

**Evaluation
de dispositif de santé**

**EVALUATION DU DISPOSITIF EXPERIMENTAL DE
SOINS PSYCHIATRIQUES DE PARTICULIERE
INTENSITE A DOMICILE EN REGION DES PAYS DE
LA LOIRE**

Rapport final synthétique

**Direction de l'Efficienc e de l'Offre
Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs**

Tuillet 2017

Avertissement

Le présent document constitue le rapport final synthétique de l'évaluation du dispositif expérimental de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile en Région des Pays de la Loire. Son contenu relève de la seule responsabilité des consultants et ne saurait engager l'ARS, ni les membres du comité de pilotage.

Evaluation pilotée par :

Dr Jean-Paul BOULE

M. Xavier BRUN

Agence régionale de santé Pays de la Loire

17 Boulevard Gaston Doumergue – 44262 NANTES Cedex 2

Tél 02 49 10 40 00

www.ars.paysdelaloire.sante.fr

Evaluation réalisée par :

Dr Ketty GUILLOUX

Mme Hélène SEQUELA

**ICONE MEDIATION SANTE - Antenne de
Toulouse**

Tél : 05 61 63 10 69

E-mail : accueil@iconemediationsante.fr

Site Internet : www.iconemediationsante.fr

MC2 CONSULTANTS

16, RUE FELIX LAVIT – 31500 TOULOUSE

Tél : 05.61.00.98.80 - Fax : 05.34 25 21 80

E-Mail : contact@mc2consultants.fr

Site Internet : www.mc2consultants.fr

Sommaire

Introduction	3
1. Objet du document	3
2. Contexte de la mise en place des dispositifs de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile dans les Pays de la Loire.....	3
3. Périmètre, objectifs et questions de l'évaluation	5
4. Méthodologie.....	5
Réponses synthétiques aux questions évaluatives	7
1. Question 1 – quelles sont les différentes caractéristiques des organisations mises en place ?.....	7
2. Question 2 – quelle est la plus-value de ces dispositifs pour les usagers et leur entourage ?.....	11
3. Question 3 – Quelles sont les suites possibles de cette expérimentation ?	13

INTRODUCTION

1. OBJET DU DOCUMENT

Ce document constitue le rapport final de l'«évaluation du dispositif expérimental de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile» commanditée par l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire.

Il s'agit d'une version synthétique du travail réalisé. Une version complète a été diffusée aux 4 équipes de psychiatrie concernées.

2. CONTEXTE DE LA MISE EN PLACE DES DISPOSITIFS DE SOINS PSYCHIATRIQUES DE PARTICULIERE INTENSITE A DOMICILE DANS LES PAYS DE LA LOIRE

■ Définition des dispositifs de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile

Le cahier des charges rédigé par l'ARS pour ces dispositifs donne leur définition :

« Le dispositif de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile apparaît comme une nouvelle modalité de soins sans hébergement, au plus proche de l'environnement sociétal de la personne, en coordination avec l'ensemble des acteurs autour de la personne.

Il vise à proposer, lorsque c'est possible, une alternative à une hospitalisation à temps complet lors d'un épisode de la maladie psychiatrique nécessitant des soins hospitaliers de particulière intensité (en référence à la circulaire DHOS/03/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile).

Ce dispositif se distingue des soins ou d'accompagnement à domicile qui s'inscrivent dans la continuité de la prise en charge de la maladie et qui n'ont pas un caractère hospitalier ni l'intensité prévue par cet appel à projet. »

■ Recensement des dispositifs au niveau national

Au niveau national, le recensement des dispositifs de soins intensifs à domicile en psychiatrie est particulièrement complexe, pour la bonne raison que ces dispositifs ne se rattachent pas à un même référentiel identifiable (dans la mesure où il n'y a plus d'autorisation délivrée en hospitalisation à domicile (HAD) psychiatrie au-delà des expérimentations recensées par la Cour des Comptes en 2015) et qu'ils portent des noms très différents.

Néanmoins, des tentatives ont été repérées : en particulier un recensement des unités de soins intensifs à domicile psychiatriques en France a été réalisé en 2015¹ ; ce dernier identifie 21 unités après contact avec les ARS : 7 en Ile-de-France, 4 en Midi-Pyrénées, 3 en Aquitaine, 3 en Picardie, 1 en Provence-Alpes-Côte-d'Azur, 1 en Basse-Normandie, 1 en Bretagne, 1 en Rhône-Alpes. Notons que les 4 équipes SPPID des Pays de la Loire n'étaient pas intégrées dans ce recensement.

¹ Navarro, Pham-Van, Parera, Jung, Olivier – Recensement des services d'hospitalisation à domicile psychiatriques en France en 2015 ; European Psychiatry, nov 2015.

Sur la problématique de la dyade mère-bébé, la thèse de Marie-Charlotte Bouchard-Fernandes en date de 2010² identifie 2 dispositifs de soins intensifs à domicile en France : celui de Montfavet (Vaucluse) et de Denain (Nord).

■ Le dispositif expérimental dans les Pays de la Loire

L'Agence régionale de Santé (ARS) Pays de la Loire a défini de grandes orientations pour développer la prise en charge ambulatoire.

Elle a notamment prévu dans le PRS 2012 – 2016 :

- L'évaluation de projets expérimentaux de prises en charges à domicile sur un ou deux territoires de santé ;
- le développement des Equipes mobiles intersectorielles ;
- la mise en place d'Equipes mobiles d'intervention d'urgence (finalement non mises en œuvre).

Dans le cadre du premier objectif, un appel à projets portant sur les dispositifs expérimentaux de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile a été lancé en 2012 ; il s'est appuyé sur la circulaire DHOS/O n° 44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile. Les objectifs des dispositifs étaient précisés dans l'appel à projets de l'ARS de la façon suivante :

- Mettre en place le dispositif en respectant le cahier des charges initial,
- Optimiser la qualité de vie de patients vivant avec des troubles psychiques relevant d'un suivi hospitalier, grâce à une prise en charge dans son milieu de vie,
- Préparer, raccourcir, prendre le relais, éviter ou remplacer une hospitalisation à temps plein,
- Garantir l'intensité et la continuité des soins,
- Favoriser la coordination et la structuration des soins

5 établissements hospitaliers ont répondu :

- Le CHU de Nantes ;
- Le CHS³ Cesame à Angers (devenu depuis EPSM - Etablissement public de santé mentale) ;
- Le CHS de Blain (aujourd'hui EPSM de Blain) ;
- Le CHS Mazurelle (aujourd'hui EPSM Mazurelle) ;
- Le CH de Saint-Nazaire

Seul celui de St Nazaire n'a pas été retenu. Les dispositifs EQUIPAD (Nantes), SIPAD (Cesame), SPAD (Blain) et WINNI à DOM (Mazurelle) ont donc été créés sur la base du cahier des charges de l'appel à projets et avec l'appui financier de l'ARS. Le dispositif WINNI à DOM présente la particularité de cibler les dyades mère-bébé.

L'ARS a réuni en 2013 et 2014 les 4 équipes retenues pour les accompagner et suivre leur déploiement (mise en place effective des différentes équipes d'octobre 2013 à mars 2014). Une trame de rapport annuel d'activité a été construite afin de faciliter leur suivi et leur évaluation future.

