

Équipe mobile psychiatrie précarité de Saint-Étienne : « *Aller vers les laissés-pour-compte pour leur permettre d'accéder aux soins* »

Entretien avec Mathias Poitou, psychologue clinicien, centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne, psychologue, Équipe mobile psychiatrie précarité Interface, Hôpital La Charité.

La Santé en action : Quelles sont les missions de cette équipe mobile psychiatrie précarité ?

Mathias Poitou : Petit rappel du contexte : en 1999, le pôle de psychiatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Étienne se saisit de la loi Aubry relative à la lutte contre les exclusions et il met en place un dispositif innovant en créant Interface, première équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP)

du département de la Loire. Deux décennies plus tard, cette unité a été considérablement étoffée et inclut à ce jour quatre équivalents temps plein (ETP) d'infirmiers diplômés d'État (IDE), cinq psychologues (3,3 ETP), 0,2 ETP d'interne en psychiatrie, un ETP de secrétaire et 0,3 ETP de cadre de santé. Ce développement peut s'expliquer par la volonté des tutelles, le soutien de la cheffe de service et la prise en



© Sébastien Godéroy

Dossier
« *Aller-vers* » pour promouvoir la santé des populations



© Pierre Faure

L'ESSENTIEL

► **Psychologues, infirmières et autres professionnels de l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) de Saint-Étienne vont vers les publics en situation précaire, dans les rues, dans les structures sociales pour identifier leurs besoins, les orienter et leur permettre d'accéder au dispositif de soins. Ils assurent une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes de travailleurs sociaux. Cependant, le maillage médico-social pour prendre le relais après le travail de l'EMPP n'est pas toujours assuré. Témoignage de l'un des psychologues.**

compte des spécificités de ce territoire, particulièrement concerné par la précarité. L'équipe mobile psychiatrie précarité intervient sur un bassin d'environ 200 000 habitants. Sur cet ancien territoire minier et industriel, une grande précarité sociale et financière atteint une partie importante de la population constituée au fil de nombreuses vagues d'immigration. Toutefois, l'équipe mobile peut compter sur un tissu associatif dynamique et sur un marché de l'immobilier permettant aux plus fragiles d'occuper un logement. En vingt ans, l'équipe a créé différents dispositifs : permanences dans les foyers, maraudes, groupes thérapeutiques, interventions à domicile, travail du groupe traitant de l'incurie¹ de l'habitat à la mairie de Saint-Étienne, etc.

S. A. : **Comment intervenez-vous ?**

M. P. : L'équipe a adossé sa pratique aux missions principales des EMPP, réaffirmées dans la circulaire de 2005, à savoir : tout d'abord, aller au-devant des publics en situation de précarité, des « décrochés du système » – quel que soit le lieu : dans un quartier, dans

la rue, dans les institutions sociales, que les individus souffrent ou non d'une pathologie mentale – 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 ou « rencontrer, apprivoiser, évaluer, orienter » ; ensuite, assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes de travailleurs sociaux 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 ou « faire réseau, faire lien entre l'hôpital et la cité ».

S. A. : **Quels sont les principes éthiques de votre équipe ?**

M. P. : La création des EMPP et la réalité de notre quotidien professionnel s'inscrivent dans la lignée de la Charte d'Ottawa. La promotion de la santé, la prise en soin globale de toutes les personnes constituent nos fondements éthiques d'intervention, quels que soient leur demande... ou leur absence de demande, leur statut et leur trajectoire de vie. En 2014, le Conseil de l'Europe a formalisé trois principes éthiques essentiels qui questionnent nos interventions quotidiennes de soignants : 1) l'autonomie des usagers. Lors de chaque rencontre, tentative d'accroche, d'apprivoisement mutuel, nous veillons à ne pas imposer une vision soignante ou normative. C'est un travail – préalable à l'orientation vers les soins – d'accueil de l'Autre dans sa réalité et son fonctionnement ou son dysfonctionnement. Il s'agit notamment d'évaluer ce qui relève des

choix de l'usager, de ses non-choix et de ses capacités à être autonome dans ses choix ; 2) la bienfaisance et la non-malfaisance envers les personnes. Lorsque nous nous présentons à des usagers de centres d'hébergement d'urgence, à des migrants déboutés et squattant sous tente ou à des personnes en transit dans des lieux d'accueil de jour, nous rappelons nos missions de soignants souhaitant « prendre soin ». Toutefois, nous avons bien conscience que l'écart est parfois grand entre nos modèles de « prendre soin » et les besoins et les représentations des personnes rencontrées sur ce que « peut faire un psy quand on n'a pas de quoi bouffer ». Nous précisons combien dans la rencontre, dans l'accompagnement proposé, nous cherchons à apporter une aide (parfois juste l'adresse d'un médecin généraliste) et à ne pas blesser ni nuire ; 3) la justice dans nos interventions. En contact avec des personnes ayant trop souvent subi l'injustice (maltraitements et abus infantiles, abandon et violence, rejet et stigmatisation...), notre intérêt pour eux, pour leur histoire et pour leur devenir repose sur un principe premier de justice. Malgré leur vie « cassée », malgré leurs actes (parfois condamnés), malgré leurs comportements ou leurs troubles, nous tentons d'aller à la rencontre de cette population en souffrance sans jugement et de manière équitable. Cependant, ces grands principes sont malmenés tous les jours dans nos interventions. Ainsi sommes-nous conduits dans certaines circonstances à participer à la mise en place d'une hospitalisation sous contrainte, c'est-à-dire sans le consentement du patient. Les dilemmes éthiques auxquels l'équipe est confrontée sont nombreux et fréquents. Le travail en réseau et la solidarité entre les membres de l'équipe permettent de les nommer, de travailler sur ces dilemmes, de tenter de les résoudre collectivement.

