

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Dynamiques de travail en réseau à partir  
d'une équipe mobile psychiatrie précarité du Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 10 juin 2021 à 13h  
au Pôle Formation  
par **Romain TESTON**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

**Monsieur le Docteur Charles-Edouard NOTREDAME**

**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

Résumé.....	8
Introduction.....	10
Première partie : définitions et contexte.....	12
<b>I. La précarité : une donnée multidimensionnelle.....</b>	<b>12</b>
1. Définition.....	12
2. La diversité des facteurs de précarisation .....	13
3. Précarité et santé.....	13
a. Déterminants sociaux de la santé.....	13
b. Souffrance psychique d'origine sociale.....	14
c. Troubles psychiatriques.....	15
4. Précarité et accès aux soins.....	15
<b>II. L'exclusion : une donnée tout autant multidimensionnelle.....</b>	<b>16</b>
1. Définition.....	16
2. Une clinique spécifique : le syndrome d'auto-exclusion.....	17
3. Sujets exclus : plus forte prévalence des problèmes de santé.....	18
a. Dimension somatique.....	18
b. Dimensions psychiatrique et addictologique.....	20
4. Impact sur les soignants.....	21
<b>III. Les équipes mobiles psychiatrie précarité.....</b>	<b>22</b>
1. Une volonté d'origine politique.....	22
2. Statut et mission des EMPP.....	23
3. Des pratiques variées.....	25
4. Une évaluation difficile.....	26
<b>IV. L'EMPP de Boulogne-sur-Mer.....</b>	<b>28</b>

1. Un territoire caractérisé par la pauvreté et la précarité.....	28
2. Présentation de l'équipe : un recrutement novateur en 2020.....	28
3. La pratique de l'aller vers.....	31
4. Le réseau de proximité de l'EMPP de Boulogne-sur-Mer.....	32
a. Précisions sur la notion de travail en réseau.....	32
b. Les partenaires de proximité.....	33
5. Les difficultés rencontrées.....	35
Deuxième partie : méthode.....	37
Troisième partie : résultats.....	39
I. Un faible taux de réponse.....	39
II. Un panel représentatif de la diversité des acteurs.....	39
III. Recueil des réponses aux questions fermées.....	40
1. Niveau de satisfaction des partenaires.....	40
2. Impact auprès des publics et des partenaires de première ligne.....	43
IV. Recueil des réponses aux questions ouvertes.....	47
1. Représentation des rôles et missions de l'EMPP.....	47
2. Deux tendances : la formation et l'accroissement du réseau.....	47
3. Des freins et des difficultés évoqués.....	48
Quatrième partie : discussion.....	49
I. Une dynamique encourageante.....	49
1. La satisfaction des partenaires.....	49
2. Apport de résultats antérieurs.....	50
II. Des points de vigilance.....	50
1. Extension des logiques de secteur ou dynamique à part entière ?...51	51
2. Qui porte la prise en charge ?.....	53
3. La part de dimension interpersonnelle.....	54

4. La part de dimension interinstitutionnelle.....	55
5. Refus de soins et hospitalisation sous contrainte.....	55
6. Le risque d'instrumentalisation.....	57
7. Partage d'informations et secret partagé.....	57
III. Propositions d'évolution du réseau local autour des publics précaires.....	59
1. Consultations avancées en addictologie.....	59
2. Équipe santé transversalité.....	60
3. Formation et formalisation.....	60
4. Démocratie en santé.....	61
5. Conseil local de santé mentale.....	62
IV. Le réseau à l'épreuve de la crise sanitaire.....	63
1. Les points positifs.....	63
2. Les points négatifs.....	65
3. Les perspectives.....	65
V. Limites.....	66
Conclusion.....	68
Références bibliographiques.....	70
Annexe 1 : Carte des secteurs de psychiatrie de Boulogne-sur-Mer.....	75
Annexe 2 : Fiche de poste de l'éducateur spécialisé de l'EMPP.....	76
Annexe 3 : Cartographie du réseau et des partenaires de l'EMPP.....	79
Annexe 4 : Questionnaire adressé aux partenaires de l'EMPP.....	80

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

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

**CAF** : Caisse d'allocations familiales

**CATTP** : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

**CCAS** : Centre communal d'action sociale

**CHRS** : Centre d'hébergement et de réinsertion

**CMP** : Centre médico-psychologique

**CMU** : Couverture maladie universelle

**EMPP** : Équipe mobile psychiatrie précarité

**ESAT** : Établissement et service d'aide par le travail

**ETP** : Équivalent temps plein

**GHT** : Groupement hospitalier de territoire

**HDJ** : Hôpital de jour

**MDPH** : Maison départementale des personnes handicapées

**MDS** : Maison du département solidarité

**PASS** : Permanence d'accès aux soins

**PRAPS** : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

**SAMSAH** : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

**SAVS** : Service d'accompagnement à la vie sociale

**SDF** : Sans domicile fixe

**SIAO** : Service intégré de l'accueil et de l'orientation

# RÉSUMÉ

**Introduction** : La précarité sociale et l'exclusion sont des données multidimensionnelles complexes. L'organisation d'un réseau pluridisciplinaire dense et formalisé comme réponse à ces publics spécifiques fait partie du cahier des charges des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) apparues en 2005. Ce travail s'intéresse aux dynamiques du travail en réseau porté par l'EMPP de Boulogne-sur-Mer afin de le présenter, d'étudier son impact et de proposer des pistes d'évolutions opérationnelles.

**Méthode** : Un questionnaire auto-administré à questions ouvertes et fermées a été adressé à 67 partenaires de l'EMPP de Boulogne-sur-Mer. Les questions fermées ont permis de réaliser une première évaluation globale de l'impact du travail de ce réseau local. Les questions ouvertes ont permis l'expression des problématiques de chacun et l'émergence de diverses demandes ou idées. L'observation de réunions, la consultation de compte-rendus de ces dernières et de nombreux échanges informels ont permis d'étoffer la présentation du dispositif et d'alimenter la discussion autour de celui-ci.

**Résultats** : 18 partenaires ont répondu au questionnaire. Les réponses aux questions fermées rendent compte d'un bon niveau de satisfaction des partenaires, d'un impact positif du dispositif auprès des partenaires de première ligne ainsi que des usagers. Les réponses aux questions ouvertes rendent compte d'une volonté de formation et d'accroissement du réseau et soulèvent des points de vigilance quant au fonctionnement du dispositif. Ces points de vigilance se situent essentiellement au niveau interpersonnel et interinstitutionnel.

**Conclusion** : Ce travail montre que l'EMPP de Boulogne-sur-Mer répond de manière encourageante à la volonté d'insuffler une dynamique de travail en réseau autour des publics précaires et exclus. Ce réseau local reste néanmoins à étoffer pour y inclure des partenaires clés. Il y a aussi à tenir compte des questions éthiques que pose ce type d'intervention car elles semblent au cœur des difficultés rencontrées au quotidien par les différents professionnels concernés.

## INTRODUCTION

« Ça n'est pas psychiatrique, c'est social ». Cette phrase, parfois entendue dans les services de soins, montre comment la qualification de ce qui est du registre du psychique ou du social peut être embarrassante pour les professionnels. Elle pourrait laisser penser qu'il existe un rapport d'exclusion respective entre le social et le psychiatrique, une forme de dualisme [1].

Pourtant, porté par les logiques désaliénistes à l'origine de sa création en 1960, le secteur psychiatrique a pour mission d'accueillir des personnes avec des troubles de santé mentale dans des dispositifs de soins implantés dans la cité. Il ne s'agit plus de mettre le « fou » au ban de la société, la vie de ces personnes devient une préoccupation sociale.

De nouveaux aspects cliniques ont ainsi progressivement été décrits comme la clinique psycho-sociale ou le concept de rétablissement par exemple. La notion de santé mentale s'est alors largement diffusée. Cette notion recouvre un champ très large qui renvoie, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, à un état d'équilibre individuel et collectif et qui englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles. Ainsi, beaucoup d'acteurs sont concernés par ces questions de qualification de psychiatrique ou de social : intervenants sociaux, proches, associations de malades...

Il y a donc une nécessaire complémentarité à développer entre le psychiatrique et le social. C'est ce qui est au cœur des équipes mobiles psychiatrie précarité qui ont notamment pour mission de constituer des réseaux pluridisciplinaires denses et étoffés autour des publics les plus précaires.

L'EMPP de Boulogne sur mer existe depuis 2013. L'objectif de ce travail de thèse est d'amorcer une évaluation et une discussion autour des dynamiques de travail en réseau insufflées par cette équipe.

## PREMIÈRE PARTIE : DÉFINITIONS ET CONTEXTE

### I. La précarité : une donnée multidimensionnelle

#### 1. Définition

La précarité est une notion subjective et multidimensionnelle. Elle est subjective car elle se définit par rapport à une situation considérée comme acceptable et au sein d'une société donnée. Elle est multidimensionnelle car elle ne délimite pas seulement une catégorie sociale comme peut le faire la notion de pauvreté : selon le Haut Conseil de santé publique, la précarité est « *le résultat d'une succession d'événements et d'expériences entraînant des situations de fragilisation économique, sociale et familiale* » [2]. La précarité doit alors être lue selon plusieurs dimensions : c'est un processus plus qu'un état.

Les individus les plus touchés par ces processus de précarisation sont ceux qui vivent dans des situations de grande vulnérabilité sociale : enfants déscolarisés, jeunes non qualifiés, chômeurs de longue durée, populations travaillant avec de bas revenus, jeunes ayant des emplois précaires, mères célibataires à faibles revenus [3].

Joseph Wresinski pour le Conseil économique et social en 1987 définit la précarité comme « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assurer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux* ». Il ajoute que « *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 d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible »[4].*

Ainsi, la précarité se caractérise par une forte incertitude sur la possibilité de pouvoir retrouver dans un avenir proche une situation considérée comme acceptable.

## **2. La diversité des facteurs de précarisation**

Dans leur article intitulé « *Les chemins de la précarité* », Léa Morabito et Camille Peugny évoquent la question des facteurs de précarisation. Elles précisent que les parcours des plus précaires sont très hétérogènes : de la précarité qualifiée d'héritée à la précarité induite par des basculements dans les histoires de vies et les accumulations de coups durs (accidents, pertes d'emploi et de revenus, accumulations de difficultés financières, problèmes de santé, ruptures au sein de la sphère familiale) [5].

Elles disent également qu'il est très difficile d'isoler les effets d'un évènement par rapport aux autres même si on peut identifier des coups durs spécifiques qui infléchissent les trajectoires [5].

## **3. Précarité et santé**

### **a. Déterminants sociaux de la santé**

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les déterminants sociaux de santé sont les circonstances dans lesquelles les personnes naissent, grandissent et vieillissent [6]. Elles représentent les principales causes des inégalités de santé.

La définition du *Dictionary of epidemiology* est proche : « un déterminant est un facteur, qu'il s'agisse d'un événement, d'une caractéristique, ou de toute autre entité définissable, qui provoque un changement de l'état de santé ou d'une autre caractéristique définie » [7].

Les déterminants sociaux de la santé sont multiples. On distingue les déterminants structurels liés au contexte socio-économique du pays et des déterminants intermédiaires [8]. Ces derniers peuvent être catégorisés de la façon suivante :

- Conditions matérielles : logement, environnement de travail, niveau de revenus.
- Facteurs psychosociaux ou socio-environnementaux : différents stress liés aux conditions de vie ou de travail ; étayage social, amical ou familial.
- Facteurs comportementaux : nutrition, activité physique, consommation de tabac ou d'alcool.
- Facteurs biologiques et génétique.
- Comme les personnes précaires sont susceptibles de cumuler ces déterminants intermédiaires, notamment lorsque leurs conditions de logement sont mauvaises, elles sont en moins bonne santé que la population générale [9,10]. A titre d'exemple, il a été montré que l'environnement social influence de manière significative la relation entre chômage et mortalité [11,12].

### **b Souffrance psychique d'origine sociale**

La notion de souffrance psychique d'origine sociale est développée par Jean Furtos afin de distinguer la pauvreté et la précarité dans son ouvrage *Les cliniques de la précarité* [13]. Il nous dit qu'elle trouve son origine dans le sentiment de désaffiliation. Le terme de désaffiliation est emprunté au sociologue français Robert Castel : il s'agit de la dissociation

du lien social en raison de l'absence de travail et de l'isolement social [14]. Selon Jean Furtos, la précarité engendre une souffrance psychique du fait de la peur de perdre des objets sociaux normalement vecteurs de sécurité : l'emploi, l'argent, le logement, les liens sociaux [13].

### **c. Troubles psychiatriques**

Les liens entre trouble psychiatrique et précarité sont multiples et complexes : ces phénomènes ont des facteurs communs et sont à la fois déterminants et symptômes l'un de l'autre [15]. Si elle perdure, l'intrication de ces phénomènes peut être à l'origine d'une grande pauvreté ou de pathologies graves [2].

Une plus forte prévalence des troubles psychiatriques est constatée chez les personnes en situation de précarité [16]. L'étude de B. Royer et G. Gusto comparant les populations précaires et favorisées définies selon le scores EPICES, montre que les populations précaires ont deux à six fois plus de risques que les populations favorisées de présenter des troubles anxieux, dépressifs et/ou de consommer des médicaments psychotropes [17].

## **4. Précarité et accès aux soins**

Le recours aux soins pour les publics les plus précaires n'est pas prioritaire. Il est relégué au second plan du fait d'autres priorités essentielles, comme manger et dormir, ou l'obtention de droits administratifs afin de répondre à ces besoins. La santé et sa temporalité de moyen ou long terme (notion de prévention, traitements au long cours,

suivi) est alors reléguée à un besoin secondaire [18]. Les conditions de logement, de transport et de travail freinent l'accès aux soins des publics les plus précaires.

D'une manière générale, les publics les plus précaires sont des publics qui s'adaptent difficilement aux dispositifs dits « de droit commun », notamment du fait de défauts de couverture sociale. [18]

À partir des années 90, plusieurs lois vont améliorer l'accès aux soins de ces publics spécifiques. La plus emblématique est la loi n° 99-641 en 1999 : elle instaure la couverture maladie universelle (CMU) et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) qui garantit des soins médicaux à condition de résider en France de manière stable et régulière.

