

2017

RAPPORT DE SYNTHÈSE DE
L'ENQUÊTE RÉGIONALE DES
EMPP ET RÉSEAUX PRÉCARITÉ

PRAPS 2012-2016

Auteurs :

- Dr Daouya ROY, Responsable Projet,
Pôle Médical
- Sarah LAUDILLAY, chargée de mission,
Pôle Médical
- Elodie COUCHY, chargée de mission,
Pôle Médical

Cette étude est le résultat d'un travail contributif élaboré en partenariat avec les équipes EMPP et Réseaux précarité des établissements et les agents de l'ARS Centre Val de Loire en charge du pilotage du PRAPS.

Qu'ils en soient remerciés.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
MÉTHODE	11
1 ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE	11
1.1 La conception concertée du questionnaire d'enquête	11
1.2 Un travail préalable de transversalité interne au sein de l'ARS	11
1.3 Un échange d'expérience en inter région	11
2 DEROULEMENT DE L'ENQUÊTE RÉGIONALE	11
3 TRAITEMENT DES DONNÉES RECENSÉES	12
RÉSULTATS ET ANALYSE	12
1 DONNEES GENERALES	12
2 DESCRIPTION DES ORGANISATIONS ET FONCTIONNEMENT	13
2.1 Le périmètre géographique.....	13
2.2 Les locaux.....	13
2.3 Les moyens en personnels de l'EMPP ou du réseau précarité financés spécifiquement par l'enveloppe DAF Psychiatrie ou FIR.....	13
2.4 Les moyens en personnels de l'EMPP ou du réseau précarité financés hors enveloppe dédiée.....	13
2.5 Amplitude d'ouverture et continuité de service	14
3 FONCTIONNEMENT ET ARTICULATION DES EMPP ET RESEAUX AVEC LEURS PARTENAIRES ... 14	14
3.1 Partenaires internes hospitaliers.....	14
3.2 Partenaires extrahospitaliers.....	14
3.3 Missions	16
3.3.1 Activité « hors les murs »	16
3.3.2 Revue de dossiers des personnes prises en charge.....	16
3.3.3 Rapport d'activité	16
3.3.4 Actions de communication	16
4 Accompagnement et soutien	16
4.1 Formation des professionnels de première ligne.....	16
4.2 Autres modalités d'accompagnement et de soutien au public cible	17
4.2.1 Accès aux soins	17
4.2.2 Recours à l'interprétariat	17
DISCUSSION	17
LES POINTS FORTS	18

LES POINTS FAIBLES.....	19
PRECONISATIONS POUR UNE PLANIFICATION EN REGION CENTRE.....	19
CONCLUSION.....	20
DOCUMENTS.....	21
GLOSSAIRE	22

INTRODUCTION

CONTEXTE NATIONAL

En 2014, la Direction Générale de l'Offre de Soins a passé commande auprès de la société Itinere pour mener une enquête nationale sur les EMPP. Cela s'est fait dans le but de mettre en évidence les différents modes de fonctionnement et d'organisation et également de mieux identifier leurs missions et rôles dans le dispositif de la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité sociale et sanitaire.

Les résultats de l'enquête ont été présentés lors d'une journée nationale en Avril 2015 avec l'ensemble des équipes invitées.

CONTEXTE REGIONAL

L'enquête régionale des EMPP a été menée dans le cadre de la mise en œuvre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), programme obligatoire du Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé Centre Val de Loire (ARS).

Cette enquête correspond à la mise en œuvre de l'action 3 de l'objectif 1 du PRAPS : Améliorer la lisibilité des dispositifs spécifiques en direction des plus démunis. Action 1-3 Analyser l'activité des dispositifs spécifiques et notamment, les EMPP de la région Centre (**ANNEXE 1**).

Le référentiel utilisé pour l'élaboration du questionnaire d'enquête est le document de la DHOS édité en novembre 2005 intitulé : 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.

C'est à partir d'un travail consensuel entre l'ARS et les EMPP et Réseaux précarité de la région Centre Val de Loire, que cet outil d'enquête a été conceptualisé pour répondre aux objectifs fixés dans le cadre du PRAPS.

