à la précarité ;
- Actions de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs ;
- Développement du travail en réseau à partir de l'examen de situations cliniques ;
- Soutien des équipes de première ligne (information, conseil, supervision).

## **4. LE FONCTIONNEMENT.**

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

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

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

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

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

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

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

Au sein même de l'établissement de santé de rattachement de l'équipe mobile, les relations avec les autres secteurs de l'établissement doivent être clairement formalisées, sur la base d'un accord préalable de l'ensemble des acteurs sur les modalités d'intervention de l'équipe mobile. Cette articulation repose particulièrement sur la coordination médicale assurée par le psychiatre référent de l'équipe mobile. Elle doit aussi faire l'objet d'une formalisation dans le cadre du projet médical de l'établissement, définissant les rôles respectifs de l'équipe mobile et des secteurs de psychiatrie générale ainsi que les modalités de relais entre ces intervenants. A minima, les modalités d'orientation vers les dispositifs de droit commun (ambulatoire, extra-hospitalier, hospitalisation complète) doivent être prévues par une convention ou un protocole d'intervention. Les formes les plus abouties de ces collaborations pourront se concrétiser dans le cadre d'une fédération intersectorielle par exemple.

Les relations avec les partenaires de première ligne et les établissements de santé généraux (notamment les services d'urgences et les PASS) feront également l'objet

d'une formalisation définissant les modalités de recours, de relais et d'intervention réciproques, dans le cadre de conventions. Les formes les plus abouties de ces coopérations pourront se concrétiser au sein de réseaux de santé.