## **II. L'exclusion : une donnée tout autant multidimensionnelle**

### **1. Définition**

La notion d'exclusion sociale trouve son origine en 1974 dans l'ouvrage de René Lenoir, *Les Exclus, Un Français sur dix*. Elle correspond à la marginalisation et la mise à l'écart d'une personne ou d'un groupe en raison d'un trop grand éloignement avec le mode de vie dominant dans la société. L'exclusion sociale peut être consécutive à une perte d'emploi ou de logement et se traduit par une grande pauvreté, par une rupture plus ou moins brutale avec la vie sociale.

Dans l'article de Robert Castel « *Cadrer l'exclusion* », les exclus sont à l'aboutissement de trajectoires. Il propose le terme de désaffiliation que nous évoquions précédemment pour

désigner « *des trajectoires, des processus, des gens qui décrochent et basculent* »[19].

Selon lui, ce basculement s'effectue de manière schématique entre différentes zones :

- Une **zone d'intégration**.
- Une **zone de vulnérabilité**, qui concerne des personnes ayant un travail précaire et/ou des situations relationnelles instables.
- Une **zone d'exclusion** dans laquelle certains des vulnérables et même des intégrés sont susceptibles de basculer.

Le caractère dynamique de l'exclusion ainsi mis en lumière montre l'intérêt de mener des politiques préventives afin d'éviter que les personnes ne basculent dans la zone d'exclusion.

## **2. Une clinique spécifique : le syndrome d'auto-exclusion**

Après avoir développé la notion de souffrance psychique d'origine sociale, Jean Furtos poursuit avec la conceptualisation du syndrome d'auto-exclusion.

L'exclusion crée selon lui un « *sentiment de se sentir exclu de l'appartenance à la communauté humaine* ». L'auto-exclusion est alors une réponse à ce sentiment : la personne qui l'éprouve mobilise ses ressources internes pour « *ne pas subir ni penser* » la situation douloureuse de l'exclusion [13].

Il existe un continuum entre découragement, renoncement et désespoir absolu : le sujet cherche à anesthésier le corps, émousser les émotions et inhiber en partie sa pensée. Des mécanismes de défenses paradoxales ayant pour but de protéger l'intégrité physique et psychique du sujet peuvent se mettre en place :

- **La non-demande** : absence d'appel à l'aide ; difficultés, retards voire renonciation à la demande d'aide.
- **La réaction thérapeutique négative** : plus le sujet est aidé, plus sa situation se dégrade.
- **L'inversion sémiologique de la demande** : le sujet évoque par exemple ses problèmes sociaux à son médecin, au mauvais endroit a priori. Le dépositaire de la demande risque alors d'orienter vers un autre professionnel. Selon Emmanuel Nicolas, ne pas décoder cette dynamique relationnelle expose le professionnel, malgré lui, à renforcer le sentiment d'exclusion chez celui qui vit cette orientation. L'inversion sémiologique de la demande constitue le socle du « *syndrome de la patate chaude* ». Nous voyons alors émerger l'idée que les institutions et les intervenants puissent collaborer et s'entraider afin de prévenir ces situations.

### **3. Sujets exclus : plus forte prévalence des problèmes de santé**

#### **a. Dimension somatique**

Il n'existe pas de maladies spécifiques aux personnes exclues ou sans domicile fixe. Elles souffrent des mêmes pathologies que la population générale, seule la prévalence de ces maladies diffère : plus forte prévalence de maladies cardiovasculaires, dermatologiques, respiratoires, d'anémies, de maladies du système digestif, du foie, du rein ou du poumon, de la migraine, des parasitoses et des infections virales. [20,21]. Par exemple, les infections au VIH et les hépatites B et C sont deux fois plus fréquentes qu'en population générale et leur prise en charge est beaucoup plus tardive [20].

45% d'entre eux souffrent de maladies chroniques contre 26% en population générale : atteintes respiratoires (7,4%), diabète (6,2%), hypertension (5,2%), maladies cardiovasculaires (4,3%) et maladies du système digestif (3,8%) [20,22,23].

Les difficultés alimentaires qu'ils rencontrent favorisent le développement de maladies métaboliques comme le diabète et/ou de maladies carencielles [24].

Leur santé bucco-dentaire est aussi très dégradée : 24% des SDF sont en partie édentés et 7% totalement. Plus d'un tiers d'entre eux n'a pas consulté de dentiste depuis plus de deux ans [25].

Ce sont souvent des patients qui cumulent plusieurs maladies. En effet, parmi les individus consultants les centres de soins gratuits, la moitié ont au moins 4 problèmes diagnostiqués et 20% en ont au moins 8 [26].

En somme, les personnes précaires présentent une diminution de leur espérance de vie, caractérisée notamment par l'apparition prématurée de maladies chroniques et dégénératives. En 2013, l'Académie de médecine déclarait qu'être dépourvu de logement « *était un facteur de mortalité prématurée, indépendant de tout autre facteur de vulnérabilité sociale* ». Elle soulignait alors que la santé est d'autant plus altérée lorsque l'hébergement fait défaut [20].

## **b. Dimensions psychiatrique et addictologique**

Les personnes sans domicile fixe sont aussi plus sujettes aux troubles d'anxiété, de dépression et d'addiction **[20,21]**. 44% des SDF considèrent leur état de santé comme bon, contre 77% dans la population générale **[23]**.

L'étude SAMENTA s'est intéressée aux pathologies psychiatriques des personnes privées de logement : elles sont extrêmement touchées par les troubles psychiatriques **[23]**. Leurs formes les plus sévères et handicapantes, soit les troubles psychotiques, et les addictions sont sur-représentées par rapport à la population générale. Près d'un tiers des sans domicile fixe souffre de troubles psychiatriques, notamment de psychose, trouble de l'humeur ou troubles anxieux, et 20% d'entre eux présentent au moins une addiction (21% présentent une addiction à l'alcool contre 8,5% dans la population générale). En moyenne, 13,2% des SDF sont atteints de troubles psychotiques dont 8,4% de schizophrénie (8 à 10 fois supérieur à la population générale). La prévalence des troubles dépressifs est de 20,3% chez les SDF contre 11% dans la population générale. Les troubles anxieux touchent 12,2% des SDF : syndromes de stress post-traumatiques (4,2%) et anxiété généralisée (4%). 21,8% des SDF déclarent avoir tenté de se suicider au moins une fois contre 5% en population générale.

Comme le souligne l'Agence Nouvelle des Solidarités Actives, des conditions de vie très précaires sont susceptibles d'induire, de déclencher et de révéler des pathologies latentes, pouvant alors expliquer la plus grande prévalence de pathologies dans les populations les plus précaires **[26]**.

#### **4. Impact sur les soignants**

Comme nous l'avons observé précédemment, les publics précaires et exclus présentent des situations singulières et des problématiques multidimensionnelles. Ces dernières sont difficiles à prendre en charge par les intervenants traditionnels : les réponses peinent à converger naturellement et freinent ainsi immédiatement leur efficacité.

A l'échelle des intervenants traditionnels, il existe un risque de fatigue de compassion, d'épuisement professionnel, de perte de motivation, puisqu'ils manquent de ressources pour exercer leurs fonctions [27]. Il s'exerce un traumatisme vicariant.

Ce clivage s'applique également à l'échelle des institutions : les institutions du champ social peuvent se sentir isolées, incomprises par les partenaires externes vers lesquels ils ont tendance à se tourner, notamment la psychiatrie publique [27]. La psychiatrie publique est elle-même en difficultés pour accueillir ces publics qui souvent n'entrent pas dans le cadre de l'offre de soins standard dite à « haut seuil ».

Nous comprenons dès lors que dans ces situations, un service ne peut rien faire tout seul. L'éclatement des services complexifie l'accès aux soins pour les publics précaires qui se retrouvent alors démunis. Ce manque de convergence nuit à la prise en charge des publics précaire. Cela a fait l'objet de réflexions et a entraîné l'émergence de nouvelles pratiques, notamment la création d'équipes mobiles psychiatrie précarité.

### III. Les équipes mobiles psychiatrie précarité

#### 1. Une volonté d'origine politique

Un premier virage est marqué dans les années 1990 avec la publication de plusieurs rapports parmi lesquels le rapport Strohl-Lazarus « *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* » en 1995 [28], le rapport « *psychiatrie et grande exclusion* » en 1996 [29].

Historiquement, la création des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) s'inscrit dans la continuité des premières politiques publiques qui ont été engagées dans la lutte contre les exclusions dans le domaine sanitaire : permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans le cadre de la loi relative à la lutte contre l'exclusion en 1998, mise en œuvre des premières équipes mobiles orientées sur l'accès aux soins des personnes sans domicile et la naissance du réseau psychiatrie-précarité dans les suites du rapport Parquet « *Souffrance psychique et exclusion sociale* » en 2003 [15].

Deux constats sont à l'origine de la création des EMPP :

- D'une part, le constat de l'absence de demande de soins par ces publics, la demande étant plutôt exprimée par les professionnels de première ligne (CHRS, hébergements d'urgence, accueils de jour, CCAS...) quand leurs usagers présentent des troubles du comportement qui rendent difficile leur prise en charge ou la vie en collectif dans les lieux d'accueil.
- Et d'autre part, le constat d'une psychiatrisation excessive des problématiques sociales. Les interactions entre santé mentale et précarité sont complexes, nous l'avons vu, et les structures en charge d'accueillir ces publics précaires ont des difficultés à apporter des

réponses adaptées à l'imbrication multidimensionnelles des problématiques psychiatriques et sociales.

La circulaire du 23 novembre 2005 « *relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie* » officialise la création des EMPP en leur donnant un statut et un cahier des charges. Elle confirme l'hétérogénéité des initiatives pré-existantes et souhaite définir des principes communs pour guider l'action des professionnels mobiles envers l'exclusion et les besoins de santé mentale.

## **2. Statut et missions des EMPP**

Les missions des EMPP sont instituées par la circulaire du 23 novembre 2005. Il s'agit de favoriser « *une meilleure prise en compte des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion par la création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie intégrées dans un dispositif coordonné et global. Les EMPP sont chargées de favoriser l'accès aux soins de ces publics* ».

Les EMPP s'inscrivent dans les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) ainsi que dans la planification régionale en constituant une priorité des volets psychiatrie et santé mentale des schémas régionaux d'organisation des soins. Elles sont financées par dotation annuelle et peuvent bénéficier de financements complémentaires.

La circulaire définit trois missions principales des EMPP :

- « *Aller vers les publics quel que soit le lieu où leurs besoins sont repérés* » afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et identifier les difficultés.
- « *Aller à la rencontre des acteurs de première ligne* » afin : de mener des actions de formation sur les problématiques liées à la précarité ; de mener des actions de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs ; de développer un travail en réseau à partir de l'examen de situations cliniques ; de soutenir les équipes de première ligne.
- « *Assurer une fonction d'interface entre les équipes de psychiatrie et les acteurs de première ligne accueillant ces publics ou oeuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et les exclusions pour faciliter une prise en charge coordonnée* ». Il s'agit pour l'EMPP de mettre en œuvre un partenariat « *dense et formalisé* », associant les secteurs de l'établissement de rattachement de l'équipe et les établissements de santé généraux, les praticiens libéraux, les intervenants sociaux et médico-sociaux du territoire couvert par l'EMPP. L'équipe ne se substitue pas au droit commun mais vient en soutien aux intervenants de première ligne pour faciliter la coordination de la prise en charge de ces publics, problème inhérent à la complexité des situations rencontrées.

L'EMPP constitue donc une interface, un dispositif tiers entre travailleurs de première ligne, leurs publics et les dispositifs de droit commun. La proximité constitue le mode opératoire de l'EMPP, que ce soit envers les publics comme dans le tissage d'un partenariat avec les intervenants par la sensibilisation aux besoins de santé mentale ainsi qu'aux problématiques de l'exclusion et de la désaffiliation [30].

A propos de ces équipes, Ana Marques souligne que « *la qualification des situations complexes, imbriquant plusieurs dimensions (social, ordre public, psychiatrique, voire*

*somatique) est au cœur de l'interaction entre les acteurs afin de déterminer leur légitimité à intervenir ou non » [31].*

### **3. Des pratiques variées**

Il existe actuellement environ 130 EMPP en France. Elles s'appuient sur le cahier des charges que nous évoquions précédemment. Même si elles partagent les mêmes enjeux, les EMPP ont des organisations et des pratiques très variées.

C'est notamment le cas dans le Pas-de-Calais où il existe une grande diversité dans les compositions d'équipe, dans les pratiques, les organisations, les modes d'interventions. Cela peut être expliqué par le fait que les territoires soient singuliers, que les publics rencontrés soient spécifiques des territoires (l'exemple des migrants à Calais) ou encore que la nature du réseau de proximité autour de l'EMPP ait des conséquences sur les actions menées [32].

Nous présenterons les pratiques de l'EMPP de Boulogne-sur-Mer dans la suite de ce travail de thèse.

#### 4. Une évaluation difficile

Il importe de préciser que l'activité des EMPP est peu codifiée et donc peu évaluable. Les tentatives pour construire des indicateurs d'activité partagés sont récentes et s'avèrent extrêmement complexes [33].

Pour le lancement de sa troisième EMPP, l'établissement de Ville-Evrard a fait intervenir le Dr Alain Mercuel, chef du service santé mentale et exclusion sociale au centre hospitalier de Saint-Anne, le 21 février 2014 à Saint-Denis. Il posait la question suivante : « comment évaluer un sourire, un coup de fil, un moment partagé? ». Cette question paraît anodine mais elle pose la difficulté d'évaluer objectivement des pratiques aux conséquences subjectives. Il considère néanmoins que l'évaluation de l'activité des EMPP est possible.

Des outils existent :

- La plateforme PIRAMIG : elle permet surtout d'évaluer la pertinence de la dotation allouée en renseignant les rapports d'activité et les moyens mis en place.
- Des questionnaires de satisfaction adressés par certaines équipes à leurs partenaires de première ligne et qui cherchent à évaluer la dimension subjective du travail en réseau.

Par ailleurs, des études et des recherches ont été menées par plusieurs équipes en France. Nous pouvons citer un autre résultat de l'enquête SAMENTA en Ile-de-France qui constatait une diminution des hospitalisations sous contrainte [23].

