

**Evaluation
de dispositif de santé**

**EVALUATION DE LA VALEUR AJOUTEE DES
EQUIPES MOBILES DANS LES INTERVENTIONS A
DOMICILE DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE
ADULTE DES PAYS DE LA LOIRE**

Rapport final

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

Décembre 2015

Avertissement

Le présent document constitue le rapport de l'évaluation des dispositifs de la valeur ajoutée des Equipes mobiles dans les interventions à domicile des secteurs de psychiatrie adulte en 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 :

Xavier BRUN

Dr Jean-Paul BOULÉ

Agence régionale de santé Pays de la Loire
17 Boulevard Gaston Doumergue – 44262 NANTES Cedex 2
Tel 02 49 10 40 00
www.ars.paysdelaloire.sante.fr

Evaluation réalisée par :

Dr Ketty GUILLOUX

Mr Vincent BAUDOT

Mme Hélène SEQUELA

ICONE MEDIATION SANTE - Antenne de Toulouse

5 RUE MATABIAU - 31000 TOULOUSE

Tél : 05 61 63 10 69 - Fax : 05 61 99 16 21

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

CADRAGE DE L'EVALUATION	3
1. Définitions	3
2. Le contexte des interventions à domicile en Pays de la Loire	3
3. Les enjeux et finalités de l'évaluation.....	6
4. La méthode.....	7
SYNTHESE DES CONCLUSIONS DE L'EVALUATION	8
QUESTION EVALUATIVE 1 - COMMENT LES INTERVENTIONS A DOMICILE « CLASSIQUES » SE SONT-ELLES ORGANISEES POUR REpondre AUX BESOINS D'INTERVENTIONS A DOMICILE ?	14
1. Les données d'activité et les effectifs	14
2. Les publics et les territoires	16
3. Les types d'interventions.....	19
4. Les outils et les partenariats	21
QUESTION EVALUATIVE 1BIS - COMMENT LES EQUIPES MOBILES SE SONT-ELLES ORGANISEES POUR REpondre AUX BESOINS D'INTERVENTIONS A DOMICILE ?	22
1. L'historique et la composition	22
2. Les publics	24
3. Les types d'intervention.....	25
4. L'origine des interventions	26
5. Les outils	27
6. Le suivi de l'activité.....	28
7. Les partenariats avec les professionnels extérieurs	28
8. Le relais à la sortie de la prise en charge par l'équipe mobile	32
9. L'articulation entre les Equipes mobiles et les secteurs de psychiatrie	32
QUESTION EVALUATIVE 2 - QUELS SONT LES FACTEURS DE SUCCES ET D'ECHECS DES ORGANISATIONS MISES EN PLACE PAR LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE ADULTE POUR ASSURER CES INTERVENTIONS HORS LES MURS ?	35
1. ...Dans le cadre des IAD « classiques »	35
2. ...Dans le cadre de l'intervention des Equipes mobiles	36
QUESTION EVALUATIVE 3 – QUELLE EST LA PLUS-VALUE DES EQUIPES MOBILES ?	40
1. L'intervention précoce.....	40
2. L'accès aux soins des personnes non connues (ou perdues de vue).....	40
3. L'expertise : une prise en charge facilitée pour certains profils de patients grâce à la spécialisation	41
4. Une plus grande réactivité pour effectuer une intervention à domicile	42
5. Plus de souplesse dans les réponses	42
6. L'approche globale et les échanges de savoir-faire / savoir être.....	43
7. Une meilleure fluidité du parcours du patient.....	44
8. Mais un risque de moins-value sur certains aspects	44
QUESTION EVALUATIVE 4 – DANS QUELLES CONDITIONS LES 5 EQUIPES MOBILES PSYCHIATRIE PRECARITE DE LA REGION SE SONT-ELLES ORGANISEES POUR REpondre A UN MEME CAHIER DES CHARGES ?	45
1. Les actions en direction des patients.....	46
2. Le fonctionnement des EMPP	47
RECOMMANDATIONS	49
ANNEXE 1 – Le contexte national.....	55
ANNEXE 2 – Méthodologie détaillée.....	57
ANNEXE 3 – Cahier des charges technique des équipes mobiles spécialisées psychiatrie.....	60
ANNEXE 4 - Glossaire	62

CADRAGE DE L'ÉVALUATION

1. DÉFINITIONS

Pour les besoins de l'évaluation, nous avons défini les interventions à domicile « classiques » (en abrégé IAD) comme suit : il s'agit des interventions hors les murs de l'hôpital, hors les locaux du CMP et du CATTP. Elles ont lieu au domicile, au substitut du domicile ou au cabinet d'un professionnel de santé. Elles ne comprennent ni les interventions dans les autres services hospitaliers (psychiatrie de liaison), ni les interventions en établissement pénitentiaire, ni enfin les interventions des Equipes mobiles.

Par ailleurs, en accord avec le commanditaire, nous avons défini les Equipes mobiles comme suit : il s'agit d'équipes formalisées et stabilisées, dédiées aux interventions à domicile ou substitut de domicile, avec une mission spécifique précise. Une équipe mobile peut être spécifique à une population (personnes âgées ciblées par les équipes géronto-psychiatrie, jeunes, personnes en précarité ciblées par les EMPP), à des situations (risque suicidaire, soins psychiatriques intensifs...), ou être polyvalentes. Il n'existe pas de cadre référentiel national général pour les Equipes mobiles, sauf pour les EMPP.

2. LE CONTEXTE DES INTERVENTIONS À DOMICILE EN PAYS DE LA LOIRE

L'ARS a donné de grandes orientations pour développer la prise en charge ambulatoire :

Elle a prévu dans le PRS 2012 – 2016 :

- Le développement des Equipes mobiles, en privilégiant des Equipes mobiles aux compétences larges et intersectorielles. L'ARS a proposé en 2012 la mise en place de 2 Equipes mobiles de ce type sur chaque territoire de santé ;
- La mise en place d'Equipes mobiles d'intervention en urgence ;
- La création de projets expérimentaux de prises en charges à domicile sur un ou deux territoires de santé.

Son comité de direction a défini début 2015 parmi les enjeux de psychiatrie :

- L'amplification et l'accompagnement du virage ambulatoire et la réduction des inégalités territoriales ;
- Le développement des complémentarités entre les médecins généralistes et les psychiatres de secteur ;
- Le renforcement des coopérations de la psychiatrie avec le secteur médico-social.

On recense sur la région Pays de la Loire 39 secteurs de psychiatrie adulte, rattachés à 13 établissements de santé. Parmi ces 13 établissements, 9 ont mis en place une ou plusieurs Equipes mobiles. Au total et selon la définition établie avec l'ARS, on recense 21 Equipes mobiles, dont les 4 SPID (Soins de particulière intensité à domicile). Le tableau et la carte ci-après les situent. On peut noter que la Loire-Atlantique rassemble la moitié des Equipes mobiles. Il n'y a pas d'Equipe mobile polyvalente ni d'urgence à proprement parler.