En dehors de l'appel à projets, d'autres initiatives sont repérables sur le territoire ; par exemple :

- l'EPSM de la Sarthe et le CH Nord-Mayenne ont créé des équipes de soins intensifs à domicile sans financement complémentaire ;
- le CH du Haut-Anjou a soumis en juin 2016 un dossier à l'ARS afin de solliciter un financement pour la création d'une telle équipe.

² Titre de la thèse : « Peut-on adapter notre dispositif de soins pour en faciliter l'accès à certaines populations vulnérables présentant des troubles graves de la relation précoce parents-bébé ? »

³ Les CHS – Centres Hospitaliers spécialisés - sont depuis devenus des EPSM – Etablissements publics de santé mentale ; c'est de cette façon que nous les appellerons dans la suite du document.

Dans la suite du document, nous appellerons les 4 dispositifs expérimentaux des Pays de la Loire les « SPPID » – soins psychiatriques de particulière intensité au domicile.

3. PERIMETRE, OBJECTIFS ET QUESTIONS DE L'EVALUATION

Le périmètre de l'étude était constitué des 4 équipes SPPID financées suite à l'appel à projets de novembre 2012.

Les objectifs de cette étude étaient les suivants :

- Mesurer le degré de mise en œuvre de ces dispositifs ainsi que les facteurs influençant ce processus ;
- Apprécier la plus-value de ces dispositifs :
 - o au regard de leurs différents objectifs,
 - o dans le cadre de la stratégie portée par le Projet Régional de Santé des Pays de la Loire,
- Définir des scénarii possibles de leur évolution en région.

L'objectif n'était pas d'évaluer le fonctionnement de chaque équipe prise isolément.

3 questions évaluatives étaient posées dans le cahier des charges, la 3^{ème} étant dédiée aux perspectives à donner à l'expérimentation :

- Question évaluative 1 : Quelles sont les différentes caractéristiques des organisations mises en place par les établissements de santé concernés pour déployer ces équipes (création, organisation, fonctionnement) ?
- Question évaluative 2 : Quelle est la plus-value de ces dispositifs pour les usagers et leur entourage ?
- Question évaluative 3 : Quelles sont les suites possibles de cette expérimentation ?

4. METHODOLOGIE

■ La palette des outils mis en œuvre

L'élaboration des constats s'est appuyée sur une palette d'outils et sources d'information, et notamment :

- Les données chiffrées d'activité 2016 : elles ont été collectées auprès de chaque dispositif et mises en regard des données 2014 dont l'ARS disposait déjà ;
- Les documents propres à chaque SPPID : ces derniers ont transmis de nombreux documents à analyser et notamment : leur dossier de candidature, leur trame de projet thérapeutique individuel, leur dossier partagé, leur protocole de fonctionnement, éventuellement leur dernier projet de service et des plaquettes et autres présentations du dispositif ;
- Les entretiens téléphoniques avec les responsables des SPPID : des entretiens d'1 heure ½ ont été conduits avec chaque dispositif pour compléter les éléments quantitatifs et qualitatifs manquants, préciser les motivations de départ et les évolutions qui ont eu lieu depuis la création, apporter des éléments de contexte, des facteurs explicatifs (facteurs facilitants et freins), porter un regard critique sur le fonctionnement du SPPID ;

- Les entretiens sur site avec les équipes des SPIDD : des entretiens de 2 à 3 heures ont été réalisés sur place avec chacune des équipes, voire des membres de la direction de l'établissement hospitalier auquel elle se rattache ; une dizaine de personnes étaient présentes à chaque rencontre ;
- Les entretiens avec des patients / familles : *a minima* 2 entretiens (parfois 3) ont été réalisés avec des patients pour chacun des 4 dispositifs (en vis-à-vis pour la majorité, mais quelques-uns ont été réalisés par téléphone) ; quelques familles ont également été rencontrées ou interviewées par téléphone (1 pour EQUIPAD, 1 pour SPAD, 2 pour SIPAD) ;
- Les entretiens téléphoniques avec les partenaires des SPPID : 14 entretiens ont été réalisés ; le nombre d'entretiens partenaires pour WINNI à DOM était supérieur à celui organisé autour des autres équipes, et ce, afin de pouvoir étudier les spécificités de ce dispositif associées au ciblage d'un public précis, celui de la dyade mère-bébé ;
- Un entretien avec un territoire n'ayant pas mis en place de tel dispositif dans le cadre de l'appel à projets de l'ARS : un entretien a été réalisé avec le l'EPSM de la Sarthe.

L'élaboration des recommandations s'est appuyée sur un focus group régional rassemblant l'ensemble des 4 équipes ainsi que l'EPSM de la Sarthe.

■ L'équipe mobilisée

La mission a été menée principalement par Ketty GUILLOUX, médecin de santé publique chez Icone Médiation Santé et Hélène SEGUELA, expert en évaluation au sein du cabinet MC2 Consultants.

En complément, nous avons fait intervenir le Dr Pascal ANDRIEUX, responsable d'un Pôle de psychiatrie en région parisienne, et consultant associé d'Icone Médiation Santé, à différents moments clés de la mission. Le Dr Andrieux a apporté son expertise sur la construction des outils, les éléments d'analyse des données ainsi que sur les recommandations.

■ La mobilisation d'un Comité de pilotage au sein de l'ARS

Le Comité de pilotage de l'étude était composé des personnes suivantes :

Nom – Prénom	Fonction au sein de l'ARS
François GRIMONPREZ	Directeur - Direction de l'efficience de l'offre
Jean-Paul BOULE	Médecin chargé d'évaluation des politiques de santé - Direction de l'efficience de l'offre / Département Evaluation des Politiques de Santé et des Dispositifs - DEPS
Xavier BRUN	Chargé d'évaluation des politiques de santé- Direction de l'efficience de l'offre / Département Evaluation des Politiques de Santé et des Dispositifs - DEPS
Isabelle MONNIER	Cheffe de projet santé mentale - Direction de l'Accompagnement et des Soins
Alain CHARPENTIER	Médecin à la DT72 (psychiatre)
Sylvie CAULIER	Médecin à la DT85 (psychiatre)
Valentine JAYAIS	Chargée de projet - Direction de l'Accompagnement et des Soins / Département Accès aux soins de recours

Ce Comité de pilotage s'est réuni à 3 reprises, en mars, mai et juin 2017.

REPONSES SYNTHETIQUES AUX QUESTIONS EVALUATIVES

Dans ce chapitre, sont présentées les réponses aux 2 premières questions évaluatives. La réponse à la 3^{ème} question correspond aux préconisations, qui sont présentées dans un chapitre spécifique.