L'objectif commun de ce travail pour favoriser l'accès aux soins des publics en situation de précarité a fédéré et instauré des liens entre l'ARS et les partenaires représentés par les Directions d'établissements de soins et les équipes des EMPP et Réseaux précarité.

C'est une dynamique de travail riche d'enseignements qui a permis l'actualisation du bilan de l'existant portant sur les modes d'organisations et de fonctionnement des dispositifs de la région Centre Val de Loire et au-delà, de renseigner sur leurs articulations avec leurs partenaires internes et externes.

Cette enquête exhaustive a concerné les 4 EMPP et les 2 réseaux de la région Centre-Val de Loire. Le choix de réaliser l'enquête auprès de ces deux types de dispositifs s'est fondé sur leur vocation comparable.

OBJECTIF DE L'ENQUETE REGIONALE

L'objectif principal de cette enquête, en l'absence de données actualisées disponibles sur les EMPP, est d'actualiser le bilan de l'existant et d'objectiver les articulations des EMPP et réseaux précarité :

- ↳ Au sein de leur établissement d'implantation avec les différents services hospitaliers et
- ↳ Avec les partenaires extérieurs intervenant auprès des publics en situation de vulnérabilité sociale (précarité-exclusion)

DEFINITION ET RAPPEL REGLEMENTAIRE

Circulaire N° DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 (ANNEXE 2)

L'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP)

C'est un dispositif créé par la circulaire 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 place d'équipes mobiles psychiatrie précarité.

Une EMPP doit :

- aller au-devant des publics en situation de précarité et de vulnérabilité sociale afin de faciliter le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsque cela s'avère nécessaire
- assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées par de la formation, du soutien et des actions d'échanges de pratique et de savoirs.

Elle ne se substitue pas au travail des équipes soignantes dans la prise en charge des patients tel que le travail réalisé au sein des CMP.

L'EMPP est habituellement située dans un établissement de santé ; elle peut cependant être localisée sur un site en dehors de l'enceinte de l'établissement de santé, de manière à faciliter l'accès de certains publics. Quel que soit son mode d'organisation, situé au sein de l'établissement ou sur un site annexe, il convient que l'EMPP soit facilement identifiable et accessible aux patients, aux professionnels de première ligne ainsi qu'aux acteurs internes et externes à l'établissement de santé. Pour ce faire, elle dispose de personnel dédié, en particulier d'un référent social et d'un référent médical connu de tous.

Loi 2002-303 du 4 mars 2002 (chapitre 5 – article 84) (ANNEXE 3)

Circulaire DHOS/03/CNAM n°2007-88 du 2 Mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et URCAM (ANNEXE 4)

Le réseau précarité

C'est un dispositif spécifique. Le rapport PIEL et ROELANDT a conduit la création des réseaux santé mentale. Cette démarche a été légitimée par la loi 2002-303 du 4 mars 2002 (chapitre 5 – article 84), relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui venait en renfort de la loi précédente n°98-657 du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions.

Un réseau précarité assure comme missions :

- la coordination des soins par le soutien aux professionnels de 1^{ère} ligne en apportant un éclairage « psy »- la prise en charge psychologique des usagers (en non adhésion) relevant de soins psychologiques et/ou psychiatriques supposés
- l'information et sensibilisation aux professionnels sur le thème de la santé mentale,
- l'accueil, l'écoute et l'orientation (professionnels, usagers, familles, ...)

Rappel réglementaire :

Textes de référence :

- circulaire DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV n°2001-393 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
- Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 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

MÉTHODE

1 ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE

1.1 La conception concertée du questionnaire d'enquête

Le questionnaire d'enquête a été élaboré en lien avec les équipes des dispositifs de la région. Ce travail a permis de connaître les attentes des équipes ainsi que de mieux répondre aux besoins exprimés. Le groupe s'est accordé pour prioritairement actualiser le bilan de l'existant en vue de renseigner les modes d'organisation et de fonctionnement des EMPP, réseaux précarités, au sein des établissements ainsi qu'avec leurs partenaires externes.

Dans ce cadre, le questionnaire (**ANNEXES 5a et 5b**) a été construit en concertation, en s'appuyant sur la circulaire émise par la DHOS en 2005, « 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 ».