Recensement des équipes mobiles de psychiatrie en Pays de la Loire

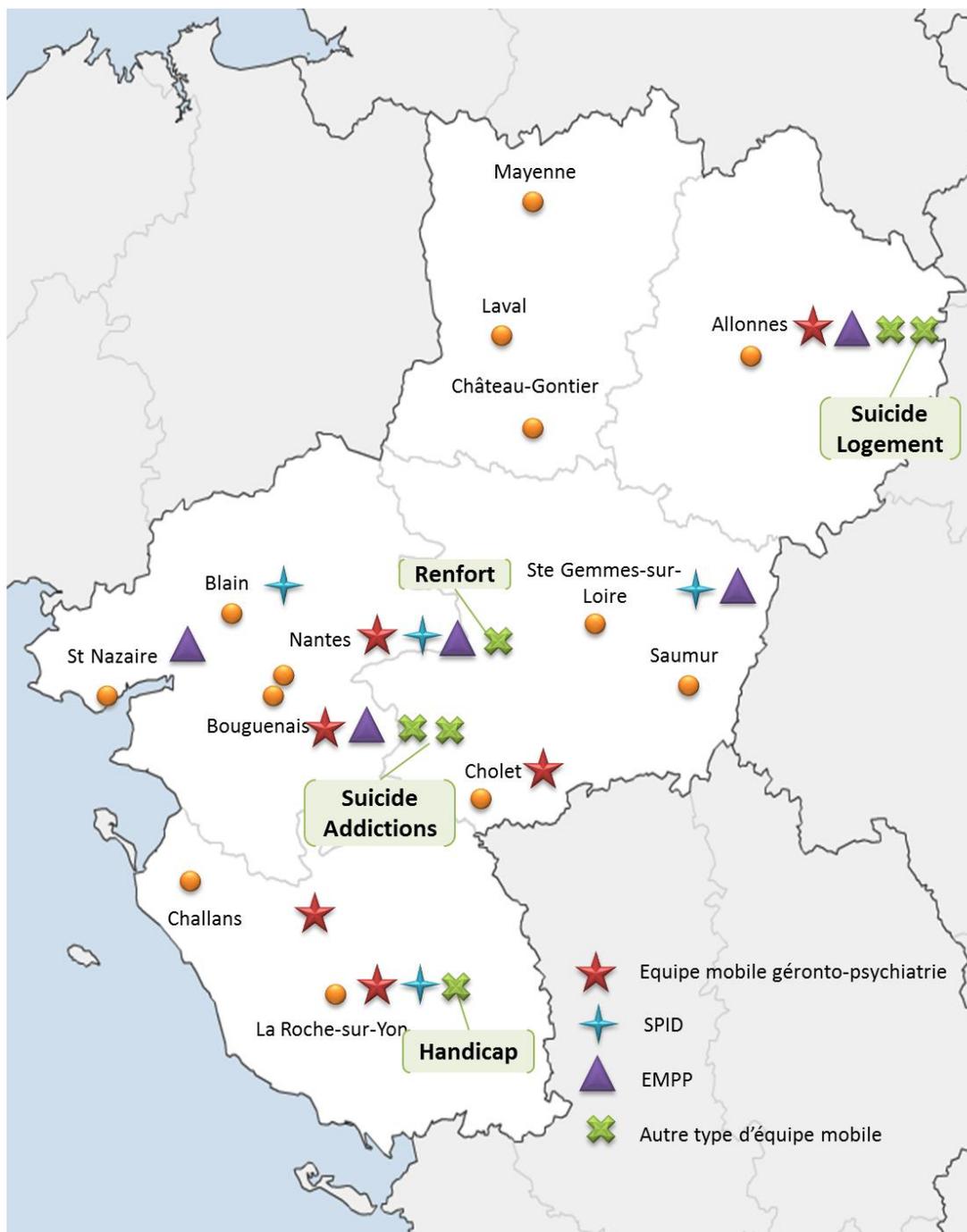
Type d'équipes mobiles	44	49	53	72	85	Total
Psychiatrie Précarité (EMPP)	CHU Nantes	CH CESAME (DIASM)		CHS Sarthe Allonnes		5
	CH Saint-Nazaire					
	CHS Daumezon					
Gérontopsychiatrie	CHS Daumezon				CH Loire Vendée Océan	6
	CHU Nantes	CH Cholet		CHS Sarthe Allonnes	CHS Mazurelle	
Prévention suicide	CHS Daumezon			CHS Sarthe Allonnes		2
Urgence						0
Soins intensifs à domicile	CHU Nantes	CESAME (DIASM) (sipad)			CHS Mazurelle	4
	CHS Blain (spad)					
Addictions	CHS Daumezon					1
Logement accompagné				CHS Sarthe Allonnes		1
Equipe mobile de renfort	CHU Nantes					1
Handicap NEMMO**					CHS Mazurelle	1
TOTAL	10	3	0	4	4	21

8 établissements de santé différents

Etablissements de santé sans équipe mobile : CH Saumur - 53 (CH Laval, CHIC Haut-Anjou, CH Nord Mayenne)

Le CHS Mazurelle n'a pas signalé l'existence d'une équipe mobile de soins intensifs à domicile

**NEMMO (nouvelle équipe Mosaïque) : coordination entre sanitaire et médico-social sur le handicap



Le détail du contexte national vis-à-vis des interventions à domicile (IAD) et des Equipes mobiles (EM) est présenté en annexe1.

3. LES ENJEUX ET FINALITÉS DE L'ÉVALUATION

Les trois grands enjeux associés à cette évaluation sont :

- L'appréhension de la réalité des interventions à domicile des secteurs de psychiatrie, y compris des Equipes mobiles ;
- La compréhension des facteurs de succès et d'échecs des organisations mises en place ;
- L'identification de la valeur ajoutée des Equipes mobiles par rapport aux interventions « classiques » à domicile.

L'ARS PDL est fortement engagée dans une démarche d'évaluation.

L'ARS PDL s'est engagée dans l'évaluation des politiques publiques qu'elle met en œuvre, et plus particulièrement celle du Projet régional de santé. Elle s'est dotée d'un Département d'évaluation des politiques de santé et des dispositifs (DEPS).

Le DEPS est chargé de réaliser une évaluation globale du PRS arrivant à échéance en 2016.

Une évaluation intermédiaire sur la politique en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec des troubles ou un handicap psychique est prévue en 2015.