1. QUESTION 1 – QUELLES SONT LES DIFFERENTES CARACTERISTIQUES DES ORGANISATIONS MISES EN PLACE ?

■ Le fonctionnement et l'organisation

- Les 4 dispositifs ont été créés entre octobre 2013 et mars 2014 ; ils sont tous rattachés administrativement à un secteur de psychiatrie ; tous sauf un interviennent sur plusieurs secteurs (de pédopsychiatrie et/ou de psychiatrie adulte) ; la taille de la population et du territoire couverts sont très différents d'un dispositif à l'autre ; les 4 dispositifs disposent de 6 places ;
- Le nombre d'équivalents temps plein (ETP) par dispositif varie entre 4,4 et 6,4 ETP ; les équipes sont composées en grande partie d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et disposent également toutes de temps de psychiatre, psychologue et d'un temps de secrétariat ; 2 équipes sur 4 disposent d'une assistante sociale et WINNI à DOM propose en complément des compétences spécifiques (cf. § ci-dessous) ;
- En 2016, le nombre total de prises en charge par les SPPID a été de 319 ; tous les dispositifs ont connu une augmentation du nombre de prises en charge entre 2014 et 2016 ; les demandes continuent d'augmenter en 2017, cependant le nombre de prises en charge n'augmente pas car les dispositifs sont au maximum de leur capacité ;
- L'âge moyen des patients varie de 42-43 ans à 50 ans. L'âge des parents n'est pas connu pour WINNI à DOM. Les femmes sont toujours majoritaires dans le dispositif, dans une proportion un peu plus importante que celle observée aux niveaux régional et national pour l'ensemble des personnes suivies en psychiatrie. Les troubles psychiques les plus couramment pris en charge sont les psychoses et les troubles de l'humeur (hormis risques suicidaires immédiats) ; des troubles de la personnalité et états limites (personnes fragiles, *borderline*) sont également pris en charge, ainsi que des tableaux mixtes ;
- Les interventions sont centrées sur le domicile mais peuvent se faire dans quelques cas au substitut du domicile ; les 4 équipes interviennent régulièrement en cas de situation de crise pour un patient résidant à domicile ; 3 des 4 équipes interviennent régulièrement en sortie d'hospitalisation ; leur adresseur est quasiment exclusivement l'établissement psychiatrique (dans 90% ou 100% des cas) ; aucune équipe n'intervient en urgence au domicile (pour une décompensation majeure, de type sevrage ou risque suicidaire, elles orientent vers les urgences ou vers une unité spécialisée) ; l'intervention en relais après passage aux urgences est régulière pour une équipe, se produit de temps en temps pour une autre, n'a jamais été constatée pour les 2 dernières ;

- Tous les dispositifs ont défini des indications et contre-indications mais une place très importante est laissée à l'appréciation de chaque situation pour décider de l'admission ; les refus d'admission s'échelonnent de 6 % à 31% des demandes. Ils s'expliquent par des indications non pertinentes ou le refus du patient et/ou de la famille ; dans tous les dispositifs, il n'y a pas de refus de prise en charge par manque de places, cependant certaines sont différées quand le nombre de places maximum est atteint ; le délai moyen de prise en charge est très variable, de 1,6 jour à 16 jours. Concrètement, l'interprétation de ce délai est délicate car la date d'admission effective peut être prononcée alors que les soins ont déjà commencé ; la durée moyenne de séjour en 2016 va de 28 à 39 jours ;
- 2 dispositifs organisent autour de 3 visites par semaine auprès de chaque patient, un troisième se situe dans une moyenne proche de 4 visites hebdomadaires ; le dernier intervient de façon plus intensive, en particulier au démarrage de la prise en charge (de 6 à 8 visites par semaine) ; pour 3 équipes, des soins sont programmés le week-end comme en semaine. Tous les dispositifs ont mis en place une organisation spécifique pour des interventions en dehors des heures d'ouverture. Une équipe ferme un mois l'été, les trois autres équipes fonctionnent aussi pendant l'été mais avec une intensité moindre ;
- L'intervention du SPPID permet à la grande majorité des patients de rester à leur domicile après la prise en charge ; pour 3 équipes sur 4, la prise en charge se termine quand même par une hospitalisation pour 14 à 20 % des patients ; 3 mois après leur sortie, la majorité des patients est toujours à son domicile et prise en charge par le secteur : consultation en centre médico-psychologique (CMP), hôpital de jour (HJ), centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) ; le 2^{ème} type de situation après 3 mois reste l'hospitalisation à temps plein.

■ L'articulation SPPID / HJ / CMP / CATTP

- Pour 2 des 4 SPPID, les prises en charge entre le SPPID et le CMP (ainsi que l'HJ et le CATTP) peuvent se faire en parallèle ; la prise en charge par le SPPID intervient alors en enrichissement de ce qui existait déjà :
 - Les accompagnements qui existaient avant la prise en charge par le SPPID sont maintenus afin de conserver autant que possible l'environnement habituel du patient ; le psychiatre du CMP reste le référent médical ;
 - Quand ces accompagnements n'existent pas en amont, ils sont très souvent enclenchés à la fin de la prise en charge (notamment avec le CMP et dans une moindre mesure l'HJ) afin d'assurer une continuité à la fin de la prise en charge SPPID ;
- Pour les 2 autres, les prises en charge sont séparées :
 - Pour une équipe, lorsque les patients étaient suivis par le CMP, ce suivi s'interrompt durant la durée de la prise en charge par le SPPID. Le patient est totalement pris en charge par ce dernier, y compris en ce qui concerne l'ajustement du traitement. Notons cependant que la prise en charge par l'HJ peut se poursuivre ; si le patient n'était pas connu, un relais avec le CMP est organisé en fin de prise en charge ;
 - Pour la dernière équipe, la spécificité est que le patient ciblé par le dispositif est le bébé, qui par définition n'était pas suivi avant sa naissance. Cependant, en parallèle, les parents peuvent être suivis par la psychiatrie adulte (notamment le CMP ou l'HJ) voire être incités à aller vers le soin pour eux-mêmes si ce n'était pas déjà le cas. Un suivi sur la question de la relation mère-bébé peut être engagé à la sortie du dispositif via le CMP ou l'HJ qui interviennent sur le développement du lien parent-enfant.

- Les spécificités de l'intervention des SPPID par rapport aux CMP, CATTP et HJ résident dans le cumul suivant : intervention à domicile, forte réactivité, prise en charge de cas complexes ; les acteurs considèrent que les rôles respectifs sont clairs ;
- Globalement, l'intervention des SPPID facilite celle des autres services car elle favorise l'alliance thérapeutique en générant une demande de soins ; en faisant venir vers le soin des personnes qui en étaient jusque-là éloignées, elle peut également augmenter l'activité des CMP, HJ, CATTP.

■ Le partenariat externe

- Le développement du partenariat externe est un axe de travail important de chacune des équipes ; dans le même temps le champ des partenaires potentiels est large et les partenariats sont rarement formalisés ;
- Les équipes repèrent les partenaires présents autour du patient, dans le domaine du soin (médecin généraliste, psychiatre libéral, infirmiers à domicile, etc...), du secteur médico-social (EHPAD⁴, SSIAD⁵, SAVS⁶, services d'addictologie...), du social (aide-ménagères, TISF⁷, foyers, tutelles, crèches...) et prennent contact avec eux à chaque fois qu'ils jugent que c'est pertinent ; comme dans le cas des services de l'hôpital (CMP, HJ, CATTP), ils peuvent également enclencher des accompagnements ou des services ;
- L'articulation avec le médecin traitant est systématique, au minimum au début et à la fin de la prise en charge, mais aussi parfois tout au long de celle-ci ;
- Les équipes se perçoivent comme facteurs de lien, coordonnatrices ou chaînon manquant ; les partenaires mettent en avant une posture véritablement partenariale des SPPID, un important travail de lien et en retirent une grande satisfaction. Les équipes des SPPID sont très attachées à ce fonctionnement partenarial.

