

## **Equipe mobile, psychiatrie précarité**

Écrit par Pascal PANNETIER

Mercredi, 04 Juin 2014 08:56 - Mis à jour Vendredi, 10 Octobre 2014 13:32

---

(Cycle de formation 2014, du 2 au 7 juin 2014 - VERS 46090)

Thème préparé par: Mme HOCHARD Paulette, TOMELLINI Anne Emmanuelle (IDE),  
CESARINI Mélanie (ISP) - Dr PANNETIER Pascal

Notes de l'atelier rédigées par : Eric JULLIAND

---

## **EQUIPE MOBILE PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ**



### DÉFINITION

L'EMPP a une fonction de liaison au sein d'un partenariat pluridisciplinaire, reposant sur la volonté réciproque des différents acteurs.

L'objectif principal est d'organiser des parcours permettant aux personnes en situation de précarité d'accéder aux soins et de bénéficier de prise en charge globales et continues.

La nécessité d'élaborer des articulations protocolisées et conventionnées se situe à plusieurs niveaux :

-

Au sein du dispositif de soin psychiatrique :

-  
-

Répondre à la nécessité de continuité des soins

-

Eviter la succession de séquences de soins

-

Prévenir les recours itératifs aux services d'urgences ou aux hospitalisations sous contrainte.

-

Entre le dispositif de soin spécialisé et les autres acteurs du champ sanitaire prenant en charge ces publics (notamment le SAU)

-

Entre le dispositif de soin spécialisé ou non et le dispositif social et médico social

Le réseau psychiatrie et précarité a été crée pour répondre aux besoins spécifiques des personnes les plus démunies. Il est organisé pour la prévention et la prise en charge des soins psychiatriques des populations défavorisées où qu'elles se trouvent.

Il n'y a pas de pathologies spécifiques de l'Homme à la rue, mais des souffrances multiples liées entre autre, à l'altération de l'image de soi, aux frustrations et au sentiment de honte.

Vivre une telle situation d'exclusion sociale a des conséquences psychiques : n'être plus un objet de désir, n'avoir plus de place, n'être plus reconnu, devenir objet de rejet et de mépris.

Les drogues et l'alcool achèvent le déni et l'anesthésie de soi.

« Les SDF ont une histoire, des ruptures, des blessures, des failles de même nature que celles qui conduisent nos patients insérés à faire la démarche d'une demande d'aide.

*Dans un tel mode de vie, comment repérer que l'on est dépressif quand de toute façon, l'avenir se réduit au fait de savoir si l'on aura un repas dans les heures qui suivent où si l'on pourra dormir quelques heures en sécurité.*

*Comment et pourquoi prendre une distance vis-à-vis de l'alcool, des drogues, nécessaires, indispensables compagnes du froid, du désœuvrement, de la solitude, de la peur. » Drs P.Henry, M-H Lemaire « Impact Médecin Hebdo n°350- 24/01/97 »*

## **CADRE LÉGISLATIF**

*D'un point de vue historique, les EMPP ont commencé à voir le jour dès 1995. Depuis le plan psychiatrie santé mentale et les budgets inhérents à ce plan, de nombreuses équipes se sont mises en place. La circulaire du 23 Novembre 2005 est venue donner un cadre très ouvert à ces actions, et chaque équipe, qu'elle soit ancienne, récente ou en gestation y a trouvé un appui dans ses pratiques.*

L'EMPP s'inscrit donc dans le cadre juridique :

**De l'article 67 de la loi n° 98-657 du 29 Juillet 98 relative à la lutte contre les exclusions.**

« L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de la santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que les collectivités locales et territoriales et les organisme d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des personnes les plus démunies ».

**De la circulaire DHOS/02/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.

« L'hôpital doit, au –delà de sa mission de soin, contribuer au dépistage des souffrances sociales et s'attacher à établir un premier contact médical avec des populations qui ne peuvent plus, ou n'osent plus venir vers lui. » cf rapport Pr J.LEBAS

### **EMPP DU SPUL DE METZ**

Actuellement, nous sommes 3 référentes EMPP au sein de l'équipe du SPUL. Nous nous mobilisons dans le cadre d'un protocole d'intervention établi entre le SPUL et l'AIEM. (Association d'Information et d'Entraide Mosellane, qui a pour objectif d'informer et d'insérer toutes les personnes en difficultés)

Face aux troubles du comportement rencontrés par l'équipe mobile de rue, nous devons réaliser :

-

Une évaluation des troubles nécessitant une prise en charge psychiatrique ou non

-

Une amélioration de l'accessibilité aux soins et l'adhésion du patient lorsque le diagnostic est posé

-

Des transmissions au sujet du patient suite à une prise en charge au SAU et/ ou au SPUL

-

Une liaison avec les partenaires sociaux, de la structure de soins proposée (CMP, cliniques...), de manière à pouvoir assurer la continuité du suivi à la sortie. (accompagnement social.)