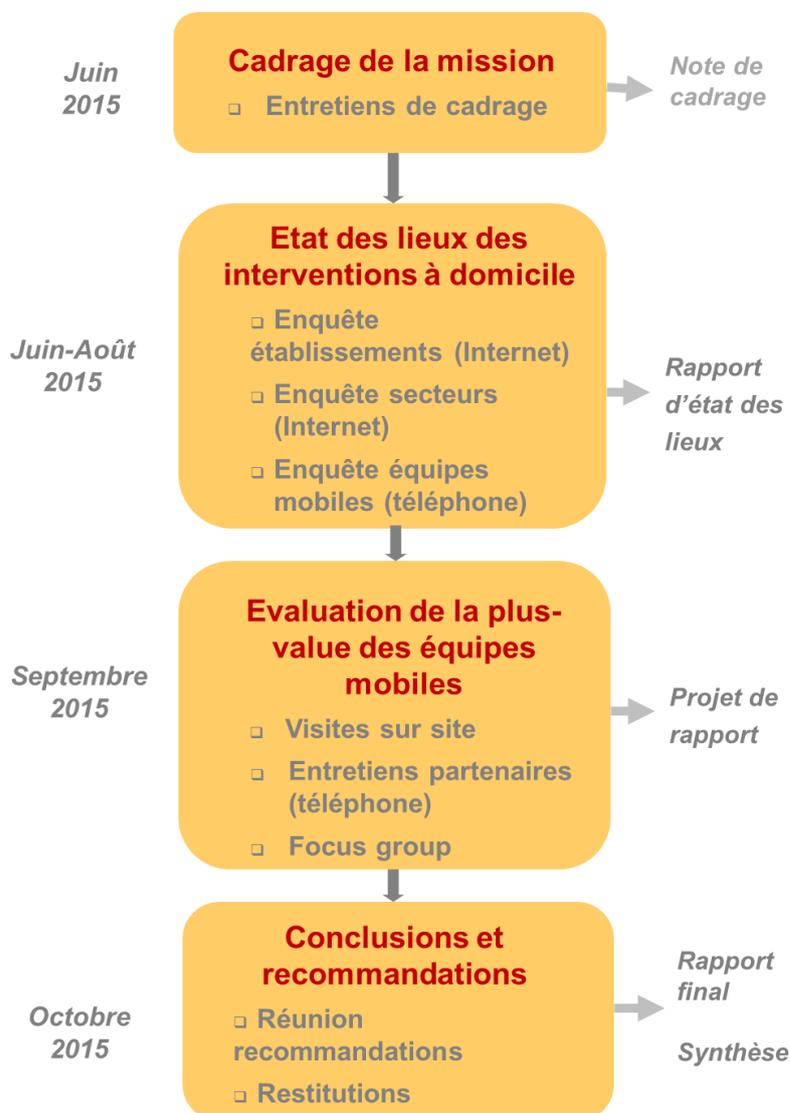
Enfin l'ARS mène également plusieurs évaluations d'Equipes mobiles : Equipes mobiles en gériatrie, en soins palliatifs, équipes d'appui en adaptation et réadaptation, Equipes mobiles de psychiatrie.

C'est dans ce cadre que l'ARS a demandé une évaluation de la valeur ajoutée des Equipes mobiles dans les interventions à domicile des secteurs de psychiatrie adulte des Pays de la Loire.

L'évaluation a pour finalité d'analyser la pertinence des Equipes mobiles de psychiatrie pour améliorer la fluidité du parcours de soin et réduire les inégalités territoriales. Cette analyse doit nourrir la réflexion de l'ARS : les résultats seront intégrés à l'évaluation intermédiaire du PRS relative à la qualité de vie des personnes vivant avec des troubles et / ou handicap psychique et compléteront les éléments d'évaluation recueillis sur l'ensemble des Equipes mobiles en Pays de la Loire.

4. LA MÉTHODE

Notre méthode peut être synthétisée dans le schéma suivant :



Les enquêtes ont été menées : auprès des 13 établissements (13 répondants), des 39 secteurs de psychiatrie (25 répondants), de 15 Equipes mobiles¹ (15 répondants mais réponses partielles pour une), de 15 partenaires des Equipes mobiles. La méthode détaillée est présentée en annexe 2.

Un glossaire est présenté en annexe 4.

¹ 6 EMGP, 5 EMPP, 2 EMPS, 1 EM « handicap », 1 EM « logement ». Les 4 dispositifs expérimentaux de soins de particulière intensité à domicile (SPID), l'EM de renfort et l'EM addictions n'ont pas été intégrés dans l'enquête téléphonique et sur site, en accord avec l'ARS.

SYNTHÈSE DES CONCLUSIONS DE L'ÉVALUATION

Question évaluative 1 - Comment les secteurs de psychiatrie adulte se sont-ils organisés pour répondre aux besoins d'intervention à domicile ?

Réponse synthétique : Tous les secteurs de psychiatrie réalisent des IAD. Les Equipes mobiles formalisées le font de manière systématique, interviennent auprès des patients non connus du CMP et effectuent davantage d'accompagnement des aidants et professionnels, en développant particulièrement les permanences et consultations délocalisées et les actions de formation/sensibilisation.

Tous les secteurs de psychiatrie réalisent des IAD, mais dans des proportions très variables : selon les secteurs, entre 2% et 75 % des patients de leur file active de 2014 ont bénéficié d'au moins une IAD.

Les professionnels mobilisés pour ces IAD sont surtout les infirmiers et les assistants sociaux.

13 secteurs affichent des postes vacants de psychiatre.

Les publics concernés le plus régulièrement sont avant tout les personnes âgées, les personnes à risque suicidaire, les personnes atteintes d'un handicap psychique, les personnes en situation de précarité.

Les Equipes mobiles semblent intervenir un peu plus régulièrement auprès des professionnels qu'auprès des patients eux-mêmes :

Les 15 EM interviennent régulièrement auprès des professionnels et 12 Equipes mobiles rencontrent régulièrement des patients à domicile et/ou en établissement (médico-social, social, cabinet de généraliste...). Les rencontres à domicile sont plus fréquentes que les rencontres en établissement.

A contrario, les IAD des secteurs se font d'abord auprès des patients. La plupart des secteurs (24/25) rencontrent régulièrement des patients à domicile et 23/25 en établissement. Les secteurs interviennent moins régulièrement auprès des professionnels.

Les interventions des Equipes mobiles concernent principalement des patients non suivis par le CMP (non connus ou en rupture de soins). Il s'agit donc d'une évaluation de la situation avec orientation si nécessaire. Même pour les 2 EM qui rencontrent exceptionnellement les patients directement, les activités auprès des professionnels ont pour but de les aider à bien évaluer et gérer les situations problématiques.

A contrario, les IAD des secteurs se font surtout dans le cadre d'un suivi de patients déjà connus (24/25 effectuent des IAD dans ce cadre).

Toutes les EM effectuent régulièrement un accompagnement des aidants et des professionnels.