■ L'adéquation par rapport au cahier des charges

- Le cahier des charges a été largement appliqué par les 4 équipes : le lieu d'intervention, les caractéristiques de l'équipe, l'intensité et la continuité/permanence des soins, la coordination et la structuration des soins ;
- Quelques points n'ont pas été appliqués à la lettre, en particulier
 - l'intervention quotidienne voire pluriquotidienne d'un membre de l'équipe (dans la pratique l'intensité des interventions est adaptée aux besoins du patient ; les équipes recherchent une dégressivité pour éviter les ruptures en fin de prise en charge) ;
 - la réalisation d'une évaluation médicale au moins hebdomadaire au domicile (celle-ci est régulière mais réalisée selon des modalités différentes) ;
 - la participation à la formation d'autres intervenants dans la prise en charge des patients adultes ou enfants, atteints de troubles psychiques (tous les dispositifs souhaitent mettre en place des formations, mais n'ont pas encore pu le faire ou sont en difficulté pour le faire pour des raisons de moyens).

⁴ EHPAD : établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes

⁵ SSIAD : services de soins infirmiers à domicile

⁶ SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale

⁷ TISF : technicien de l'intervention sociale et familiale

■ L'adéquation par rapport aux motivations et besoins initialement repérés

- Globalement les dispositifs ont été relativement stables depuis leur lancement ; les objectifs initiaux ont été mis en œuvre, les équipes ont relativement peu évolué, les publics cibles ont été atteints ;
- Les évolutions qui ont été relevées vont dans le sens :
 - o d'un élargissement des dispositifs (une ouverture à un public plus étendu, une extension de la durée de prise en charge, des indications plus complexes, une meilleure identification par le réseau, l'ouverture à l'accueil de stagiaires...) ;
 - o d'une précision des modalités d'intervention (choix de systématiser les interventions de certains professionnels, de faire travailler les intervenants en binôme, de faire venir les parents à l'hôpital pour les consultations avec le psychiatre, etc...) ; les équipes soulignent que leur projet est constamment en chantier ;
- Nous n'avons constaté de « rétrécissement » du projet pour aucun des dispositifs ; si la question des moyens se pose (toutes les équipes souhaiteraient un renforcement des moyens pour aller plus loin dans leur mission, réduire les temps d'attente avant la prise en charge), les projets n'ont pas été remis en cause faute de moyens.

■ Les facteurs facilitants et les freins

- Les facteurs facilitants sont notamment : les modalités d'élaboration du projet (une maturation, une élaboration collective et un soutien de la direction), la constitution de l'équipe (une équipe motivée, aguerrie, stable...), les échanges internes aux équipes, les échanges entre les équipes de la région, les moyens logistiques, le soutien financier de l'ARS, le lien avec les secteurs de psychiatrie, le soutien étroit de certains partenaires ;
- Les freins sont : le manque de certains moyens humains et matériels, la taille et les caractéristiques du territoire, la temporalité différente entre le SPPID, le CMP et l'hôpital, les délais de réponse trop courts à l'appel à projets de l'ARS, le temps nécessaire au changement des mentalités et à l'harmonisation des pratiques, le risque de perte de l'historique du projet.

■ Les spécificités de WINNI à DOM en termes de fonctionnement et d'organisation

- Le dispositif WINNI à DOM présente de nombreuses spécificités ; d'une part il s'agit du seul dispositif qui est porté en partenariat avec une association de HAD ; cette association a fortement influencé le fonctionnement et les procédures du dispositif ; ce dispositif est également soutenu par un réseau départemental (Bien Naître en Vendée) qui lui a permis notamment d'être bien connu au niveau régional ;
- WINNI à DOM cible un public spécifique, la dyade mère-bébé (dans le cas où des difficultés se font sentir avec le père, ce dernier peut être inclus dans la prise en charge), le patient est donc le bébé dans sa relation avec ses parents (et non les parents eux-mêmes) ; les situations des mères les plus fréquentes sont les dépressions aiguës du post-partum ; dans une majorité de cas, la mère ne connaît pas d'antécédent psychiatrique et après la prise en charge, la problématique est souvent résolue ;
- La composition de l'équipe est spécifique, puisqu'elle comprend une psychomotricienne et une sage-femme⁸ mais n'inclut pas d'assistante sociale (compétence dont dispose la PMI) ;

⁸ Contrairement à la sage-femme de la PMI, la SF de WINNI n'intervient pas sur le plan somatique mais sur les représentations corporelles de la maman, ses angoisses corporelles, etc.

- Le nombre des intervenants autour des familles peut être élevé : généralement le dispositif intervient en parallèle de la PMI ; par ailleurs, la mère et/ou le père sont parfois déjà suivis par la psychiatrie adulte ou peuvent être orientés vers elle par le dispositif ; la pédopsychiatrie peut également intervenir, soit parce que la fratrie est déjà suivie ou aurait besoin d'un suivi, soit parce que le bébé aura lui-même besoin d'un suivi après l'intervention de WINNI à DOM ;

2. QUESTION 2 – QUELLE EST LA PLUS-VALUE DE CES DISPOSITIFS POUR LES USAGERS ET LEUR ENTOURAGE ?

■ Les effets sur le recours aux hospitalisations

- Les objectifs de prévention des hospitalisations, de raccourcissement des hospitalisations, de préparation des hospitalisations, de préparation du retour à domicile..., figuraient dans les projets initiaux des dispositifs ;
- L'effet sur le recours aux hospitalisations a été mis en avant par tous les acteurs et constitue une des 1^{ères} plus-values du dispositif ;
- Quand le dispositif de soins intensifs à domicile intervient en sortie d'hospitalisation, il permet de raccourcir celle-ci ; dans ces cas-là, le SPPID permet de préparer le retour au domicile et/ou de créer les conditions du retour mais aussi d'éviter les rechutes (et donc de prévenir de nouvelles hospitalisations) ; Quand le dispositif de soins intensifs à domicile intervient pour un patient qui est à son domicile, c'est presque toujours pour un patient qui, sinon, aurait dû être hospitalisé ;
- Dans certains cas, le dispositif SPIDD n'évite pas une hospitalisation mais permet de bien la préparer, d'amener le patient à y consentir, et d'éviter une hospitalisation « en catastrophe » ou sans consentement ;
- Certains patients interrogés estiment que sans la proposition du SPPID, ils se seraient repliés chez eux sans soin, sans doute jusqu'à une hospitalisation sans consentement ; plusieurs partenaires interrogés considèrent également que dans les cas qu'ils ont suivis, l'intervention du SPPID a permis d'éviter ce type d'hospitalisation sans consentement. Interrogés sur ce qui existait « avant » le dispositif, les acteurs soulignent qu'ils « faisaient avec les moyens du bord », « bricolaient » mais sans obtenir nécessairement des résultats satisfaisants ;
- Dans le cas de WINNI à DOM, il s'agit moins de prévenir « à tout prix » ou raccourcir l'hospitalisation que de créer ou rétablir le lien mère-bébé ; en revanche, le dispositif permet parfois de prévenir les hospitalisations somatiques pour les bébés (liés à des troubles de l'alimentation) ou d'éviter le placement de l'enfant.