Pour autant, du fait de la singularité des EMPP et des publics qu'elles rencontrent, il s'agira dans ce travail de s'intéresser plus précisément à l'équipe mobile psychiatrie précarité de Boulogne-sur-Mer et à la dimension subjective du travail en réseau qu'elle soutient.

## **IV. L'EMPP de Boulogne-sur-Mer**

### **1. Un territoire caractérisé par la pauvreté et la précarité**

Au dernier recensement, l'agglomération de Boulogne-sur-Mer comptait 158 527 habitants. Le taux de pauvreté était alors de 20,2 % contre 18,6% à l'échelle des Hauts-de-France et le taux de chômage de 19,2 % contre 17,2 % à l'échelle des Hauts-de-France, faisant alors du territoire de Boulogne-sur-Mer un territoire caractérisé par la pauvreté et la précarité [34].

Concernant l'offre de soins en psychiatrie, deux secteurs sont rattachés au centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer : le secteur nord 62G04 et le secteur sud 62G03. Une carte de ce secteur plutôt rural est jointe en annexe (Annexe 1). En plus des outils de secteur habituels (HDJ, CMP, CATTP...), une équipe mobile psychiatrie précarité est créée en 2013.

### **2. Présentation de l'équipe : un recrutement novateur en 2020**

L'EMPP de Boulogne-sur-Mer se nomme Interface psychiatrie précarité. Ce terme interface est emprunté à une équipe mobile psychiatrie précarité lyonnaise, pionnière dans la dynamique de travail avec les milieux sociaux. L'interface est définie dans le dictionnaire comme la frontière commune à deux systèmes permettant des échanges entre ceux-ci.

L'équipe dispose de locaux dédiés sur le site du centre hospitalier. Elle est joignable en journée uniquement par mail, téléphone, ou via une feuille de demande d'intervention jointe en annexe.

Elle s'inscrit dans le projet de service en psychiatrie qui a été réactualisé début 2019. Ce projet cherche à organiser une meilleure coordination des professionnels de la santé mentale intra extra-hospitalier autour du parcours du patient ou de l'utilisateur. Il espère atteindre une montée en charge progressive des alternatives à l'hospitalisation complète et accentuer le virage ambulatoire où la dynamique d' « aller vers » prend toute sa place.

Il fait également le constat que le manque de psychiatres sur le boulonnais rend aujourd'hui nécessaire une réorganisation du travail où le rôle de la psychiatrie devra se modifier pour être davantage reconnue comme un rôle de coordinateur du parcours du patient en lien avec un réseau de partenaires solide et renforcé composé des structures sociales, médico-sociales, de la médecine libérale, des partenaires du privé et du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).

Depuis 2018, l'équipe est composée :

- De trois 0,5 ETP IDE, le complément de poste pour les trois infirmières est partagé sur les deux CMP du secteur pour faciliter l'accès aux soins des droits commun pour les usagers rencontrés
- D'un temps assistant socio-éducatif qui intervient également aux urgences, auprès de la PASS ou d'autres services de médecine ou de chirurgie du centre hospitalier
- D'un 0,1 ETP psychiatre
- Le cadre de santé du service d'addictologie est également depuis peu le cadre de cette EMPP. L'objectif de ce positionnement est de faciliter les orientations des usagers rencontrés vers les dispositifs de soin en addictologie

- D'un poste d'éducateur spécialisé depuis 2020

Il n'y a ni secrétaire, ni psychologue dans l'organigramme de cette équipe. On note cependant la présence d'une psychologue dans les structures d'hébergement qui participe aux réunions.

Il existe un très bon partenariat entre l'EMPP et le service social de l'hôpital. Un poste d'éducateur spécialisé, membre du service social a été intégré à l'effectif de l'EMPP pour amener une lecture sociale des troubles et co-construire une prise en charge psychosociale.

Sa fiche de missions jointe en annexe (Annexe 2) prévoit d'ouvrir la psychiatrie sur le territoire.

Il s'agit pour cela :

- De développer le réseau de proximité,
- De mener des actions de prévention pluridisciplinaire,
- De faciliter les parcours de soins psychiatriques,
- De prévenir l'agrégation des troubles psychiatriques et leurs conséquences,
- De favoriser l'accès et le maintien dans le logement, l'insertion professionnelle et la formation,
- De coordonner les prises en charge entre l'intra et l'extra hospitalier

### 3. La pratique de l'aller vers

S'inscrivant dans la réactualisation du projet de service, la pratique de l'EMPP est une pratique d'« aller vers ». Cette pratique a un rôle déterminant auprès des personnes sans domicile qui ne sollicitent pas ou plus les services de droit commun. C'est une pratique à travers laquelle les acteurs se rendent disponible 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. 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. En 2007, la Conférence de Consensus *Sortir de la rue* a conclu, 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 ».

L'aller vers s'illustre par les pratiques suivantes :

- Entretiens d'évaluation
- Consultations et visites à domicile
- Concertations
- Accompagnement des usagers vers les CMP, les urgences ou les autres structures de soin
- Groupes de parole en foyer d'urgence

## 4. Le réseau de proximité de l'EMPP de Boulogne-sur-Mer

### a. Précisions sur la notion de travail en réseau

Il est ici important de nuancer les notions de réseau et de partenariat.

Le partenariat est défini par Fabrice Dhume comme une « méthode d'action coopérative fondée sur un engagement libre, mutuel et contractuel d'acteurs différents mais égaux, qui constituent un acteur collectif dans la perspective d'un changement des modalités de l'action et élaborent à cette fin un cadre d'action adapté au projet qui les rassemble, pour agir ensemble à partir de ce cadre » **[35]**.

Le partenariat est alors une relation qui se veut égalitaire dans son fonctionnement entre plusieurs acteurs. Son but est de parvenir à un résultat commun : être partenaires oblige à se mettre d'accord sur ce que l'on va faire et comment chacun va s'engager. Des partenaires poursuivent un même objectif.

Travailler en réseau, que ce soit formalisé ou non, n'implique pas les mêmes choses : chaque membre ne poursuit pas forcément le même objectif, chaque membre ne dispose pas du même réseau que l'autre mais il peut avoir le même public.

Dans les deux cas, travailler à plusieurs et se coordonner permet de trouver des réponses ou de résoudre des situations complexes difficiles à prendre en compte quand on est seul, notamment dans le cas de l'accueil d'un public précaire.

En général, le partenariat est institutionnel tandis que le travail en réseau est plus informel.

Il existe aujourd'hui un consensus sur la nécessité de travailler en réseau, de coordonner et d'avoir une approche globale des soins. Il est que ce ne sont pas des procédures ou des outils qui structurent les réseaux mais une certaine conception du soin qui privilégie une approche partagée, c'est-à-dire plus égalitaire, entre professionnels de santé. Or cette conception heurte au plan idéologique une partie des médecins, ce qui a pour effet d'hypothéquer les capacités d'apprentissage collectif [36].

Enfin, le fonctionnement des réseaux demande des compétences organisationnelles plus fréquemment possédées par les professionnels paramédicaux que par les médecins, et aussi un dispositif régional qui aujourd'hui fait défaut [36].

#### **b. Les partenaires de proximité de l'EMPP de Boulogne-sur-Mer**

Les différents lieux d'interventions et interlocuteurs partenaires sont schématisés dans un organigramme joint en annexe (Annexe 3) . On y trouve :

- **Les lieux d'hébergement** : foyer d'urgence Blanzzy Pourre ; 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-sur-Mer ; les 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** : psychiatrie (service de psychiatrie, deux CMP, CATTP, HDJ) ; addictologie ; les équipes de liaison ; le service d'accueil des urgences ; les services de médecine, chirurgie, obstétrique ; le service social.
- **Les institutions générales** : CAF, MDPH, commissariat, gendarmerie, SAVS/SAMSAH...
- **Les lieux d'insertion** : ESAT, Pôle Emploi, Cap Emploi ...

La diversité de ces partenaires de première ligne est en adéquation avec le caractère multidimensionnel des notions de précarité et d'exclusion que nous évoquions précédemment : santé, logement, insertion, couverture sociale, etc...

Les différentes actions menées dans le cadre de ce réseau sont les suivantes :

- Réunions mensuelles dans les lieux d'hébergement : foyer d'urgence Blanzy Pourre, CHRS de Marquise, CHRS de Wimille, appartements excentrés,
- Intervisions avec la PASS,
- Maraudes en compagnie des équipes de rue
- Rencontres trimestrielles d'échanges de pratiques avec les EMPP de Calais et de Dunkerque,
- Journées de travail avec le RPSM,
- Actions ponctuelles de sensibilisation à l'accueil du sujet précaire (intervention dans le cadre du DU santé précarité de l'Université de Lille ; participation aux rencontres nationales des EMPP).

## 5. Les difficultés rencontrées

*En lien avec les usagers* : il a été fait le constat du nombre important d'allers-retours des usagers au sein des dispositifs de droit commun, notamment lorsque ceux-ci présentent un trouble de la personnalité. C'est à cette occasion que les poste d'infirmière ont été répartis entre l'EMPP et les CMP afin de faciliter l'accès aux soins et d'être ressource concernant les problématiques spécifiques de la précarité.

*En lien avec les institutions* :

- Des collègues psychiatres pointent le fait qu'ils sont parfois interpellés aux urgences de façon peu opérante. Il arrive aussi que les points de vue divergent concernant la perception d'une situation.
- Les difficultés à accueillir certaines situations dans les services de soins de droit commun : « c'est pas psychiatrique c'est social ».
- Le constat par l'équipe du manque de volonté de certains partenaires clés de s'inscrire dans une démarche de travail en réseau et de coopération.

Ainsi, nous avons pu observer dans cette première partie la complexité de la prise en charge d'un public précaire ou exclu. A la fois multidimensionnelles et essentiellement singulières, les problématiques de ce public doivent être abordées à l'échelle d'un territoire en coordonnant les divers outils présents afin de renforcer l'accompagnement des plus démunis. C'est aux EMPP d'insuffler cette dynamique, conformément à leur cahier des charges.

De manière générale, et bien que certaines difficultés soient observées, les intervenants s'accordent sur la nécessité du renforcement des liens entre les acteurs d'un territoire et de la création d'un réseau des partenaires toujours plus dense et étoffé.

Nous estimons qu'une approche territoriale est nécessaire pour évaluer le dispositif de réseau : son impact, les freins qu'il peut rencontrer, les axes d'amélioration qui peuvent être envisagés.

Nous allons à présent procéder à l'analyse de ce dispositif qui nous permettra ensuite de discuter des questions qu'il est susceptible de soulever, avant de proposer des pistes d'évolution opérationnelle.

## DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODE

Nous avons réalisé une enquête de janvier à mars 2021 à partir d'un questionnaire auto-administré à questions fermées et ouvertes. Nous nous sommes inspiré de questionnaires réalisés par les équipes mobiles psychiatrie précarité du Bas-Rhin, de Dijon et d'Avignon. Il est à noter que les résultats de ces initiatives locales ne sont pas comparables sous peine de ne pas suffisamment tenir compte de l'approche territoriale que nous défendons.

Le questionnaire joint en annexe (Annexe 4) a été réalisé avec l'éducatrice et les membres de l'équipe en s'appuyant sur le cahier des charges des équipes mobiles psychiatrie précarité afin de rester centré sur les missions de l'équipe mobile.

Il a été envoyé à 67 partenaires par voie électronique. Il y a eu une relance par téléphone.

Il n'existe pas de liste des adresses mail des différents partenaires. Nous les avons sélectionnées à partir de la boîte de réception de l'EMPP : dès lors qu'un message avait été reçu ou envoyé, l'adresse mail était retenue et un questionnaire était envoyé.

Le questionnaire a exploré les éléments suivants :

- *Questions fermées* : type de structure, durée du partenariat, niveau de satisfaction des partenaires, accès aux soins et prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques, impacts ressentis du dispositif.
- *Questions ouvertes* : la représentation des missions du dispositif, les difficultés rencontrées par les partenaires de première ligne, les axes d'amélioration souhaités.

Il a été précisé que la notion de partenariat était entendue au sens générique.

Les questions fermées obligatoires permettent de réaliser une évaluation globale du travail réseau porté par l'équipe mobile psychiatrie précarité de Boulogne-sur-Mer selon chaque acteur partenaire, tandis que les questions ouvertes non obligatoires permettent l'expression des problématiques de chacun et l'émergence de diverses demandes ou idées.

D'autres éléments tels que l'observation de réunions, la consultation des compte-rendus de ces dernières ainsi que de nombreux échanges informels nous ont permis d'étoffer la présentation du dispositif et viennent alimenter la discussion autour de celui-ci.

## TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS

### I. Un faible taux de réponse

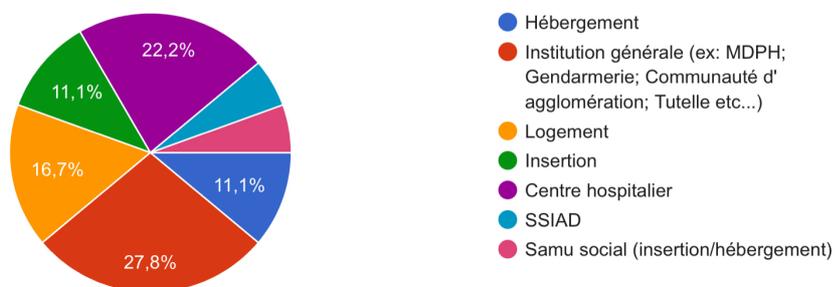
18 personnes ont répondu au questionnaire, soit 27 % des personnes interrogées. Les réponses étaient parfois incomplètes, notamment pour les questions ouvertes.

### II. Un panel représentatif de la diversité des acteurs

Malgré le faible taux de réponse, l'échantillon propose une diversité des institutions qui est représentative de la diversité du réseau en place (tableau 1).

Dans quelle structure partenaire de l'EMPP exercez-vous?