Les secteurs le font aussi mais un peu moins régulièrement.

Auprès de ces professionnels, les EM effectuent surtout des actions de conseil / supervision sur des situations concrètes (activité régulière pour 14 EM), **échanges de pratiques et réunions** (activité régulière pour 13 EM), de **sensibilisation / formation collective** (activité régulière pour 11 EM). Elles assurent également, mais moins régulièrement, des consultations ou rencontres communes avec le patient (activité régulière pour 7 EM), et des consultations et/ou des permanences dans des structures partenaires (activité régulière pour 6 EM, dans des MSP, Service social, CHRS...).

Les secteurs de psychiatrie réalisent moins de formations/sensibilisations, de consultations médicales délocalisées et de permanences dans une structure partenaire.

Ce sont surtout les structures du secteur social et médico-social (14 EM) et les professionnels de santé (13 EM) qui saisissent les Equipes mobiles, puis les secteurs de leur établissement (11 EM).

Pour les secteurs, la demande vient logiquement d'abord du secteur lui-même, puis des structures sociales et médico-sociales, puis des professionnels de santé et du patient lui-même ou de son entourage.

11 Equipes mobiles ont établi des conventions avec leurs partenaires les plus réguliers. Pour les 3 autres : l'une est en train de rédiger une convention, une EMPP s'appuie sur une charte de confidentialité et une charte d'intervention, une EMGP ne souhaite pas établir de convention car elle n'en sent pas la nécessité.

Le contact des partenaires avec l'EM se fait soit via un secrétariat soit directement par un numéro de téléphone mobile direct d'un professionnel de l'EM. Les EM sont joignables en semaine dans la journée (jusqu'à 17h ou 19h selon les EM).

Les IAD des secteurs sont majoritairement réalisées sur une base sectorielle, rarement intersectorielle, alors que les EM se déploient plus volontiers sur une base intersectorielle.

Question évaluative 2 – Quels sont les facteurs de succès et d'échec des organisations mises en place par les secteurs de psychiatrie adulte pour assurer ces interventions hors les murs ?

Réponse synthétique : les trois facteurs les plus importants de succès et d'échec sont le dimensionnement des moyens humains et techniques, le niveau de coopération avec les partenaires extérieurs à la psychiatrie publique, le niveau de coopération entre Equipes mobiles, secteurs de psychiatrie et services somatiques.

Le dimensionnement des moyens

Le fait de posséder ou de ne pas avoir de moyens bien dimensionnés, à la fois **humains** (effectifs) et **techniques** (téléphones, véhicules...) a des conséquences sur la qualité des interventions hors les murs.

Les principales conditions de réussite sont :

- les moyens matériels de se déplacer et d'être joints rapidement (disponibilité des véhicules professionnels et équipement de téléphones portables pour les intervenants amenés à se déplacer). Sur ce point, les réalités sont très différentes d'une Equipe à une autre ;
- des effectifs en nombre suffisant pour assurer les IAD, à la hauteur des territoires couverts. 12 Equipes mobiles ont évoqué leur manque de temps, en lien avec un effectif jugé insuffisant (quasi-absence de temps médicaux dédiés sur certaines équipes, des difficultés à recruter et/ou à gérer les temps partiels...).

Les deux principales difficultés rencontrées lorsque ces moyens sont insuffisants sont :

- les impossibilités de couvrir au mieux le territoire d'intervention. Cette difficulté touche surtout les équipes couvrant des secteurs ruraux très étendus ou des territoires particulièrement difficiles d'accès ;
- les limites dans la capacité d'être joints ou de répondre positivement aux sollicitations des partenaires, des réductions des plages horaires de permanences, des lacunes dans la transmission d'informations (sur les patients, sur des changements en interne, etc...).

Pour les Secteurs, ces difficultés peuvent se traduire par des IAD en baisse, ou plus « programmées » et moins « réactives ».

Le niveau de coopération avec les partenaires extérieurs

Que ce soit pour les secteurs, les Equipes mobiles, ou leurs partenaires, la qualité des partenariats est un élément facilitateur incontournable pour la mise en place des IAD.

Les Equipes mobiles et les secteurs ont évoqué plusieurs conditions de réussite de ces partenariats, notamment la durée (la confiance s'établit avec le temps), les moyens mis par les partenaires pour pouvoir travailler avec les équipes, l'organisation régulière de temps de synthèses/concertation et de formation, le fait d'être intégré dans une « filière » (ex : filière gériatrique) et de disposer de conventions et/ou de protocoles d'intervention, gages de pérennité et de qualité des collaborations.

Certains partenariats sont toutefois complexes à monter du fait de différences de culture/posture professionnelle et institutionnelle (entre la psychiatrie, le social et le médicosocial).

De plus, les possibilités de partenariat et d'ancrage territorial sont de plus en plus limitées du fait de la baisse de relais / référents locaux (pour exemple, sur certains territoires, il y a un grand manque de médecins généralistes, de psychiatres libéraux et/ou de médecins coordonnateurs en EHPAD) ou des changements d'orientations institutionnelles (pour exemple, les professionnels du social sont de moins en moins en proximité avec la population). Cela a des conséquences sur le repérage et le signalement des situations (perte de signal d'alerte) ou inversement, sur l'augmentation des sollicitations de la part des partenaires (en l'absence de solutions en interne).

Il a été particulièrement noté une insuffisance de coopération avec les médecins généralistes, qui ne sont pas suffisamment sensibilisés pour effectuer des alertes précoces, qui ne connaissent pas suffisamment les possibilités d'IAD, ou qui sont parfois en désaccord avec la prise en charge proposée.

Le travail entre Equipes mobiles, secteurs et services somatiques

Si les secteurs de psychiatrie se disent satisfaits de l'articulation avec les Equipes mobiles, celles-ci sont demandeuses d'une plus grande collaboration.

Plus particulièrement, la définition des modes d'articulation et de collaboration entre secteurs et Equipes mobiles est une condition incontournable de la qualité de l'organisation mise en place pour les interventions hors les murs. Or les règles d'intervention sont plus implicites que réellement formalisées.

A ce jour, les relations entre les Equipes mobiles et les secteurs ne semblent pas toujours simples (problèmes de rivalités, arrivée mal perçue en CMP de personnes orientées par les Equipes mobiles et qualifiées de « difficiles » à prendre en charge), ce qui limite les collaborations. Le résultat sur certains sites est l'absence de prise en charge commune.

Toutefois, le partage de postes entre CMP et EM (cas pour 10 EM) permet de renforcer la compréhension et les rapprochements entre services.

Question évaluative 3 – Quelle est la plus-value des Equipes mobiles ?