■ Les autres plus-values

- L'ensemble des acteurs est globalement satisfait (très satisfait / plutôt satisfait) de la prise en charge et du partenariat avec le SPPID ; tous repèrent une plus-value de ce type de dispositif par rapport à une hospitalisation classique ;
- Les principaux points de plus-value sont notamment :
 - un accès aux soins (psychothérapeutiques et médicamenteux) facilité et une meilleure alliance thérapeutique,
 - un soin personnalisé (grâce à une grande souplesse d'intervention) et un savoir-être spécifique (capacité d'écoute, disponibilité, bienveillance et attitude non jugeante, discrétion) qui contribuent à créer un autre rapport à la psychiatrie,

- la création d'un cadre sécurisant qui génère un « contenant psychique »,
- la prise en compte et le soutien de l'entourage du patient,
- un travail sur l'autonomie du patient, dans la perspective de favoriser son insertion ou sa réinsertion sociale, son maintien à domicile grâce aux soins apportés.

■ Les limites

- A part quelques « regrets » ponctuels de patients ou partenaires, les acteurs interrogés ont perçu peu de limites au dispositif ;
- Les limites mises en avant sont : les situations de refus du patient d'être pris en charge par le SPPID (auquel cas les acteurs n'ont pas nécessairement d'autres solutions satisfaisantes à proposer), la durée de la prise en charge jugée insuffisante dans certaines situations, le manque de places (qui génère de l'attente et une certaine complexité), l'étendue géographique (le territoire régional et, au-delà, national n'étant pas couvert), les modalités d'entrée dans le dispositif (délais liés au fait de devoir passer par le CMP, ou de devoir rencontrer un psychiatre, ou encore de devoir faire la démarche d'appeler le dispositif... constituent un frein dans quelques cas) ;
- Globalement, on peut considérer que la plupart de ces limites ne sont pas intrinsèques à ce dispositif mais sont liées au fait qu'il est limité dans le temps, l'espace ou le nombre de prises en charge et ne peut résoudre l'ensemble des situations ;
- Des points de vigilance ont également été évoqués, notamment le risque de trop s'attacher aux patients, et dans le cas de WINNI à DOM le risque que les partenaires s'appuient trop sur le dispositif (y compris dans certaines situations limites où des risques de négligence ou maltraitance existent).

■ La question de l'efficience

- Le calcul du coût moyen de prise en charge par patient et par jour s'est révélé difficile à réaliser par les équipes ;
- Nous avons réalisé une estimation approximative du coût moyen par prise en charge (par SPPID et pour l'ensemble du dispositif) sur la base du budget annuel global initialement prévu (1 474 442,33 €), et en tenant compte du nombre total de prises en charge en 2016 : nous obtenons une moyenne de 4 622 € par prise en charge ;
- Par comparaison, une hospitalisation temps plein de 30 jours (sur la base d'un coût journée d'hospitalisation complète en 2015) est de 10 668 € en psychiatrie adulte et de 20 352 € en pédopsychiatrie ; le coût par prise en charge dans le dispositif SPPID est donc inférieur de plus de 50% à une hospitalisation classique de 30 jours ;
- Ce constat est renforcé si l'on considère, d'une part, que le budget réel de chaque SPPID a pu être inférieur à ce qui était initialement prévu, et, d'autre part, que le nombre de prises en charge n'intègre pas systématiquement les prises en charge inadéquates ou d'une seule journée.

3. QUESTION 3 – QUELLES SONT LES SUITES POSSIBLES DE CETTE EXPERIMENTATION ?

Cette question sera traitée en 3 parties :

- Les conclusions de nos travaux,
- Les perspectives et réflexions des équipes,
- Les préconisations que nous proposons dans ce contexte.

■ Conclusion

Comme le montre la synthèse des constats, les 4 dispositifs expérimentaux de soins intensifs à domicile en psychiatrie soutenus par l'ARS présentent à la fois une certaine pertinence, une efficacité et une efficience :

- Ils ont tous rencontré un réel besoin ;
- Ils ont globalement respecté le cahier des charges, mais aussi les cibles (publics, situations...) et les objectifs (prévention des hospitalisations, préparation du retour à domicile...) qu'ils se sont fixés tout en développant une identité propre avec des spécificités pour chacun ;
- Ils satisfont les patients de par la qualité de leur mise en œuvre ;
- Ils placent le patient au cœur de son parcours de soin ;
- Ils présentent une plus-value par rapport à l'hospitalisation à temps plein (diminution du temps d'hospitalisation, évitement de certaines hospitalisations, préparation satisfaisante d'une hospitalisation si celle-ci reste nécessaire) ;
- Ils sont plus économiques qu'un séjour en hospitalisation à temps plein.

En résumé, l'évaluation montre que les dispositifs mis en œuvre par les 4 équipes étudiées sont de qualité, qu'il serait pertinent de les valoriser et de les déployer sur l'ensemble du territoire. En effet, même si l'on prend en compte les dispositifs développés sur d'autres territoires sans financement de l'ARS (cf. § suivant sur les perspectives), le territoire n'est à ce jour pas couvert, ce qui pose la question de l'égalité et de l'équité de l'accès aux soins.

En dehors de la question géographique, une autre limite potentielle concerne les capacités des dispositifs qui semblent aujourd'hui atteintes, voire dépassées (ce qui, d'après certains partenaires, conduit à des délais d'attente plus importants pour les entrées et amène parfois à hospitaliser des patients qui ne souhaitaient pas l'être et auraient pu bénéficier de soins intensifs à domicile).

Enfin, les résultats de notre évaluation amènent à poser la question de la place des SPPID dans l'organisation globale de l'offre de soins en psychiatrie et, au sein de cette offre, celle de l'articulation des interventions à domicile (entre équipes mobiles, secteurs/CMP, SPPID, etc...), dans un contexte de recherche de redéploiement des moyens de l'hospitalisation vers l'ambulatoire :

- la lisibilité de l'ensemble de l'offre de soins en psychiatrie n'est pas toujours évidente ; en particulier, certains partenaires ont des difficultés à identifier les différentes ressources en psychiatrie ainsi que leurs spécificités ; par extension, cela pose la question de l'orientation des patients : par exemple, une équipe note que les médecins généralistes orientent les patients préférentiellement vers les urgences médico-psychologiques, ce qui aboutit très souvent à une hospitalisation à temps plein quand le lien avec le SPPID n'est pas fait ;

- la coordination entre les prises en charge des CMP et des SPPID (que ce soit à l'entrée ou à la sortie de la prise en charge intensive) peut manquer de fluidité, notamment du fait de la temporalité différente entre les 2 (les dispositifs SPPID sont beaucoup plus réactifs et le temps nécessaire pour prendre un rendez-vous avec un psychiatre du CMP peut retarder l'entrée dans le dispositif SPPID ou le passage de relais en fin de prise en charge intensive) ;
- la création d'équipes dédiées de soins intensifs à domicile en complément des CMP, équipes mobiles, etc..., si elle présente certains avantages (bonne identification administrative de l'équipe, garantie du caractère intensif de l'intervention, instauration d'une nouvelle dynamique et de nouvelles pratiques, etc...), pose la question des moyens cumulés (en particulier dans le cas où les SPPID et CMP interviennent de façon conjointe, mais pas uniquement) ; par ailleurs, certaines missions (notamment la formation des partenaires extérieurs à la psychiatrie) sont attribuées à la fois aux SPPID et aux équipes mobiles.