1.2 Un travail préalable de transversalité interne au sein de l'ARS

Au sein de l'ARS, parallèlement à cette démarche, un travail transversal a été mené de recensement des données disponibles nécessaires à l'actualisation du diagnostic. A cet effet, ont été recensés et pris en compte :

- Les données budgétaires des dispositifs spécifiques dédiés à la prise en charge du public en situation de vulnérabilité sociale (précarité-exclusion)
- L'annexe 7 du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements,
- Les objectifs opérationnels du contrat d'objectif et de moyens passé entre l'ARS Centre-Val de Loire et l'Etat lequel figurent le PRAPS en tant que levier dans la réduction des inégalités sociales en santé. Le PRAPS, programme obligatoire du projet régional de santé (PRS) de l'ARS Centre Val de Loire, se retrouve à la page 43 de la synthèse du PRS.

1.3 Un échange d'expérience en inter région

En avril 2014, une journée nationale a eu lieu afin de présenter les résultats de l'enquête réalisée par la société Itinère, à la demande de la DGOS. Toutes les EMPP ont été interrogées par questionnaire électronique sur la période de février à novembre 2013.

NB : L'enquête nationale a été réalisée sur l'année 2014 et a concerné 110 équipes sur les 118 EMPP existantes. Une synthèse des résultats a été présentée aux membres des équipes en Avril 2015 à la DGOS.

2 DEROULEMENT DE L'ENQUÊTE RÉGIONALE

- L'enquête a été menée du 9 au 20 octobre 2015 pour 6 dispositifs concernés (4 EMPP et 2 réseaux précarité).
- Un courrier de l'ARS a été adressé aux Directions générales et aux présidents de CME des établissements dotés d'une EMPP et/ou d'un réseau précarité. Il informait du contexte régional de l'enquête et de la démarche adoptée par l'ARS du Centre. (**ANNEXE 6**)
- Une équipe de l'ARS s'est déplacée dans l'établissement afin d'accompagner l'équipe hospitalière dans le remplissage du questionnaire. L'équipe de l'ARS était composée des

agents du siège pilotes du PRAPS et ceux de la DD responsables de l'unité Prévention-Promotion de la Santé (PPS) et référents PRAPS dans le territoire de santé de l'établissement.

- Le double intérêt de cette démarche a été :
 - ↳ D'une part, de permettre aux interlocuteurs de se rencontrer et de se connaître et
 - ↳ D'autre part, de fiabiliser le recensement des données au jour de l'enquête.
- La dynamique d'échanges qui s'est instaurée était plus à même de rendre compte des spécificités d'organisation et de fonctionnement de l'EMPP et/ou du réseau précarité au sein de chaque établissement.
- Ce temps d'enquête a permis grâce aux explications fournies par les équipes hospitalières de :
 - ↳ Prendre connaissance des documents et outils disponibles
 - ↳ Comprendre leur mode d'utilisation au sein et à l'extérieur de l'établissement
 - ↳ Rendre compte de la diversité des actions effectivement menées par l'EMPP et/ou le réseau précarité
 - ↳ D'objectiver les engagements des établissements dans la lutte contre l'exclusion, et pour favoriser l'accès aux soins

3 TRAITEMENT DES DONNÉES RECENSÉES

Les données ont été recueillies et exploitées par l'équipe projet PRAPS. Elles ont fait l'objet de la rédaction :

- ↳ D'un rapport de synthèse régionale anonymisé de l'ensemble des EMPP et des 2 réseaux précarité. Ce rapport établit l'actualisation du diagnostic de 5 des 6 dispositifs enquêtés.
- ↳ D'un rapport individualisé pour chaque dispositif et chaque établissement de santé, afin de rendre compte des spécificités d'organisation et de fonctionnement du dispositif analysé. Ce document a été soumis à la validation de l'équipe hospitalière rencontrée ainsi que de sa direction et de la DD concernée.

Ce rapport a vocation à poser un constat objectif concerté, pour mettre en évidence les pistes de travail et d'amélioration spécifique à chaque dispositif et établissement. Il sera transmis à chaque dispositif et établissement.

