



EHESP

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion : **2008 - 2009**

Date du Jury : **septembre 2009**

***Quels critères pour l'évaluation d'une
équipe mobile psychiatrie – précarité ?
L'exemple d'Indre et Loire.***

Mirela –Simona POPA ROMBEAU

Remerciements

A tous les collègues de la promotion médecin inspecteur de santé publique 2008-2009.

A toutes les personnes qui m'ont aidée dans l'avancement de ce mémoire en me faisant part lors des entretiens de leurs réflexions et de leur expérience professionnelle.

A Marie-José DAGOURY pour sa disponibilité et son aide extrêmement précieuse.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1. PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE.....	3
1.1. La pauvreté, la précarité - phénomènes multidimensionnels.....	3
1.2. Emergence du concept de souffrance psychique dans la population précarisée...4	4
1.3. Cadre législatif et historique en France.....	5
1.3.1. Un objectif national de création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité.....	5
1.3.2. Les enjeux du dispositif EMPP.....	6
2. DEUXIEME PARTIE : LE CONSTAT.....	7
2.1. La situation en région Centre et dans le département d'Indre et Loire.....	7
2.2. Un objectif d'évaluation de l'EMPPE 37.....	8
2.2.1. Les enjeux concernant l'évaluation de l'EMPPE 37.....	8
2.2.2. Quels critères ? Quels indicateurs ?.....	9
3. TROISIEME PARTIE : L'EVALUATION DE L'EMPPE 37.....	12
3.1. Le planning prévisionnel de travail.....	12
3.1.1. Les « référentiels » existants pour orienter l'action.....	12
3.1.2. Les stratégies retenues.....	12
3.2. La méthodologie de travail.....	14
3.2.1. Les prises d'information.....	14
3.2.2. Les modes opératoires.....	15
3.2.3. Les réajustements en cours d'action.....	17
3.3. Analyse des résultats.....	19
3.4. Analyse des difficultés et recommandations	25
4. QUATRIEME PARTIE : ENSEIGNEMENTS ET PRÉCONISATIONS.....	31
4.1. Discussion.....	31
4.2. Expliciter le choix et les limites de la méthode de travail.....	32
4.3. Le positionnement du médecin inspecteur en tant que maître d'œuvre.....	32
CONCLUSIONS.....	33

BIBLIOGRAPHIE.....	35
---------------------------	-----------

LISTE DES ANNEXES.....	I
-------------------------------	----------

ANNEXE I

Moyens attribués au MISP stagiaire.....	II
---	----

ANNEXE II

Liste des personnes ressources enquêtées et leurs fonctions.....	III
--	-----

ANNEXE III

Guide d'entretien semi-directif destiné à l'EMPPE 37.....	IV
---	----

ANNEXE IV

Questionnaires Partenariat EMPPE :

- Questionnaire Partenariat EMPPE - volet sanitaire.....VII
- Questionnaire Partenariat EMPPE - volet social.....VIII

ANNEXE V

Cahier de charge technique des équipes mobiles spécialisées de psychiatrie destinées à favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion.....	IX
--	----

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation adulte handicapé
API	Allocation parent isolé
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CASOUS	Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation pour l'Urgence Sociale
CCAS	Centre Communaux d'Action Sociale
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CILE	Comité Interministériel de Lutte contre les Exclusions
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUC	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNIS	Conseil National de l'Information Statistique
CNLE	Conseil National de Lutte contre les Exclusions
CREDES	Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
CRS	Conférence Régionale de Santé
CSP	Code de la Santé Publique
CSST	Centre de Soins Spécialisé aux Toxicomanes
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM	Département d'Information Médicale
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction Régionale des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHESP	École des Hautes Études En Santé Publique
EMPP	Équipe Mobile Psychiatrie – Précarité
EMPP 37	Équipe Mobile Psychiatrie – Précarité / Exclusion du département d'Indre et Loire (37)
ETP	Emploi Temps Plein
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
HAS	Haute Autorité de Santé

HCSP	Haut Comité de la Santé Publique
HO	Hospitalisation d'office
IASS	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation
MISP	Médecin Inspecteur de Santé publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONPES	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
PMT	Projet Médical de Territoire
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PNAI	Plan National d'Action pour l'Inclusion Sociale
PPSM	Plan Psychiatrie et Santé Mentale
PRAPS	Programme d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRSP	Programme Régional de Santé Publique
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SDF	Sans domicile fixe
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
VAP	Valorisation de l'Activité en Psychiatrie

Introduction

Pour pouvoir tendre vers **la santé pour tous**, les systèmes de santé doivent relever les défis d'un monde en pleine évolution et répondre aux attentes croissantes de meilleures performances (33). Cela implique de réorienter et de réformer substantiellement la manière dont fonctionnent les systèmes de santé au sein de la société d'aujourd'hui.

Selon le *rapport sur la santé dans le monde* (32), publié par l'OMS en 2008, les *populations manifestent de plus en plus d'impatience face à l'incapacité des systèmes de santé à assurer une couverture nationale répondant à des **demandes précises et aux nouveaux besoins***, ainsi qu'au fait que leurs prestations ne correspondent pas à leurs attentes. Ce rapport dénonce également des inégalités évidentes en matière de résultats sanitaires, d'accès aux soins et de coût des soins de santé pour les patients.

Les inégalités de niveau de vie se sont accrues au cours des trois dernières décennies, modifiant le visage de la pauvreté, plus fréquente parmi les jeunes, les familles monoparentales, les familles nombreuses, les personnes seules et les catégories socioprofessionnelles les moins qualifiées (21, 23). **Les inégalités de santé** sont souvent observées en premier lieu, d'un territoire à l'autre, par la mesure des structures de soins, des hôpitaux, de la démographie médicale servant de comparatif et d'indices en matière de mesure de l'offre de soins (52).

*Mais l'analyse des relations entre **précarité** et **santé** reste difficile* (34). Le HCSP estime que *la souffrance psychique est dans le domaine de la santé, le symptôme majeur de la précarité* et que son ampleur ne peut être ignorée dans la mise en place de dispositifs de prise en charge médicosociale (25,27).

En France, le CILE du 6 juillet 2004 a souhaité améliorer les réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité, par le développement d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

Fin 2005, la circulaire nationale DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 512 du 23 novembre 2005 a défini les principes d'une meilleure prise en compte des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion (7).

Fin 2007, l'EMPPE est mise en place dans le département de l'Indre et Loire par le CHRU de Tours, avec pour missions principales : (1) d'aller au devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion mais aussi (2) d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires sociales œuvrant dans le domaine de

la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour ces publics.

Dans ce contexte de mesures soulignant les préoccupations des pouvoirs publics nationaux (28, 29) et locaux relatives à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et à la suite d'un entretien du MISP en charge du dossier santé mentale avec le directeur de la DDASS du département d'Indre et Loire, la mission confiée au MISP stagiaire a consisté à porter son attention sur le fonctionnement d'EMPPE au sein d'un dispositif coordonné et global. Ainsi, la mission du MISP stagiaire a été d'évaluer l'organisation et le fonctionnement d'EMPPE 37 au terme de plus d'un an de fonctionnement.

Dans cette optique, on peut se poser une série de trois questionnements au regard des objectifs visés et du mode de structuration de l'EMPP au service de ces enjeux :

1. Compte tenu des difficultés spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de précarité et d'exclusion, l'EMPP 37 va-elle efficacement au devant du public cible (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociale, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue, etc.) ?
2. L'EMPP, faisant office d'interface opérationnelle et institutionnelle entre différents acteurs de terrain, a-elle joué un rôle de levier ou de défausse dans cette dynamique relationnelle ?
3. L'EMPP, en tant que mode d'organisation, de partenariats et de complémentarité avec les autres acteurs, constitue-t-elle un outil intrinsèquement adapté aux enjeux ?

Pour apporter des éléments de réponse, la démarche d'évaluation de l'EMPPE 37 a été organisée. Enfin, des recommandations ont été formulées dans un rapport final.

Dans une **logique d'analyse réflexive**, dans la I^{ère} partie de ce mémoire, nous situons le contexte : le problème de santé publique abordé et les enjeux d'émergence et d'évaluation du dispositif EMPP dans le contexte socio-économique et législatif local ; dans la II^{ème} et la III^{ème} parties nous entreprendrons de décrire et d'analyser critique les actions programmées et entreprises (notamment l'évaluation par le MISP stagiaire de l'EMPPE dans le département d'Indre et Loire) ainsi que les performances obtenues (en faisant référence aux difficultés constatées et bien sûr, aux recommandations du point de vue du MISP, pour assurer la pérennité et l'utilité d'EMPP) ; enfin dans la IV^{ème} partie nous formulerons les enseignements et les préconisations pour ce type de situation professionnelle, pour l'exercice du métier de MISP.

Mirela-Simona POPA ROMBEAU – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2009

PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE

1.1. La pauvreté, la précarité - phénomènes multidimensionnels

La mesure de la **pauvreté** est tributaire des définitions retenues (5). Une définition adoptée au niveau européen considère comme pauvres «*les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État dans lequel elles vivent* ».

D'après le rapport triennal du HCSP (26), un nombre croissant de ménages vit dans une situation *d'instabilité sociale*, fragilisé par les mutations socio-économiques. Cette perte des sécurités économiques, sociales et familiales pourrait concerner 20 à 25 % de la population résidant en France.

La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. Les individus les plus touchés par ces processus de précarisation sont d'abord 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, etc. (22, 59).

Conformément à l'avis du **HCSP**, si les formes extrêmes de la précarité que sont l'exclusion et la grande pauvreté ont été largement médiatisées, les difficultés quotidiennes croissantes d'un nombre important de ménages qui vivent dans une situation d'instabilité sociale et sont fragilisés par les mutations socio-économiques qui se produisent à l'échelle de la planète, sont quant à elles jusqu'à une période récente restées au second plan. La précarité se mesure selon *plusieurs critères*. Les données les plus souvent utilisées sont : le chômage ; la profession et catégorie sociale ; le niveau de revenu ; l'affiliation à la CMU ; le niveau de prestations. Les PRAPS de 2^{ème} génération ont précisé la définition de la précarité, il s'agit des personnes « bénéficiaires des minimas sociaux », API, RMI, AAH (8). La grande précarité concerne les « personnes ayant des problèmes de domiciliation », elle regroupe les SDF, les personnes hébergées dans les CHRS et les personnes en errance.

Depuis 2000, les bénéficiaires de la CMU-C conservent les mêmes caractéristiques: jeunes, femmes, ouvriers et employés sont surreprésentés. Selon l'ONPES, fin 2007, 3,3 millions de personnes étaient allocataires de l'un des dix minimas sociaux et 4,3 millions de personnes bénéficient de la CMU-C (47). En 2006, la part relative des familles monoparentales a progressé parmi les bénéficiaires. Ils paraissent également moins éloignés du marché du travail. Les bénéficiaires de la CMUC déclarent un moins bon état de santé que le reste de la population du même âge. Leur **renoncement aux soins** pour

Mirela-Simona POPA ROMBEAU – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2009

raisons financières est proche de celui des personnes couvertes par une complémentaire privée (53).

1.2. Emergence du concept de souffrance psychique dans la population précarisée

Les deux catégories de précarité présentent une problématique majeure d'accès à l'information, aux droits, aux soins et aux besoins fondamentaux (logement, alimentation, santé physique et psychique). Par ailleurs, la précarité est décrite par un état d'immédiateté, une incapacité à se projeter dans un avenir proche, en particulier pour les actes simples de la vie quotidienne. Le passage de la pauvreté à l'exclusion sociale devenant alors de plus en plus fréquent.

Le HCSP mentionne que la dégradation des conditions de vie risque de conduire à un sentiment de dévalorisation entraînant une souffrance psychique qui s'oppose au maintien en bonne santé. La souffrance psychique résulte du sentiment de perte et d'exclusion.

Une différenciation doit être établie entre la souffrance psychique et les troubles mentaux avérés :

1. La souffrance psychique est une notion consubstantielle au sentiment de « désaffiliation » pour signifier un mal-être issu de la rupture des liens sociaux,
2. Les troubles mentaux constituent des pathologies psychiatriques qui ne sont pas l'apanage des personnes en situation de relégation aux marges de la société (18).

Autrement dit, il s'agit du problème de la souffrance psychique, du mal être, qui n'est pas une maladie. Cette réalité fait que ni les outils de diagnostic, ni les moyens d'intervention classique (amalgame entre politique sociale et politique familiale) n'ont répondu à l'attente des professionnels (54). Cette distinction établie, il faut relever *une possible synergie entre ces deux notions*, car la souffrance psychique peut évoluer péjorativement vers une pathologie mentale en cas de dépassement du seuil de tolérance, fluctuant selon la faculté de résilience propre à chacun (17). En ce sens, l'exclusion constitue un des facteurs de risque catalyseur de troubles mentaux latents ou mal soignés, répertoriés dans le rapport « Psychiatrie et grande exclusion » de 1995.