18 réponses



**Tableau 1 : Diversité des institutions de rattachement des répondants**

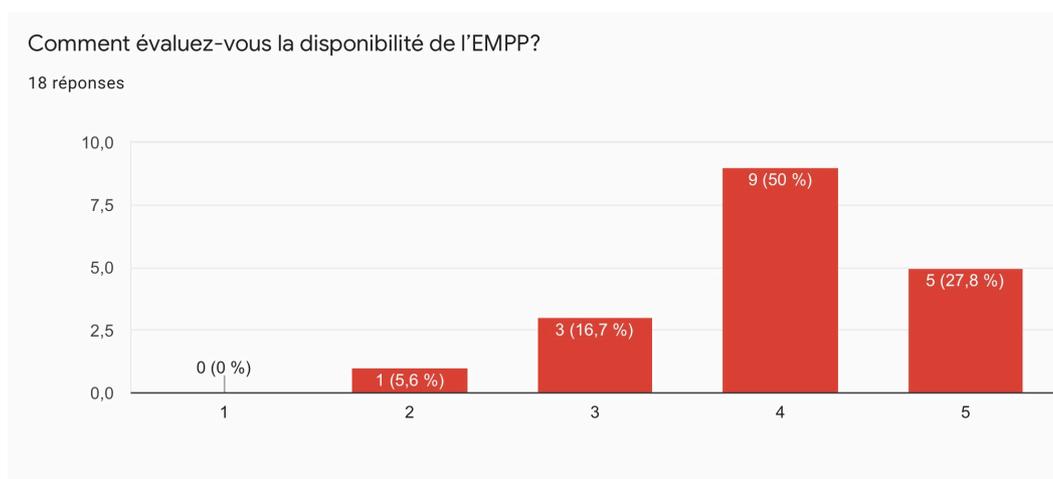
### III. Recueil des réponses aux questions fermées

Les taux de réponses obtenus ne veulent et ne peuvent être statistiquement représentatifs mais permettent une première approche, si modeste soit-elle, des dynamiques à l'œuvre sur le territoire de Boulogne-sur-Mer.

#### 1. Niveau de satisfaction des partenaires

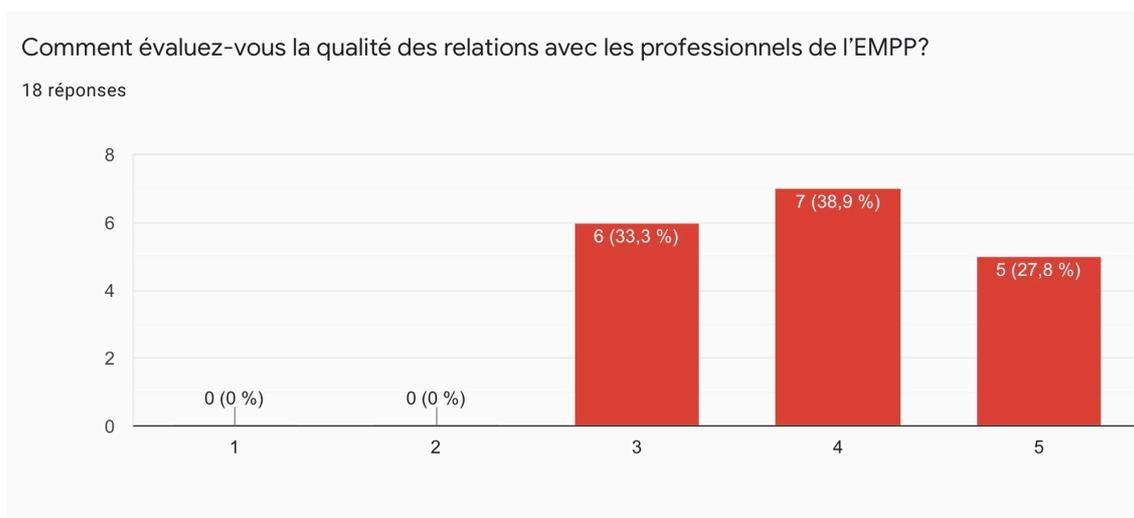
Les 18 partenaires ayant répondu au questionnaire se sont exprimés sur leur niveau de satisfaction ressenti concernant la disponibilité de l'équipe, la qualité des relations entretenues avec les professionnels de l'EMPP, l'accompagnement proposé et la qualité des réponses apportées.

Concernant la disponibilité de l'équipe, 27,8% se disent tout à fait satisfait et 50% plutôt satisfait. 77,8% des partenaires interrogés expriment quelque chose de positif. 16,7% sont sans avis et 1 partenaire se dit plutôt pas satisfait (tableau 2).



**Tableau 2 : Évaluation de la disponibilité de l'EMPP de Boulogne-sur-Mer selon ses partenaires de première ligne**

On retrouve une tendance similaire au sujet de la qualité des relations avec les professionnels de l'EMPP : 33,3% des répondants sont sans avis et 66,7% des répondants expriment quelque chose de positif plutôt satisfait ou tout à fait satisfait (tableau 3).

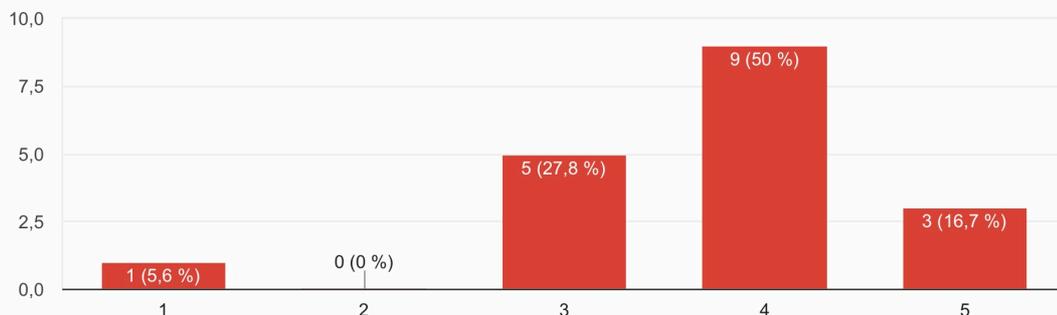


**Tableau 3 : Évaluation de la qualité des relations avec les professionnels de l'EMPP selon ses partenaires de première ligne**

Enfin, la tendance est la même concernant l'accompagnement et la qualité des réponses apportées par l'EMPP dans les situations où les partenaires de première ligne l'ont sollicitée : 66,7% des partenaires expriment quelque chose de positif, 27,8% n'expriment pas d'avis, 1 partenaire se dit insatisfait (tableau 4). Il est à noter qu'il s'agit du même partenaire exprimant son peu de satisfaction à la fois sur la disponibilité et la qualité des réponses apportées par l'EMPP. Il s'agit d'un partenaire issu d'une institution générale.

Comment évaluez-vous l'accompagnement et la qualité des réponses apportées par l'EMPP pour les situations pour lesquelles vous l'avez sollicitée ?

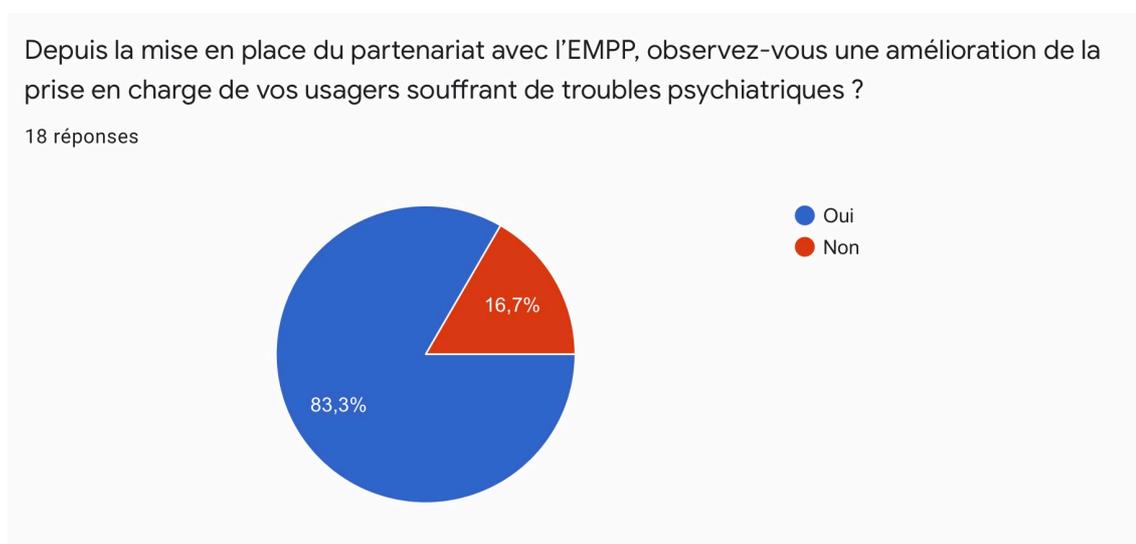
18 réponses



**Tableau 4 : Évaluation de l'accompagnement et de la qualité des réponses apportées par l'EMPP selon ses partenaires de première ligne**

## 2. Impact auprès des publics et des partenaires de première ligne

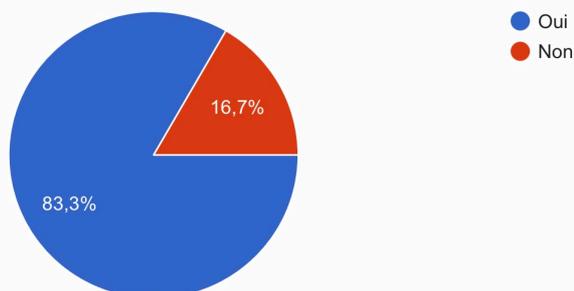
Concernant la perception que les partenaires ont de l'impact du dispositif sur l'accès aux soins des publics précaires : 83,3% estiment que leurs usagers présentant des troubles psychiatriques peuvent avoir accès à des soins spécialisés en psychiatrie (tableau 5) ; 83,3% estiment que depuis la mise en place du partenariat, il y a une amélioration de la prise en charge de leurs usagers souffrant de troubles psychiatriques (tableau 6).



**Tableau 5 : Possibilité d'accès aux soins spécialisés en psychiatrie selon les partenaires de première ligne de l'EMPP**

Toute personne rencontrée par vos services et présentant des troubles psychiatriques peut-elle avoir accès à des soins spécialisés en psychiatrie ?

18 réponses

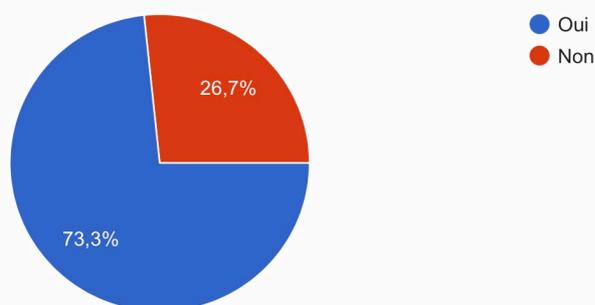


**Tableau 6 : Amélioration de la prise en charge des usagers souffrant de troubles psychiatriques selon les partenaires de première ligne de l'EMPP**

Concernant la connaissance de la psychiatrie et de son organisation par les partenaires de première ligne : 73,3% disent en avoir une meilleure connaissance depuis la mise en place du dispositif (tableau 7)

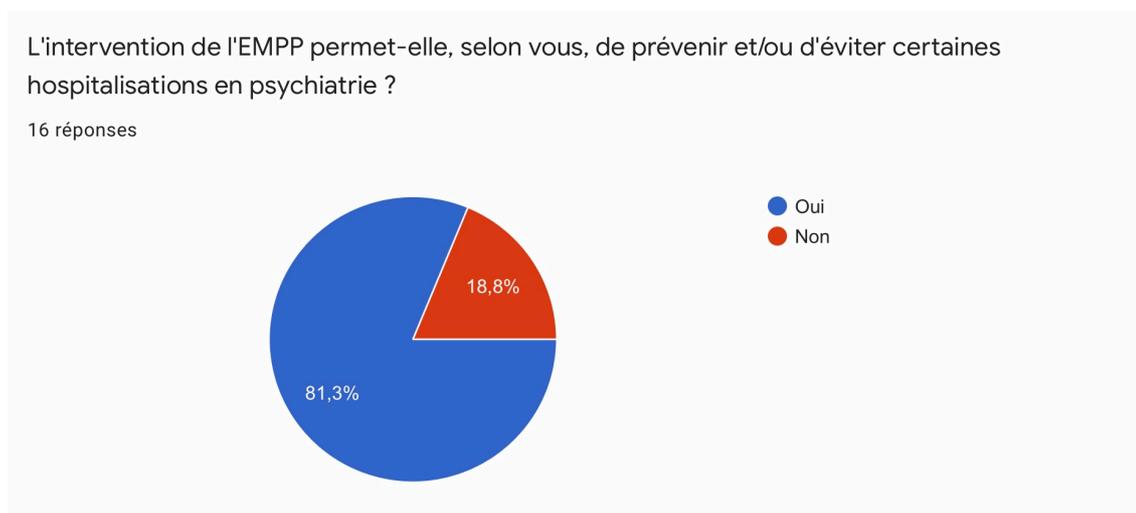
Depuis la mise en place du partenariat avec l'EMPP, avez-vous une meilleure connaissance de la psychiatrie et de son organisation ?

15 réponses



**Tableau 7 : Impact du dispositif sur la connaissance de la psychiatrie et de son organisation selon les partenaires de première ligne de l'EMPP de Boulogne-sur-Mer**

Pour 81,3% des partenaires, l'intervention de l'EMPP permet de prévenir et/ou d'éviter certaines hospitalisations en psychiatrie (tableau 8).

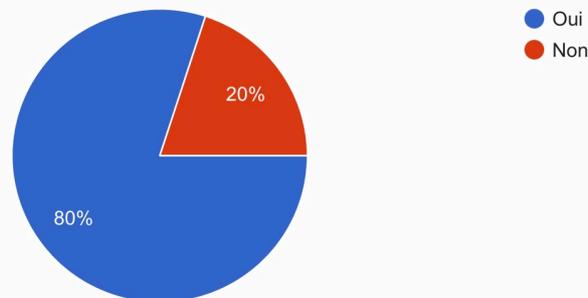


**Tableau 8 : Impact du dispositif sur les hospitalisation en psychiatrie selon les partenaires de première ligne de l'EMPP de Boulogne-sur-Mer**

Enfin, 80% des partenaires ayant répondu au questionnaire estiment qu'il leur est plus facile de repérer les personnes souffrant de troubles psychiatrique depuis la mise en place du partenariat avec l'EMPP (tableau 9).