RÉSULTATS ET ANALYSE

1 DONNEES GENERALES

- Les 6 dispositifs de la région sont rattachés à 1 Centre Hospitalier (CH) et sont localisés soit en CH, soit en Centre Médico-Psychologique (CMP) ou en Centre Médico-Psychopédagogique (CMPP).
- Une mise en place des 6 dispositifs selon un calendrier échelonné de 2006 à 2008, de la façon suivante :
 - ↳ 2006 : les 2 réseaux
 - ↳ 2007 et 2008 les 4 EMPP
- **Le nombre total de passages aux urgences des établissements** permet d'identifier les établissements qui reçoivent par an :
 - ↳ Moins de 50 000 passages : deux établissements MCO
 - ↳ Moins de 60 000 passages : un établissement MCO
 - ↳ Plus de 70 000 passages : un établissement MCO

↳ Moins de 5000 passages : un établissement psy (ne prenant en compte que le nombre des urgences de jour)

NB : Le nombre de passages aux urgences est une donnée importante à prendre en considération car les urgences restent le principal mode d'accès aux soins des personnes en situation de précarité sociale. Il convient donc, de prendre en compte ce critère dans l'analyse même si un manque de précision persiste, puisque à ce jour, nous ne disposons pas d'éléments permettant d'extraire les informations concernant la précarité du public se présentant dans un service des urgences. Nous ne sommes donc pas en mesure d'apporter d'éléments exhaustifs concernant cette population.

2 DESCRIPTION DES ORGANISATIONS ET FONCTIONNEMENT

2.1 Le périmètre géographique

Pour les EMPP et en lien avec la circulaire de 2005 pour les EMPP, il n'existe pas de définition précise du périmètre géographique d'intervention. Cependant, il est précisé que les EMPP doivent être en lien avec tous les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et avoir mis en place des liens formalisés avec ses partenaires. Ils doivent également intervenir au sein des lieux sociaux repérés et fréquentés par les personnes en difficultés (CHRS, hébergement d'urgence, lieux de vie, accueils de jour, ...).

Pour les réseaux et en lien avec la circulaire de 2007, ce dispositif doit répondre à une logique territoriale selon deux niveaux : un de proximité (correspondant à la demande en soins primaires dans l'environnement autour du domicile du patient) et subsidiaire (correspondant à l'offre de soins, en recours ou en expertise et pour des pathologies ne relevant pas du niveau de proximité).

2.2 Les locaux

- **Accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite** pour l'ensemble des dispositifs.
- **Signalétique** : 3 dispositifs sur 6 en sont dotés.
- **Attribution de locaux dédiés** : 4 dispositifs ont des locaux mutualisés : PASS, Réseaux précarité, CMP, service de psychiatrie.

2.3 Les moyens en personnels de l'EMPP ou du réseau précarité financés spécifiquement par l'enveloppe DAF Psychiatrie ou FIR

Les moyens en personnel sont :

- **Médecin psychiatre et temps coordonnateur** : 1,5 ETP dont 0,5 non pourvu
- **Assistant de service social** : 1,3 ETP
- **Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)** : 7,3 ETP
- **Secrétariat / personnel administratif** : 1,45 ETP dont 0,1 non pourvu
- **Educateur spécialisé** : 0,5 ETP
- **Psychologue** : 1,5 ETP

2.4 Les moyens en personnels de l'EMPP ou du réseau précarité financés hors enveloppe dédiée

L'ensemble des établissements déclarent mettre à disposition de l'EMPP et/ou du réseau des moyens en personnels répondant aux qualifications suivantes sans être en mesure de donner un ETP précis : cadre de santé, secrétariat et / ou personnel administratif, assistant de service sociale, médecin psychiatre, IDE, psychologue, psychiatre référent, cadre socio-éducatif, cadre supérieur de santé

Pour la moyenne concernant uniquement les EMPP, nous pouvons croiser la donnée avec l'enquête nationale qui nous indiquait une moyenne par dispositif de 3,72 ETP. Au regard des données nationales (72 équipes ayant répondu à l'enquête nationale soit 268 ETP sur le territoire), les EMPP de la région sont en sous-effectifs soit une moyenne par équipe de 2,705 ETP. En compilant les ETP des réseaux, nous constatons une moyenne de 1,925 ETP par dispositif.