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

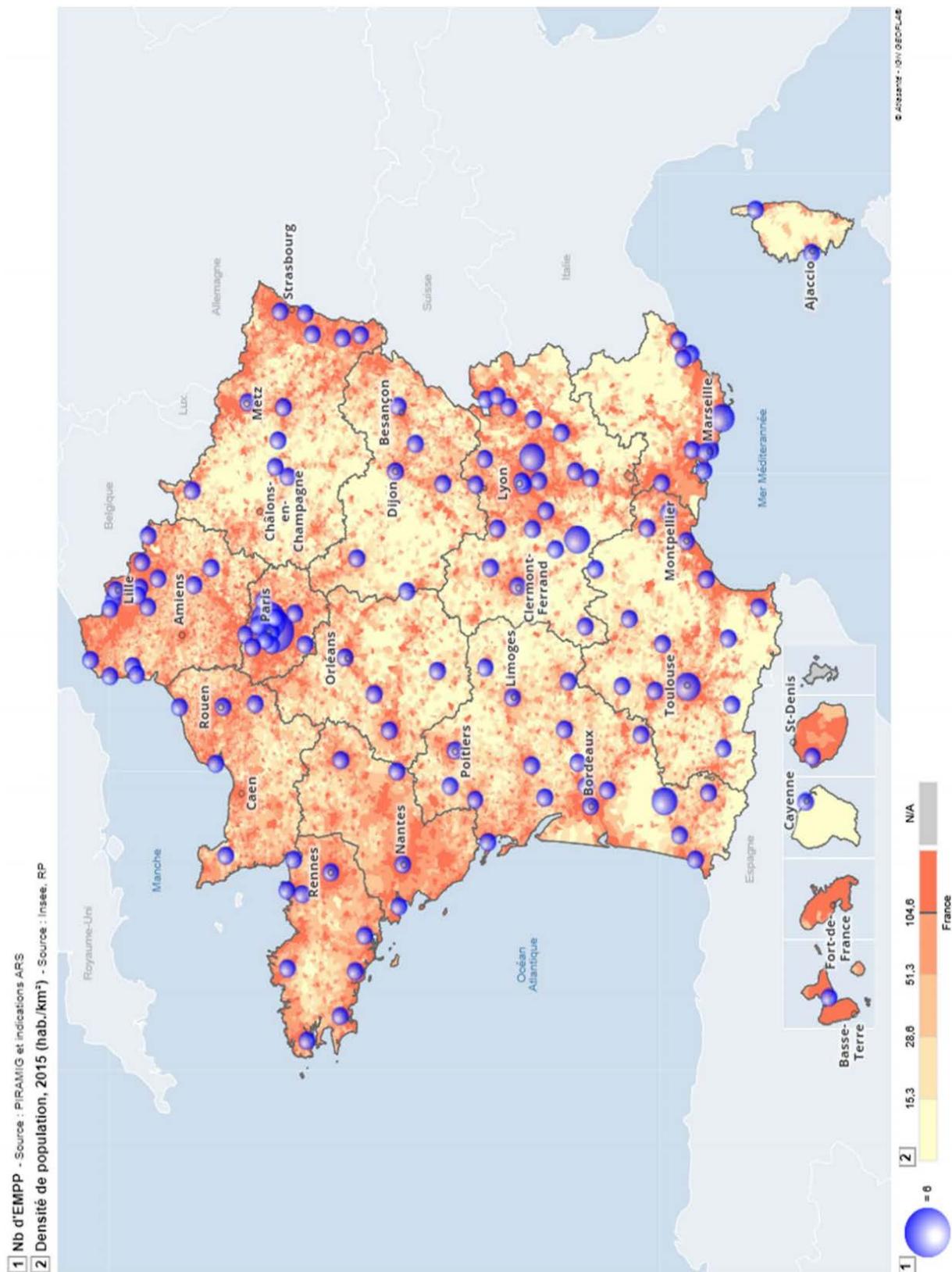
## **5. LES FINANCEMENTS.**

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

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

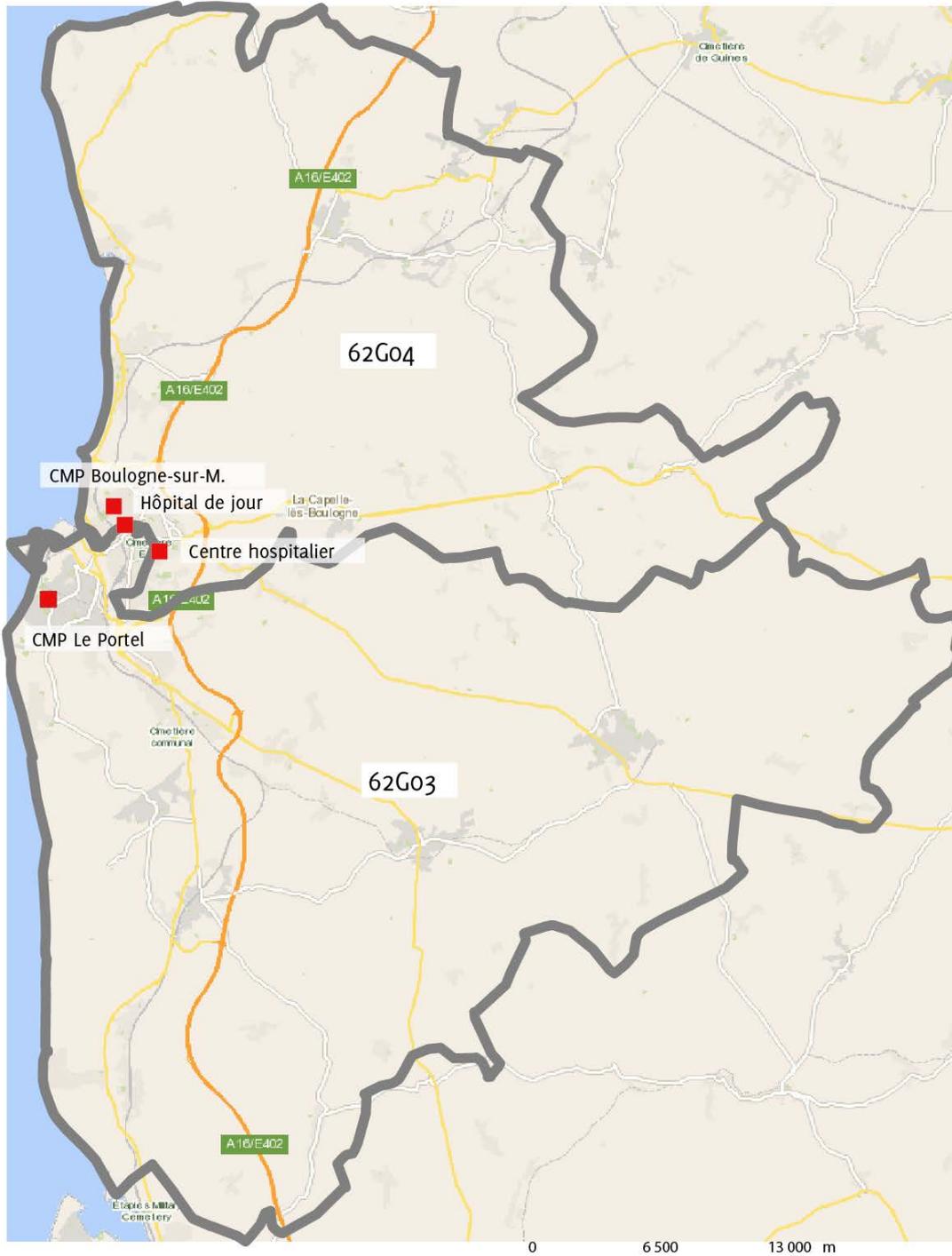
## ANNEXE 2 : CARTOGRAPHIE DES EMPP ET DENSITE DE POPULATION EN FRANCE

Carte tirée du rapport d'activités PIRAMIG de 2018



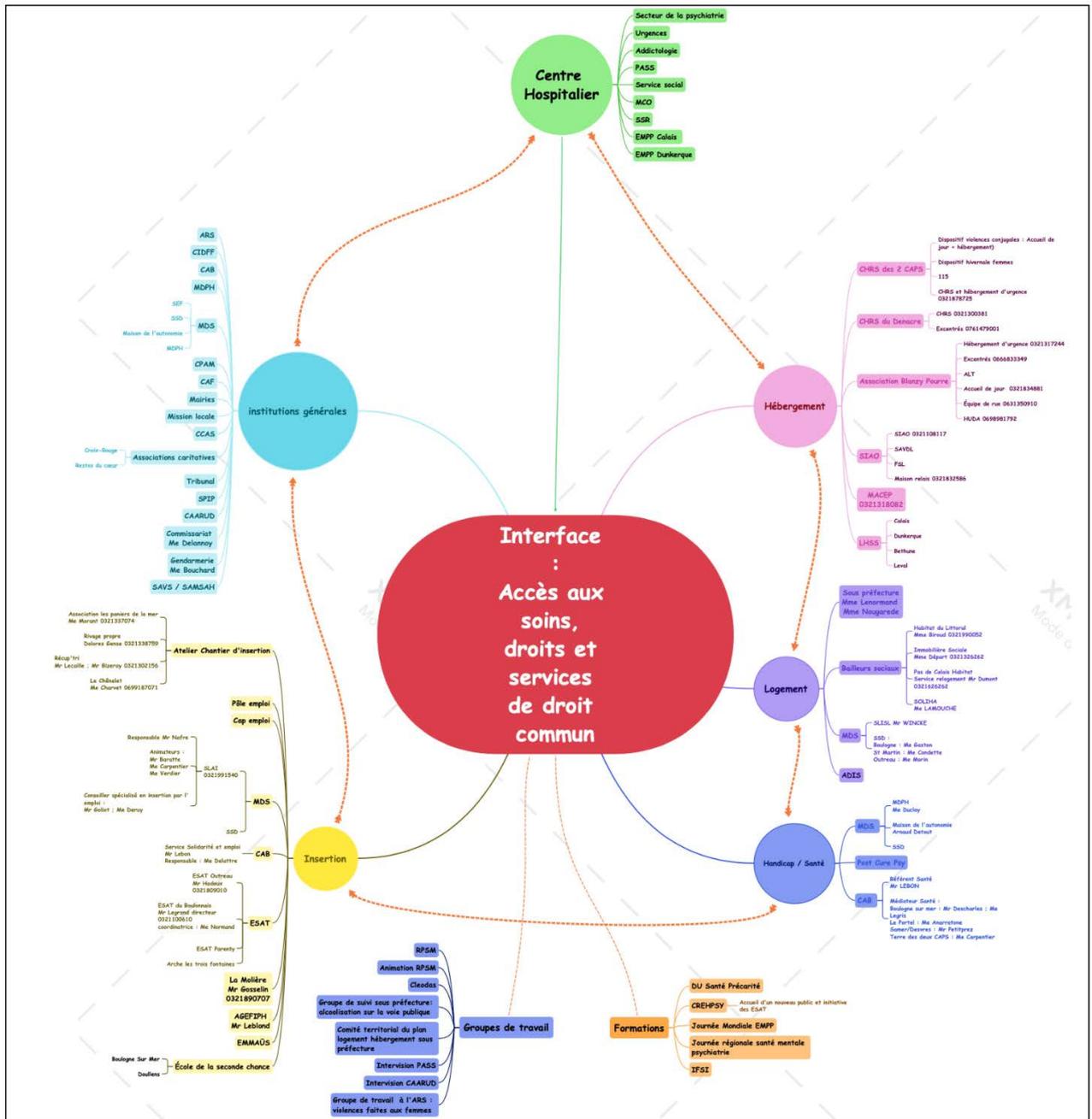
## ANNEXE 3 : CARTE DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE DE BOULOGNE-SUR-MER, REALISEE PAR LA F2RSM

### Secteurs de psychiatrie adulte du Boulonnais



\\Carto\donnees\Cartographie\Secteurs Boulogne-sur-Mer

# ANNEXE 4 : RESEAU ET PARTENAIRES DE L'EMPP DE BOULOGNE-SUR-MER



## ANNEXE 5 : FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EMPP

### Demande d'intervention de l'interface psychiatrie précarité du Boulonnais

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de résidence actuel :

S'agit-il d'une demande d'échange entre travailleur social et l'interface ? oui / non

S'agit-il d'une demande concernant une rencontre avec l'utilisateur ? oui / non

La personne a-t-elle déjà fait l'objet d'un suivi psychiatrique / addictologique ? oui / non

Si oui, lequel :

Nature de la demande : |

La personne est elle prévenue ? oui / non

Date de la demande :     /     /

Nom et signature de l'éducateur référent :

Nom et signature du Chef de service référent :

## **ANNEXE 6 : MISSIONS DU PSYCHIATRE DE L'EMPP DE BOULOGNE-SUR-MER**

### **1. Permanence d'accès aux soins**

- Évaluations aux urgences ;
- Disponibilité pour des échanges avec les partenaires du social et de la psychiatrie ;

### **2. Secours et soutien à la personne en situation de précarité**

- Entretiens aux urgences, foyers ... ;
- Déplacements vers le lieu d'accueil ;
- Évaluations primaires ;
- Mise en lien avec les médecins généralistes, psychiatres ... ;
- Accueil téléphonique.