Depuis la mise en place du partenariat avec l'EMPP, est-il plus facile pour vous de repérer les personnes souffrant de troubles psychiatriques ?

15 réponses



**Tableau 9 : Impact du dispositif sur le repérage des troubles psychiatriques selon les partenaires de première ligne de l'EMPP de Boulogne-sur-Mer**

Le nombre de réponses pour les trois dernières questions ci-dessus varie car nous avons décidé de ne pas rendre ces questions obligatoires. Effectivement, certaines institutions n'étaient pas directement concernées et le caractère binaire des réponses proposées aurait biaisé l'enquête. Dans tous les cas, les autres éléments utilisés dans cette enquête convergent vers les résultats évoqués.

## **IV. Recueil des réponses aux questions ouvertes**

### **1. Représentation des rôles et missions de l'EMPP**

Seules 11 réponses ont été recueillies sur la question concernant les représentations des partenaires au sujet des rôles et missions de l'EMPP. Un partenaire venant d'une institution générale déclare ne pas savoir. Toutefois, ce n'est pas le partenaire qui exprimait son mécontentement dans les réponses aux questions fermées.

Les dix autres réponses sont globalement en adéquation avec les rôles et missions telles qu'elles sont définies dans le cahier des charges.

### **2. Deux tendances : la formation et l'accroissement du réseau**

Huit partenaires ont répondu à la question ouverte concernant leurs souhaits d'évolution dans le lien qui existe entre leur structure et l'EMPP.

Deux partenaires disent que le fonctionnement actuel répond aujourd'hui à leurs besoins.

Trois de ces réponses vont dans le sens d'une meilleure formation aux spécificités des publics précaires.

Les trois autres réponses demandent un renforcement du réseau, et insistent notamment sur le partage des informations. Nous développerons la question du secret partagé plus loin.

### 3. Des freins et des difficultés évoqués

Dix partenaires ont répondu à la question ouverte concernant les difficultés rencontrées dans le travail réseau avec l'EMPP. Les réponses apportées se déclinent en deux axes :

- *Problèmes inter personnels* : difficultés de communication / points de vue différents.
- *Problèmes inter institutionnels* : faire cohabiter les rôles propres de chacun ; renvoi des problématiques vers d'autres institutions ; question du refus de soin.

Il n'y a pas de corrélation entre l'institution de rattachement du partenaire répondant et la nature des difficultés exprimées. Elles ne sont pas typiques d'une institution et questionnent sur l'organisation plus globale du réseau et des réponses qu'il peut apporter.

## **QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION**

### **I. Une dynamique encourageante**

Il s'agit du premier retour sur les dynamiques de travail en réseau autour de l'équipe mobile psychiatrie précarité de Boulogne-sur-Mer après presque neuf ans d'existence. Cette première approche est peut-être un peu précocce, tant la mise en place d'un tel dispositif prend du temps. Elle fait néanmoins état d'une dynamique encourageante.

#### **1. La satisfaction des partenaires**

Malgré le faible taux de réponses, nous pouvons tirer plusieurs conclusions de cette enquête exploratoire.

Il paraît clair que les partenaires sont majoritairement et globalement satisfaits de la mise en place de l'EMPP de Boulogne-sur-mer. Effectivement, l'EMPP semble répondre à son cahier des charges en se rendant disponible et facilitant l'accès aux soins. Ces premiers résultats sont en adéquation avec les attentes formulées dans le cahier des charges des EMPP. La plus-value de l'EMPP se situe au niveau du travail fourni pour amener la personne à adhérer aux soins, de façon réactive et adéquate.

Cette enquête montre ensuite une volonté de développer et d'améliorer ce réseau : d'une part le partenaire peu satisfait expose dans sa réponse complète une volonté de résoudre les difficultés, et d'autre part les autres partenaires expriment une réelle volonté de faciliter les pratiques, à la fois sur la transmission des informations et sur le développement des compétences de chacun.

Même si ce réseau a été mis en place depuis 2013, l'activité accrue de ce réseau et la volonté constante des partenaires de l'améliorer confirment à la fois la pertinence, l'utilité et la nécessité d'un tel dispositif mis en place pour aider les personnes précaires.

## **2. Apport de résultats antérieurs**

Dans son travail de thèse, Anne-Charlotte DEVYS a mené une étude rétrospective sur 6 mois à partir d'une population prise en charge par l'EMPP de Boulogne-sur-Mer. Il s'agissait de mesurer l'accès aux soins psychiatriques et addictologiques de droit commun d'une population en situation de précarité sociale. Au total, 70 patients avaient été inclus. 28,6 % avaient une orientation unique et 27,1% avaient une double orientation. Les principales orientations se faisaient vers le CMP. Il y avait également 8,1% d'orientation vers les soins somatiques et 8,1% d'orientation vers les soins addictologiques. Ces résultats montraient déjà la plus-value de ce dispositif.

Notre travail vient en complément de cette première étude en y apportant une dimension plus subjective.

## **II. Des points de vigilance**

Malgré cette dynamique encourageante, les réponses de certains partenaires ainsi que certaines difficultés rencontrées au quotidien (que ce soit dans les temps d'échanges informels ou dans les réunions) invitent néanmoins à questionner quelques éléments ayant trait au positionnement de ce dispositif. Il y a également à affirmer quelques éléments de vigilance quant au fonctionnement de ces dispositifs et ce qu'ils s'impliquent sur les plans interpersonnels, interprofessionnels et interinstitutionnels.

## 1. Extension des logiques de secteur ou dynamique à part entière ?

La politique du secteur psychiatrique s'est fondée par la mise en place de la circulaire du 15 mars 1960 sur le dogme fondamental de la « *continuité de la prévention, des soins et de la réinsertion sociale* » mis en œuvre par une même équipe pluridisciplinaire à l'égard d'une même population.

Il nous semble alors légitime de questionner le positionnement de cette équipe qui constitue un nouveau dispositif à l'échelle du secteur.

L'idée avec les EMPP, nous l'avons vu, est de s'attacher aux problèmes de la précarité et de l'exclusion sociale et de mieux en comprendre toutes les dimensions, dont celles médico-psychologiques et psychiatriques. C'est une discipline nouvelle qui se crée : des équipes pionnières y ont travaillé et on découvert une clinique spécifique.

Ce dernier point nous semble très important. Les réponses à apporter face à une psychopathologie particulière doivent s'adapter pour éviter les impasses que peut représenter la non demande par exemple. C'est donc la spécificité d'une clinique qui justifie la mise en place d'équipes mobiles en psychiatrie. A titre d'exemple, nous pouvons citer ici les équipes mobiles dédiées à l'accompagnement des personnes sortant de prison et souffrant de troubles psychiatriques qui peinent à obtenir une prise en charge dans les services de droit commun.

Seulement, il n'est pas question de voir se constituer une psychiatrie pour personnes précaires, car cela constituerait une voie ségrégative ou stigmatisante. Le chef du service social de l'hôpital disait : « *attention de ne pas créer une psychiatrie de pauvres pour les*

*pauvres* ». L'histoire des soins psychiques pour ces personnes a toujours été en lien avec la psychiatrie et elle le reste en intégrant au sein des EMPP des professionnels qualifiés dans ce secteur, sur des postes partagés avec les structures de droit commun. Est-ce une erreur? Faudrait-il complètement se dégager des logiques sectorielles? Nous pensons que non. Le secteur de psychiatrie n'est pas un cadastre ou un simple outil de répartition des patients mais il porte les conditions principales du soin psychique que sont la permanence des soins et la continuité des liens. Il nous semble que ce travail d'équipe est inhérent au travail de secteur. Il pourrait être reconnu comme un équipement de secteur, à l'instar des CMP, CATTP, hôpitaux de jour, etc.

Néanmoins, il faut mentionner le risque que l'EMPP dans son organisation actuelle s'accapare l'activité auprès des personnes précaires au motif qu'elle sait mieux, qu'elle est plus réactive, qu'elle fait de l'aller-vers, que la pénurie en personnel complique et retarde l'accès aux soins psychiques. Il en découle que certains patients pourtant pris en charge dans les services de droit commun continuent de bénéficier d'un accompagnement par l'EMPP. Cela peut complexifier les prises en charge, notamment lorsque les personnes accompagnées ont tendance à cliver les intervenants ou les institutions (l'exemple des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité type borderline par exemple).

A Boulogne-sur-Mer, une attention particulière est portée pour éviter ces écueils : réunions, concertations, échanges avec les équipes. Une sensibilisation à cette clinique doit être constante.

## 2. Qui porte la prise en charge ?

Cette question vient répondre au partenaire qui souhaitait la mise en place de protocoles de prise en charge. Il nous semble que la question de savoir qui porte la prise en charge est au cœur du projet des EMPP.

Nous avons montré les difficultés des intervenants dans les relations d'aide auprès de ces publics. Ces difficultés vont imprégner le travail en réseau du fait du risque de désengagement des éducateurs, du cloisonnement des actions thérapeutiques et éducatives, du manque d'efficacité d'un système qui laisserait le principal intéressé dans une errance entre ces prises en charge, ce que nous appelions précédemment le « *syndrome de la patate chaude* ».

La première réponse apportée par l'EMPP de Boulogne-sur-Mer est d'exiger de manière assez intransigeante que ce soit l'éducateur qui formule la demande d'intervention. Il a un encart pour expliquer le cheminement qu'il a pu avoir avec la personne. Il peut aussi demander de l'aide pour lui, en tant que professionnel. En effet, l'EMPP ne peut pas agir en faisant de l'ingérence institutionnelle, il est préférable que cela soit décidé par l'équipe de première ligne qui accompagne le sujet.

Seulement, nous évoquons ce thème pour davantage parler de portage psychique. L'acte de pensée, la parole, la réflexion et l'analyse permettent un meilleur portage au sens du holding de Winnicott ou de la fonction phorique décrite par Pierre Delion. L'idée est de porter ensemble, de porter les intervenants de première ligne et le sujet accompagné. Les réunions, les concertations lorsqu'elles sont bien établies sont vectrices de collectif autour

de la personne. La loi 2002.2 implique très justement d'impliquer les usagers dans l'élaboration de leur projet.

La prise en charge est commune. Précisément parce que la situation est multidimensionnelle.

### **3. La part de dimension interpersonnelle**

L'origine d'un réseau est souvent due à une initiative personnelle mais surtout à la ténacité et à l'investissement personnel de pionniers dont le registre d'action est celui de l'effort, du sur-travail, du don [38].

En d'autres termes, le partenariat tient à un aléatoire de bonnes volontés dont nous savons qu'elles ne sont pas toujours constantes [36].

C'est ce que disent certains répondants en pointant les défauts de communication ou les prises de position parfois unilatérales et peu concertées. Pourtant, faire réseau et travailler avec un partenaire, c'est lui faire une place et accepter l'altérité. Au-delà des conventionnements, les temps de réunions constituent des temps d'échanges intersubjectifs au cours desquels chacun doit pouvoir exprimer sa subjectivité qui doit pouvoir être accueillie par l'autre. La part étrangère de l'autre, cet alter-ego qui va remodeler notre point de vue est parfois mal vécu. Il faut que chacun puisse entendre l'autre.

En ajoutant qu'il y a une part contre-transférentielle assez importante en milieu précaire, les professionnels peuvent se retrouver à se défendre de ce qu'ils voient ou entendent des usagers. Vivre sans abri, se droguer, se prostituer, la longue série des violences, les délits quand ce ne sont pas des crimes sont autant de situations qui devront trouver leurs mots communs pour pouvoir échanger entre partenaires.

Le travail en réseau est donc un travail de complexification, d'intelligence de la complexité comme le disent certains sociologues.

#### **4. La part de dimension interinstitutionnelle**

Il y a également à considérer le risque que sur le plan interinstitutionnel, la sollicitation d'un service déclenche une mobilisation qu'on peut qualifier de pré-formatée ou pré-balisée [39].

Il est important de préciser qu'il faut constamment s'adapter à la situation, et non l'inverse : les contours du réseau doivent être définis au cas par cas, selon les nécessités momentanées de chaque situation rencontrée [40]. Il y a sinon le risque d'ingérence ou alors que certaines institutions ne jouent pas le jeu, comme nous le voyons après en discutant des risques d'instrumentalisation.

#### **5. Refus de soins et hospitalisation sous contrainte**

**Vignette clinique : un patient connu du secteur multiplie les passages aux urgences dans des contextes d'alcoolisation massives. De nombreuses hospitalisations ont été proposées, que ce soit en psychiatrie, en addictologie, ou post-cure addictologique. Il n'a jamais été possible d'inscrire le patient dans une démarche de soins. Une décision d'hospitalisation sous contrainte est finalement portée par l'EMPP devant la multiplication des mises en danger.**

Cette vignette nous amène à discuter de la question du refus de soins, prolongement naturel de la non demande que nous évoquions dans la première partie de ce travail, et point sur lequel un partenaire mettait l'accent dans sa réponse au questionnaire.

Nous pensons qu'il existe un risque qui est de vouloir toujours plus pour l'utilisateur, s'écartant du coup du désir de celui-ci et de ses capacités. L'illusion du groupe, le nombre de professionnels identifiés rattachés à une situation au sein d'un réseau dense sont tels que l'on pourrait vouloir absolument tout pour une personne pourtant parfaitement démunie. Il s'agit plus de veiller à des objectifs réalisables, afin d'éviter la poursuite des mises en échec qui ne seraient que le prolongement des ruptures de lien précédentes. Il faut garder en tête de se baser sur les capacités de l'utilisateur.

Concernant le choix de l'hospitalisation sous contrainte, elle est à considérer de trois façons différentes selon Ana Marques :

- **L'hospitalisation comme solution** : il s'agit d'une décision de court terme qui s'occupe de savoir si l'hospitalisation peut régler le problème immédiat qualifié de crise
- **L'hospitalisation comme risque** : le risque à considérer ici est celui de la rupture de liens avec l'équipe soignante ou l'équipe de l'EMPP. Il n'est en effet pas rare que les personnes en veulent à ceux qui les ont fait hospitaliser sous contrainte. (HAS 2005)
- **L'hospitalisation comme étape** : l'hypothèse est alors que la personne, une fois traitée, finit par identifier les bienfaits du traitement et à s'inscrire dans une démarche de soins.