Comme pour l'enquête nationale, les professionnels les plus présents dans les équipes sont les IDE, les psychiatres et les psychologues.

2.5 Amplitude d'ouverture et continuité de service

- Les 6 dispositifs ont une amplitude d'ouverture allant de 8 à 10 demi-journées par semaine. Les horaires d'ouverture vont de 8h45 à 17h10. Cependant, cela peut s'étendre au-delà des horaires d'ouverture du dispositif (exemple : rencontre d'un patient à l'extérieur à 18h)

3 FONCTIONNEMENT ET ARTICULATION DES EMPP ET RESEAUX AVEC LEURS PARTENAIRES

3.1 Partenaires internes hospitaliers

- **Le repérage du public en situation de vulnérabilité sociale reçu à l'hôpital est assuré systématiquement par :**
 - ↳ Le service des urgences de l'hôpital
 - ↳ Le service psychiatrie : hospitalisation de jour ou complète, le CMP
- **Les outils de liaison entre l'EMPP et/ou réseau et les services hospitaliers :**
 - ↳ Les contacts téléphoniques, les mails, le dossier patient et les courriers médicaux sont utilisés comme outils de liaison. Ils permettent d'assurer la traçabilité des prises en charge.
- **Articulation des EMPP et/ou réseau avec les services hospitaliers :**

L'enquête a permis de rendre compte des conditions qui favorisent ou pas ces articulations. Pour les 6 dispositifs, il existe une coopération non formalisée permettant un lien avec les services hospitaliers.

Proposition : Veiller au respect du positionnement et des missions de l'EMPP en psychiatrie par rapports aux équipes soignantes.

3.2 Partenaires extrahospitaliers

Cette enquête objective les modalités d'articulation de l'EMPP et/ou réseaux avec les partenaires externes (institutions, associations) qui interviennent dans la prise en charge des publics en situation de vulnérabilité sociale (précarité-exclusions). Ces partenaires externes sont nombreux et de statuts divers. Ce sont notamment : des services de l'Etat, des collectivités territoriales (Conseil général, Conseil régional, mairies), des associations, des structures d'hébergement social.....

- **Le repérage du public à orienter vers et par les partenaires externes est d'autant plus effectif et facilité que les EMPP et les Réseaux précarité :**
 - ↳ Interviennent à l'extérieur de l'hôpital dans les locaux de leurs partenaires.
 - ↳ Contribuent aux travaux et aux rencontres du réseau local de proximité qui prend en charge le public précaire, ce qui est le cas de ces dispositifs de la région.
 - ↳ Organisent des actions de prévention en direction des partenaires intervenant auprès des publics précaires.
 - ↳ Communiquent sur les missions et les actions des EMPP et Réseaux précarité.

- **Formalisation et outils de liaison entre l'EMPP et/ou réseau et leurs partenaires extérieurs :**

L'intérêt des formalisations est d'engager les structures signataires de façon lisible et pérenne sur le contenu des services réciproques attendus que ce soit par voie de conventions, de protocoles et/ou de procédures. Cependant le plus souvent ce sont des articulations informelles qui ont été constatées.

 - ↳ **Hébergement social** : trois dispositifs déclarent avoir signé une convention et ou établi des procédures avec des CHRS –LHSS- centre d'hébergement d'urgence- accueil de jour
 - ↳ **CCAS** : un dispositif déclare être en lien grâce à des outils de liaison.
 - ↳ **Professionnels de santé libéraux** : un dispositif déclare travailler avec les professionnels de santé libéraux grâce à des outils de liaison.
 - ↳ **Associations : les EMPP et/ou réseaux travaillent naturellement avec de nombreuses associations** œuvrant auprès des publics en situation de vulnérabilité sociale (précarité-exclusion). On retrouve de façon non exhaustive : association d'aide à domicile, restos du cœur, CPO, CASOUS, Entr'Aide ouvrière, le Centre 115,....
 - ↳ **Autres partenariats informels**
 - ❖ Bailleurs sociaux (Terre de Loire Habitat, Jacques Gabriel, Loir et Cher Logement,...)
 - ❖ DDCSP
 - ❖ MDPH
 - ❖ Services tutélaires
 - ❖ ...