### **3. Partenariat et réseaux**

- Réunions aux CHRS et autres lieux d'accueil ;
- Partage d'informations et échanges ;
- Intervision PASS ;
- Concertations ;
- Réunions aux urgences, en addictologie, en psychiatrie ;
- Travail de sensibilisation sur la psychopathologie de la précarité ;
- Réseau précarité santé mentale (RPSM).

### **4. Autres**

- Formation et développement de compétences spécifiques ;
- Écrits cliniques ;
- Débriefings en équipe ;
- Codages de l'activité ;
- Représentation au sein des instances administratives de l'établissement.

## ANNEXE 7 : TABLEAU DE RECUEIL DES DONNEES

Numéro du patient	Date de début de prise en charge	Sexe	Date de naissance	Age	Diagnostic principal (CIM-10)	Diagnostics associés (CIM-10)	Accès au droit commun ? oui/ non	Si oui, quelle orientation en droit commun ?	Informations complémentaires

**AUTEUR : Nom : DEVYS**

**Prénom : Anne-Charlotte**

**Date de soutenance : 24 Septembre 2020**

**Titre de la thèse : Accès aux soins psychiatriques et addictologiques de droit commun d'une population en situation de précarité sociale : Étude rétrospective sur 6 mois à partir d'une population prise en charge par une équipe mobile psychiatrie précarité du Pas-de-Calais.**

**Thèse - Médecine - Lille 2020**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + spécialité : Psychiatrie**

**Mots-clés : Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité, EMPP, Boulogne-sur-Mer, Pas-de-Calais, Sans Domicile, Sans-abris, Aller-vers, Exclusion, Accès aux soins, Droit Commun**

**Résumé :** Les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) sont des dispositifs destinés aux personnes en situation de précarité sociale et d'exclusion. Leur but est de permettre l'accès aux soins de santé mentale, à cette population spécifique. Elles agissent de manière complémentaire aux dispositifs de secteur, par des dynamiques « d'aller vers ». Ce travail se penche sur l'EMPP de Boulogne-sur-Mer, agglomération du Pas-de-Calais, afin d'étudier son activité et d'en comprendre les spécificités.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective et monocentrique, dont l'objectif principal est d'étudier l'accès aux soins de droit commun des patients pris en charge par l'EMPP de Boulogne-sur-Mer. Les objectifs secondaires s'intéressent aux caractéristiques sociodémographiques et diagnostiques de cette population, relevées à partir des dossiers médicaux. Sont inclus l'ensemble des patients pris en charge par l'EMPP entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin 2019.

**Résultats :** Au total, 70 patients ont été inclus. Plus de la moitié des patients ont une orientation unique (28,6%) ou double (27,1%). Les principales orientations se font vers le CMP : 33,1% en consultation avec un infirmier et 20,3% avec un psychiatre. La plupart des hospitalisations sont faites en soins libres. Il y a 8,1% d'orientations vers les soins addictologiques et 8,1% vers les soins somatiques. 15,7% des patients n'ont pas été orientés en droit commun. Les personnes auprès de qui l'équipe mobile intervient sont respectivement porteuses des diagnostics suivants : troubles addictifs (31,1%), troubles de l'humeur et troubles anxieux (16,4%), troubles de la personnalité (13,9%), suivis des troubles délirants (10,7%). 44,3% de la population étudiée possède deux diagnostics. Les diagnostics les plus fréquemment associés sont les troubles addictifs avec les troubles de l'humeur ou anxieux.

**Conclusion :** Cette étude montre l'intérêt des EMPP auprès des populations qui ne ressentent plus le besoin de se faire soigner. Des progrès sont faits dans le but de leur venir en aide : de nombreuses EMPP, aux pratiques diverses, voient le jour en France ; le modèle innovant du logement d'abord fait ses preuves un peu partout dans le monde. Et pourtant il reste beaucoup à faire, mais cela dépend en partie des volontés politiques et des moyens mis à disposition des soignants.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur COTTENCIN**

**Assesseeurs : Monsieur le Professeur THOMAS, Monsieur le Professeur MEDJKANE**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur COURTECUISSÉ**