Réponse synthétique : les Equipes mobiles présentent de nombreuses plus-values : l'intervention précoce et une meilleure fluidité du parcours du patient, l'accès aux soins des personnes non connues (ou perdues de vue), la fonction d'expertise qu'elles apportent, une grande réactivité pour effectuer une intervention à domicile, plus de souplesse dans l'organisation de la réponse, une approche globale des situations, un travail en réseau facteur de décloisonnement.

L'intervention précoce

Le positionnement des EM de psychiatrie comme équipes de **prévention** intervenant de façon précoce permet :

- d'éviter des orientations inappropriées vers le soin ;
- d'éviter l'entrée dans le système de soins en situation de crise ;
- de réduire les hospitalisations ;
- d'éviter l'épuisement psychologique des professionnels des structures partenaires.

L'accès aux soins des personnes non connues (ou perdues de vue)

La possibilité pour les Equipes mobiles de faire des visites à domicile ou dans les structures d'accueil, d'aller vers des personnes non connues des secteurs, ou perdues de vue, ou à faible mobilité (les personnes âgées isolées, ou souffrant d'un handicap, ou en situation de précarité), ou difficilement « saisissables » (ex : solitaire chez lui, personne SDF...) est une plus-value des EM.

Ces actions sont en effet complémentaires du travail des CMP qui ne font pratiquement jamais d'IAD pour des patients non connus.

Le fait qu'il y ait une Equipe mobile sur un territoire se traduit très souvent par :

- l'augmentation du nombre d'interventions à domicile en psychiatrie adulte auprès de personnes non connues ;
- la possibilité pour des personnes non connues de bénéficier d'une première prise en charge repérée comme « hors hôpital psychiatrique » (rassurant pour les familles et les patients... et même pour certains professionnels) ;
- la récupération des situations de ruptures dans le parcours de soins, psychiatriques et somatiques.

La fonction d'expertise apportée par les EM

Le fait de disposer d'équipes spécialisées (gérontopsychiatrie, précarité, suicide, addictions, handicap, sur le logement) et **pluri professionnelles** est une plus-value en matière d'expertise proposée :

- **la spécialisation** des EM permet de disposer à la fois d'une connaissance fine des pathologies associées aux différents publics, des types de réponses à apporter et des acteurs à mobiliser. Dans le champ de la précarité, elle permet d'intervenir sur la réduction des inégalités sociales de santé (c'est à dire permettre à des gens en situation de précarité sociale d'accéder à des soins psychiatriques) ;
- le fait d'être une Equipe **pluri professionnelle**, avec du temps de médecin psychiatre dédié, mais aussi d'autres médecins spécialistes dans certains cas (médecin gériatre par exemple) des infirmiers, des psychologues, des travailleurs sociaux et des cadres de santé, est un atout en matière d'expertise professionnelle croisée.

Les EM ont aussi développé de fait une expertise de la visite à domicile auprès de patients inconnus.

Une grande réactivité pour effectuer une intervention à domicile

La plupart des Equipes mobiles interviennent au maximum dans les 48 heures : visite à domicile, intervention auprès des partenaires.

La réactivité peut même être immédiate sur certaines situations de crise (interventions sur des situations à haut risque suicidaire ou post-suicide autour de l'entourage ou de la famille).

Toutefois, les équipes ne se positionnent pas sur l'urgence : elles n'interviennent pas auprès d'une personne en crise sans avoir au préalable échangé avec le partenaire qui sollicite l'équipe).

Plus de souplesse dans les réponses

Cette souplesse se traduit par :

- une grande faculté d'adaptation à la situation et à la demande ;
- une prise en charge qui peut être moins formelle que dans les CMP ;
- la capacité pour certaines EM à rencontrer un patient sans RDV.

D'après leurs partenaires, cette souplesse permet une certaine « accessibilité », liée à la mobilité des EM, mais aussi à leur attitude d'ouverture, à un caractère moins institutionnel que la psychiatrie classique.

L'approche globale des situations

Les Equipes mobiles proposent une approche globale, pas uniquement centrée sur la personne mais prenant en compte son entourage (famille, aidants), et pas uniquement centrée sur la réponse médicale mais prenant en compte tous les aspects de la vie de la personne. En effet, certaines caractéristiques des Equipes mobiles permettent :

- d'avoir une bonne visibilité (grâce à un bon repérage à domicile de tous les besoins et leviers d'action) ;
- de proposer un bon niveau d'analyse (grâce à la pluri professionnalité des équipes) des situations ;
- et de proposer ainsi un large panel d'interventions (médicales dont somatiques, paramédicales, médico-sociales, sociales, liées aux conditions de logement...).

Un travail en réseau

Les partenaires des EM mettent en avant le rôle fondamental que jouent les EM en matière de « lien », « d'interface », de « décloisonnement » entre le monde de la psychiatrie, le secteur médical somatique, le secteur social et le secteur médico-social/social.

L'EM peut être souvent le seul contact des partenaires avec l'univers de la psychiatrie.

Ce travail de décloisonnement mené par les EM permet une amélioration de la fluidité du parcours du patient.

Une meilleure fluidité du parcours du patient

Les Equipes mobiles interviennent à différentes étapes du parcours du patient, avec le souci de rendre plus fluide celui-ci en mettant notamment du lien entre intervenants :

- avec un travail réalisé en amont par les EM sur les orientations : différentes orientations possibles en fonction du pré-diagnostic (logement, social, addictologie...) Cela permet d'éviter des orientations directes et inappropriées vers les CMP, ou des entrées « en catastrophe » dans le système de soins ;
- par le déclenchement d'une prise en charge en ambulatoire (diagnostic, travail sur l'adhésion au soin, orientation et accompagnement vers les CMP) ;
- par la préparation d'une hospitalisation dans certains cas, mais aussi la possibilité d'un suivi pendant l'hospitalisation et d'une aide à la préparation des sorties d'hospitalisation ;
- par la possibilité d'aider une personne à « passer une crise ».

La fluidité du parcours de santé des personnes prises en charge passe aussi par l'intégration et la participation des EM au « maillage professionnel », intra hospitalier et extra hospitalier (exemple : filière gériatrique).

Le travail auprès des familles et sur l'insertion en milieu ordinaire de vie des personnes en souffrance psychique ou malades mentaux sont aussi une des plus-values apportées par les Equipes mobiles.

Question évaluative 4 - Dans quelles conditions les 5 Equipes mobiles psychiatrie précarité de la région se sont-elles organisées pour répondre à un même cahier des charges ?

Réponse synthétique : Les EMPP répondent globalement au cahier des charges, que ce soit en matière d'actions auprès des patients, ou d'appui aux professionnels. Il existe une grande proximité entre les EMPP de la région qui ont formalisé un Réseau régional, ce qui leur permet notamment d'évoluer vers une amélioration de leurs pratiques.