Proposition : Comme le mentionne la circulaire de 2005 pour les EMPP¹, il est donc demandé aux structures de conventionner entre elles afin d'établir des liens formalisés.

¹ « Les relations entre les EMPP et les autres intervenants sanitaires ou sociaux doivent être formalisées dans le cadre de conventions précisant les modalités d'intervention et de recours à l'équipe ainsi que les actions développées notamment dans le cadre de la formation »

3.3 Missions

3.3.1 Activité « hors les murs »

- Les lieux d'intervention de ces dispositifs sont divers et correspondent le plus souvent aux lieux de vie fréquentés par le public en situation de vulnérabilité sociale (précarité-exclusion).
- Cette démarche « d'aller vers » correspond pour les équipes aux lieux suivants : hébergements sociaux (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), foyers d'accueil,...), les centres communaux d'action sociale (CCAS), accueil de jour, Lits Haltes Soins Santé (LHSS), Samu social,) ...

3.3.2 Revue de dossiers des personnes prises en charge

Les 6 dispositifs ont mis en place dans leur organisation des réunions et staffs de gestion de dossiers, avec une fréquence d'une fois par semaine à une fois par mois. Ces réunions se font avec les partenaires internes de l'établissement de rattachement (service de psychiatrie, service MCO, service des urgences, etc...) et en externe (exemple : avec les partenaires sociaux lors de leurs revues de dossiers patients.

3.3.3 Rapport d'activité

Tous les dispositifs rédigent un rapport d'activité qui ne recense pas de façon exhaustive l'activité exercée par les équipes.

- Le rapport est soit spécifique de l'activité de l'EMPP ou du réseau, soit commun aux deux.
- Le rapport fait l'objet soit :
 - ↳ D'une présentation à la direction de pôle, aux partenaires du dispositif
 - ↳ D'un envoi au directoire, à l'ARS, à la CME et au conseil de pôle, aux partenaires

3.3.4 Actions de communication

Les dispositifs utilisent différents supports de communication afin de promouvoir leurs activités (plaquette de présentation, la réunion d'information, le site internet de l'établissement de rattachement,...).

Proposition : Harmoniser le rapport d'activité

4 Accompagnement et soutien

Les EMPP et les Réseaux précarités effectuent diverses prestations.

Pour les personnes qu'elles reçoivent, elles permettent un :

- accompagnement social et/ou
- accès à des soins aux personnes ayant un besoin de soins identifié

Pour les professionnels de santé, elles leur permettent une :

- formation au repérage des publics en situation de vulnérabilité sociale et sanitaire

4.1 Formation des professionnels de première ligne

Les partenaires (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) de première ligne sont sensibilisés par l'EMPP au repérage des personnes en situation de vulnérabilité sociale (précarité-exclusion). Ils sont outillés pour décoder et analyser les demandes et identifier celles qui nécessitent l'intervention de l'EMPP.

4.2 Autres modalités d'accompagnement et de soutien au public cible

4.2.1 Accès aux soins

- Les dispositifs permettent l'accès aux soins des personnes en situation de vulnérabilité sociale et sanitaire et ayant besoin de soins.
- La palette des prestations auxquelles les dispositifs permettent d'accéder est large.
- Les établissements de rattachement mettent à disposition les plateaux techniques nécessaires à la prise en charge des patients ayant besoin de soins.
- Les dispositifs enquêtés déclarent permettre un accès possible :
 - ↳ Aux consultations spécialisés sur rendez-vous en établissement ou en ambulatoire.
 - ↳ Plus spécifiquement aux consultations spécialisées en psychiatrie, notamment en vue de la préparation d'une hospitalisation.

4.2.2 Recours à l'interprétariat

Tous les dispositifs ont un recours possible à l'interprétariat et le plus souvent par du personnel multilingue de l'établissement. Les autres recours sont moins fréquents mais ils restent possibles lorsqu'ils s'avèrent nécessaires, que ce soit par internet ou beaucoup plus rarement, par interprète.