L'amélioration de l'accès aux services médicaux et sociaux faisait partie des objectifs du rapport 1994 du HCSP, dans le cadre de la sécurité sanitaire des personnes précarisées. Malgré les efforts des politiques concernant l'insertion sociale individuelle, l'intégration des quartiers en difficulté, l'accompagnement personnalisé et le développement social, tous les professionnels du médical et du social se heurtent à un problème nouveau, mal identifié (43, 55).

La souffrance psychique peut induire des soins coûteux. De même, elle génère un fort malaise chez les intervenants qui se sentent impuissants, et isolés car elle dépasse le

cadre professionnel de l'intervention sociale qui donc fait appel à l'intervention spécialisée psychiatrique (49,51).

1.3. Cadre législatif et historique

En France, au cours de ces dernières années, plusieurs travaux ont été engagés par différents organismes sur les indicateurs de mesure de la pauvreté et des inégalités (47). En particulier, le rapport du CNIS a analysé en 2006 les modes de mesure de l'évolution des niveaux de vie et des inégalités sociales. Parallèlement, dans le cadre de la stratégie européenne pour l'inclusion sociale, des indicateurs ont été définis par la France pour suivre la mise en œuvre de son **PNAI pour les années 2006-2008**. Enfin, plus récemment, l'engagement national de réduction de la pauvreté pris en 2007 a suscité une réflexion sur l'indicateur adéquat pour suivre cet objectif. Pour sa part, la DREES, à la demande du CILE, a élaboré en collaboration avec la DGAS, le CNLE et l'Observatoire **une liste plus large d'indicateurs** déclinée selon les différentes caractéristiques des ménages (31, 38).

En 1998, un volet santé avait été pris en compte dans la cadre de la loi relative à la lutte contre les exclusions (loi du 29 juillet 1998). (1)

En parallèle un décret du 29 décembre 1998 avait conduit à l'élaboration de PRAPS.

En 2004, l'IGAS a procédé à l'évaluation des PRAPS. Ce bilan a permis de dégager des aspects positifs comme la démarche de décloisonnement entre les professionnels et les institutions, mais aussi entre l'Etat, les collectivités territoriales et le secteur associatif.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique conforte la prise en compte de l'accès à la prévention et aux soins (2).

En novembre 2005, M. le Premier Ministre a affirmé lors de son discours à l'Assemblée nationale que cette mesure constitue une des priorités gouvernementale, afin d'améliorer la vie quotidienne dans les quartiers et les zones urbaines.

L'amélioration de la réponse aux besoins en santé mentale des publics en situation de précarité et d'exclusion a constitué un objectif de la plupart des PRAPS ainsi que la plupart des SROS (9). Le caractère prioritaire de ce thème est réaffirmé dans le cadre de l'élaboration des volets psychiatrie et santé mentale des SROS III (10).

D'ailleurs, le PPSM a intégré la mesure annoncée lors du CILE, afin de réaffirmer le caractère incontournable de cette action (39).

1.3.1. Un objectif national de création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité

La création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie s'inscrit dans une logique d'action cohérente entre les champs sanitaires et sociaux. Annoncé par le CILE en juillet

2004 et intégré dans les priorités définies par le PPSM pour 2005-2008, l'objectif *d'améliorer les réponses à la souffrance psychique de personnes en situation de précarité* a donné lieu à la mise en place d'un programme ambitieux de déploiement d'équipes mobiles de psychiatrie à destination de ces populations.

L'acuité des besoins de prise en charge psychiatrique de personnes en situation de précarité (3), ainsi que la complexité de soin à laquelle sont confrontés les professionnels, compte tenu des difficultés d'expression et de repérage de ces troubles, rendent nécessaire la mise en place, au bénéfice de ces populations, d'un dispositif spécifique dans les missions qu'il remplit et novateur dans ses modalités de fonctionnement.

Nourrie par des expériences de terrain, la circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 512 du 23 novembre 2005 a établi un cahier des charges définissant le cadre dans lequel doit s'inscrire le développement d'EMPP (Annexe V).

Constats concernant les EMPP en France : ■ Une diversité importante dans le fonctionnement et les activités ; ■ Des besoins sanitaires et sociaux spécifiques ; ■ Réflexion relative au financement de cette structure (57) ; ■ Généralement : un effort de coordination de l'offre ; ■ Nécessité d'évaluation des EMPP (56, 58).

1.3.2. Les enjeux du dispositif EMPP

L'objectif de **continuité** des prises en charge comporte un enjeu sur le plan de la détermination du ressort territorial de l'équipe. Assurer une **prise en charge globale**, dans des bonnes conditions de qualité et de sécurité, et dans le cadre d'un parcours personnalisé pour des personnes qui ne sont pas toujours en mesure de demander des soins, suppose que soient réunies au moins trois conditions : **la proximité, la pluridisciplinarité et la bonne coordination** de tous les intervenants (35,36,37). L'enjeu principal du dispositif EMPP est de faciliter l'émergence de la demande de soins des personnes en situation de précarité, ainsi que leur orientation adaptée, à la fois par des interventions directes au plus près de leurs lieux de vie et par des actions de sensibilisation et d'appui des professionnels. Le dispositif est **novateur** de par le fait qu'il se positionne de façon **complémentaire** aux prestations qui sont assurées dans leurs champs respectifs par le dispositif de prise en charge sanitaire et le dispositif social. Cette approche doit, en effet, permettre une plus grande cohérence, continuité et mutualisation entre les interventions d'équipe mobile spécialisée et l'offre de soins « de droit commun », au sein d'une filière de soins structurée. L'EMPP a vocation d'aller au devant des publics, principe essentiel, pour mieux identifier les besoins non repérés au mal pris en charge dans le dispositif de droit commun et orienter de façon plus adéquate les patients concernés. Leur intervention doit s'insérer dans le cadre d'un **partenariat** dense et structuré entre l'ensemble des acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement de ces personnes, que ceux-ci soient issus du champ sanitaire, médico-social ou social.

DEUXIEME PARTIE : LE CONSTAT

2.1. La situation en région Centre et dans le département d'Indre et Loire

En 2004, en région Centre (source : INSEE Centre Info n° 152 décembre 2008) : un habitant sur dix (10 % de la population, soit 250 000 personnes) vit sous le seuil de **pauvreté**, de 788 euros par mois (42). Les jeunes de moins de 18 ans représentent 31 % des personnes pauvres, nettement plus que leur part dans la population totale (22 %). La moitié de la population pauvre réside dans les pôles urbains. Dans les agglomérations ou pôles urbains, les inégalités sont les plus prononcées car c'est souvent dans ces villes que cohabitent les populations les plus aisées et les plus défavorisées.

Dans la région, presque une famille sur cinq avec des enfants est monoparentale et dans plus de huit cas sur dix, le parent est une femme. Ces familles cumulant souvent les difficultés (chômage, emploi peu qualifié) et sont les plus défavorisées (15,16, 24).

Dans l'Indre-et-Loire les personnes seules et les personnes âgées sont en proportion plus élevée dans la population pauvre que dans les autres départements français.

Mise en place en 2007 dans le département d'Indre et Loire de l'EMPPE

Par rapport à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, le GRSP du Centre s'est engagé dans la démarche de conforter la prise en compte de l'accès à la prévention et aux soins dans les PRSP.

En région Centre il existe le PRAPS (12); programme qui est centré sur le thème de la précarité. De même, en région Centre la santé mentale constitue une des priorités du SROS III (2006-2011). (11) Cette priorité repose sur le renforcement des moyens, sur le rééquilibrage du territoire, sur l'ouverture en direction du secteur médicosocial, mais aussi sur une **amélioration effective de la prise en charge des populations défavorisées**.

Dans son volet psychiatrie et santé mentale, le SROS III souligne l'intérêt de la constitution des **équipes mobiles** (11). En cohérence avec le SROS III, le PMT en fait un élément prioritaire qui a trouvé sa traduction dans le projet d'Etablissement du CHRU de Tours et dans le projet de pôle de psychiatrie.

Le projet du CHRU de Tours relatif à l'EMPPE a été mise en œuvre en 2007, suite à un appui financier national de 150 000 € (financement partiel par rapport au projet initial).

A savoir que le choix de la commission nationale mixte (DHOS/DGS/DGAS) concernant les EMPP dans le cadre de l'appel à projets 2007 auprès des régions, a permis la sélection des projets les plus pertinents en fonction des besoins et des priorités constatées au sein de la région et correspondant le plus étroitement à l'esprit du dispositif tel que défini dans la circulaire nationale DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 512 du 23 novembre 2005.

2.2. Un objectif d'évaluation de l'EMPP 37

L'action d'évaluation de l'équipe mobile spécialisée en psychiatrie et précarité sur le département d'Indre et Loire, a été demandée par le MISF en charge du dossier santé mentale au niveau régional (le maître de stage en l'occurrence) qui a souhaité dans une logique de travail d'identifier clairement les résistances à l'intervention d'une EMPP, ainsi que les difficultés de fonctionnement dans le but d'assurer la pérennité et l'utilité d'une EMPP dans le département.

Conformément aux préconisations de l'HAS, les indicateurs d'évaluation auraient dû être fixés à la mise en place des équipes mobiles, afin de mesurer la progressivité des avancées et de réajuster les actions au cas où elles présenteraient des divergences par rapport aux objectifs initiaux. Donc, après plus d'un an de fonctionnement de l'EMPP sur le département d'Indre et Loire, il est absolument important d'engager la démarche d'évaluation ainsi que l'élaboration d'indicateurs opérationnels.

Les objectifs doivent être mesurables et précis pour être réalisables (41,48).

2.2.1. Les enjeux concernant l'évaluation de l'EMPP 37

L'évaluation des actions de santé est une attente légitime des responsables institutionnels et administratifs : outre le bon usage des fonds, il s'agit d'attester que les actions sont utiles et efficaces pour la promotion de la santé des publics concernés.

Par ailleurs, une action d'évaluation est absolument indispensable non seulement pour identifier les dysfonctionnements, mais particulièrement pour en saisir les déterminants et y apporter des correctifs pour améliorer la situation, et assurer la pérennité et l'utilité d'une EMPP dans le département. A savoir, que les dispositifs qui ont des résultats sont ceux qui ont **fixé des objectifs** (toujours discutables) et qui ont élaboré des **outils de mesure** (toujours améliorables). Le grand intérêt est qu'ils existent et permettent des évaluations et, si nécessaire, des réorientations.

Par ailleurs, **le développement d'une stratégie régionale** concernant les réponses à la souffrance des personnes en situation de précarité passe par la recherche d'une **cohérence de la politique régionale** qui exige une bonne évaluation des besoins et des pratiques. D'une manière générale, il faut développer une réflexion commune sur l'harmonisation des pratiques et des procédures sur le terrain dans les 4 départements de la région où existent déjà des EMPP : Indre et Loire (37), Indre (36), Loire et Cher (41) et Eure et Loire (28).

Il est important de poursuivre un **cadre départemental** pour éviter la dispersion des moyens et préserver la mobilité réactive qui fait la force de ce type d'équipe mobile.

Mirela-Simona POPA ROMBEAU – Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2009

2.2.2. Quels critères ? Quels indicateurs ?

Les caractéristiques générales des indicateurs

Pour évaluer un tel dispositif, les indicateurs doivent être choisis en prenant en compte quatre critères : leur objet (1), l'intérêt qu'ils représentent pour les différentes parties prenantes (2), la facilité de recueil, de traitement et d'interprétation des données (3), leur degré général de pertinence (4).

Leur objet (1):

En effet, les indicateurs peuvent servir à :

- Quantifier une activité ou simplement acter son existence ;
- Apprécier l'efficacité (évaluer « la performance » par rapport à des ratios ou à des évolutions) ;
- Apprécier la qualité du service rendu ;
- Apprécier la complexité de cas traités.

Pour chacun d'eux il convient de s'interroger sur leur utilité, mais également sur leurs limites.

L'intérêt qu'ils représentent pour les différentes parties prenantes (2) :

Un même indicateur peut être important pour plusieurs des parties prenantes qu'il s'agisse : du public, de l'équipe mobile, de l'institution (direction), des partenaires (établissements sociaux, praticiens libéraux, tutelles, etc.).

Selon que l'indicateur est analysé par différentes parties prenantes, l'interprétation et la pertinence peuvent varier.

Facilité de recueil, de traitement, d'interprétation (3) :

La notion de facilité de recueil, de traitement et d'interprétation de l'indicateur est fondamentale. En effet, il n'est pas utile de construire un indicateur séduisant intellectuellement dont les données sont difficiles à rassembler, pour lequel il n'y a pas de système informatique permettant de traiter les éléments et qui se révèle très délicat à interpréter parce qu'il est trop dépendant de facteurs exogènes.