Les 5 EMPP proposent des permanences programmées, sur des jours fixes, dans différents lieux sociaux repérés et fréquentés par les personnes en difficulté. Cette présence régulière leur permet de rencontrer ces personnes de manière informelle ou sur rendez-vous sur place et d'apporter un appui aux professionnels sociaux, en individuel ou en réunion.

2 EMPP participent régulièrement à des maraudes. Deux autres EMPP n'interviennent qu'à la demande des équipes sociales de maraude, en fonction de situations qu'elles ont repérées.

Les 5 Equipes réalisent des entretiens individuels contribuant notamment à l'évaluation des besoins. Très souvent, la première rencontre est « tripartite » : une personne de l'EMPP, le patient et son référent. Cela peut se faire chez le partenaire, chez un médecin généraliste... Au choix de la personne et en fonction des possibilités. Par la suite, il y a la possibilité d'un suivi par l'équipe si nécessaire et si la personne ne souhaite pas être prise en charge dans l'immédiat en CMP (même si l'objectif reste, pour l'équipe, cette prise en charge CMP).

L'accueil, l'orientation et l'accompagnement vers des prises en charge de « droit commun » est en effet au cœur de l'intervention des 5 EMPP, et cet accompagnement peut prendre un temps long avant l'adhésion de la personne aux soins. Les premiers entretiens individuels amènent ensuite à une orientation vers le droit commun, celle-ci pouvant être différente selon les résultats de l'évaluation des besoins : vers le secteur de psychiatrie, vers une hospitalisation (en psychiatrie ou en médecine), vers un médecin généraliste, vers une prise en charge psychiatrique en libéral, vers un service social ou une association...

2 EMPP proposent des prises en charge collectives dans le cadre de groupes d'échanges ou de paroles et d'ateliers thérapeutiques, dans des lieux sociaux : café débat dans un lieu social, groupes de paroles dans un restaurant social, groupe thérapeutique dans une maison relais.

Il existe une forte proximité entre les EMPP de la région (démarche encouragée par l'ARS) dans le cadre du réseau régional des EMPP des Pays de la Loire (association).

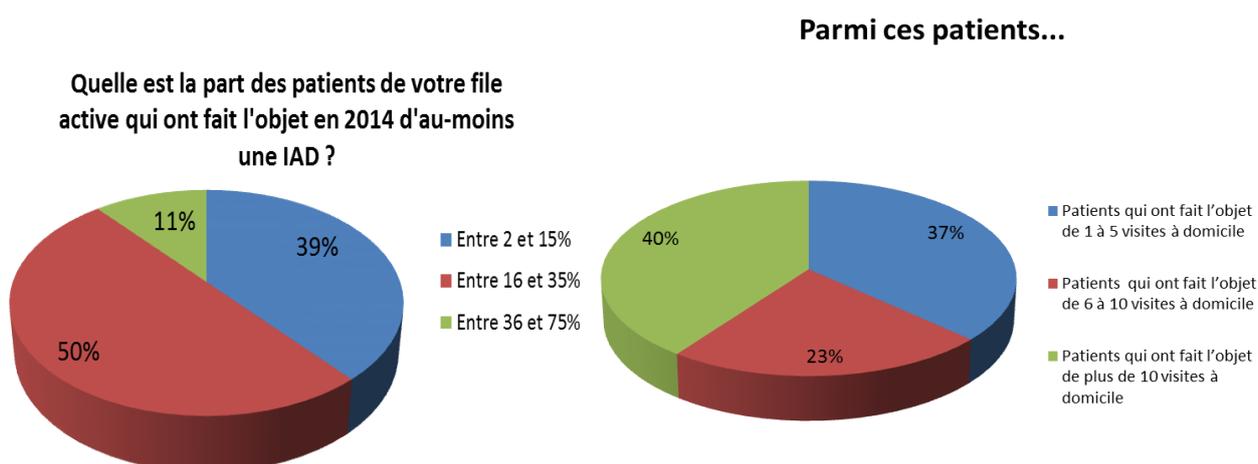
Les échanges sont jugés très riches et constructifs, et permettent notamment aux différentes équipes d'évoluer vers une amélioration de leurs pratiques (exemple : échanges sur la gestion des urgences) mais aussi de la mutualisation (formation élaborée conjointement et en cours de mise en place, choix d'indicateurs communs pour les rapports d'activité...).

QUESTION ÉVALUATIVE 1 - COMMENT LES INTERVENTIONS A DOMICILE « CLASSIQUES » SE SONT-ELLES ORGANISÉES POUR RÉPONDRE AUX BESOINS D'INTERVENTIONS À DOMICILE ?

Nous traiterons dans ce chapitre la 1^{ère} partie de la question évaluative n°1, initialement formulée de la façon suivante : « Comment les secteurs de psychiatrie adulte se sont-ils organisés pour répondre aux besoins d'intervention à domicile ? ». Cette 1^{ère} partie se concentre sur les interventions à domicile « classiques » réalisées par les secteurs.

1. LES DONNÉES D'ACTIVITÉ ET LES EFFECTIFS

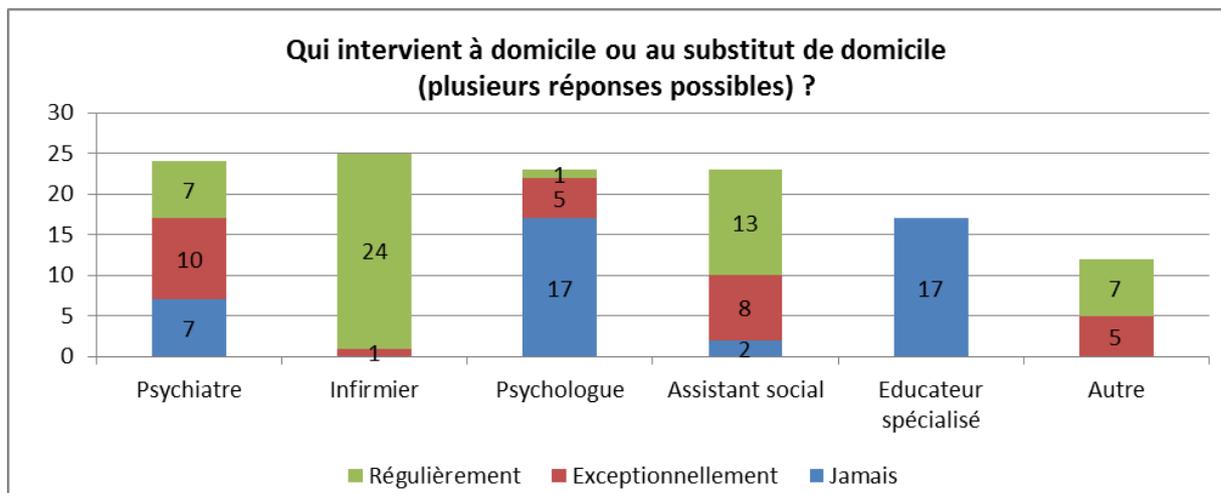
- Tous les secteurs font des IAD, dans des proportions très variables



Globalement, six secteurs cumulent : plus de 20% des patients qui font l'objet d'au moins 1 IAD et 50% et plus de patients visités qui font l'objet de plus de 5 visites : ils appartiennent à cinq CH et aucun à un CHS.