DISCUSSION

Cette enquête a été réalisée dans le cadre des travaux du PRAPS 2012-2016, pour répondre aux objectifs suivants :

- ↳ Actualiser le diagnostic de l'offre existante par une analyse exhaustive des EMPP et réseaux précarité, de la région Centre Val de Loire et
- ↳ Proposer des préconisations afin, d'une part améliorer l'organisation et le fonctionnement des EMPP et réseaux précarité et, d'autre part d'introduire une équité dans la planification des EMPP et réseaux précarité en région en prenant en compte les inégalités sociales et territoriales de santé.

Les caractéristiques suivantes de ce travail sont à souligner :

- L'enquête a été construite en concertation entre l'ARS et l'ensemble des équipes des dispositifs de la région. Le référentiel utilisé est celui qui a été élaboré en novembre 2005 par la DHOS « 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'analyse des résultats de cette étude permet de décrire de façon objective et spécifique, chaque EMPP et réseau précarité de la région, dans son organisation et dans son fonctionnement, au sein des centres hospitaliers d'implantation bénéficiaires d'une enveloppe budgétaire DAF Psychiatrie ou FIR pour la mise en place d'une EMPP et/ou réseau précarité.
 - ↳ La région Centre Val de Loire a doté cinq établissements d'une enveloppe financière DAF et/ou FIR pour mettre en place six EMPP et Réseaux précarité.

LES POINTS FORTS

- **L'utilisation opportune des crédits par les structures pour les EMPP et réseaux précarité conformément à leur objet** par cinq établissements.
- **Les équipes qui composent les EMPP et les Réseaux Précarité** sont dynamiques et investies dans la réalisation de leurs missions. Elles accompagnent les personnes en situation de précarité dans l'accès aux soins. Elles accompagnent également les professionnels de première ligne dans leurs missions de repérage et d'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité sociale.
- **Le repérage des personnes reçues à l'hôpital en situation de vulnérabilité sociale (précarité –exclusion)** est une préoccupation prise en compte par tous les établissements. En effet, le mode organisationnel adopté est un fonctionnement transversal entre les différents dispositifs et services concernés. L'activité est peu localisée mais portée par un ensemble de professionnels sociaux et sanitaires dans l'établissement.
- **Les six dispositifs ont une place identifiée dans l'organisation de l'établissement. Les locaux mis à disposition sont dédiés ou mutualisés, ils sont tous accessibles aux personnes à mobilité réduite.**
- **Elles disposent toutes de moyens en personnels financés par l'ARS :**
 - Toutes disposent d'un temps d'assistant social qui varie de 0,3 ETP à 1 ETP.
 - Cinq dispositifs sur six disposent d'un temps médical (1 réseau n'en dispose pas).
 - Des différences sont notées pour les autres catégories professionnelles (secrétariat, infirmier, psychologue...) allant d'une vacation par mois à 2 ETP.
- Les 6 dispositifs ont mis en place dans leur organisation **des réunions et staffs de gestion de dossiers**, avec une fréquence d'une fois par semaine à une fois par mois. Ce fonctionnement permet aux EMPP et Réseaux précarité d'avoir un temps d'échanges sur les dossiers posant difficulté avec les différents intervenants internes et externes afin d'assurer une continuité dans la prise en charge des patients.
- **L'accès, par les EMPP et Réseaux précarité, aux soins et aux plateaux techniques hospitaliers est facilité dans les cinq établissements.**
- **Tous les dispositifs sont inscrits dans le réseau local qui intervient auprès des publics en situation de précarité avec leurs partenaires externes :** institutionnels, associatifs, réseaux, acteurs sociaux... On constate la création de liens forts avec en particulier, la participation aux travaux et aux dynamiques locales avec les partenaires. Le nombre de réunions externes auxquelles les dispositifs participent, varie de quatre à plus de dix par an.
- **Tous les dispositifs sont en lien avec les acteurs sociaux** (logements social, CCAS,...), que ce soit de façon formalisée ou non.
- **Présence d'une large gamme d'outils de communication** permettant de la promotion aussi bien au sein de l'établissement qu'en externe.