Pertinence générale (4) :

Si on envisage de proposer des indicateurs au plan national, encore faut-il que ceux qui seront choisis aient un certain degré de pertinence « générale », de réelle signification et d'utilité. Par exemple, est-ce que l'indicateur « répartition des patients selon le sexe » apporte une plus value incontestable pour apprécier l'activité de l'EMPPE ?

Mirela-Simona POPA ROMBEAU – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2009

Des indicateurs pour quoi faire ?

Vouloir trouver, pour évaluer l'activité de l'EMPPE 37, des indicateurs dont les éléments constitutifs sont aisés à collecter et utilisables, suppose que l'on se pose un certain nombre de questions préalablement sur la nature, les raisons et la destination de ces mesures.

Que mesurer ?

Il est essentiel de déterminer préalablement à toute autre démarche ce que l'on souhaite évaluer.

D'une façon générale on peut vouloir :

- Quantifier l'activité, c'est-à-dire par exemple, comptabiliser :
 - o le nombre d'interventions effectuées :
 - auprès des personnes en situation de précarité ;
 - auprès des professionnels ;
 - o etc. ;
- Apprécier la performance, c'est-à-dire tenter de mesurer l'utilité de l'activité, ou le bénéfice de la prise en charge par l'EMPPE :
 - o en direction de personnes en situation de précarité et d'exclusion ;
 - o en direction des acteurs de première ligne ;
 - o en direction d'un réseau formalisé de partenaires ;
- La qualité du service rendu aux personnes en situation de précarité et d'exclusion ;
- La complexité des cas traités, qui conditionne et explique pour partie l'activité, en calculant par exemple : l'index de complexité sociale.

Pourquoi mesurer ?

Pour un dispositif intersectoriel novateur, complémentaire aux prestations assurées dans leurs champs respectifs par le dispositif de prise en charge sanitaire et le dispositif social, on doit évaluer l'activité pour pouvoir véritablement **affirmer sa légitimité**.

L'EMPP est donc « contrainte » de montrer son utilité et le bien-fondé de son existence, sa plus value par rapport aux dispositifs déjà existants.

La démarche est utile vis-à-vis de la direction d'établissement, pour justifier l'utilisation adéquate des moyens alloués à l'EMPP.

L'évaluation de l'activité répond à la demande des tutelles administratives, non seulement parce que des crédits ont été attribués pour la création de l'équipe et pour son développement, mais parce que dans le cadre de la planification de soins, les pouvoirs

publics doivent s'assurer que l'équipe mobile rends les services attendus en fonction des besoins de la population (4).

L'équipe mobile doit donc rechercher les indicateurs les plus pertinents qui vont permettre :

- De prouver son utilité en tant que dispositif qui offre une réelle qualité de service rendu aux personnes en situation de précarité et d'exclusion ;
- De justifier l'utilisation des crédits ;
- D'assurer sa pérennité.

Pour qui mesurer ?

Dans une démarche d'évaluation il n'est pas suffisant de rechercher pourquoi il faut évaluer, mais à qui les informations sont destinées.

Ainsi, les attentes et les intérêts à l'égard de l'EMPP peuvent être de plusieurs ordres :

- l'intérêt pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion : une orientation adaptée, un accès aux soins, une prise en charge globale et continue dans un dispositif coordonné et cohérent ;
- l'intérêt pour les acteurs de premières lignes : formation adaptée, aide à l'orientation, conseil ;
- l'intérêt pour les tutelles : une meilleure connaissance du fonctionnement ;
- l'intérêt pour l'équipe : une mission connue et reconnue, par les partenaires du champ sanitaire et social :
 - l'équipe ne doit pas se substituer aux obligations des prises en charge des équipes de secteur en faveur de ces publics ;
 - l'équipe doit répondre de manière appropriée face à la psychiatrisation excessive de problématiques sociales.

TROISIEME PARTIE : L'EVALUATION DE L'EMPP 37

3.1. Le planning prévisionnel de travail

Au sens large, la mission du MISP stagiaire a été d'identifier si *les modalités de « mise en œuvre » sont pertinentes pour atteindre l'objectif visé*. Cette intervention s'inscrit comme un véritable **outil d'aide à la décision** pour valider ou réorienter les actions. Elle contribue également à élaborer un système de suivi d'évaluation.

Je n'aborderai pas l'aspect budgétaire du financement de l'EMPPE 37.

3.1.1. Les « référentiels » existants pour orienter l'action

Tout d'abord, les notions de troubles mentaux et d'exclusion sociale ont été étudiées afin de comprendre les besoins en la matière.

Ensuite, les dispositifs de l'offre en matière de soins spécialisés et d'hébergement en CHRS ont été examinés au travers de la législation et des ouvrages s'y rapportant.

Consécutivement à cette analyse conceptuelle et textuelle, une exploration empirique a été conduite sur le territoire du département autour des **acteurs** mobilisés autour de ce problème.

HAS propose quelques principes d'évaluation des réseaux de santé (60). Certaines questions notamment paraissent incontournables renvoyant à la pertinence, cohérence, performance et autres impacts du réseau mais, il s'agit de véritable réseau de santé et non d'un fonctionnement en réseau.

3.1.2. Les stratégies retenues

Globalement, les questions principales posées au début de l'action ont été :

1. *Comment évaluer, mesurer, anticiper les résultats et impacts de la politique départementale relatifs à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et compte tenu des objectifs et des moyens mobilisés ?*
2. *Comment apprécier la pertinence des actions menées par l'EMPPE de Tours au regard de la demande sociale et des enjeux de société ?*
3. *Comment optimiser au mieux les ressources disponibles ?*

Dans une logique opérationnelle, il a fallu restreindre le champ d'intérêt.

Le MISP stagiaire a donc défini **le cadre** et **les objectifs** de sa recherche. A partir d'observations effectuées au niveau national et dans certains départements ou régions

Mirela-Simona POPA ROMBEAU – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2009

bien investis dans le champ de la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion, le MISIP stagiaire a décidé de :

- procéder à une description de l'organisation et mode de fonctionnement de l'EMPP du département d'Indre et Loire, avec pour objectifs :
 - de repérer les facteurs clés de succès et/ou d'échec dans la mise en place de l'EMPP depuis 1 an,
 - d'identifier les difficultés éventuelles rencontrées,
 - de situer les niveaux de blocage,
 - et de proposer les méthodes (ou les moyens) à mobiliser pour, selon le cas, les favoriser ou les surmonter ;
- proposer des indicateurs d'efficience et d'efficacité d'organisation de l'EMPP :
 - quantifier l'activité (sur le plan quantitatif et qualitatif) de l'équipe dont l'activité repose sur du temps de personnel médical, paramédical et social ;
 - apprécier la qualité du service rendu, à la fois en termes quantitatifs et qualitatifs.

La démarche est, a priori, délicate car il s'agit d'une structure récente.

De même au niveau national, les structures sont disparates et les équipes ne disposent ni d'outils communs ni de recul suffisant. Les quelques démarches d'évaluation déjà entreprises dans certaines régions, notamment par des équipes mobiles mises en place depuis 1995 et 1996, font l'objet de validation auprès de médecin chargé du DIM.

En région Centre la réflexion est en train de se développer.

Durée de la mission d'évaluation : 4 mois (fin mars – début juillet 2009).

La méthode pour conduire cette action, repose sur une démarche en cinq temps.

Ainsi, pour répondre de façon optimale à la commande, conformément au cahier des charges établi, et tenant compte des délais contraignants, **la planification des tâches** s'est bien partagée autour de 5 grandes étapes de travail :

1. un temps consacré à la recherche bibliographique concernant la problématique de santé abordée : EMPP, techniques d'évaluation ;
2. un temps consacré à l'élaboration des grilles d'évaluation (de questionnaire et d'entretiens) ;
3. un temps effectif d'investigation employé aux entretiens avec les différents « acteurs » mobilisés autour de ce problème - à l'aide de grilles de questionnements préconçues antérieurement;
4. un temps de réflexion et d'analyse ;
5. un temps de synthèse et de rédaction.

3.2. La méthodologie de travail

L'action d'évaluation effectuée interroge l'EMPP de Tours au cours de la « mise en œuvre » du projet depuis un an. A partir d'une analyse des moyens mobilisés, des réalisations, des résultats et des impacts, l'évaluation permet d'apprécier l'efficacité, l'efficience, la pertinence et l'utilité des décisions prises.

3.2.1. Les prises d'information

Concernant le premier temps de travail, consacré à **la documentation** relative au sujet, la démarche du MISP stagiaire s'est centrée sur :

1. le suivi de l'actualité et la veille juridique : les revues quotidiennes de presse locale et nationale ainsi que le signalement de textes, documents, rapports et sites sur le domaine sanitaire et social (avec le lien vers la version intégrale du document), des « **sommaires ASH, ESE, TSA** » ; les revue hebdomadaire des sommaires des revues Actualités Sociales Hebdomadaires, Espace Social Européen et Travail Social Actualités ;
2. la recherche documentaire : ponctuelle (retrouver un texte, un document ou une information : Plateforme REAL EHESP, BDSP, MEDLINE) ou du type « le point sur les EMPP» (élaborer la bibliographie) (20, 30,40) ;
3. la commande d'ouvrages et de revues (les documents spécialisés type PLURIELS (45, 46) « la lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé mentale »). (40,44, 50) ;
4. la compilation d'études préexistantes (19) ;
5. l'exploitation de données administratives ;
6. l'analyse de documents existants (textes à caractère juridique (3, 6), coupures de presse, documents cartographiques, etc) ;

Pendant la phase de documentation il convient de signaler la participation du MISP stagiaire à **la 2^{ème} Journée Nationale des Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité**, organisée le 27 mars 2009 au Centre Hospitalier Sainte Anne à Paris, **dont le thème était : « Evaluation(s) ? »**.

Par ailleurs, pour mieux documenter le référentiel, le MISP stagiaire a consulté des experts nationaux dans la matière (le médecin psychiatre et le médecin DIM de l'hôpital St. Anne à Paris) ainsi que des référents départementaux sur le sujet de la région Centre (1 MISP, 2 infirmières de santé publique, 1 IASS).

De même, les discussions effectuées avec le professeur de santé publique et le médecin responsable du DIM psychiatrie de CHRU de la région, ont montré que l'évaluation possible de l'EMPPE 37 à partir des systèmes d'information est en « stade embryonnaire » de réflexion et que pour les années à venir on doit absolument évoluer vers une nouvelle culture d'évaluation des équipes mobiles.

3.2.2. Les modes opératoires

Concernant le deuxième temps de travail, le MISP stagiaire a élaboré :

- le guide d'entretien semi-directif à destination des membres de l'EMPPE 37 (Annexe III) ;
- les questionnaires destinés aux partenaires du secteur sanitaire et social (Annexe IV).

Les grilles d'entretien semi-directif ont été élaborées sur la base du cahier des charges technique des EMPP – contenu dans l'annexe de la circulaire 23 novembre 2005 (Annexe n° V). Le questionnaire a été élaboré sur la base du « guide ANAES d'évaluation des réseaux de santé » (60). Ceux-ci ont été corrigés et validés par le MISP en charge du dossier santé mentale.

Concernant le troisième temps de travail, pour atteindre ses objectifs, la méthode d'investigation utilisée a consisté à effectuer des entretiens avec :

- l'ensemble le plus large possible des membres de l'EMPP (le praticien hospitalier psychiatre responsable, le médecin coordinateur, les infirmiers, le cadre de santé, l'assistante sociale) ;
- les responsables institutionnels impliqués dans la mise en œuvre d'EMPP (ARH, DDASS, CHU).

Les entretiens ont été conduits selon la trame, appelée « guide d'entretien ». La méthode d'analyse est thématique : les grilles utilisent les indicateurs thématiques (61) renseignés par les fragments de discours produits par la personne enquêtée.

La technique du questionnaire a été employée, pour apporter des éléments de réponse, concernant les partenariats déclarés de l'EMPPE 37 (les secteurs psychiatriques du département, le CASOUS, les accueils de jours, les CHRS, les structures d'hébergements, les CADA, etc.) afin d'avoir une vision panoramique du réseau.

Il est à noter cependant que la mission de l'équipe EMPPE 37 est centrée principalement sur Tours et que les partenaires ne couvrent pas totalement l'étendue du département Indre et Loire. Les zones rurales du département notamment ne sont pas couvertes.

Les réponses ont été codées, saisies et traitées sur Word.

Les entretiens téléphoniques

Le recours à des entretiens téléphoniques a permis d'éclaircir le problème et d'approfondir différents points du questionnaire. Les entretiens portaient essentiellement sur les modalités d'organisation et de fonctionnement, les actions mises en œuvre en collaboration avec l'EMPP. Elles ont été préférées à des entretiens de face à face en raison des limites de temps mais ont permis d'augmenter le nombre d'entretiens, et d'enrichir l'enquête sur le plan qualitatif.