Ces trois conceptions représentent selon ceux qui les défendent, un équilibre entre sur-interventionnisme et sous-interventionnisme [31]. Là-encore, les échanges doivent être nombreux entre les acteurs.

## **6. Le risque d'instrumentalisation**

**Vignette clinique : un patient est accueilli dans un foyer d'hébergement. Il est hospitalisé en raison de la décompensation d'un trouble de l'humeur. Les symptômes s'amendent et un retour en foyer est décidé. Quelques jours plus tard le patient est exclu du foyer et adressé aux urgences pour une demande d'hospitalisation, sans qu'il ne soit observé de décompensation du trouble de l'humeur.**

Il y a enfin le risque d'instrumentalisation du dispositif EMPP : que l'EMPP devienne une EMPP urgences psychiatriques. Il peut parfois être parfois difficile de filtrer les demandes des partenaires, le risque est que l'équipe soit absorbée et que cela perturbe les activités programmées de suivi ou d'accompagnement.

Une attention particulière doit ainsi être portée au choix des partenaires et des lieux d'intervention qui pourraient voir dans le dispositif un fournisseur de protocoles de prise en charge. C'est d'ailleurs la réponse qu'un partenaire proposait dans le questionnaire que nous avons adressé.

Il s'agit néanmoins de préciser que ces situations sont isolées et que le travail de l'équipe permet de diminuer le nombre d'hospitalisations en psychiatrie selon les partenaires interrogés (Tableau 8). Il faudrait évaluer cette donnée de façon quantitative.

## **7. Partage d'informations et secret partagé**

Trois partenaires expriment leur souhait d'un meilleur partage d'information.

Cela nous amène à préciser que dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, de nouvelles modalités du secret partagé ont été fixées. Le

principe est le suivant : « *Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social* » (art. L. 1110-4, II).

Le secret partagé s'ouvre ainsi aux professionnels du secteur social et médico-social, ainsi qu'à la prévention, dans la double limite d'une prise en charge commune et de la stricte nécessité des échanges dans l'intérêt de la personne.

### **Réflexion sur le secret partagé**

Nous avons évoqué la fragmentation de l'accompagnement des publics précaires, la pluralité des regards, les problématiques rendant les liens entre professionnels difficiles.

Il y a donc des ponts à créer, des échanges à autoriser. Mais peut-on tout dire ? Si on dit ce que tout le monde sait (par exemple un diagnostic de schizophrénie) alors on peut articuler de nouvelles choses autour du diagnostic qui définit non seulement les modalités relationnelles et aussi les réponses thérapeutiques, éducatives ou pédagogiques. Ne pas dire ? Tout dire au risque de priver le sujet de son intimité ? L'intimité est galvaudée dans le milieu précaire mais il y a à naviguer entre ces deux pôles. Il y a donc une éthique à penser dans la démarche d'aller vers, les EMPP sont très observées sur ce point.

Le partage du secret interroge les institutions et les structurent. Les unités d'hospitalisation en psychiatrie ne sont plus des îlots isolés du monde et de l'environnement du sujet dès lors que les travailleurs sociaux viennent visiter l'utilisateur devenu patient. Donc au-delà du partage du secret, il y a entre-deux et co-construction.

### **III. Propositions d'évolutions du réseau local autour des publics précaires**

Nous observons localement que le réseau est assez étoffé. Il est lacunaire par certains endroits, pourrait se développer à d'autres. Ce doit être la vie du réseau, du moment qu'il ne se ferme pas, du moment que le travail de partenariat est toujours convoqué, que les points de vigilance évoqués précédemment sont suffisamment considérés. L'idée n'est pas de l'entretenir mais plutôt d'officialiser son existence, de mettre en place des opérateurs suffisamment durs.

#### **1. Consultations avancées en addictologie**

Le constat est fait d'une difficulté à articuler les prises en charge avec l'addictologie qui est à haut seuil d'exigence.

Dans le but de viser une meilleure prise en charge des usagers de substances psychoactives qui sont en CHRS, des consultations avancées de CSAPA sur le site du CHRS pourraient être mises en place. Ce dispositif est en déploiement depuis 2019 et a pour vocation de faciliter la rencontre avec des populations ne recourant pas spontanément au CSAPA par une pratique d'aller vers. Cela dans le but de faire émerger une démarche de soins et de favoriser l'accès aux soins pour une prise en charge en CSAPA si nécessaire ou dans une structure spécialisée en addictologie.

Il est à noter que le Ségur prévoit des actions de modernisation des CSAPA et des CARRUD, ainsi qu'une amélioration des prises en charge hospitalières par les équipes de liaison spécialisées en addictologie.

## **2. Équipe santé transversalité**

Nous avons vu la plus forte prévalence des troubles somatiques chez les publics exclus.

A l'échelle du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer, une réflexion est menée pour prolonger et dépasser les modes d'accompagnement qui existent aujourd'hui en apportant une réponse majorée aux besoins de suivi des personnes les plus précaires.

La population concernée est celle des patients suivis par la PASS et souffrant de troubles somatiques, souvent des poly-pathologies en lien avec les conditions de vie précaires, mais également les usagers du SIAO de Boulogne dont la situation de précarité entrave l'accès aux soins.

Il pourrait s'agir, en s'inspirant du travail mené par l'EMPP, de créer une réponse somatique de liaison intra et extra hospitalière pour améliorer la santé des personnes à la rue et diminuer le non recours au soin, servir la continuité des parcours de soins en renforçant les relais entre le sanitaire et le social. L'orientation vers les soins de droit commun, permet l'égalité des chances. Elle évite de renforcer l'exclusion pour qu'il n'y ait pas de « guichet de soins du pauvre ».

## **3. Formation et formalisation**

Nous avons déjà évoqué la question de la formation demandée par les partenaires. Nous précisons ici que les réunions du RPSM permettent précisément ce type d'actions.

Un rapprochement avec l'IFSI de Boulogne-sur-Mer est à l'étude afin de sensibiliser les futurs professionnels de santé à la spécificité des publics précaires. Cela pourrait permettre le partage d'une base commune, même si la diversité des acteurs rend ce

principe difficile à obtenir. Néanmoins, définir la finalité générale du réseau mis en place, tenter de développer des outils communs, développer un vocabulaire commun, permettrait de consolider ce dispositif et de l'accroître de façon plus efficiente. Peut-être qu'un document formel avec certaines institutions partenaires où chacun reprendrait ses engagements permettrait, sinon de stopper, du moins de diminuer les dynamiques d'instrumentalisation que nous évoquions précédemment.

#### **4. Démocratie en santé**

La démocratie en santé est une démarche qui associe les usagers et les autres acteurs du système de santé (professionnels, élus) à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé. Elle a pour objectif d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé en obligeant les décideurs à prendre en compte le regard des premiers concernés, les usagers [41]. Cette démocratie peut vivre aussi bien à l'échelle d'un établissement de santé qu'à l'échelle communale, départementale, régionale, voire nationale. L'un des enjeux de la démocratie en santé est de renouveler la manière d'appréhender les questions de santé afin de favoriser l'émergence de nouvelles réponses aux besoins de la population, de disposer d'un système de pilotage en prise avec les réalités du terrain, de mobiliser l'ensemble des acteurs de santé au niveau régional et local.

Le réseau pourrait s'étoffer en incluant des usagers qui pourraient participer au RPSM par exemple. La pratique innovante de l'intégration de pairs aidants certifiés ou médiateurs de santé-pairs au sein du réseau en place pourrait aussi être étudiée [42].

## 5. Conseil local de santé mentale

Un conseil local de santé mentale (CLSM) est un lieu de concertation et de coordination où chaque volet de la vie de l'usager est susceptible de s'incarner : les services de psychiatrie publics, les élus locaux du territoire concerné, les usagers et les aidants, les structures d'accueil, etc. Impliquer les élus locaux dans cette dynamique permettrait d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins, l'inclusion sociale, la lutte contre la stigmatisation.

Dans la localité de Boulogne-sur-Mer, où il n'existe pas de résidence accueil, pas de LHSS, pas de structure de post-cure addictologiques, les élus locaux pourraient être d'une grande aide pour l'établissement de ces projets.

Pour illustrer ce propos, une part non négligeable des situations pour lesquelles l'EMPP est sollicitée provient de situations d'expulsion. Le CLSM pourrait être le lieu d'observation et de prévention de ces situations en poussant davantage au partenariat, contribuant ainsi à réaliser le projet du secteur psychiatrique [43]. Les engagements politiques qui pourraient y être pris se diffuseraient dans le réseau et permettraient peut-être d'améliorer l'accueil des usagers précaires ou exclus. Il faudrait étudier les freins à la mise en place d'un tel dispositif.

#### **IV. Le réseau à l'épreuve de la crise sanitaire**

Nous constatons une augmentation des besoins en santé mentale liée à l'épidémie de Covid-19 et aux confinements qui ont provoqué des ruptures dans les parcours de soins et une dégradation générale de la santé mentale de la population [44]. Il y a aussi à considérer la crainte d'une augmentation du nombre de sujets précaires.

Face à une offre notoirement insuffisante et dégradée avant la crise, nous observons des retards dans les prises en charge, des difficultés d'accès aux soins, la réapparition de troubles psychiques chez des personnes stabilisées, l'apparition de symptômes dans les populations fragilisées. Ces situations touchent particulièrement les personnes rendues plus vulnérables par le contexte social et sanitaire [44] (maladie, isolement, précarité, addictions, personnes sans logement ou hébergées, personnes en situation de migration, jeunes relevant du handicap ou de la protection de l'enfance).

A Boulogne, le réseau organisé autour des publics précaires a résisté mais s'est appauvri. Il a néanmoins donné la valeur de son existence. Sans ce travail, nous faisons l'hypothèse que certaines conséquences ou difficultés d'articulation auraient été plus criantes encore. La proximité avec le service social de l'hôpital, la plasticité du dispositif et son état antérieur ont permis de soutenir la complexité de l'accueil des personnes précaires.

##### **1. Les points positifs**

Les liens préexistants, les connaissances et contacts efficaces déjà mis en place ont été maintenus pendant cette période de crise. Le soutien aux équipes de première ligne a continué avec la même réactivité et la même disponibilité, malgré les réorganisations de

différents services. Il s'agissait d'apporter une réponse en adéquation avec les tensions perçues dans l'accueil des personnes précaires.

Cette période a permis d'aiguiser la perception clinique du réel des difficultés individuelles et collectives par les membres de l'équipe. Le maintien de la veille a permis de rester au plus près des réalités de terrain, voire de révéler de potentiels problèmes de santé publique (sevrages brutaux de toxicomanes, majoration des consommations d'alcool).

Le maintien de ce fonctionnement a notamment permis :

- D'informer les services de psychiatrie et du centre hospitalier des réalités des services sociaux,
- De maintenir les accueils extra-hospitaliers,
- D'échanger avec la direction du centre hospitalier sur la situation des personnes précaires,
- De continuer à prévenir les expulsions
- De mobiliser les services de tutelles en disant que l'accompagnement en télétravail était perçu comme abandon par les usagers
- D'établir un lien dans l'urgence avec l'équipe de l'accueil hivernal qui a dû augmenter ses capacités d'accueil en investissant les locaux d'une auberge de jeunesse

Cette période a aussi permis le rapprochement avec le foyer Blanzky-Pourre et l'avancée significative dans la mise en route d'un projet de résidence accueil, ainsi que la rencontre du maire et de la sous-préfète pour discuter de la crise et des questions de santé mentale dans la communauté.

## **2. Les points négatifs**

Néanmoins, nous avons pu constater un effondrement des dynamiques d'insertion socioprofessionnelle.

La crise a révélé les difficultés en termes de ressources humaines dans les structures d'accueil.

Nous avons également constaté un isolement entre certains partenaires sans les interfaces classiques que sont les réunions, ou les concertations. Ces outils ont été très largement réduits et non compensés par les visioconférences ou les appels téléphoniques : il nous semble que ces solutions de repli n'étaient investies par les partenaires que lorsque les relations entre les institutions avant la crise étaient de qualité.

La crise a également révélé le manque d'engagement dans la dynamique réseau de certains partenaires pourtant clés dans un tel dispositif.

On note également la diminution des échanges cliniques avec les partenaires, et la suspension des rencontres préalables de nouveaux partenaires pour venir étoffer le dispositif.

Les rencontres dans le cadre du RPSM ont également été suspendues.

## **3. Les perspectives**

Cette période a montré l'importance des réunions comme outil principal de travail en réseau pour les publics précaires. Ces réunions reprendront bien entendu, elles seront l'espace où les partenaires insatisfaits devront être écoutés.

Le thème des prochaines réunions du RPSM est déjà communiqué : transformer la crise en une expérience de réseau.

Cela donne certainement l'élan de continuer dans cette voie de l'accès aux soins de droit commun et dans l'aller vers. Les instances tutélaires et administratives semblent avoir intégré complètement cette dimension du soin.

## **V. Limites**

La première limite à noter est le manque de réponses obtenues aux questionnaires que nous avons envoyés.

Il faut considérer le fait que le questionnaire a été envoyé pendant la crise sanitaire, à un moment où nous avons constaté un certain fading des dynamiques de réseau au niveau local. Cela nous a d'ailleurs contraint à revoir la méthode employée. Nous souhaitons au départ distribuer le questionnaire lors d'une rencontre du RPSM et y expliquer notre démarche. Ceux qui viennent aux réunions du RPSM sont ceux qui sont les plus investis dans le travail réseau auprès des publics précaires.

Ce résultat peut s'envisager de deux manières : il peut s'agir d'un manque de volonté de participer à cette démarche d'évaluation et d'amélioration ou bien il peut s'agir du fait que les partenaires questionnés n'avaient pas d'avis à transmettre. Ces avis seront à obtenir.

Le questionnaire élaboré a aussi pu freiner certains partenaires. Nous avons vu la diversité des partenaires de l'EMPP, toutes n'ont pas les mêmes objectifs ni les mêmes enjeux. Il pourrait être intéressant de développer des questions plus spécifiques à chaque institution partenaire. Il serait également intéressant de questionner davantage de professionnels de première ligne car la formule retenue interrogeait essentiellement les responsables des institutions partenaires.