LES POINTS FAIBLES

- La moyenne des effectifs des équipes régionales est inférieure à la moyenne nationale
- Un manque de visibilité du territoire couvert par les équipes
- **Une absence de signalisation des locaux** au sein et hors de l'établissement pour deux dispositifs.
- **Un manque de formalisation des liens avec les partenaires internes et externes.**
- **Les divers types de rapports d'activité rencontrés**, ne recensent pas exhaustivement l'activité réalisée par le dispositif ce qui, par conséquent, rend difficile l'appréciation de leur réel niveau d'activité.
Par ailleurs, certains rapports ne sont pas spécifiques à l'activité de l'EMPP et/ou du Réseau, mais ils font partis du rapport global du service de rattachement rendant cette approche encore plus difficile.
- **Absence d'outil de liaison partagé au sein des six dispositifs** comme il en existe pour les PASS (exemple : le bon PASS)

PRECONISATIONS POUR UNE PLANIFICATION EN REGION CENTRE

Deux types de préconisations sont formulés, elles concernent :

↳ **Les pistes d'amélioration** de l'organisation et du fonctionnement de chacune des structures

❖ Elles ont fait l'objet de préconisations concertées, spécifiques à chaque dispositif et elles figurent dans les rapports, remis aux directions générales des établissements, à leur président de CME et aux équipes qui ont contribué à l'enquête.

↳ **Les propositions d'amélioration collective :**

❖ Au regard des caractéristiques de la population de la région Centre-Val de Loire telles qu'elles peuvent être identifiées dans le rapport de l'ORS analysant les inégalités sociales et territoriales de santé, améliorer la **couverture territoriale de la région !**

- D'une part en privilégiant l'implantation de structures dans les départements non pourvus :
 - **Cher**
 - **Loiret**
- D'autre part, en renforçant la capacité d'intervention des équipes dans les départements où elles sont déjà implantées, afin d'assurer une meilleure couverture géographique :
 - **Indre**
 - **Indre-et-Loire**

L'analyse des moyens complémentaires nécessaires sera notamment issue des diagnostics territoriaux partagés en cours d'élaboration dans le cadre du PRS-2.

❖ **Harmonisation du rapport d'activité**

❖ **Poursuite de la formalisation des liens avec les acteurs externes et internes pour consolider les acquis informels (contractualisation ou conventionnement)**

CONCLUSION

Elle a permis de mettre en évidence l'efficacité des équipes dans leur rôle et missions inscrits dans la circulaire.

Elle a permis d'identifier l'existence des dispositifs avec l'utilisation adéquate des crédits affectés, quand bien même les établissements fournissent des moyens complémentaires de moyens (personnels et matériels).

Enfin, elle a fourni des données permettant d'argumenter les préconisations proposées pour :

- ❖ Améliorer la couverture du territoire régional : renforcer les départements déjà dotés et couvrir les départements non pourvus par ces dispositifs
- ❖ Harmoniser les rapports d'activités
- ❖ Identifier les axes de progression à mettre en œuvre dans chaque structure au travers des rapports spécifiques

DOCUMENTS

Annexe 1a : Fiche synoptiques des objectifs du PRAPS

Annexe 2 : 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

Annexe 3 : Loi 2002-303 du 4 mars 2002 (chapitre 5 – article 84)

Annexe 4 : Circulaire DHOS/03/CNAM n°2007-88 du 2 Mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et URCAM

Annexe 5a : Questionnaire Vierge EMPP

Annexe 5b : Questionnaire Vierge Réseaux Précarité

Annexe 6 : Courrier annonçant la venue de l'ARS CVdL, 7 Septembre 2015

GLOSSAIRE

ARS :	Agence Régionale de Santé
CASOUS :	Centre d'Accueil, de Santé et d'Orientation pour l'Urgence Sociale
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CH :	Centre Hospitalier
CHRS :	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CMP :	Centre Médico-Psychologique
CMPP :	Centre médico-psycho-pédagogique
CPO :	Centre Portes Ouvertes
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DAF :	Dotation annuelle de financement
DD :	Délégation départementale
DDCSPP :	Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection de la population
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (devenue DGOS)
EMPP :	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
ETP :	Equivalent Temps Plein
FIR :	Fonds d'intervention régional
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
LHSS :	Lit Halte Soins Santé
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDPH :	Maison départementale des personnes handicapées
PASS :	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PPS :	Prévention et Promotion de la Santé
PRAPS :	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
PRS :	Projet Régional de Santé