Le déroulement de l'enquête :

1. Le MISP stagiaire a contacté le médecin psychiatre responsable pour avoir son accord et une réunion a été organisée avec les membres de l'équipe afin de présenter la démarche et d'effectuer les entretiens semi-directifs. Leur rôle d'interface entre les acteurs sanitaires et sociaux, a été pris en compte pour orienter les questions sur la nature, les difficultés et les perspectives d'organisation et de fonctionnement. Le rapport annuel d'activité a été analysé après la réunion de rencontre avec les membres de l'équipe.
2. Un questionnaire a été adressé aux partenaires du secteur sanitaire et social, début juin avec un courrier d'accompagnement explicitant l'objet de la démarche visant à recenser les besoins en termes de collaboration et à saisir leur perception du partenariat avec l'EMMPE 37. Ces informations, d'ordre quantitatif et qualitatif, sont recueillies au travers d'une alternance de questions fermées et ouvertes.
3. La date de retour, fixée au 30 juin, laissait près de 3 semaines aux destinataires pour remplir ce document évaluatif.
4. Au 30 juin, il y avait 43 % de retours spontanés (3 sur 7) concernant les partenaires du secteur sanitaire et 50 % concernant les partenaires du secteur social (5 sur 10).
5. Du 30 juin au 7 juillet, j'ai procédé à une relance et débuté les entretiens téléphoniques.
6. 10 juillet, 57 % de retours spontanés (4 sur 7) concernant les partenaires du secteur sanitaire et 70 % concernant les partenaires du secteur social (7 sur 10).

Ces chiffres relativement modestes sont imputables à la période estivale. Cependant, le but n'étant pas de prétendre à l'exhaustivité, mais de recueillir un échantillonnage de données reflétant la perception des principaux partenaires, ce taux de réponse est jugé suffisant pour être exploité.

L'exploitation des données issues des lectures et des travaux d'enquête de terrain sera retranscrite au travers des trois développements suivants :

Tout d'abord, il convient d'analyser l'organisation et le fonctionnement de l'équipe mobile en soulignant les difficultés rencontrées. Dans cette optique, sera présentée sous un angle historique, la mise en place des partenariats (I).

Ensuite, il s'agira d'établir un bilan des actions mises en œuvre de près d'un an de fonctionnement (II).

Enfin, des recommandations seront formulées (III).

Le rapport a été soumis à un groupe de lecture constitué de différents acteurs mobilisés autour de la problématique. Consulté par courriel, il a apprécié la lisibilité du document et son caractère opérationnel. La version finale du rapport prend en compte ses commentaires.

Dans un deuxième stade d'intervention, dans le suivi de l'évaluation, le MISP stagiaire envisage l'organisation d'une réunion de travail qui a vocation à réunir ensemble tous les partenaires du secteur sanitaire et social mobilisés autour de ce problème.

Le suivi de l'évaluation de l'EMPPE 37 est une étape nécessaire et s'inscrit dans la continuité de la démarche car :

- permettra l'établissement du bilan du plan d'actions de l'EMPP E 37 et la mise à jour du diagnostic ;
- initiera une démarche de valorisation partagée par tous les partenaires, qui enrichira le diagnostic ;
- permettra l'articulation avec le plan d'actions puisqu'il est à la fois un élément de diagnostic et un préalable à ce plan.

3.2.3. Les réajustements en cours d'action

Les éléments qui ont obligé le MISP stagiaire d'adapter sa manière d'agir sont :

- le fait que l'évaluation de l'EMPPE 37 a été programmée et décidée en raison des constats issus des données du pilotage départemental du dispositif et du caractère novateur de l'action ;
- les objectifs spécifiques de l'équipe mobile :

- près des personnes en situation de précarité et d'exclusion,
- et près des professionnels de première ligne ;
- le moment de l'évaluation : au terme de plus d'un an de fonctionnement et au cours de la « mise en œuvre » du projet,
- l'objet de l'évaluation (la pertinence, les résultats et le processus) ;
- le manque des collaborateurs associés ;
- les délais contraignants (4 mois).

Rappelons que l'évaluation de l'impact de l'équipe mobile est difficile car elle ne correspond pas véritablement à une activité hospitalière classique. Elle rejoint la problématique des équipes de soins palliatifs, la problématique des unités mobiles de gériatrie ou de psychiatrie de liaison et doit bénéficier en tant que tel d'une valorisation.

Le MISP stagiaire a choisi de ne pas aborder le problème de l'évaluation de l'activité de l'EMPPE 37 sous les aspects strictement économique, c'est-à-dire une évaluation dont le fondement et la finalité seraient les prix ou les coûts.

Du fait du caractère novateur du dispositif, lors de la conception du projet la démarche d'évaluation n'a été abordée que de façon très succincte, et seulement en terme d'indicateurs de suivi simples tels que le nombre de visites, de contacts, de synthèses, devenir des patients.

Le MISP stagiaire a dut décliner les dimensions spécifiques de l'évaluation d'une équipe mobile, en structurant l'analyse en fonction de la complexité du sujet, en faisant référence aux principaux axes de missions, à savoir: des actions auprès du public cible et des actions auprès des acteurs de première ligne. Il a pris en compte également, la dimension d'évaluation des actions de partenariat en réseau.

J'ai écarté d'emblée l'idée de mener une étude de satisfaction auprès du public en situation de précarité, qui aurait apporté certes une plus value supérieure, en mesurant les effets propres de l'action sur la population cible. Le choix a été fait, en considérant que les effets peuvent être mesurés sur des plus longues échéances d'environ une dizaine d'années.

L'indice de réussite du MISP pour s'auto évaluer à court terme : malgré la résistance initiale au changement, les membres de l'équipe mobile partagent globalement les

résultats de l'évaluation et sont partie prenante de la mise en œuvre des recommandations.

La performance à la longue terme du MISP reste à être mesuré dans la mesure où le commanditaire (la DDASS, l'ARH) va utiliser / mettre en œuvre les recommandations.

3.3. Analyse des résultats

L'évaluation de l'EMPPE 37 a visé non seulement l'observation et l'analyse quantitative et qualitative des **réalisations**, mais elle a apprécié aussi les **processus et les mécanismes** de mise en œuvre. Le MISP stagiaire est conscient qu'un formalisme excessif entrainerait une vision réductrice, voire contraire, de la logique même d'un réseau de santé.

L'équipe a seulement un peu plus d'un an de fonctionnement et ne dispose pas de recul suffisant pour bien prendre en compte toutes les dimensions de l'évaluation qui fait partie prenante de la démarche qualité.

Les objectifs de l'équipe

L'EMPPE 37 assure ses missions :

1. en direction des personnes en situation de précarité et d'exclusion (en identifiant des besoins de soins en psychiatrie et en facilitant l'accès aux services de psychiatrie : écoute, aide à l'élaboration d'une demande de soins, dédramatisation du soin psychiatrique, orientation vers une consultation, programmation d'une hospitalisation, référence vers les urgences, l'accompagnement vers le soin, préparation à la sortie) ;
2. en direction des acteurs de première ligne (en proposant du soutien aux partenaires sociaux : informer, dédramatiser, expliquer le travail psychiatrique, écoute orientée, conseil, supervision, etc.) ;
3. en direction d'un réseau de partenaires (en coordonnant les acteurs autour du patient, afin d'optimiser la continuité des soins psychiatriques par une prise de relais adaptée).

La composition de l'équipe

L'équipe pluridisciplinaire est composée de : 1 médecin généraliste (0,40 ETP), 1 assistante sociale (0,5 ETP), 2 infirmières psychiatriques (2 ETP). Un cadre de santé aide l'équipe au niveau organisationnel et logistique. La coordination de l'équipe est assurée par le médecin généraliste, qui est en lien avec le référent psychiatre – le chef du service, le médecin psychiatre du service de rattachement de l'équipe, accomplissent la mise en œuvre du projet.

L'implantation de l'équipe

L'équipe dispose d'un local au CHRU, lui servant de permanence téléphonique, de lieu de synthèse et de coordination des interventions. Ce lieu n'a pas vocation d'être lieu de consultations.

L'organisation et le fonctionnement de l'équipe

L'équipe mobile est constituée en Unité Fonctionnelle. Elle s'appuie sur le service de l'un des quatre secteurs du pôle de psychiatrie du CHRU, auquel elle est rattachée tout en étant autonome et intersectorielle.

Une partie de l'équipe bénéficie d'une double appartenance des soignants à l'équipe mobile spécialisée et à l'équipe de « droit commun » sur la base de temps de travail partagés. Ce partage d'activité est conçu d'une façon à pouvoir faciliter une continuité d'action entre les deux niveaux d'intervention, équipe mobile et services de psychiatrie, tout en prévenant les formes d'épuisement professionnel liées aux spécificités du public visé et au mode de fonctionnement au sein de l'équipe mobile.

Par rapport à son historique, l'équipe a commencé à fonctionner après avoir mené pendant un an des réunions avec les partenaires du domaine social de la ville de Tours et en particulier avec les structures accueillant les personnes en situation de précarité et d'exclusion. Le fait que le projet a été élaboré en concertation avec les équipes du champ social a permis à l'équipe d'intervenir précocement sur le terrain, dès la mise en place du projet du CHRU en début de l'année 2008.

L'EMPPE 37 n'accorde pas de consultations spécialisées, sauf exceptionnellement. L'équipe se donne comme objectif d'orienter les patients vers les CMP et les lieux de soins des secteurs.

A ce jour, l'équipe est en phase d'élaboration des conventionnements « cadres » avec les différents acteurs du champ d'intervention. Par ailleurs, l'équipe a établi une seule convention de partenariat avec les acteurs du champ social.

Actions mises en œuvre

Le recensement des interventions mises en œuvre par l'EMPPE 37 auprès des personnes en situation de précarité et près des professionnels pendant l'année 2008 (tableau n° 1) montre la face visible (quantitative) de l'iceberg qui est le travail d'interface réalisé par l'équipe entre les partenaires sociaux et les partenaires médicaux. Depuis le début du projet, le travail de l'équipe auprès de ces publics vulnérables a nécessité un véritable travail qualitatif sur le long terme afin de créer un climat de confiance, de connaissance mutuelle des partenaires.

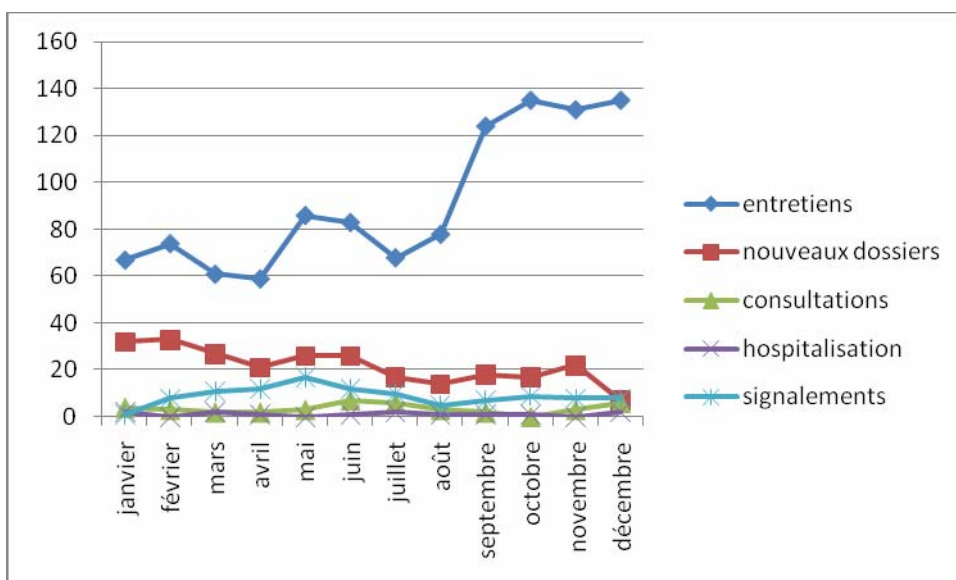
L'équipe effectue des permanences hebdomadaires dans 3 lieux différents d'accueil (21 h /mois) et participe conjointement avec les travailleurs sociaux aux actions régulières de maraudes. Avec un de principaux partenaires sociaux, une analyse de pratiques se met en place progressivement avec la présence du psychiatre de l'équipe tous les deux mois.

Tableau n° 1 - Bilan 2008 des actions mises en œuvre par l'EMPPE 37

Activité réalisée par l'EMPPE 37 en 2008	Dans les structures sanitaires	Dans les structures sociales et médico-sociales	Dans le cadre d'intervention de rue
N° d'intervention auprès des personnes en situation de précarité et d'exclusion	54	1101	112
N° d'intervention auprès des professionnels	126	259	20

On constate la montée en charge des entretiens effectués par l'équipe auprès des personnes, sur les différents sites de permanences. L'équipe a favorisé l'hospitalisation dans les services de psychiatrie publics de 13 personnes et orienté vers une consultation du service public 41 personnes (graphique n° 1).