Ces limites posent des questions de fluidité dans le parcours des patients et d'efficacité globale.

■ Perspectives

Le § suivant présente les différents éléments de perspectives ainsi que les réflexions abordées avec les équipes lors des entretiens sur site (ou par téléphone dans le cas de l'EPSM de la Sarthe) mais aussi lors du focus group régional. Ce § s'appuie également sur des recherches bibliographiques spécifiques et l'étude de documents transmis par l'ARS.

Les perspectives de développement des dispositifs de soins intensifs psychiatriques à domicile en Pays de la Loire

a) Les réflexions en cours sur le territoire des 4 établissements ayant participé à l'expérimentation

L'initiative de l'appel à projets de l'ARS a eu clairement un effet déclencheur pour ces 4 équipes. Aujourd'hui, dans au moins 2 des établissements auxquels elles se rattachent – les EPSM Cesame et Mazurelle - des réflexions sont en cours pour étendre les interventions des SPPID à d'autres territoires et d'autres classes d'âge :

- L'EPSM Cesame⁹ réfléchit sur le développement des interventions à domicile et a inscrit dans son projet d'établissement une réflexion sur le développement des soins intensifs à domicile ; il s'agit dans un 1^{er} temps d'étoffer l'activité du SIPAD en étendant les indications aux publics enfants et jeunes adolescents (en intégrant dans l'équipe de compétences en psychiatrie infanto-juvénile), et dans un 2nd temps de réfléchir à étendre ces modalités de prise en charge sur un périmètre géographique élargi.

En ce qui concerne l'extension géographique, plusieurs hypothèses sont envisagées : à moyens constants avec réorganisation du fonctionnement, avec augmentation de moyens (scenarii à affiner), avec la création de plusieurs équipes en capacité de dispenser des soins à domicile à partir de CMP ruraux. Une formule intermédiaire Visite à domicile-SIPAD est également envisagée, reposant sur une articulation forte avec les missions VAD des Pôles.

- L'EPSM Mazurelle a un projet de développement de soins intensifs à domicile en psychiatrie adulte, qui s'appuierait comme WINNI à DOM sur un partenariat avec l'association HAD Vendée.

⁹ Cf. projet d'établissement, axe 2 : « organiser l'offre de soins au service d'une dynamique de parcours ».

Notons également qu'EQUIPAD (CHU de Nantes), même s'il n'a pas de projet d'extension de territoire ni de public, présente un nombre de places par habitants faible au regard des autres équipes et souhaiterait augmenter le nombre de places disponibles pour son dispositif, et ce, afin d'atteindre 10 à 12 places au lieu de 6 actuellement.

b) Les projets en cours sur le territoire de 4 autres établissements

Plusieurs autres établissements sont d'ores et déjà dans une réflexion sur le développement de l'ambulatoire et des soins intensifs à domicile :

- L'EPSM de la Sarthe a réorganisé fin 2016 son dispositif ambulatoire et a prévu de continuer à redéployer les ressources et l'offre de soins vers l'ambulatoire et d'étendre le type d'intervention du dispositif SIICUM (soins intensifs intégrés dans la communauté urbaine du Mans) aux 2 autres Pôles de psychiatrie générale, voire au Pôle de psychiatrie infanto-juvénile ;
- Le CH Nord-Mayenne a restructuré son pôle santé mentale en diminuant le nombre de lits et en créant une Equipe d'Appui Thérapeutique Ambulatoire dédiée à la réhabilitation psychosociale avec une possibilité de réaliser quelques suivis intensifs au domicile ;
- Le CH du Haut-Anjou a conduit une réflexion sur les alternatives à l'hospitalisation et souhaite développer une équipe de soins transitoires optimisés psychiatriques alternatifs à l'hospitalisation à Domicile (Stop à Dom) qui serait associée aux soins de réhabilitation ;
- Le CH de Saint-Nazaire avait soumis une candidature dans le cadre de l'appel à projets de l'ARS de 2012 mais n'a pas été retenu.

Au total, 8 établissements au moins sur les 13 ayant une activité de psychiatrie sont inscrits dans une dynamique de développement de l'ambulatoire et des soins intensifs à domicile.

c) Une réflexion venant de la base sur la création d'une formation universitaire régionale

La formation constitue une des clés pour pouvoir développer les interventions à domicile, car ce mode d'intervention est tout à fait spécifique relativement aux autres pratiques de psychiatrie.

Une réflexion a été amorcée sur la création dans la région d'un Diplôme Universitaire spécifique, s'inspirant du Diplôme Inter-Universitaire (DIU) Santé mentale dans la communauté développée sur Paris-Lille-Marseille.

d) Un projet de journées d'échanges entre équipes au niveau national

Une journée d'échanges est prévue en 2018 associant l'ensemble des dispositifs de soins à domicile en psychiatrie au niveau national.

L'organisation des soins intensifs à domicile, au sein des interventions à domicile (IAD) et plus largement de l'offre de soins en psychiatrie

a) L'information et l'orientation en interne et en externe entre les différents dispositifs de psychiatrie

Des réflexions s'apparentant à la création d'un « guichet unique » ont été observées dans plusieurs établissements, en particulier :

- L'EPSM de la Sarthe a mis en place un dispositif d'intervention rapide, évaluation, coordination et orientation des demandes (DIRECO du Pôle 1-6 de l'EPSM Sarthe) et a prévu dans chaque Pôle un numéro de téléphone avec accueil téléphonique infirmier ;

- Le Cesame mène une réflexion globale au niveau de l'établissement pour l'accueil et l'orientation de la demande (possibilité de création d'un numéro unique qui renverrait le demandeur vers le CMP de son territoire, ce qui supposerait que ces derniers connaissent bien l'ensemble des dispositifs).

b) Les soins intensifs à domicile au sein des activités d'interventions à domicile (IAD) en psychiatrie

En nous appuyant sur l'évaluation des équipes mobiles en psychiatrie¹⁰ que nous avons menée, sur les résultats de cette évaluation mais aussi sur la thèse de Marianne RAMONET¹¹, nous pouvons distinguer, dans l'ensemble des interventions à domicile :

- Les IAD des CMP qui visent principalement le suivi régulier mais non intensif des patients déjà connus avec une grande diversité du pourcentage d'IAD selon les secteurs¹² ;
- Les IAD des Equipes mobiles qui ont une fonction d'évaluation-orientation et s'adressent plutôt aux personnes qui souffrent de troubles psychiques mais ne bénéficient pas de soins psychiatriques (patients non connus) ;
- L'intervention intensive au domicile rapide et de courte durée (comme l'intervention des SPPID) qui s'adresse à des patients souvent déjà connus traversant une crise qui justifierait une hospitalisation ;

Par ailleurs, concernant le handicap psychique, il existe des programmes de soutien et réhabilitation à domicile au long cours s'adressant aux patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères et invalidantes ; ces dispositifs ne faisaient pas l'objet de cette étude et ne sont pas recensés au niveau régional.