■ **Les professionnels mobilisés pour la réalisation des IAD sont avant tout les infirmiers et assistants sociaux**

Le graphe suivant présente le profil des intervenants :



Dans la plupart des secteurs, les interventions sont assurées par des infirmiers(ères) et, dans une moindre mesure, un assistant social. Les autres profils interviennent généralement de façon exceptionnelle, voire jamais (pas d'intervention d'éducateurs spécialisés lors d'IAD).

Les autres profils évoqués par les participants sont des ergothérapeutes (cité 4 fois), des aides-soignants (cité 2 fois). Ont également été cités un « cadre de santé » et « une aide médico-psychologique », intervenus à titre exceptionnel.

■ **Le nombre d'ETP de psychiatre est variable, les postes vacants sont fréquents**

19 secteurs ont répondu à la question du nombre d'ETP théorique pour les postes de psychiatre ; pour ces secteurs, le nombre d'ETP théorique moyen est de 4,86. 13 secteurs disposent d'environ 5-6 ETP pour le poste de psychiatre ; les autres ont un nombre d'ETP inférieur, allant de 3 à 4,5.

Les participants ont signalé des postes vacants (en ETP) :

- En psychiatres pour 13 secteurs : 5 secteurs ont moins d'1 ETP vacant ; 8 ont entre 1 et 3 ETP vacants ;
- En infirmiers pour 3 secteurs : 1 secteur a signalé 0,2 ETP vacant ; 2 ont signalé 2 ETP vacants ;
- En psychologues pour 2 secteurs : 1 secteur a signalé 1 ETP vacant ; 1 a signalé 2 ETP vacants ;
- En cadres de santé pour 2 secteurs : 2 secteurs (dont la réponse est commune) ont 0,20 ETP vacant ;
- En assistant social pour 1 secteur : 1 secteur a signalé 1 ETP vacant.

7 secteurs cumulent des vacances pour plusieurs types de postes et pour un nombre maximum de 3,5 ETP vacants.

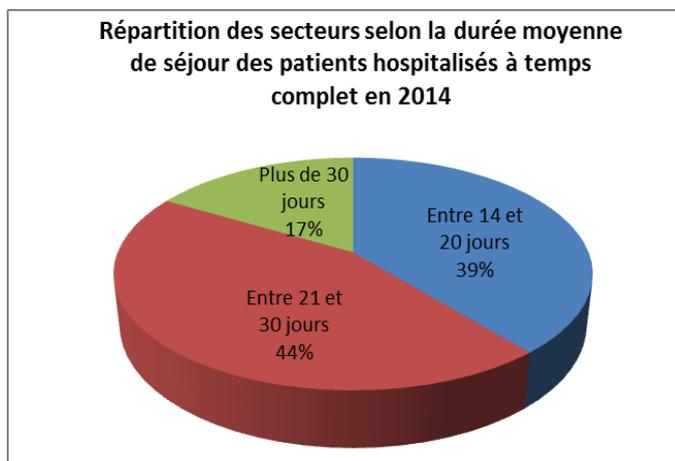
■ **La durée moyenne de séjour des patients hospitalisés à temps complet en 2014 est de 25 jours²**

La durée varie d'un secteur à l'autre, de 14 jours jusqu'à 45 jours.

Cette estimation semble correspondre aux données SAE (statistiques annuelles des établissements de santé) de 2013 qui montrent une moyenne de durée de séjour de 24,16 jours, avec des variations de 14 jours à 50 jours selon les établissements.

Cette précision sur la DMS est en faveur d'une bonne représentativité de l'échantillon.

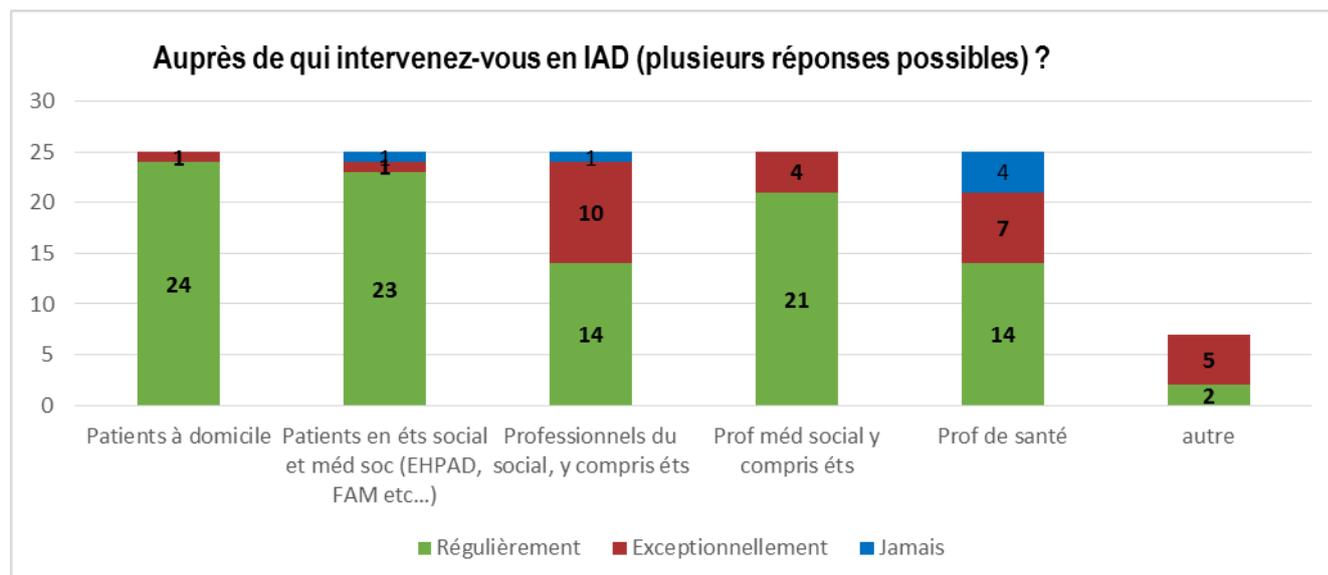
Cependant ces données restent toujours très délicates à interpréter (un patient avec une pathologie particulièrement grave va rester longtemps et faire grimper la moyenne, un séjour prolongé d'un même patient scindé par des jours de permission va être compté comme plusieurs séjours courts ...)