Graphique n° 1 – L'évolution des interventions effectuées de l'EMPPE 37 auprès du public pendant l'année 2008



Une grande partie de personnes rencontrées par l'équipe souffrent d'addiction principalement à l'alcool mais aussi aux médicaments, aux toxiques. Les professionnels de l'équipe ont identifié un certain nombre de personnes souffrant de troubles qui nécessiteraient un suivi ambulatoire, psychologique ou psychiatrique. Ce besoin n'est que

rarement ressenti par les personnes concernées ou non suivi par une démarche concrète de prise de rendez vous (13).

Un constat : des outils qui font défaut

A ce jour, l'activité de l'EMPPE 37 n'est pas véritablement évaluée parce que les outils manquent et que l'équipe est tentée de remédier à sa manière à cette carence.

Le PMSI, qui est le principal outil dont dispose les établissements de santé aujourd'hui pour procéder à une évaluation de leur activité, ne permet pas actuellement d'évaluer l'activité de l'équipe mobile psychiatrie-précarité.

Cet instrument est d'une faible utilité pour l'équipe mobile. D'ailleurs, d'une façon générale le PMSI dans son principe et ses applications n'est pas suffisamment adapté à la psychiatrie.

L'évaluation actuelle est « artisanale » et ponctuelle

Le travail envisagé devait s'appuyer sur une analyse de données statistiques.

En réalité, lors de l'analyse de données existantes, j'ai constaté que l'équipe mobile avait construit de façon empirique leurs indicateurs, sans pour autant s'interroger sur ce qu'elle cherchait véritablement à évaluer (hors les aspects strictement médicaux).

L'équipe mobile se préoccupe d'évaluer son activité dans le cadre du rapport annuel, mais il n'existe pas actuellement ni de procédures, ni des outils standardisés.

Les indicateurs utilisés ont semblé plus répondre à des considérations et des demandes ponctuelles qu'à une démarche structurée.

L'équipe produit des statistiques en privilégiant certains items quantifiant l'activité :

- des données de nature « administrative » : l'origine des appels, le nombre des personnes vues, etc. ;
- le nombre d'interventions effectuées par l'équipe mobile en direction de personnes en situation de précarité et d'exclusion :
 - le nombre des **signalements** (appels téléphoniques) ;
 - le nombre des **entretiens** sur les différents sites de permanences ;
 - le nombre des patients orientés vers une **consultation** du service public ;
 - le nombre des patients **hospitalisés** dans les services de psychiatries public avec l'aide et l'accompagnement de l'équipe ;
 - le nombre des **nouveaux dossiers** ;
- le nombre d'interventions effectuées auprès des professionnels :
 - le nombre d'actions d'échanges de pratiques et de savoirs : réunions, synthèses ;

- le nombre d'actions de soutien des équipes des acteurs de première ligne par information, conseils, supervisions, soutien ;

Un des objectifs poursuivis par le MISp stagiaire a été de définir une série d'indicateurs simples permettant de compléter qualitativement et d'affiner les données quantitatives, en vue d'une amélioration de la qualité des prises en charge et d'une meilleure allocation des ressources.

Les types de données qui pourraient faire l'objet d'une collecte sont:

1. les indicateurs de moyens (concernent d'une part la structure et d'autre part les outils) ;
2. les indicateurs de fonctionnement (concernent d'une part les caractéristiques des personnes pris en charge et d'autre part l'activité proprement dite de l'équipe mobile) ;
3. les indicateurs de résultat (concernent l'efficacité et la qualité du service rendu).

Pour Quantifier l'activité, l'équipe doit comptabiliser :

- le nombre d'intervention effectuées auprès des personnes en situation de précarité (permanences, entretiens individuels, orientation et accompagnements, groupe d'échange, ateliers thérapeutiques) ;
- le nombre d'interventions effectuées auprès des professionnels (actions de formation, de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs, développement d'un travail en réseau à partir de situations cliniques, soutien des équipes des acteurs de première ligne par information, conseils, supervisions) ;
- le nombre des personnes en situation de précarité suivis par l'équipe mobile au moins une fois pour une période de temps donnée (file active) ;
- le nombre des dossiers traités, le nombre des synthèses ;
- le nombre de consultations effectuées par le psychiatre (en sachant que la mission de l'équipe est d'orienter et accompagner le patient vers le dispositif de soins « de droit commun » le mieux adapté) ;

Ce type d'information est important, puisqu'il permet d'apprécier les volumes ou l'amplitude de travail effectué sous différents aspects : administratif, budgétaire, social, médical ;

Pour apprécier la performance, l'équipe peut envisager de mesurer l'utilité de l'activité :

- en direction de personnes en situation de précarité et d'exclusion : par exemple, mesurer si l'intervention de l'EMPPE permet :
 - l'accroche aux soins : devenir des patients, les modes de prise en charge : (ex : hospitalisation temps plein, ateliers thérapeutiques, etc.) ;

- l'identification des besoins non repérés ou non pris en charge ;
- la prévention de l'aggravation de troubles psychiques et des conduites de rupture ;
- en direction des acteurs de première ligne : par exemple, effectuer des études qualitatives en mesurant :
 - le ressenti des professionnels (qui expriment un sentiment de malaise et d'impuissance par rapport à la particularité du public pris en charge) sur une échelle de 1 à 10 ;
 - l'amélioration des connaissances des acteurs de première ligne ;
- en direction d'un réseau formalisé de partenaires :
 - sanitaires - dans une fonction d'interface au sein de l'établissement de rattachement de l'équipe (conventions, accord préalable sur les modalités d'intervention, projet médical, projet d'établissement, protocoles, règlement intérieur, etc.) ;
 - sociaux - dans une fonction d'interface au sein d'un partenariat pluriel et formalisé sur un principe de réciprocité, permettant aux publics pris en charge de bénéficier de prises globales et continues (conventions, accord préalable sur les modalités d'intervention, les actions développées – en particulier dans le champ de la formation) ;

Pour apprécier la qualité du service rendu aux personnes en situation de précarité et d'exclusion, l'équipe peut utiliser des indicateurs plus précis que les habituels questionnaires de satisfaction, comme par exemple :

- le délai moyen d'intervention de l'équipe mobile après appel au secrétariat ;
- le temps consacré aux prises en charge (par catégories de personnels) :
 - la durée d'intervention par personne / groupe prise en charge ;
- le nombre d'hospitalisation en crise et de ré hospitalisation précoces évitées ;
- les caractéristiques saisonnières de la prise en charge du public ;
- l'évolution de l'incidence des HO chez les SDF depuis la création de l'équipe mobile (enquête spécifique avant/ après) ;
- la valorisation des personnels et progression dans les apprentissages collectifs.

En fonction de la montée en charge de l'activité de l'équipe, la comptabilisation (le recueil des données quantitatives) peut avoir une fréquence plus élevée (2 fois / an ; 1 fois / trimestre).

L'équipe doit poursuivre ses efforts pour concrétiser la formalisation des procédures d'intervention en tant qu'outil indispensable de travail. De manière générale, comme dans

Mirela-Simona POPA ROMBEAU – Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique – 2009

toute démarche qualité, les indicateurs ont vocation à permettre aux promoteurs de s'interroger sur le respect ou le non-respect des modes d'organisation prévus initialement. Il ne s'agit en aucun cas de « sanctionner » le non-respect des procédures prévues, mais d'entamer la réflexion sur les raisons des évolutions constatées dans l'organisation du dispositif.

Les données socio démographiques des patients, qui sont renseignées de manière ponctuelle et non systématique dans le « dossier médical » de l'équipe et qui méritent d'être exploités sont :

- sexe, âge, état civil ;
- mode de vie (seule, famille/couple/autres) ;
- domicile (fixe, stable, précaire, hôpital, sans abri, sans information) ;
- mesure tutélaire ;
- activité (RMI, activité milieu ordinaire/ protégé, retraité, demandeur d'emploi ayant déjà travaillé/ n'ayant jamais travaillé, étudiant, femme foyer, autres), etc. ;

La démarche d'évaluation a bien montré qu'on doit bien discerner les véritables pistes de réflexion pour l'avenir. En ce sens, on peut déjà dès maintenant imaginer d'effectuer:

- des évaluations de l'efficacité - des évaluations à partir des systèmes d'information (en prenant en compte les difficultés, sur les plans théorique et empirique, que pourraient susciter un tel exercice) ;
- des enquêtes spécifiques en analysant : l'incidence des HO chez les SDF avant et après la mise en place d'une équipe mobile ; l'impact des interventions de l'EMPPE sur l'incidence des « perdue de vue ».

3.4. Analyse des difficultés et recommandations

La création toute récente de l'équipe ne lui a pas permis d'aller au-delà de questions d'évaluations quantitatives de leur activité, les indicateurs en termes de l'efficacité étant beaucoup plus complexe à évaluer, faute d'outils communs pertinents et valides.

Un constat dans l'ensemble positif

Les intérêts à la création de l'EMPPE sont exprimés par tous les partenaires car les bénéfices sont à plusieurs niveaux :

- pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion, qui sont orientées plus précocement vers le service approprié ;
- pour les acteurs de premières lignes, qui reçoivent du soutien, du conseil.

L'insuffisante reconnaissance et la carence de communication sur les activités de l'EMPPE 37

Les partenariats existants mais non-formalisés, génèrent l'insuffisante identification des missions exactes de l'EMPPE 37. Une question aigüe qui se pose est : en quoi et jusqu'à quel point l'équipe mobile est disponible pour intervenir ? Cette exigence de lisibilité est absolument indispensable pour que les partenaires sanitaires et sociaux puissent bien cibler leurs « indications » et qu'ils aient une idée précise des capacités et des limites de l'équipe mobile psychiatrie- précarité.

Pour ceux-ci, au sein même de l'établissement de santé de rattachement de l'équipe mobile, les relations avec les autres secteurs de l'établissement doivent être clairement **formalisées**, sur la base d'un accord préalable de l'ensemble des partenaires sur les modalités d'intervention de l'équipe mobile.

Les modalités d'orientation vers les dispositifs de soins de droit commun (ambulatoire, extra-hospitalier, hospitalisation complète) doivent être prévues par une **convention ou un protocole d'intervention**.

L'équipe mobile doit disposer d'un **règlement intérieur** établissant ses modalités d'intervention et clarifiant la place et le rôle des différents intervenants.

Les relations avec les partenaires du secteur social et sanitaire, et en particulier avec les établissements de santé généraux (notamment les services d'urgence et le PASS) feront également l'objet d'une **formalisation** définissant les modalités de recours, de relais et d'intervention réciproques, dans **le cadre de conventions**.

Des effectifs limités pour répondre à des besoins complexes

Les partenaires sociaux, dans la majorité des cas, sont satisfaits des services apportés par l'EMPPE 37 : la collaboration permet la reconnaissance des compétences médicales et paramédicale propres aux équipes mobiles. Toutefois, la majorité des collaborateurs ont exprimé le sentiment de frustration concernant l'insuffisance des ressources humaines par rapport à la complexité des problématiques rencontrées.

Le temps de secrétariat et le temps psychologue, telles que décrites dans la circulaire, doivent être pris en compte dans les moyens attribués au l'équipe mobile.

Le risque d'instrumentalisation de l'EMPPE 37

On identifie deux types de risques d'instrumentalisation de l'équipe mobile : l'EMPPE « assistante sociale » et l'EMPPE « urgentiste ».

Si l'activité est centrée sur la recherche des solutions à des problèmes sociaux, si l'équipe n'arrive pas à filtrer ce type d'exigences, le risque de la pérennité de la structure est remis en cause. L'équipe mobile peut risquer d'être absorbée par les appels d'urgence qui vont perturber implicitement toutes les activités suivies ou programmées auprès des

autres partenaires. Ainsi, une attention particulière doit être accordée au choix pertinent des sites d'intervention.

Un modèle adapté à la situation locale et des principes incontournables de fonctionnement

Selon le MISP stagiaire, il est illusoire de penser qu'il ne doit exister qu'un seul modèle d'EMPP. Mais, dans une logique d'anticipation, pour assurer sa **pérennité**, l'EMPPE 37 doit répondre à certains principes, faute de quoi elle va, soit rapidement s'épuiser, soit se laisser glisser vers des activités qui ne cadrent pas strictement à ses objectifs, soit encore connaître des dérives de fonctionnement lui faisant perdre la crédibilité.

- Des moyens dédiés à l'équipe mobile :

Certains personnels de l'équipe mobile fonctionnent à temps partiels sur cette structure mobile et le reste du temps sur le service de secteur. Cette activité apparaît comme une solution à retenir car elle renforce les liens avec les structures du secteur. Encore faut-il veiller à ce que l'équilibre des moyens affectés à chaque structure soit bien respecté au quotidien. Effectuer des activités programmées, sans avoir des moyens autonomes par des professionnels de psychiatrie déjà surchargés, l'équipe mobile s'expose à des risques inhérents de dysfonctionnement.