*« En résumé, notre travail consiste à rendre accessibles les circuits d'aide et de soins normaux, habituellement efficaces, mais qui dans l'urgence, la crise, ou la spécificité de la précarité sont mis en échec ou au contraire abusivement sollicités. (L'hospitalisation peut être un facteur d'exclusion supplémentaire.)*

*La répétition des passages, l'impuissance face à certaines situations, la difficulté de communiquer en réseau rendent l'éthique d'autant plus indispensable : il faut préserver la dignité humaine du sujet souffrant. » Dr P.Pannetier « Psychiatrie et exclusion » conférence du 11/02/97 « Soigner sans exclure »*

-

*Nos missions se situent actuellement à deux niveaux :*

-

-

**Au niveau de l'urgence : évaluation conjointe de la situation :**

-

-

-

## Equipe mobile, psychiatrie précarité

Écrit par Pascal PANNETIER

Mercredi, 04 Juin 2014 08:56 - Mis à jour Vendredi, 10 Octobre 2014 13:32

---

Déplacements sur site, programmés ou en urgence.

- 
- 
- 

Appuyer une demande d'intervention du SAMU pour un transfert au SAU où le patient sera orienté sur le dispositif de soin après évaluation.

- 
- 

- Faire le lien entre le C15 , le SAU après signalement des partenaires sociaux.

-

**Au niveau de la prévention :**

-

-

Sensibiliser les partenaires sociaux à la différence entre souffrance psychique inhérente à la vie précaire et troubles découlant d'une pathologie mentale plus lourde. (Schizophrénie ou autre pathologie psychiatrique, la marginalisation pouvant en être les prémices.)

## Equipe mobile, psychiatrie précarité

Écrit par Pascal PANNETIER

Mercredi, 04 Juin 2014 08:56 - Mis à jour Vendredi, 10 Octobre 2014 13:32

---

-  
-

Maraudes dans les rues de Metz les mercredis soirs afin d'aller à la rencontre des usagers, se faire connaître, repérer ou pour évaluer une personne signalée par les éducateurs de rue.

-  
-

Présence sur site à la Boutique Solidarité (Fondation Abbé Pierre) le jeudi matin.

## Equipe mobile, psychiatrie précarité

Écrit par Pascal PANNETIER

Mercredi, 04 Juin 2014 08:56 - Mis à jour Vendredi, 10 Octobre 2014 13:32

---

-  
-

Réunion de veille sociale, les vendredis matin, ce qui permet de faire le lien avec le réseau sanitaire et social sur le trajet des personnes en grande précarité sur la ville de Metz.

-  
-

Maintien du lien avec les usagers rencontrés.

-

*Pathologies prévalentes dans la rue :*

-

*Nous sommes régulièrement sollicités pour :*

-  
-  
-

*des manifestations délirantes*

-

*des troubles thymiques...*

*Toute la difficulté se situe dans la compréhension et l'analyse de ces manifestations, en tenant compte des co-morbidités potentiellement associées. (Alcool, cannabis, héroïne,*

*décompensation de pathologies somatiques...)*

*Dans l'idéal, un transfert sur le SAU sera organisé afin de réaliser un bilan somatique.*

**Nos pratiques** : ☐ *Entretiens dans la rue ou au SAU*

□ *Organisation d'une hospitalisation en SPL ou SPDT depuis la rue ou le SAU.*

□ *Orientation, si besoin sur les structures extra hospitalières pour la mise en place d'un suivi.*

-

*Toutefois la réalité nous confronte à des limites□ :*

-

## Equipe mobile, psychiatrie précarité

Écrit par Pascal PANNETIER

Mercredi, 04 Juin 2014 08:56 - Mis à jour Vendredi, 10 Octobre 2014 13:32

---

Défaut de réactivité auprès des partenaires sociaux faute de disponibilité de l'infirmier référent, qui doit se détacher de sa fonction au SPUL pour intervenir. (Eloignement géographique, flux des urgences...)

-

Difficultés d'appréhension vis-à-vis d'un public réticent à la psychiatrie

-

Difficulté de maintien du lien du fait de l'itinérance de cette population

**CAS CONCRETS ...**