S. A. : **Quel bilan dressez-vous de l'activité de l'équipe ?**

M. P. : Il convient de préciser d'emblée que l'un des revers de la médaille d'un fonctionnement artisanal, créatif et sans cesse en mouvement d'une équipe comme la nôtre est le peu de

données chiffrées, qui seraient le fruit d'un protocole. L'informatisation du service étant en cours, les statistiques d'activité ont toujours été manuelles, et notre évaluation du dispositif (une réunion annuelle avec nos tutelles) est bien plus qualitative que quantitative. Malgré tout, chaque année, ce sont près de 900 patients qui sont rencontrés par l'équipe, et environ 5 000 « actes » sont réalisés – entretien, passage, concertation, visite à domicile... Point fort du dispositif, la dynamique d'« aller-vers » dans nos interventions est une réponse incontournable, car adaptée. Cette manière d'entrer en relation avec les patients peu demandeurs d'aide est une pratique connue de la psychologie clinique (la psychologie « au chevet du lit », du grec *klinê*, le lit). Nous reprenons ici la description de Franck Mathieu et de Sandrine Moissinac, ces dispositifs d'« aller-vers » consistant « à se rendre vers l'errant, sur son lieu de vie par exemple, régulièrement, mais pas trop non plus, pour prendre des nouvelles, échanger quelques paroles, pour tenter au fil des rencontres de "tricoter" un lien qui lui permettra peut-être, et si besoin, d'accéder à des dispositifs plus élaborés ».

S. A. : Quelles principales difficultés rencontrez-vous ?

M. P. : Une fois rappelés les besoins matériels incontournables (véhicules, téléphones portables...), mais pas

toujours fournis par l'Hôpital public, l'accueil principal de notre dispositif réside dans les relais pas toujours possibles. Effectivement, les différentes interventions de notre EMPP doivent théoriquement se terminer lorsque le maillage médico-social est mis en place (ou remis en place) ; nous disons alors que nous passons le relais. Dans les faits, les choses sont plus complexes. La question des délais de prise en charge en psychiatrie, l'insuffisance du nombre de psychiatres, et la difficulté pour certaines unités d'assouplir les modalités de leur accueil des patients les plus fragiles entraînent une difficulté à confier les patients rencontrés. Le piège principal de notre équipe réside dans la transformation de l'EMPP en centre médico-psychologique (CMP) de pauvres.

S. A. : Cette équipe aide-t-elle les personnes à accéder à un logement ?

M. P. : Au sein du dispositif Interface, le choix a été fait historiquement de ne pas accueillir de travailleurs sociaux dans l'équipe. Ce choix vise à accompagner les personnes rencontrées et à les orienter vers des travailleurs sociaux de droit commun, en nous consacrant à la question de l'accès au soin. Nous ne participons pas de manière directe à la recherche d'un hébergement ou d'un logement. Malgré tout, dans une volonté d'accueillir la personne dans son entièreté, les problématiques

d'habitat font que nous sommes régulièrement – dans nos accompagnements vers les soins – en lien avec les intervenants sociaux dédiés à cette question : service intégré d'accueil et d'orientation (Siao), 115, bailleurs sociaux... Depuis quelque temps, et bien que Saint-Étienne et son marché immobilier soient spécifiques – forte offre de logements à des prix particulièrement bas qui permettent à des populations précaires de louer un bien –, les initiatives de « Logement d'abord » se développent. L'EMPP, dans sa mission d'être un sas entre l'hôpital et la cité, participe de près (équipe d'orientation) ou de loin (accompagnement psy des personnes hébergées) à ces nouveaux dispositifs essentiels. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Manque ou déficit de soin.

Pour en savoir plus

● Poitou M., Nau J., Chiroussel N., Massoubre C. Une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité contre la discrimination dans l'accès aux soins ? *Médecine*, 2020, vol. 16, no 10 : p. 465-469. doi:10.1684/med.2020.610

« DANS L'ENTRE-DEUX DU TRAVAIL SOCIAL ET DE L'INSTITUTION HOSPITALIÈRE »

Catherine Massoubre, professeure, cheffe du pôle de psychiatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Étienne et de l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), témoigne de ce qu'apporte ce type de dispositif d'« aller-vers » : « Les EMPP sont une réponse à la forte prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes en grande précarité et à leur difficulté à demander des soins par elles-mêmes. Ces équipes se situent dans l'entre-deux du travail social et de l'institution hospitalière [1]. En l'absence de cadre externe préétabli, le travail en équipe mobile oblige à s'adapter aux cadres de travail des institutions sociales et à inventer continuellement des modalités

d'intervention collective dans le métissage de nos cultures professionnelles. Le travail clinique est amputé de la fonction contenante des murs et de l'institution hospitalière. Le cadre d'intervention n'est pas constant et doit s'adapter à la clinique, il est vivant et malléable, sa construction est collective, au sein d'un travail en réseau. L'EMPP stéphanoise est l'une des plus anciennes de la région, son développement a été le fruit d'une volonté affichée du pôle de psychiatrie du CHU de Saint-Étienne. Le travail réalisé par cette équipe est incroyablement difficile et nécessite une adaptabilité de tous les instants, une bienveillance et un non-jugement vis-à-vis de personnes en marge de la société. »

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Einhorn L., Tremblay V. *Initier le soin : des professionnels au front de la précarité. État des lieux des équipes mobiles psychiatrie précarité en Auvergne-Rhône-Alpes*. [Rapport] Lyon : Orspere-Samdara, 2021. En ligne : <https://www.orspere-samdara.com/wp-content/uploads/2021/11/os-rapport-empp-novembre-2021.pdf>