Les moyens en personnels à attacher à l'équipe dépendent bien entendu du volume d'activité en fonction des besoins de la population et de la demande des acteurs de première ligne; mais ils dépendent aussi des orientations prioritaires que se fixe l'équipe et de l'environnement social et institutionnel, plus ou moins intéressé à une collaboration et demandeurs de conseils et de formation.

- Un point d'ancrage au niveau des services de secteur de psychiatrie :

Le projet est fondamentalement intersectoriel, l'équipe est rattachée administrativement au pôle de psychiatrie du CHRU du Tours, mais créer une équipe mobile sans disposer par exemple, des lits intersectoriels spécifiques pour les personnes SDF psychotiques relève d'une action insuffisante par rapport aux besoins du public cible, seulement pour se donner bonne conscience. Sans moyens de réponse, l'équipe mobile fait rapidement la preuve de son inutilité.

- La proximité de l'équipe mobile du public cible :

L'équipe mobile doit être au plus près des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

- Une composition pluridisciplinaire de l'équipe :

Il apparaît que chaque configuration d'équipe s'impose dans un contexte local et il serait regrettable de vouloir modéliser la composition de l'équipe.

Le rôle médical de psychiatre doit être plutôt celui d'un référent, qui apporte une réflexion, une expertise, de conseils et une aide méthodologique aux membres de l'équipe et aux partenaires.

A ce jour, le temps paramédical de cadre de santé doit être dédié particulièrement à l'équipe mobile car la recherche de cohérence des actions lui impose de poursuivre les missions de conseil, de soutien et de coordination.

On constate que le recrutement d'une assistante sociale, pour l'EMPPE 37 qui développe actuellement de plus en plus de missions vers les partenaires sociaux, est un élément nécessaire.

Une compétence en psychologue, à temps partiel est souhaitable dans un temps ultérieur du développement de l'équipe. Le rôle du psychologue est défini particulièrement dans le champ du dépistage des troubles cognitifs.

- Une formation initiale et continue adapté au public prise en charge :

Les personnels de l'équipe doivent être expérimentés dans les pratiques de liaison au sein du secteur social et devront, a minima, être formés et connaître les modes d'intervention dans ce secteur.

La formation spécifique doit concerner chaque membre de l'équipe dans son champ de compétence et doit englober la transmission des avis et conseil sur les pratiques à leurs collègues dans les services.

- Une crédibilité basée sur la compétence :

Une compétence reconnue et l'expérience de la prise en charge de personnes en situation de précarité et d'exclusion sont absolument nécessaires pour assurer la crédibilité de l'action.

- Un principe de non-concurrence, un principe de libre-choix du patient :

Dans un souci d'éthique, les personnels de l'EMPPE 37 appliquent le principe de non-substitution. Leur activité se traduit par orientation, accompagnement du public précaire, exceptionnellement par des prescriptions, dont le choix est en règle générale laissé au responsable médical du patient. Ils n'assurent pas les soins et ne se substituent pas aux professionnels du service de droit commun, sauf dans un cadre d'urgence. L'équipe mobile constitue un dispositif complémentaire, intersectoriel, tout en veillant à respecter le principe de libre-choix des patients pris en charge.

- Une meilleure communication sur l'activité de l'EMPPE :

Certes la direction doit annoncer largement l'ouverture de l'EMPPE 37, mais c'est aux personnels de l'équipe elle-même de s'entretenir avec les partenaires sociaux et sanitaires, et leur clarifier les fondements de leur mission.

- La lisibilité des actions :

La lisibilité de l'action est un objectif à ne pas négliger. Elle doit s'appuyer sur la formalisation des appels (procédure ou fiche d'intervention commune à tous les

partenaires) tout comme sur celle des comptes-rendus de réunions, d'avis (dossier spécifique propre à l'EMPPE 37, plus rarement commun à l'équipe et aux services de secteur du CHRU).

- Le suivi des prises en charge :

Dans le but d'une évaluation de l'efficacité de l'action, le suivi de prises en charge, le devenir de patients peut être proposé sous forme de protocole.

- L'évaluation et la valorisation de l'activité de l'équipe :

L'activité des équipes mobiles n'est pas véritablement évaluée de façon concertée sur l'ensemble de la région Centre.

Il convient de rappeler la nécessité de recueillir des données en vue d'évaluer l'activité, mais surtout de prévoir des recherches des indicateurs d'efficacité de ces nouvelles structures et de leur coût/bénéfice.

Il convient de souligner l'encouragement sur les recherches des indicateurs, et en particulier de tester de façon scientifique ceux qui sont jugés pertinents, afin de dégager une série limitée d'items validés, dont d'application pourrait en être ensuite proposée aux toutes les équipes mobiles de la région.

- Favoriser l'informatisation des données médicales et sociales :

L'informatisation des données médicales et sociales de l'EMPP est un enjeu majeur.

- Eviter un formalisme excessif :

La circulaire du 23 novembre 2005 a tracé les grands axes pour la prise en charge réaliste des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion au sein d'une filière de soins structurée, intégrées dans un dispositif coordonné et global.

Il convient de continuer dans cette voie en ne recourant pas à des cadres trop contraignants, qui constitueraient autant d'obstacles à l'innovation et, in fine, à la satisfaction des besoins spécifiques qui, selon les contextes locaux, sont très divers.

Mais, pour démontrer l'existence d'un réel pilotage, l'équipe mobile doit continuer de poursuivre le processus de formalisation des décisions, permettant de disposer d'une trace de l'évolution et de rendre compte de la dynamique de l'organisation.

De plus, pour être pérenne, le fonctionnement de l'équipe doit être structurée de manière à rendre possible une évolution du réseau, notamment la succession dans le temps des types d'organisation.

- Développer la logique de cofinancements :

L'existence de cofinancements est essentielle à la pérennité de l'équipe mobile à une plus juste rémunération de la diversité de leurs activités et de la densité du partenariat qu'elle met en œuvre.

La mutualisation des compétences intra et extra hospitalière peut s'avérer utile pour la qualité des services rendu au patients, il convient de la formaliser par de conventions de

financement avec les collectivités locales en particulier. En effet, l'assurance maladie n'a pas vocation à assurer seule des dépenses de nature sociale.

- Elaborer conjointement un projet sanitaire et social, afin d'élaborer de prises en charges coordonnées :

Le travail d'interface au sein d'un réseau formalisé de partenaires sanitaires et sociaux, fait partie des fonctions de l'équipe mobile et il paraît adéquat que celle-ci ait un rôle de « médiateur » entre les deux champs. Ce rôle est absolument fondamental car il permet le maintien du lien entre les structures, l'acceptation de personnes, qui, sans cet accompagnement, soit ne seraient pas arrivées, soit auraient pu se mettre en situation d'être rejetées d'emblée.

Ainsi, l'équipe doit **renforcer les relations** si elle veut améliorer la prise en charge réaliste des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion. L'équipe mobile, un dispositif complémentaire intersectoriel, par son ouverture sur l'extérieur, peut permettre à l'hôpital de prendre la place qui lui revient au sein de l'organisation en réseau.

- Veiller au respect du secret professionnel :

Les problèmes du secret professionnel élargi et partagé, se simplifient dès lors que les capacités des collaborateurs sont reconnues mutuellement. Dans une logique de proximité des interventions, des actions correctrices doivent être mises en place pour améliorer l'efficacité des échanges entre partenaires. L'échange de données concernant le patient au sein du dispositif global sanitaire et social, doit être formalisé en veillant au respect du secret médical.

- Rechercher continuellement d'adapter ses missions en fonction des besoins de la population du département :

La grande précarité ne concerne plus seulement l'agglomération tourangelle, mais a gagné les zones rurales. De même, les jeunes sont particulièrement touchés.

Ainsi, l'EMPPE 37 qui a une vocation départementale, doit élargir progressivement ses axes d'actions vers les besoins en santé mentale des populations rurales du département de l'Indre et Loire. De même, l'équipe doit prioriser ses actions vers les populations jeunes du département.

QUATRIEME PARTIE : ENSEIGNEMENTS ET PRÉCONISATIONS

L'application des principes généraux d'organisation des soins (**proximité, accessibilité et continuité des soins**) s'impose avec d'autant plus d'acuité dans le domaine de la prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité et d'exclusion, que les publics ciblés sont fortement désocialisés et s'excluent de toute idée de soins ou de prise en charge institutionnelle, alors même que la plupart d'entre eux ont déjà eu à connaître l'hôpital psychiatrique et les modes de prise en charge institutionnelle.

4.1. Discussion

La mission du MISP stagiaire a été d'évaluer l'organisation et le fonctionnement d'EMPP 37 au terme de plus d'un an de fonctionnement, dans le but de veiller à la bonne application de la réglementation et notamment de s'assurer de l'utilité et l'efficacité des actions pour la promotion de la santé des publics concernés.

Pour interpréter la situation dans laquelle il a agi, par rapport aux 9 compétences spécifiques des médecins inspecteurs de santé publique répertoriés dans le référentiel élaboré en 2008 par l'EHESP (62), le MISP stagiaire a mobilisé :

1. Les connaissances partagées par l'ensemble des compétences :
 - le champ des sciences sociales et humaines : (épidémiologie, sociologie, démographie, etc.) ;
 - la physiopathologie des problèmes de santé mentale de population précaires, leurs modes de prévention (repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes) et de prise en charge (la mise en œuvre des premiers stades de l'écoute et du soutien, orientation, accompagnement vers consultation, hospitalisation) ;
 - les différents types d'approche d'évaluation des politiques publiques (analyse diagnostique, d'intervention, des effets, des ressources, de l'activité, de la qualité, de l'atteinte des objectifs), leurs indicateurs (de moyens, de fonctionnement, de résultats) et les stratégies d'action adaptées (entretien, observation, questionnaire), etc. ;
 - le rôle et la place de l'état dans la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité ;
 - les types de financement et les modalités d'allocation de ressources concernant les équipes mobiles (dans une future valorisation à l'activité VAP - financement selon quatre enveloppes : activité, médicaments, MIGAC, géopopulationnel) ;
 - le contexte réglementaire de l'action publique dans le champ de la santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et notamment la circulaire du 23 novembre 2005 (voir la bibliographie concernant les textes législatifs).

1. Les connaissances spécifiques à la compétence n° 6 (Evaluation de dispositifs ou d'actions mis en place pour prévenir et/ou gérer un problème de santé publique) :
 - a. le cadre théorique et la méthodologie de l'évaluation ;
 - b. les différentes techniques de recueil de données : (rencontre de l'opérateur ; visite de terrain ; recherche documentaire) ;
 - c. consultation de documents de planification départementale et régionale ;
 - d. la démarche projet : une démarche professionnelle ancrée dans les potentialités locales qui s'inscrit dans le temps, une démarche stratégique et prospective, globale et systémique ; dans le cas de l'évaluation de l'EMPPE 37 une démarche qui a exigé une prise de distance, a été fondée sur l'action et le changement, est, s'appuie sur la pluralité des points de vue.

4.2. Expliciter le choix et les limites de la méthode de travail

Limites de l'évaluation, liées à la méthodologie de travail

L'évaluation de l'impact de l'équipe mobile est difficile car elle ne correspond pas véritablement à une activité hospitalière classique.

Le choix a été de ne pas aborder le problème de l'évaluation de l'activité de l'EMPPE 37 sous les aspects strictement économique, c'est-à-dire une évaluation dont le fondement et la finalité seraient les prix ou les coûts.

Le choix de ne pas mener une étude de satisfaction auprès du public en situation de précarité a été fait, en considérant que les effets peuvent être mesurés sur des plus longues échéances d'environ une dizaine d'années.

Limites de l'évaluation, liées au nombre de personnes rencontrées

L'échantillon de nombre des partenaires questionnés n'est pas représentatif. L'objectif n'a pas été de prétendre à l'exhaustivité, mais de recueillir un échantillonnage de données reflétant la perception des principaux partenaires. L'étude a été limitée à une analyse des fragments de discours des enquêtés rencontrés en entretiens.

4.3. Le positionnement du médecin inspecteur en tant que maître d'œuvre

Le commanditaire (l'ARH, le directeur DDASS 37) - « le maître d'ouvrage », a désigné le chargé d'évaluation - « le maître d'œuvre », en l'occurrence le MISP stagiaire, qui a eu pour fonction de piloter l'ensemble du processus : organisation matérielle, gestion opérationnelle, animation.

Le rôle du MISP a été de formuler des jugements « **d'aide à la décision** » et de favoriser l'expression de l'ensemble des points de vue, y compris les subjectivités des acteurs concernés et susciter de l'engagement.

Conclusion

Dans une conjoncture où la psychiatrie reconnaît qu'il est nécessaire de redéfinir son champ, en même temps que des acteurs très divers disent agir sur le volet non médical de la santé mentale, l'évaluation de nombreuses pratiques qui se sont développées s'impose fortement (4, 48). Par ailleurs, les professionnels de l'équipe mobile sont les premiers à demander à être reconnus dans leurs fonctions, action et utilité.