Le sujet, enfin, s'est révélé particulièrement difficile à traiter du fait de sa forte connotation sociologique. Les réponses aux questions ouvertes et ce qu'elles ont pu impliquer de confrontations de positionnement personnels nous semblent être des questionnements éthiques qu'il serait intéressant de développer par ailleurs.

## CONCLUSION

La précarité sociale et l'exclusion sont des données multidimensionnelles complexes. L'organisation d'un réseau pluridisciplinaire dense et formalisé comme réponse à ces publics spécifiques fait partie du cahier des charges des EMPP apparues en 2005.

Celle de Boulogne-sur-Mer a été créée en 2013. Dans ce travail, nous nous sommes intéressés aux dynamiques de travail en réseau insufflées par cette équipe. Michel Foucault disait que « nous sommes à l'époque du simultané, à l'époque du proche et du lointain, du côte à côté, du dispersé. Nous sommes à un moment où le monde s'éprouve moins comme une grande vie qui se développerait à travers le temps que comme un réseau qui relie des points et qui entrecroise son écheveau ».

L'enquête réalisée auprès des partenaires de l'EMPP montre que cet entrecroisement des regards et des pratiques a des impacts positifs. Par le soutien régulier apporté aux intervenants de première ligne, il semble que ceux-ci sont mieux étayés pour accompagner au quotidien leurs usagers et que leur travail de care (prendre soin) est davantage soutenu. Le réseau institué constituerait alors les prémices de care, une forme de « pré-care » pour les publics précaires?

Un tel dispositif d'intervention doit faire l'objet d'une attention constante. Les questions éthiques soulevées au contact de ces publics sont nombreuses. L'EMPP de Boulogne-sur-Mer complète l'offre de soins de façon efficiente mais il est nécessaire de mieux circonscrire l'activité.

Ce type d'intervention est une intervention de relation et de parole, que ce soit auprès des publics ou des professionnels de première ligne. Le réseau ne tient que par la continuité des échanges relationnels. Nous avons évoqué le fading de cette dynamique depuis le début de la crise sanitaire et l'arrêt des réunions du RPSM. Il est donc nécessaire de soutenir davantage ce travail de l'ombre, le temps passé à échanger autour de ces situations complexes.

Il serait intéressant, enfin, que les élus locaux puissent davantage s'associer à cette dynamique, ils ont probablement des leviers à actionner en termes de décisions locales pour faire évoluer ce réseau et le financer.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Borelle, C. (2017). « C'est uniquement social ». Sur la production d'un dualisme social/psychiatrique en sciences sociales et dans le travail ordinaire de la psychiatrie. *Politix*, 1(117), 201-222.
- [2] Haut Comité de la Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Février 1998.
- [3] « La précarité du sujet dans un monde global », in G. Pleyers, M. Boucher et P. Rebughini (dir.), *Subjectivation et désobjectivation. Penser le sujet dans la globalisation*, Paris, FMSH Editions, 2017, p. 121-133.
- [4] Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et social. Rapport présenté au Conseil Économique et Social. Journal officiel. 28 février 1987
- [5] Léa Morabito, Camille Peugny. Les chemins de la précarité. Les inaudibles. Sociologie politique des précaires, 2015. halshs-01227504
- [6] Organisation mondiale de la santé. Glossaire de promotion de la santé. Genève, OMS, 1998, 25 pages
- [7] LAST JM. A dictionary of epidemiology, 4th ed. New York, Oxford University Press, 2001, 224 pages.
- [8] Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not ? The determinants of health of populations. New York, Aldine de Gruyter, 1994, 368 pages.
- [9] Fonds CMU Rapports [http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ODENORE\\_Non-recours\\_CMUC\\_2016.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ODENORE_Non-recours_CMUC_2016.pdf)
- [10] Les seuils de pauvreté en France. Observatoire des inégalités. [En ligne] Disponible sur : <http://www.inegalites.fr/spip.php?article343>)

- [11] Bambra C, Eikemo TA. Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries . J Epidemiol Community Health. 2009; ; 63 : :92.–98.
- [12] Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, *et al.* The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis . Lancet. 2009; ; 374 : :315.–323
- [13] Furtos J. Les cliniques de la précarité : Contexte social, psychopathologie et dispositifs. Elsevier Masson; 2008.
- [14] Claude Martin, « Désaffiliation », *Sociologie* [En ligne], Les 100 mots de la sociologie, mis en ligne le 01 janvier 2013, consulté le 04 mai 2021. URL : <http://journals.openedition.org/sociologie/1606>
- [15] Parquet P. Souffrance psychique et exclusion sociale. Rapport au Secrétariat d'État à la lutte contre la précarité et l'exclusion auprès du Ministre des affaires Sociales, du travail et de la solidarité. Septembre 2003
- [16] Haut Comité de la Santé Publique. Santé et Précarité. Actualité et dossier en santé publique. 1995
- [17] Royer B, Gusto G et al. Situation de précarité, santé perçue et troubles anxio-dépressifs : une étude dans 12 centres d'examens de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, volume 41 n° 4. Octobre-décembre 2010
- [18] Spira A. Précarité, pauvreté et santé. *Bull. Acad. Natle méd.*, 2017, 201, n°4-5-6, 567-587, séance du 20 juin 2017
- [19] in *L'Exclusion, définir pour en finir*, sous la direction de Saül Karsz, 2013
- [20] Cha O. La santé des sans-abri. *Bull Acad Natle Méd* 2013 ; 197 : 277-291
- [21] Balla S, Alqahtanie F, Alhajji M, Alkhouli M. Cardiovascular outcomes and rehospitalization rates in homeless patients admintted with acute myocardial infarction. *Mayo Clin proc* 2020 ; 95 (4) : 660-668

- [22]** Moisy M. La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012. Bull Epid Heb 2015 ; 36-37 : 662-70
- [23]** Anne Laporte, Pierre Chauvin. Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Observatoire du Samu social, pp.227, 2004. Inserm - 00471925
- [24]** Jackson Y, Wullemmin T, Bodenmann P. Santé et soins des personnes sans abri. Rev Med Suisses 2016 ; 12 (1671-5)
- [25]** Centre d'observation de la société : <http://www.observationsociete.fr/revenus/pauvrete/la-sante-precaire-des-sans-domicile.html#return-note-565-1>
- [26]** ANSA. Comment mieux prendre en charge les personnes sans domicile ? 2016
- [27]** Velut Nicolas, « Pathologie mentale et souffrance psychique de personnes en situation de précarité : de quoi parle-t-on ? », Empan, 2015/2 (n° 98), p. 47-54. DOI : 10.3917/empan.098.0047. URL : <https://www.cairn.info/revue-empan-2015-2-page-47.htm>
- [28]** Lazarus A. Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale ». 1995
- [29]** Rapport du groupe de travail « Psychiatrie et grande exclusion », secrétariat d'Etat à l'action humanitaire d'urgence, PARIS, juin 1996
- [30]** Jacques Paul, « Souffrance psychique et souffrance sociale », Pensée plurielle, 2004/2 (no 8), p. 21-29. DOI : 10.3917/pp.008.0021. URL : <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2004-2-page-21.htm>
- [31]** Marques A. Est-il légitime de ne pas décider pour autrui ? Le travail politique autour d'une équipe mobile de psychiatrie-précarité. Sci soc santé. 22 sept 2015;Vol. 33(3):91-114.
- [32]** Baux Mathilde, Tonnel Pierre, Labey Mathilde et al., « Diversité des équipes mobiles psychiatrie précarité du Nord-Pas-de-Calais en 2015 », L'information psychiatrique,

2016/5 (Volume 92), p. 397-405. DOI : 10.1684/ipe.2016.1492. URL : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-5-page-397.htm>

**[33]** Marques Ana, « Des équipes mobiles de psychiatrie-précarité. Une forme d'articulation entre les champs social et psychiatrique », *Sociographe*, 2013/2 (n° 42), p. 67-77. DOI : 10.3917/graph.042.0067. URL : <https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2013-2-page-67.htm>

**[34]** Niveaux de vie - Pauvreté - Tableaux de l'économie française. Insee [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676666?sommaire=3696937>

**[35]** Fabrice DHUME, *Du travail social au travail ensemble*, Editions ASH, 2001

**[36]** Les non-adhérents aux réseaux de santé, recherche financée par le FAQSV de Bretagne, ayant pour promoteur l'association Cap Réseau, conduite en 2004 par F.-X. Schweyer, G. Levasseur, G. Gardin. Treize réseaux ont été étudiés, quatre-vingt-cinq entretiens ont été réalisés. Le rapport final a été achevé en janvier 2005.

**[37]** Devys Anne-Charlotte. *Accès aux soins psychiatriques et addictologiques de droit commun d'une population en situation de précarité sociale*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Lille 2 droit et santé, Lille, France, 2020.

**[38]** Schweyer François-Xavier, « Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils », *Sociologies pratiques*, 2005/2 (n° 11), p. 89-104. DOI : 10.3917/sopr.011.0089. URL : <https://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2005-2-page-89.htm>

**[39]** GENARD J-L., « Ressources et limites des réseaux », in *Revue Nouvelle*, n°10, octobre 2003, pp 42-51.

**[40]** DELIEGE I., BONTEMPS C, *Travail en réseau en santé mentale (rapport de recherche)*, Institut Wallon pour la Santé Mentale, Namur, 2007.

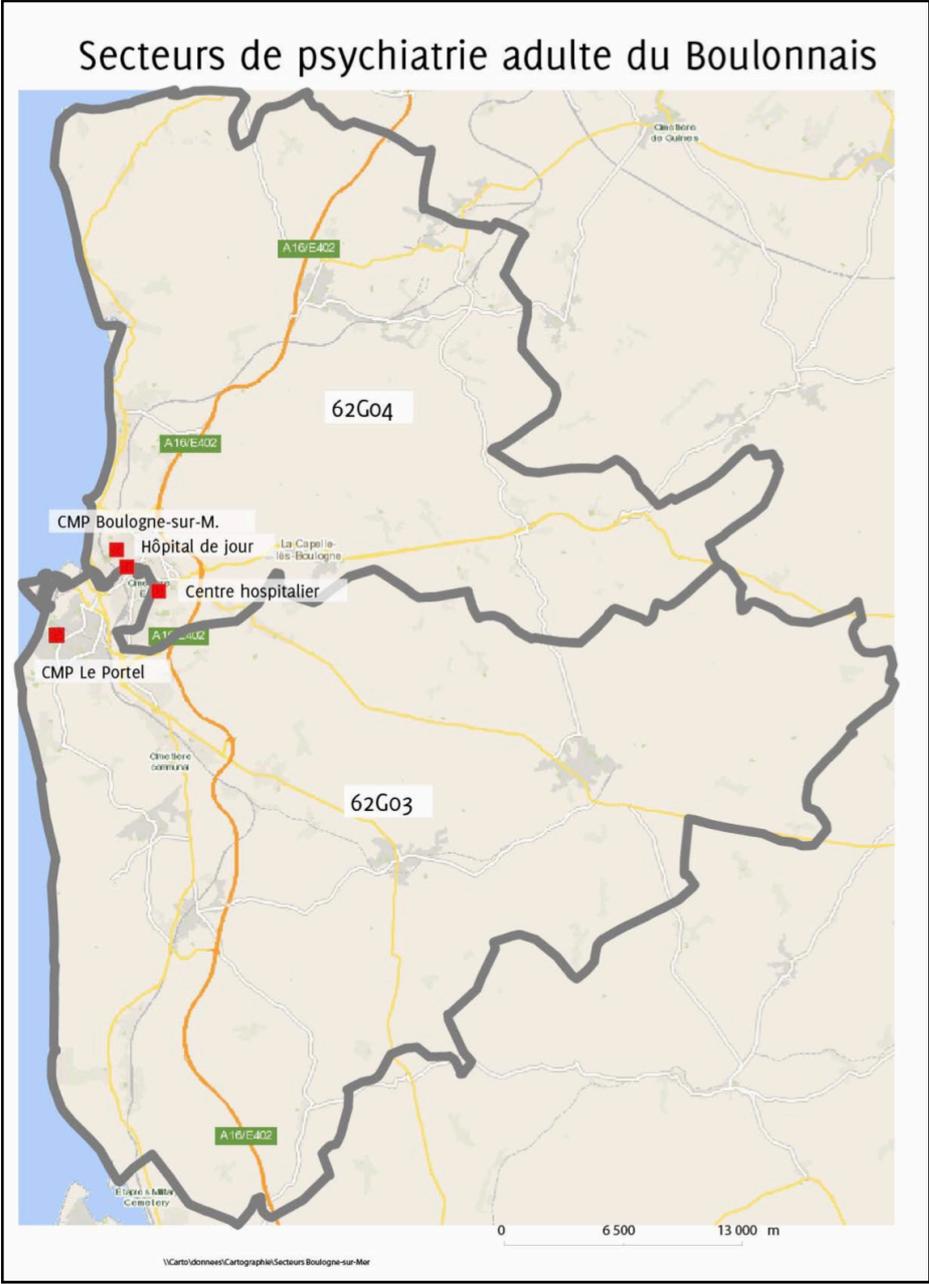
**[41]** Tabuteau Didier, « Démocratie et santé », Les Tribunes de la santé, 2014/5 (n° HS 3), p. 3-5. DOI : 10.3917/seve.hs03.0003. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2014-5-page-3.htm>

**[42]** Cloutier Guylaine, Maugiron Philippe, « La pair aide en santé mentale : l'expérience québécoise et française », L'information psychiatrique, 2016/9 (Volume 92), p. 755-760. DOI : 10.1684/ipe.2016.1545. URL : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-9-page-755.htm>

**[43]** Lavaud JL. Le conseil local de santé mentale, un outil de prévention pour le secteur psychiatrique ? *Inf Psychiatr* 2015 ; 91 (7) : 569-74.