Des articulations différentes entre ces IAD sont repérables sur le terrain. Nous interrogeons ci-dessous certains rapprochements possibles.

b.1) Equipe SPPID dédiée ou intégrée au CMP ?

Les 4 SPPID étudiés plus spécifiquement dans cette mission ont choisi un fonctionnement basé sur une équipe spécifique dédiée et considèrent que c'est une approche appropriée, au moins pendant les 1^{ères} années, pour consolider la pratique spécifique de soins intensifs à domicile. Par ailleurs, il apparaît difficile pour les CMP d'intégrer entièrement une activité de soins intensifs qui est une pratique très spécifique et demande de déployer très rapidement des moyens importants.

Un bilan national réalisé en 2015¹³ identifie plusieurs modes de fonctionnement pour les services d'hospitalisation à domicile psychiatriques en France :

- Un fonctionnement d'unités autonomes dans la majorité des cas (c'est le cas des 4 équipes SPPID des Pays de la Loire),
- Un fonctionnement plus intégré avec l'activité des secteurs (avec une partie de l'équipe qui soit dédiée et une autre partie partagée avec le secteur) - par exemple,
 - o dans sa thèse soutenue en septembre 2016, Emilie Thibon¹⁴ présente le fonctionnement – datant de 1995 – de l'HAD de Villejuif : dans cette organisation,
 - une unité intersectorielle a été créée avec du personnel dédié (infirmier, assistance sociale, secrétariat),

¹⁰ Evaluation de la valeur-ajoutée des équipes mobiles dans les interventions à domicile des secteurs de psychiatrie adulte des Pays de la Loire – Icone Médiation Santé et MC2 consultants, décembre 2015.

¹¹ Marianne Ramonet, soins intensifs à domicile en psychiatrie, septembre 2012.

¹² Cf. Evaluation de la valeur ajoutée des équipes mobiles dans les interventions à domicile des secteurs de psychiatrie adulte des Pays de la Loire – rapport final Icone Médiation Santé et MC2 consultants – décembre 2015.

¹³ Navarro, Pham-Van, Parera, Jung, Olivier – Recensement des services d'hospitalisation à domicile psychiatriques en France en 2015 ; European Psychiatry, novembre 2015.

¹⁴ Thibon – L'hospitalisation à domicile en psychiatrie : modèles, évaluations et intégration dans le réseau de soins ; étude descriptive de l'hospitalisation à domicile du Centre Hospitalier de Montauban, septembre 2016

- dans le même temps, chaque secteur a identifié un psychiatre attiré pour la prise en charge des patients en HAD, pour un ETP de 20% chacun.
- le CH du Haut-Anjou envisage l'intégration de Stop à Dom au sein du secteur existant, afin que pour les patients déjà connus ce soient les référents habituels qui interviennent au domicile du patient ; dans ce cadre, il est prévu de renforcer les moyens du CMP ;
- l'EPSM Cesame réfléchit à une articulation étroite VAD/SIPAD pour les CMP ruraux (cf. plus haut).

Dans ce contexte, les établissements pourraient travailler sur plusieurs hypothèses pour le développement des soins intensifs à domicile en psychiatrie :

- une équipe entièrement dédiée et centralisée,
- une équipe entièrement dédiée mais avec des antennes,
- une équipe en partie dédiée mais qui s'appuie aussi sur les ressources des CMP, ce qui suppose qu'une partie des moyens déployés le soient sur le CMP.

b.2) Rapprochement entre équipes SPPID et autres équipes mobiles ?

Nous avons interrogé les équipes sur un rapprochement, ou une plus grande articulation, entre les équipes SPPID et les autres équipes mobiles.

Les équipes SPPID ont mis en avant une différence fondamentale entre elles et les autres équipes mobiles : les équipes mobiles travaillent spécifiquement sur la « non-demande » de soins tandis que les SPPID ciblent le besoin de soins intensifs.

Nous ne pouvons conclure à une meilleure efficacité de l'une ou l'autre des options prises, cependant une réflexion peut être menée au niveau de chaque établissement sur l'organisation la plus adaptée en fonction de sa situation spécifique.

Le rôle de l'ARS dans le déploiement des dispositifs

Plusieurs pistes de réflexion ont été discutées avec les équipes, elles sont présentées ci-dessous.

a) La mise à jour d'un référentiel régional

Interrogées sur l'utilité du cahier des charges qui a servi de support à l'appel à projets, les équipes ont souligné qu'il avait contribué à établir un cadre pour l'intervention des SPPID et ainsi à maintenir la spécificité de leurs interventions, notamment en termes d'intensité des soins. En effet, ce cahier des charges a facilité une certaine homogénéité de l'organisation et du fonctionnement des 4 équipes financées. L'identité commune décrite ci-dessus a également été facilitée par les échanges entre les 4 équipes qui ont eu lieu au niveau régional.

Il y aurait donc un intérêt à maintenir ce cadre (dans un contexte où de nombreuses initiatives en région ou au niveau national se revendiquent des soins intensifs à domicile mais avec une organisation et des modalités de fonctionnement très diverses), tout en l'adaptant en fonction des retours d'expérience des 4 équipes (ces dernières l'ont en effet ajusté au vu de la réalité des situations qu'elles rencontraient) et d'autres qui pourraient être identifiées comme ayant adopté le même cadre référentiel (exemple de l'EPSM de la Sarthe).

Le nouveau référentiel qui pourrait être proposé au niveau régional devra être clair sur l'articulation entre les CMP (et les IAD), les équipes mobiles et les SPPID, et la connaissance et reconnaissance de chacun par l'ensemble des acteurs, notamment au niveau des services d'urgence. Si ce dispositif est généralisé au niveau régional au sein de l'ambulatoire, son rôle et ses objectifs devront être explicités pour éviter d'arriver à une superposition de dispositifs ambulatoires aux frontières floues voire hybrides.

b) Le travail sur les indicateurs d'activité

Dans la mesure où l'HAD psychiatrie n'est pas reconnue, l'activité des SPPID est peu valorisée en termes de pratiques et en termes financiers. Les indicateurs d'activité actuels des SPPID des Pays de la Loire décidés en 2014 avec l'ARS reflètent imparfaitement les spécificités de l'activité des SPPID et pourraient donc être améliorés.

Ces indicateurs spécifiques sur les soins intensifs à domicile ne sont pas pris en compte dans le RIM-Psy (recueil d'information médicalisée en psychiatrie) qui ne comptabilise que l'activité ambulatoire classique ; l'activité des SPPID n'est donc pas valorisée, en 1^{er} lieu au sein de l'établissement auquel elles se rattachent.

c) La question des financements

L'expérimentation a pris fin et les financements qui y étaient associés dans le cadre de l'Appel à projets ARS ont été intégrés dans la DAF psychiatrie des 4 établissements concernés.