Le médecin inspecteur de santé publique, placé au sein de l'administration sanitaire et sociale, a une position privilégiée en ce qui concerne la stratégie départementale et régionale relative aux réponses à la souffrance de personnes en situation de précarité, car il doit effectuer **le pilotage** et **le suivi** des dispositifs mis en œuvre relevant de sa compétence. De même, en tant que maitre d'œuvre, il doit fédérer les compétences au service des besoins des usagers. Pour ceux-ci il doit être capable d'**animer**, de réunir des acteurs de culture professionnelle différente pour les inciter à converger vers une prise en charge croisée d'une même population tout en respectant les compétences des uns et des autres. Le partenariat des acteurs mobilisés autour de la problématique relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité, constitue un outil de **régulation de l'offre de soins** dont le MISP doit organiser la cohérence, à la confluence de la démarche de santé publique relayée par le PRAPS et du maillage du dispositif de soins spécialisés désormais fixé au volet psychiatrie du SROS.

Le rôle du MISP stagiaire dans l'évaluation de l'EMPPE 37 a été de dégager les pistes à mettre en œuvre pour une meilleure prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion sur le département.

Ce travail d'évaluation a mis en évidence qu'en Indre et Loire, l'équipe mobile psychiatrie-précarité, faisant office d'interface entre les partenaires sanitaires et sociaux, joue indiscutablement un rôle de **véritable levier** pour assurer la prise en charge globale de besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité, mais elle doit poursuivre ses efforts pour pouvoir optimiser au mieux les ressources disponibles.

Plusieurs éléments de réussite ont été identifiés : la souplesse des organisations, l'inventivité des professionnels au service des plus fragiles, l'originalité des initiatives particulières.

Toutefois, des difficultés réelles continuent de persister et des freins à une prise en charge globale ressortent. Parmi les obstacles les plus importants on distingue : le

manque des structures intermédiaires et de logements adaptés, la stigmatisation de la maladie mentale, le refus de soin, etc.

On note, comme indice de réussite du MISP stagiaire dans la démarche d'évaluation effectuée, le fait que la résistance au changement a généré parmi les différents acteurs l'expression des tensions et des longs débats. Mais un consensus actif participatif et créatif est préférable à un consensus passif et « mou » qui en ce cas, ne peut être que le signal d'alarme d'un désinvestissement manifeste par rapport aux enjeux.

Globalement, lors de la définition de son action, l'activité du MISP stagiaire s'est adaptée en fonction du contexte et s'est organisée de la manière suivante :

1. analyser la commande (le cahier de charge) ;
2. bien situer le contexte national, régional et départemental de la demande ;
3. bien préciser les rôles de chacun (le MISP en tant que maître d'œuvre) ;
4. consulter les experts nationaux dans la matière (le médecin psychiatre et le médecin DIM de l'hôpital St. Anne à Paris) ;
5. adapter / construire le référentiel d'évaluation en adéquation avec les questions posées (documenter au mieux le référentiel) ;
6. recueillir les données fiables et utiles et en réaliser la synthèse :
 - a. associer tous les acteurs concernés (les membres de l'équipe, les partenaires sanitaires et sociaux) ;
 - b. privilégier la démarche participative pour favoriser l'adhésion aux constats et recommandations : phase d'autoévaluation.
7. produire un jugement impartial et des recommandations robustes et claires ;
8. restituer les résultats de l'évaluation ;
9. planifier le suivi.

Pour conclure :

- La notion de travail en réseau implique **un changement culturel majeur** car le réseau n'est pas une fin en soi même, mais un instrument au service de la mise en lien des acteurs afin d'améliorer les besoins de la population.
- Les enseignements qui ressortent convergent sur un point commun : l'analyse des méthodes d'action des intervenants permet de mieux comprendre les conditions qui favorisent les changements, pour permettre **l'amélioration des pratiques**.
- **L'évaluation** est une démarche qui nous offre **une opportunité** pour apprécier la valeur ajoutée d'un dispositif innovant.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

1. REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n° 98 - 657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, *Journal Officiel de la République Française n° 175 du 31 juillet 1998, p. 11679, Version consolidée au 01 juin 2009 ;*
2. REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n° 2004 - 806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, *Journal Officiel de la République Française n° 185 du 11 août 2004, p. 14277, Version consolidée au 14 mai 2009 ;*
3. REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, *Journal Officiel de la République Française n°150 du 30 juin 1990 p. 7664, Version consolidée au 30 juin 1990 ;*
4. REPUBLIQUE FRANCAISE, Décret n° 98 – 1048 du 18 novembre 1998, relatif à l'évaluation des politiques publiques, *Journal Officiel de la République Française n° 269 du 20 Novembre 1998, p. 17531, Version consolidée au 06 juillet 2008 ;*
5. REPUBLIQUE FRANCAISE, Décret n° 2009 – 554 du 20 mai 2009 relatif à la mesure de la pauvreté, *Journal Officiel de la République Française n° 0117 du 21 mai 2009, p. 8490 ;*
6. REPUBLIQUE FRANCAISE, Décret n° 97 - 360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé, *Journal Officiel de la République Française n° 91 du 18 avril 1997, p. 5873 ;*
7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, MINISTÈRE DELEGUÉ À LA COHÉSION SOCIALE ET À LA PARITÉ, Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005 – 521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, *texte non paru au Journal Officiel ;*
8. MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ, Circulaire DGS/SD6D n° 2002/ 100 du 19 février 2002 relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS) de 2^{ème} génération ;
9. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, Circulaire DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV n° 2002 – 393 du 2 août 2001 d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale ;

10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Circulaire DHOS/O2 n° 507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération, *texte non paru au Journal Officiel* ;

Documentation locale

11. Offre sanitaire, médico-sociale et sociale en psychiatrie et santé mentale en Région Centre - Etat de lieux 2008, Suivi régional du plan Psychiatrie Santé Mentale, publication de l'ARH Centre ;

12. Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins de deuxième génération, publication de la DRASS Centre ;

13. Rapport d'activité, 2008, Equipe Mobile Psychiatrie Précarité Exclusion du CHRU de Tours ;

14. Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de 3^{ème} génération de la région Centre, publication de l'ARH Centre ;

15. Statiss 2007, Statistiques et indicateurs de la santé et du social, publication de la DRASS Centre ;

16. Statiss 2008, Statistiques et indicateurs de la santé et du social, publication de la DRASS Centre ;

Mémoire de l'ENESP

17. Mémoire MISP 2005, Delphine SEGOND, « Souffrance psychique et précarité : formation croisée entre acteurs de la psychiatrie et du secteur social. L'exemple du Nord-Pas-de-Calais » ;

18. Mémoire IASS 2005, Marie-Liesse KELCHE, « Le réseau parisien Psychiatrie-Précarité : Socle partenarial entre les secteurs et les CHRS au service des malades mentaux » ;

Rapports, Plans, Etudes

19. Choquet M., Ledoux S., « Adolescents », INSERM, Paris, 1994 ;

20. Couty E., « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », rapport, janvier 2009 ;

21. Colvez A. et coll., « Etude des inégalités sociales en matière d'incapacité dans la population française », La santé de l'homme : dossiers n° 2, n° 301 de la Santé de l'homme, 1993, p. 16-30 ;

Mirela-Simona POPA ROMBEAU – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2009

22. Cong H. Q., « Les nouveaux patients des centres de soins gratuits en 1990, français, maghrébins, étrangers », rapport CREDES, n° 903, Paris, 1991 ;
23. Desplanques G., « L'inégalité sociale devant la mort », Données sociales, INSEE, Paris, 1993, p. 251-258 ;
24. Duval M., Pichard M., « Les inégalités cantonales de santé en région Centre, une répartition territoriale des déterminants de santé », ORS Région Centre, 2003 ;
25. Haut Comité de la Santé Publique, « La Santé en France en 1994 - 1998 », rapport triennal, Paris, La Documentation Française, 1998 ;
26. Haut Comité de la Santé Publique, « La Santé en France en 2002 », rapport triennal, Paris, La Documentation Française, 2002 ;
27. Haut Comité de la Santé Publique, « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé », La Documentation Française, 1998 ;
28. Inspection Générale des Affaires Sociales, « Politiques sociales de l'Etat et territoires », rapport annuel, IGAS, 2002 ;
29. Inspection Générale des Affaires Sociales, « Santé, pour une politique de prévention durable », rapport annuel, IGAS, 2003 ;
30. Milon A., Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France, Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé, mai 2009 ;
31. Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion, Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2001-2002, Paris, La Documentation Française, 2002 ;
32. Organisation Mondiale de la Santé, « Rapport sur la santé dans le monde 2008 », Genève : OMS, 2008 ;
33. Organisation Mondiale de la Santé, « Santé 21 : La santé pour tous au 21^{ème} siècle », OMS, 1999 ;
34. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional Europe, Rapport sur la santé en Europe 2002. Genève : OMS, 2002 ;

Dossiers en ligne

35. Le journal des équipes mobiles psychiatrie- précarité, N° 0, septembre 2007 sur : <http://www.ch-sainte-anne.fr/site/soins/soinsPsy/servAdult/smes/doc/JEMPPSeptembre2007.pdf> ;
36. Le journal des équipes mobiles psychiatrie- précarité, N° 1, décembre 2007 sur : <http://www.ch-sainte-anne.fr/site/soins/soinsPsy/servAdult/smes/doc/JEMPPn1decembre2007.pdf> ;
37. Le journal des équipes mobiles psychiatrie- précarité, N° 2, septembre 2007 sur : http://www.ch-sainte-anne.fr/site/soins/soinsPsy/servAdult/smes/doc/JEMPP2Septembre_2008.pdf ;
38. La lettre n° 2 de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, avril 2009 sur : http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre2_7.pdf ;

39. Plan psychiatrie et santé mentale, 2005 - 2008 sur : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sante_mentale/plan_2005-2008.pdf;
40. Site de la Mission Nationale d'Appui en Sante Mentale sur : <http://www.mnasm.com/> ;

Revues et Ouvrages

41. Brousselle A., Champagne F., Contandriopoulos A.-P., Hartz Z., « L'évaluation : concepts et méthodes », Paramètres, Les Presses de l'Université de Montréal, Canada, janvier 2009 ;
42. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques Centre, « En région Centre, des revenus et un niveau de vie élevés », INSEE Centre Info n° 152, décembre 2008 ;
43. Lebas J., Chauvin P., « Précarité et santé », Flammarion, 1998 ;
44. Mission Nationale d'Appui en Sante Mentale, « Le rapport COUTY », Pluriels n° 78, avril 2009 ;
45. Mission Nationale d'Appui en Sante Mentale, « Des réseaux pour la santé mentale », Pluriels n° 17, avril 1999 ;
46. Mission Nationale d'Appui en Sante Mentale, « Equipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité. Un bilan et des perspectives », Pluriels n° 67, juin 2007 ;
47. Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, La lettre n° 2, avril 2009 ;
48. Thoenig J.-C., « Evaluation des politiques publiques », L'Harmattan, 1998 ;

Articles

49. Avray L., et al., « Santé, soins et protection sociale en 2000 », Questions d'économie de la santé, n°46, CREDES, 2001 ;
50. Bertolotto F., « Cahiers des charges de l'évaluation externe des réseaux de santé », Rhizome, Bulletin national santé mentale et précarité, N ° 34, Mars 2009 ;
51. Busson O., et al., « Environnement local, santé, soins et protection sociale. », Questions d'économie de la santé, n°19, CREDES, 1999 ;
52. Cambois E., Robine, J.-M., « Apport des indicateurs d'espérance de vie sans incapacité à l'étude des inégalités sociales de santé », Santé publique 2001, volume 13, n° 2, 2001 ;
53. CNAM, « La consommation médicale des bénéficiaires de la CMU », *Points de conjoncture*, n°4 - 5, septembre 2002 ;
54. Darcourt G., « Précarité et troubles psychiques, quelle politique ? », *Pratiques en santé mentale*, n° 1, 2002 ;

55. Gwatkin D. R., « Inégalités de santé et santé des pauvres : que sait-on et que peut-on faire? », Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, recueil d'articles n°3, 2000 ;
56. Joubert M., « Santé mentale et évaluation : une place nécessaire pour le ressenti », Rhizome, Bulletin national santé mentale et précarité, N° 14, Janvier 204 ;
57. Mercuel A., « Equipes mobiles psychiatrie - précarité. Bilan d'étape et perspectives », Réflexions Hospitalière, N° 517, juillet - août 2007 ;
58. Mercuel A., « Evaluation(s) ? », Rhizome, Bulletin national santé mentale et précarité, N ° 34, Mars 2009 ;
59. Mesrine A., « Les différences de mortalité par milieu social restent fortes », Données Sociales - La société française, Insee, 1999 ;