**[44]** Dubost C-L (DREES/OSAM/BESP). Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19. :40.

**ANNEXE 1 : Carte des secteurs de psychiatrie de Boulogne-sur-Mer (source F2RSM)**



## ANNEXE 2 : Fiche de poste de l'éducateur spécialisée de l'EMPP

<b>FICHE DE POSTE EDUCATEUR SPECIALISE</b>
<p><u>Site:</u> Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer Allée Jacques Monod 62200 Boulogne sur Mer</p>
<b>Intitulé du poste</b>
<p><b><u>Grade :</u></b> Educateur spécialisé</p> <p><b><u>Identification du poste :</u></b> Pôle psychiatrie : - 50% Appartements Associatifs - 50% Interface Précarité Santé Mentale</p> <p><b><u>Liaison hiérarchique :</u></b> Cadre socio éducatif du CHB : ???</p> <p><b><u>Liaison fonctionnelle :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- L'équipe pluri professionnelle du centre de psychiatrie</li><li>- L'équipe de l'(interface précarité santé mentale</li><li>- Le service social du CHB (Urgence, PASS,</li><li>- Les différents partenaires extérieurs (CHRS, SIAO, Equipe de rue, Accueil de jour, Conseil départemental, mairie, CIDFF....</li></ul>
<b>Mission du poste</b>

L'éducateur spécialisé agit dans un cadre de prévention, protection et insertion. Il aide au développement et épanouissement de la personne, dans ses capacités de socialisation, d'autonomie, et d'intégration. Il est en capacité de s'engager dans des dynamiques institutionnelles, interinstitutionnelles et partenariales. Dans l'ensemble de ses activités, l'éducateur exerce sa profession en référence à des repères éthiques et déontologiques garantissant la qualité de ses interventions.

*Afférent aux appartements associatifs :*

- Assurer une continuité dans la prise en charge en lien avec le service de psychiatrie
- Favoriser le processus d'autonomisation des patients
- Mobiliser la famille et les personnes ressources

S'attacher à toute la problématique à habiter un lieu, au-delà de la prise en charge soignante ( cf facture, travaux, cohabitation)

Accompagner au moment du départ de l'appartement vers la location de droit commun

Questionner l'insertion de ces personnes lourdement handicapée sur le plan psychique

Partenariat avec mdph

*Afférent à l'Interface Précarité santé mentale :*

- Venir en soutien aux équipes éducative du territoire,
- Poursuivre ou mettre en place un suivi psychiatrique de manière pérenne (démarche de soins), fonction infirmière ?
- Régularisation de la situation administrative de la personne (Sécu, prestations sociales, MDPH...),
- Tenter de rétablir les liens familiaux (quand cela est possible),
- Solliciter les personnes ressources,
- Travailler la parentalité, renforcer le lien avec la MDS
- Favoriser l'insertion sociale et professionnelle +++ connaître toutes les possibilités d'insertion sur le territoire du bouloonnais et établir un lien avec ces structures de la même manière et sans se substituer qu'avec les structures sociales
- Assistance et accompagnement pour tout ou partie des actes essentiel de l'existence

**Activité**

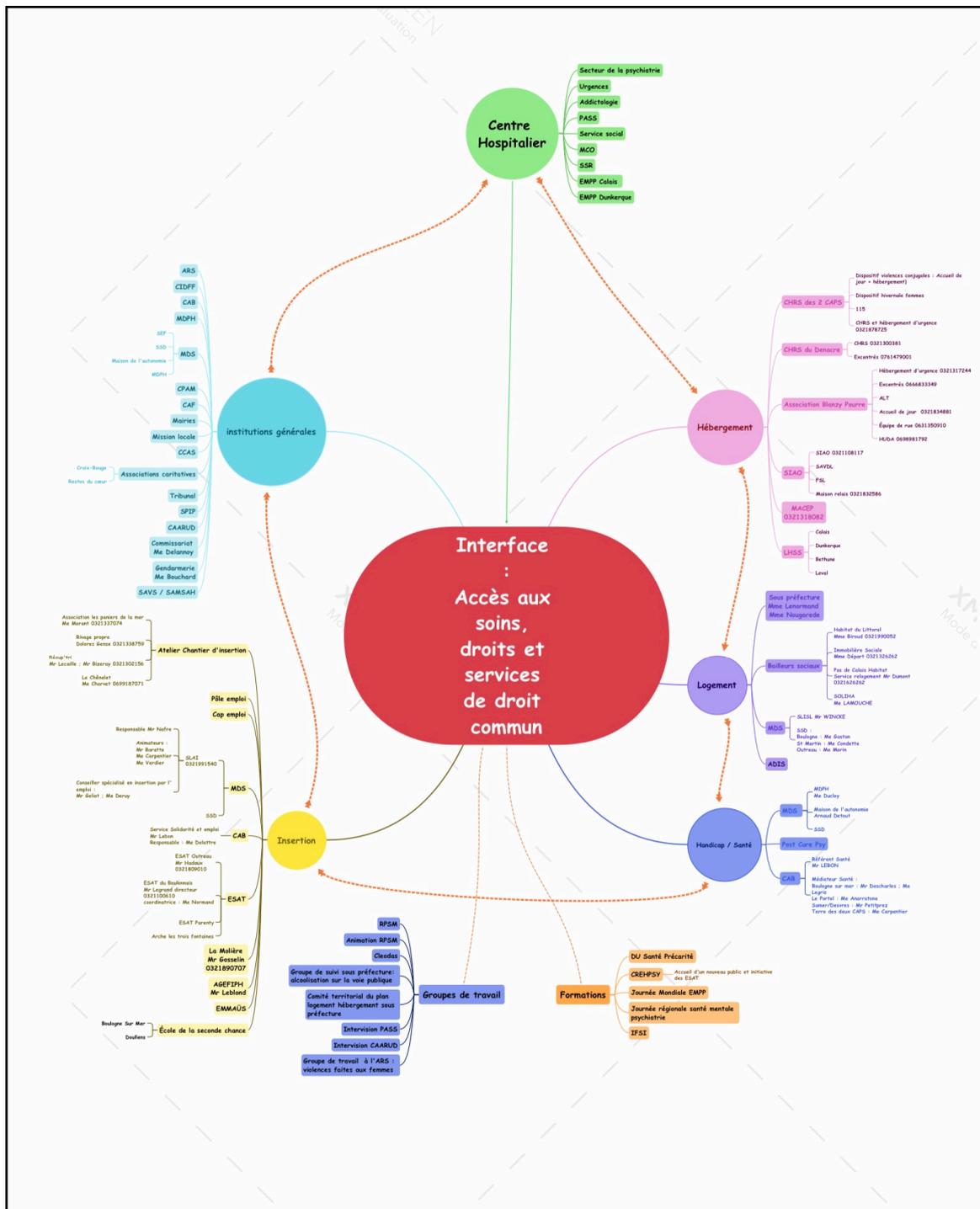
*En lien avec les appartements associatifs :*

- Réunion avec l'équipe médicale en place sur les appartements associatifs afin de poursuivre la prise en charge médicale.
- Participer aux activités thérapeutiques pas sur
- Assurer des accompagnements éducatifs dans les actes de la vie quotidienne+++
- Coordonner la prise en charge avec les équipes des secteurs rôle infirmier
- Assurer des accompagnements extérieurs à la structure. Démarche sociale/culturelle
- Etablir des liens avec les autres partenaires du soin et du réseau médico-social et social et mdph
- Travailler sur le projet de sortie du patient en évaluant ses aptitudes au vu d'une orientation en logement autonome. Lien bailleur sociaux, cesf
- Passages réguliers au sein des appartements afin d'accompagner et d'encadrer les actes de la vie quotidienne
- Création d'outil repéré et repérant afin de favoriser le processus d'autonomisation et d'insertion

*En lien avec l'interface santé mentale :*

- Réaliser un bilan global des capacités et des compétences de la personne
- Assurer des accompagnements extérieurs.
- Etablir des liens avec les autres partenaires du soin et du réseau médico-social et social et organisme d'insertion
- Analyser, des besoins, proposer des solutions et mettre en œuvre des actions adaptées.
- Organiser des activités individuelles ou de groupe avec pour objectif de préserver et restaurer l'autonomie et favoriser la socialisation des patients.
- Aider les équipes éducatives du territoire dans les démarches administratives des personnes.
- Identification de l'aide à mettre en œuvre
- Développer le travail partenarial pour favoriser l'insertion sociale. +++
- Protéger les personnes les plus vulnérables cf mise sous protection, lien avec le juge
- Impliquer la famille et les personnes ressources dans le projet du patient. Voir pour formation à ce travail

# ANNEXE 3 : Cartographie du réseau et des partenaires de l'EMPP



## ANNEXE 4 : Questionnaire adressé aux partenaires de l'EMPP

### Dans quelle structure partenaire de l'EMPP exercez-vous ?

- Hébergement
- Logement
- Insertion
- Centre hospitalier
- Institution générale
- Autre

### Depuis quand existe-t-il un partenariat entre votre structure et l'EMPP ?

- Moins d'un an
- Entre un quatre ans
- Entre cinq et six ans
- Plus de six ans
- Il n'existe pas de partenariat

**En quelques mots, quelles sont vos représentations au sujet des rôles et missions de l'EMPP ?**

### I - ÉVALUATION DE VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION

	Pas satisfait	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
Comment évaluez-vous l'accessibilité à l'EMPP ?(fiche de demande d'intervention, téléphone, mail) *				
Fiche de demande d'intervention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Téléphone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1	2	3	4	5	
Comment évaluez-vous la disponibilité de l'EMPP? *						
Pas satisfait	<input type="radio"/>	Très satisfait				

Comment évaluez-vous la qualité des relations avec les professionnels de l'EMPP? \*

	1	2	3	4	5	
Pas satisfait	<input type="radio"/>	Très satisfait				

Comment évaluez-vous l'accompagnement et la qualité des réponses apportées par l'EMPP pour les situations pour lesquelles vous l'avez sollicitée ? \*

	1	2	3	4	5	
Pas satisfait	<input type="radio"/>	Très satisfait				

Quelle est la fréquence des relations entre votre structure et l'EMPP? \*

- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- Une fois par mois
- Une fois par trimestre
- Moins d'une fois par trimestre
- Je n'ai jamais été en lien avec les professionnels de l'équipe mobile

## II - Accès aux soins et prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques

Toute personne rencontrée par vos services et présentant des troubles psychiatriques peut-elle avoir accès à des soins spécialisés en psychiatrie ? \*

Oui

Non

Précisions :

	Oui	Non
Entretien infirmier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Depuis la mise en place du partenariat avec l'EMPP, observez-vous une amélioration de la prise en charge de vos usagers souffrant de troubles psychiatriques ? \*

Oui

Non

Si vous avez répondu "Non" à la question précédente, pourquoi ?

Votre réponse

---

### III - Impact de la mise en place d'un partenariat avec l'EMPP

Depuis la mise en place du partenariat avec l'EMPP, avez-vous une meilleure connaissance de la psychiatrie et de son organisation ?

- Oui
- Non

Depuis la mise en place du partenariat avec l'EMPP, est-il plus facile pour vous de repérer les personnes souffrant de troubles psychiatriques ?

- Oui
- Non

L'intervention de l'EMPP permet-elle, selon vous, de prévenir et/ou d'éviter certaines hospitalisations en psychiatrie ?

- Oui
- Non

L'intervention de l'EMPP permet-elle, selon vous, de favoriser le développement de réseaux sur un même territoire ?

- Oui
- Non

#### IV - Pistes d'amélioration

Quelles sont les difficultés dans votre partenariat avec l'EMPP ou sa mise en place ?

Votre réponse

---

Quelles sont les difficultés dans l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiatriques ?

Votre réponse

---

Quelles sont les évolutions que vous souhaiteriez dans le partenariat actuel entre votre structure et l'EMPP?

Votre réponse

---

Avez-vous des remarques à formuler ?

Votre réponse

---



**AUTEUR : Nom : TESTON**

**Prénom : Romain**

**Date de soutenance : 10 juin 2021**

**Titre de la thèse : Dynamiques de travail en réseau à partir d'une équipe mobile psychiatrie précarité du Pas-de-Calais**

**Thèse - Médecine - Lille 2021**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + spécialité : Psychiatrie**

**Mots-clés : Équipes mobiles psychiatrie précarité, Boulogne-sur-Mer, Pas-de-Calais, Précarité sociale, Exclusion, Réseau, Partenariat, Accès aux soins**

**Résumé :**

**Introduction :** La précarité sociale et l'exclusion sont des données multidimensionnelles complexes. L'organisation d'un réseau pluridisciplinaire dense et formalisé comme réponse à ces publics spécifiques fait partie du cahier des charges des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) apparues en 2005. Ce travail s'intéresse aux dynamiques du travail en réseau porté par l'EMPP de Boulogne-sur-Mer afin de le présenter, d'étudier son impact et de proposer des pistes d'évolutions opérationnelles.

**Méthode :** Un questionnaire auto-administré à questions ouvertes et fermées a été adressé à 67 partenaires de l'EMPP de Boulogne-sur-Mer. Les questions fermées ont permis de réaliser une première évaluation globale de l'impact du travail de ce réseau local. Les questions ouvertes ont permis l'expression des problématiques de chacun et l'émergence de diverses demandes ou idées. L'observation de réunions, la consultation de compte-rendu de ces dernières et de nombreux échanges informels ont permis d'étoffer la présentation du dispositif et d'alimenter la discussion autour de celui-ci.

**Résultats :** 18 partenaires ont répondu au questionnaire. Les réponses aux questions fermées rendent compte d'un bon niveau de satisfaction des partenaires, d'un impact positif du dispositif auprès des partenaires de première ligne ainsi que des usagers. Les réponses aux questions fermées rendent compte d'une volonté de formation et d'accroissement du réseau et soulèvent des points de vigilance quant au fonctionnement du dispositif. Ces points de vigilance se situent essentiellement au niveau interpersonnel et interinstitutionnel.

**Conclusion :** Ce travail montre que l'EMPP de Boulogne-sur-Mer répond de manière encourageante à la volonté d'insuffler une dynamique de travail en réseau autour des publics précaires et exclus. Ce réseau local reste néanmoins à étoffer pour y inclure des partenaires clés. Il y a aussi à tenir compte des questions éthiques que pose ce type d'intervention car elles semblent au cœur des difficultés rencontrées au quotidien par les différents professionnels concernés.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur COTTENCIN**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur JARDRI, Monsieur le Docteur NOTREDAME**

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