Parmi les autres établissements présentés ci-dessus, 2 ont créé des équipes de soins intensifs à domicile sans financement supplémentaire (EPSM de la Sarthe et CH Nord-Mayenne). En revanche, le CH du Haut Anjou a déposé une demande de financement à l'ARS pour développer son projet.

Nous noterons que tous les établissements ne disposent pas des mêmes possibilités de redéploiement de lits ; ces possibilités diffèrent en fonction notamment :

- du taux d'équipement actuel (nombre de lits par habitants) ;
- du nombre de secteurs : quand il y a 1 seul secteur dans l'établissement, il n'y a pas de possibilités de mutualiser ;
- des caractéristiques du territoire en termes de démographie médicale libérale et d'établissement privé (en effet, le manque d'alternatives locales concentre la demande de soins vers les secteurs de psychiatrie).

Par ailleurs, le constat des équipes est qu'il faut parfois commencer par développer l'alternative à l'hospitalisation pour pouvoir fermer des lits dans un 2nd temps. Le financement a été mis en avant comme étant incitatif aussi pour les directions d'établissements par rapport à ce type de projet.

Nous proposons ci-dessous, à partir du coût par habitant des 4 équipes étudiées, une projection financière d'une extension du dispositif à l'ensemble de la région (avec une hypothèse de maintien du niveau de redéploiement demandé – soit environ 35% du budget total) :

- pour une extension des dispositifs SPPID adultes, le budget supplémentaire alloué par l'ARS serait de 2 530 000 euros environ ;
- pour une extension du dispositif SPPID mère-enfant, le budget supplémentaire alloué par l'ARS serait de 1 074 300 euros ;
- enfin, pour une extension des 2 volets (adultes + mère-enfant), le surcoût serait de 3 605 000 euros.

■ Préconisations

Les préconisations que nous proposons s'appuient à la fois sur les résultats de l'évaluation et sur les éléments de perspective que nous avons recueillis.

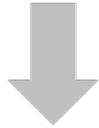
Elles visent notamment à :

- Consolider les équipes existantes
- Valoriser et promouvoir l'action des SPPID
- Favoriser le déploiement de ce type d'intervention sur l'ensemble de la région

- Garantir à la fois une homogénéité dans les pratiques et une identité propre à chaque équipe / établissement
- Articuler l'intervention des SPPID avec les autres interventions à domicile en psychiatrie

Elles concernent tous les dispositifs, quels que soient les publics ciblés.

R1 – Promouvoir le principe de soins intensifs à domicile en psychiatrie dans le contexte national de l'« aller vers »



Actions ARS, SPPID et établissements

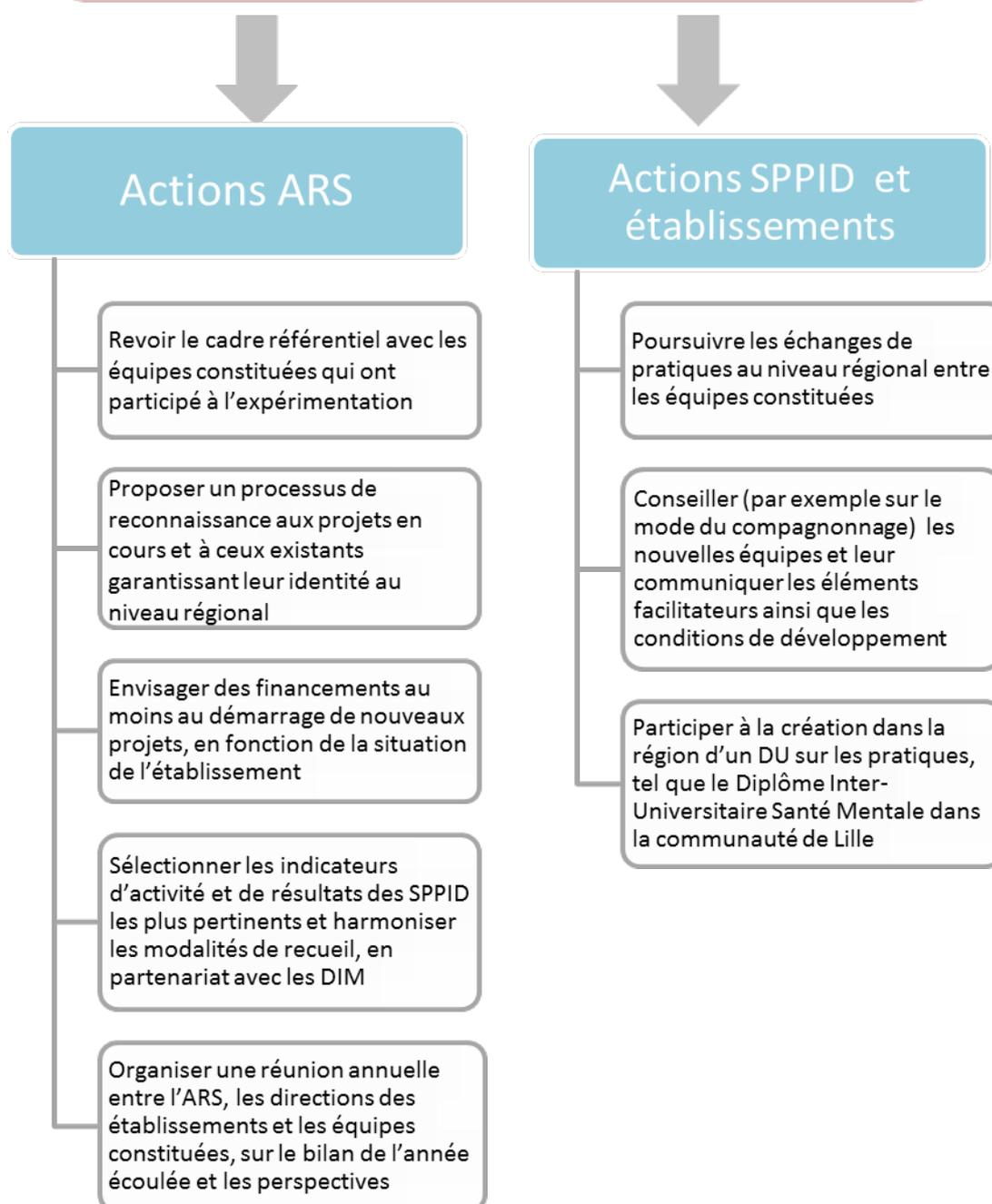
Promouvoir des rencontres régionales et nationales inter-équipes

Diffuser les résultats de l'évaluation sur les SPPID

Promouvoir au niveau national le référentiel élaboré en région (cf. R2)

Pour les équipes, communiquer et publier sur leurs expériences et pratiques

R2 – Développer les pratiques de soins intensifs à domicile sur l'ensemble du territoire régional dans un cadre harmonisé



R3 – Structurer une organisation territoriale efficace et efficiente