Autres

60. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, « Guide d'évaluation des réseaux de santé », juillet 2004 ;
61. Conseil Scientifique de l'Évaluation, « Petit guide de l'évaluation des politiques publiques », La Documentation Française, 1996 ;
62. EHESP, « Référentiel des compétences spécifique des médecins inspecteurs de santé publique », 2008 ;

Liste des annexes

ANNEXE I

Moyens attribués au MISP stagiaire.....II

ANNEXE II

Liste des personnes ressources enquêtées et leurs fonctions.....III

ANNEXE III

Guide d'entretien semi-directif destiné à l'EMPPE 37.....IV

ANNEXE IV

Questionnaire Partenariat EMPPE :

1. Questionnaire Partenariat EMPPE - volet sanitaire.....VII

2. Questionnaire Partenariat EMPPE - volet social.....VIII

ANNEXE V

Cahier de charge technique des équipes mobiles spécialisées de psychiatrie destinées à favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion.....IX

ANNEXE I : Moyens attribués au MISP stagiaire

Outils et moyens mises à la disposition:	L'utilisation du MISP stagiaire :
- la logistique : <ul style="list-style-type: none"> ➤ un secrétariat ➤ les salles de réunion, les ➤ matériels en libre service (ex : appareil photo, etc.) 	- oui : <ul style="list-style-type: none"> ➤ un temps de travail limité et non spécialisé, ➤ la disponibilité ne pose pas des problèmes,
- le courrier, la reprographie, les fournitures	- oui ;
- la téléphonie, la télécopie	- oui ;
- la conférence téléphonique	- oui ;
- la visioconférence	- oui : besoin de programmation en amont ;
- les déplacements dans le cadre de la mission	- oui ;
- les véhicules de service	- oui ;
- l'environnement informatique	- oui : les réseaux et leurs services – Intranet et Internet ministériel - portail, la messagerie électronique et ses services, les applications informatiques de la DRASS du Centre / DDASS 37, le site Internet DRASS /DDASS, site GRSP Centre, etc. ;
- la formation initiale et continue	- oui : <ul style="list-style-type: none"> ➤ participation au module : « <u>la démarche d'évaluation appliquée à l'action publique</u> » organisée du 6-10 avril 2009 à Rennes (responsable : Dr. Françoise JABOT) ; ➤ participation à la 2^{ème} Journée Nationale des Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité, organisée le 27 mars 2009 au Centre Hospitalier Sainte Anne à Paris ;
- la documentation	- oui ;

Le MISP stagiaire a bénéficié d'un nombre satisfaisant des outils et moyens de travail.

ANNEXE II : Liste des personnes ressources enquêtées et leurs fonctions

- Chargée de mission santé mentale à l'ARH Centre ;
- Médecin Inspecteur de Santé Publique – correspondant régional du PPSM,
- Référent régional du PRAPS région Centre ;
- Médecin Psychiatre, Service d'Appui « Santé Mentale et Exclusion Sociale », CH Ste. Anne, Paris ;
- Médecin DIM, CH Ste. Anne, Paris ;
- Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale DDASS 41, référent EMPP 41 ;
- Professeur Santé Publique, CHRU Tours ;
- Médecin DIM, CHRU Tours ;
- Médecin Psychiatre, responsable EMPPE 37 ;
- Médecin Psychiatre, Centre de Cure Louis Sevestre ;
- Assistant social, Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation pour l'Urgence Sociale ;
- Chef de service coordinateur Accueil de Jour ;
- Responsable, Centre d'hébergement d'urgence pour femmes ;

ANNEXE III :

Guide d'entretien semi-directif destiné à l'EMPPE 37

A. Fonctionnement et organisation :

Quand l'équipe a débuté effectivement son activité ?

Quelle est la composition de l'équipe (PH, IDE, Psychologue, Educateur, Assistante sociale, Cadre de santé, Secrétariat, Autre) ?

Quel professionnel assure la coordination médicale?

Est-ce que vous avez un projet médical d'établissement ? Quels sont les rôles spécifiques de l'EMPP ? Quel sont les modalités de relais entre les intervenants ?

Concernant la prise en charge pour les personnes en situation de précarité, est-ce que vous avez un « projet conjoint sanitaire et social » ?

Existe-t-il des partenariats avec les acteurs du secteur sanitaire ? (Les quatre secteurs de psychiatrie et l'intersecter de pédopsychiatrie, le CSST, la PASS, les urgences.)

Existe-t-il des partenariats avec les praticiens libéraux ?

Existe-t-il des partenariats avec les acteurs de première ligne du secteur social ? (le CASOUS, les accueils de jour, les CHR, les structures d'hébergement, les CADA, autres).

Quels sont les difficultés rencontrées pour assurer la fonction d'interface entre le secteur psychiatrique et social ?

Quels sont les difficultés rencontrées concernant le travail de prévention, d'éducation, de lien entre les 2 secteurs : sanitaire et social ?

Existe-t-il des partenariats avec des acteurs des collectivités territoriales ? Lesquels ? (Les mairies, les CCAS, Autres.)

La collaboration entre les acteurs du réseau est elle positive ?

Les modalités des collaborations sont elles formalisées au sein de protocoles ? Lesquels ?

Les conventionnements « cadres » sont ils - déclinés dans des fiches d'intervention, des types de mode opératoire ?

La procédure qualité de CHRU permet une traçabilité et une évaluation des actions ?

Mirela-Simona POPA ROMBEAU – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2009

Existe-t-il un règlement intérieur ? Si existe, il est le fruit de concertation des tous les membres de l'EMPP ? Le règlement intérieur décline les modalités d'intervention et les rôles des différents intervenants ?

Existe-t-il des préoccupations concernant la recherche des co-financements (PRSP, action sociale menée par le CG et la DDASS, FICQS) ?

Quels sont les lieux d'intervention ? (CMP, Domicile patient, Établissement pénitentiaire, Établissement scolaire, Établissement social avec / sans hébergement, PMI, Unité d'hospitalisation, Unité d'urgence, etc.)

Quels sont les éléments positifs de l'intervention ?

Quels sont les éléments négatifs de l'intervention ?

Quels sont les limites des actions ?

Quels sont les axes d'amélioration ? Globalement, quels sont les difficultés rencontrés ?

B. Les actions mises en œuvre :

I. Les actions mises en œuvre en direction des personnes en situation de précarité

Préciser le nombre d'intervention en fonction de type d'activité : dans les structures sociales et médico-sociales ; dans les structures sanitaires ; dans le cadre des interventions de rue.

Existe-il des permanences (IDE, etc.) dans les lieux repérés et fréquentés par les personnes en difficulté (CADA, structures d'hébergement : CHRS, hébergement d'urgence, lieux de vie, accueils de jours, etc.) ?

L'équipe effectue des entretiens et suivis individuels (soutien/évaluation des besoins/identification de troubles mentaux) ?

Préciser le nombre d'intervention concernant l'accueil, l'orientation et l'accompagnement vers des prises en charge de « droit commun » (dont préparation à l'hospitalisation et aux sorties d'hospitalisation) ?

L'équipe a mis en œuvre des groupes de paroles ou d'échanges et ateliers thérapeutiques ?

L'équipe effectue des activités de maraude en zone urbaine et suburbaine ?

II. Les actions mises en œuvre en direction des professionnels

Préciser le nombre d'intervention en fonction de type d'activité : dans les structures sociales et médico-sociales ; dans les structures sanitaires ; dans le cadre des interventions de rue ?

L'équipe a mis en place des actions de formation : au dépistage précoce des troubles psychique et /ou sur le suicide ?

L'équipe a mis en place des actions de formations sur des problématiques liées à la précarité, adaptées pour répondre à des besoins croisés des professionnels de santé et des travailleurs sociaux ?

Quels sont les actions de soutien des équipes de première ligne ? Écoute, Information, Sensibilisation, Conseil, Supervision ?

L'échange d'information s'effectue dans le cadre des actions de reconnaissance, d'échange de pratiques et de savoirs ?

Le développement du travail en réseau s'effectue à partir de l'examen de situations cliniques ?

C. Evaluation, Suivi :

Vous avez effectué un rapport annuel 2008 ? Vous avez effectué un rapport intermédiaire 2009 ?

Comment mesure l'équipe ses actions par rapport a ses missions concernant les publics visés (les personnes en situation de précarité et d'exclusion / les professionnels) ?

ANNEXE IV

1. Questionnaire Partenariat EMPPE – volet sanitaire

A. Fonctionnement et organisation :

1. Quelle coordination existe-t-il entre votre structure et l'équipe mobile ?
2. Les modalités des collaborations sont formalisées au sein de protocoles ?
3. Quels sont les objectifs opérationnels du partenariat ?
4. Quels sont les résultats à atteindre pour vérifier les réponses aux objectifs opérationnels ?
5. Quels sont les moyens de communication et les circuits d'information utilisés avec l'équipe mobile ?
6. Procédez –vous à des mesures de la satisfaction des usagers ? Avec quels outils ? Depuis quand ? À quelle fréquence ? (ex. de critères de satisfaction, en tenant compte de la particularité du public pris en charge).
7. La collaboration entre les acteurs est elle positive ?
8. Existe-t-il un plan de développement de la collaboration ?
9. Quels sont les axes d'amélioration ?
10. Quelles mesures correctrices avez-vous mises en place pour améliorer le partenariat ?

B. Actions mises en œuvre :

1. Quels sont les actions mises en œuvre pour atteindre les objectifs, avec éventuellement l'échéancier des actions mises en œuvre ?
2. Décrire la nature des différentes actions mises en place.
3. Existe-t-il des lits intersectoriels spécifiques pour personnes SDF psychotiques ?
4. Existe-t-il un échange formalisé de données concernant la personne pris en charge ?
5. Des actions correctrices ont-elles été mises en place pour améliorer l'efficacité des échanges ?
6. Le partenariat a-t-il modifié les principes et pratiques de prises en charge de populations précaires ?
7. Globalement, quels sont les difficultés rencontrées ?

2. Questionnaire Partenariat EMPPE – volet social

A. Fonctionnement et organisation :

1. Quelle coordination existe-t-il entre votre structure et l'équipe mobile ?
2. Les modalités des collaborations sont formalisées au sein de protocoles ?
3. Quels sont les objectifs opérationnels du partenariat ?
4. Quels sont les résultats à atteindre pour vérifier les réponses aux objectifs opérationnels ?
5. Quels sont les moyens de communication et les circuits d'information utilisés avec l'équipe mobile ?
6. Concernant la prise en charge pour les personnes en situation de précarité, avez-vous un projet conjoint sanitaire et social ?
7. Comment les usagers sont impliqués dans le fonctionnement du travail en réseau ? Procédez –vous à des mesures de la satisfaction des usagers ? Avec quels outils ? Depuis quand ? À quelle fréquence ? (ex. de critères de satisfaction, en tenant compte de la particularité du public pris en charge).
8. La collaboration entre les acteurs est elle positive ?
9. Existe-t-il un plan de développement de la collaboration ?
11. Quels sont les axes d'amélioration ?
12. Quelles mesures correctrices avez-vous mises en place pour améliorer le partenariat ?

B. Actions mises en œuvre :

1. Quels sont les actions mises en œuvre pour atteindre les objectifs, avec éventuellement l'échéancier des actions mises en œuvre ?
2. Décrire la nature des différentes actions mises en place (ex. : rencontre interdisciplinaire pour faire une revue des personnes suivies).
3. Existe-t-il un échange formalisé de données concernant la personne pris en charge ?
4. Des actions correctrices ont-elles été mises en place pour améliorer l'efficacité des échanges ?
5. Le partenariat a-t-il modifié les principes et pratiques de prises en charge de populations précaires ?
6. Globalement, quels sont les difficultés rencontrées ?

ANNEXE V

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

(Contenu dans l'annexe de la **Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005**)

1. Les publics visés

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

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

2. Les missions et les principes d'action

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

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

- d'aller au-devant de ces publics, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire .
- d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité.

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

3. La palette d'actions mises en œuvre

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

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

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

Entretiens individuels contribuant notamment à l'évaluation des besoins, y compris en urgence.

Accueil, orientation et accompagnement vers des prises en charge de « droit commun » (dont préparation à l'hospitalisation et aux sorties d'hospitalisation).

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

3.2. En direction des acteurs de première ligne

Actions de formation (notamment formations croisées de professionnels de santé et de travailleurs sociaux) sur les problématiques liées à la précarité.

Actions de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs.

Mirela-Simona POPA ROMBEAU – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2009

Développement du travail en réseau à partir de l'examen de situations cliniques.
Soutien des équipes de première ligne (information, conseil, supervision).

4. Le fonctionnement

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

4.1. Une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un psychiatre

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

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

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

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

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

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

Les relations avec les partenaires de première ligne et les établissements de santé généraux (notamment les services d'urgences et les PASS) feront également l'objet d'une formalisation définissant les modalités de recours, de relais et d'intervention réciproques, dans le cadre de conventions. Les formes les plus abouties de ces coopérations pourront se concrétiser au sein de réseaux de santé.

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

5. Les financements

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

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