2. LES PUBLICS ET LES TERRITOIRES

■ **Les secteurs réalisent des IAD auprès de publics et sur des lieux d'intervention divers**

C'est ce qu'illustre le schéma suivant :



Les publics / lieux d'intervention les plus fréquents sont, par ordre décroissant, les patients à domicile, les patients en établissement médico-social et les professionnels/établissements du médico-social.

² Pour les 18 secteurs qui ont répondu à cette question.

Les principaux types de professionnels et établissements auprès desquels les secteurs interviennent sont listés ci-dessous :

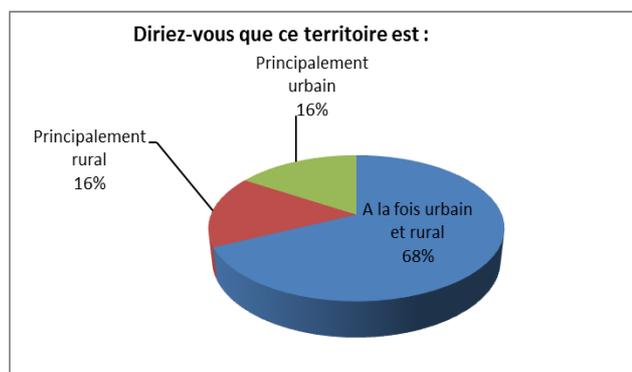
Publics / lieux d'intervention en IAD	Précisions sur les publics et lieux d'intervention Réponses les plus récurrentes
Etablissement médico-social où se trouvent les patients	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (cité 15 fois) - Foyer de vie ou foyer occupationnel (FO)³ (cité 13 fois) - Foyer d'accueil médicalisé (FAM) (cité 11 fois) - Maison d'accueil spécialisée (MAS) (cité 10 fois) - Foyer logement ou foyer d'hébergement (cité 7 fois) - Foyer d'hébergement ESAT (Etablissement et service d'aide par le travail) (cité 5 fois)
Professionnels du social, y compris établissements	Etablissements : CCAS, Missions locales, Services départementaux d'Aide sociale à l'enfance (ASE), Mairies... Professionnels : assistants de service social, éducateurs...
Professionnels du médico-social, y compris établissements	Etablissements : EHPAD, Foyers (FO, FAM...), MAS, ESAT... Professionnels : Educateurs spécialisés, aides-soignants, médecins, infirmiers...
Professionnels de santé	Infirmiers libéraux, aides-soignants, médecins (généralistes, spécialistes), service d'hospitalisation local...

■ **Pour plus des trois-quarts des secteurs, les IAD sont réalisées à l'échelle de tout le territoire géographique du secteur (77%)**

Pour 5 autres secteurs, les IAD sont réalisées sur un territoire plus large :

- 3 secteurs mènent des interventions sur le territoire de plusieurs secteurs ;
- Un secteur mène des IAD également en dehors du territoire sectorisé pour organiser les relais ;
- Un secteur intervient également dans des institutions substitutives au domicile en dehors du territoire du secteur.

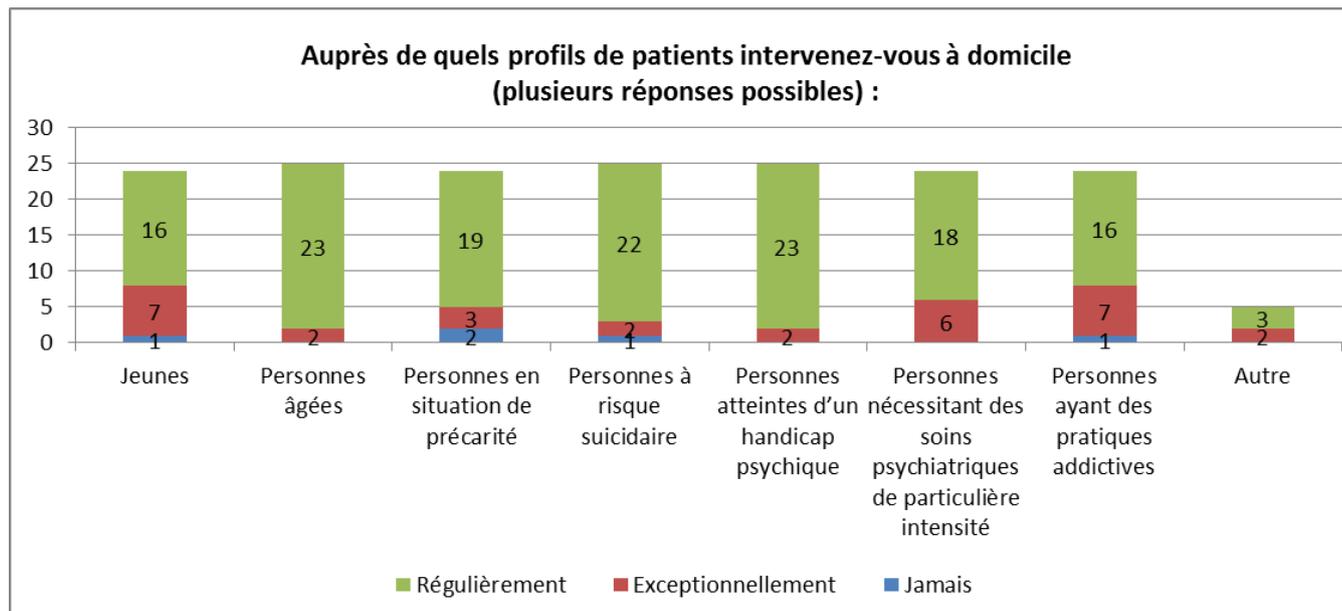
Plus des deux-tiers des secteurs sont à la fois urbains et ruraux.



Sur les 25 secteurs représentés dans l'enquête, 2 se sont organisés en intersectoriel pour les IAD.

³ Les Foyers de vie, parfois appelés Foyers occupationnels, mettent en œuvre des soutiens médico-sociaux destinés aux adultes handicapés qui disposent d'une certaine autonomie et qui ne relèvent pas d'une admission en Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) ou en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), mais qui ne sont pas aptes malgré tout à exercer un travail productif, même en milieu protégé (y compris en ESAT).

■ **Les profils des patients auprès desquels les IAD sont effectuées sont diversifiés**



Tous les profils proposés sont généralement concernés par les IAD. Les profils les plus régulièrement rencontrés en IAD sont les personnes âgées, les personnes à risque suicidaire et les personnes vivant avec un handicap psychique.

Les jeunes, les personnes ayant des pratiques addictives et celles nécessitant des soins psychiatriques de particulière intensité sont relativement moins concernés (rappelons que sur ce point, des dispositifs expérimentaux de soins psychiatriques de particulière intensité ont été lancés par l'ARS via des appels à projets ; 4 SPID – soins de particulière intensité à domicile – existent à ce jour dans la région).

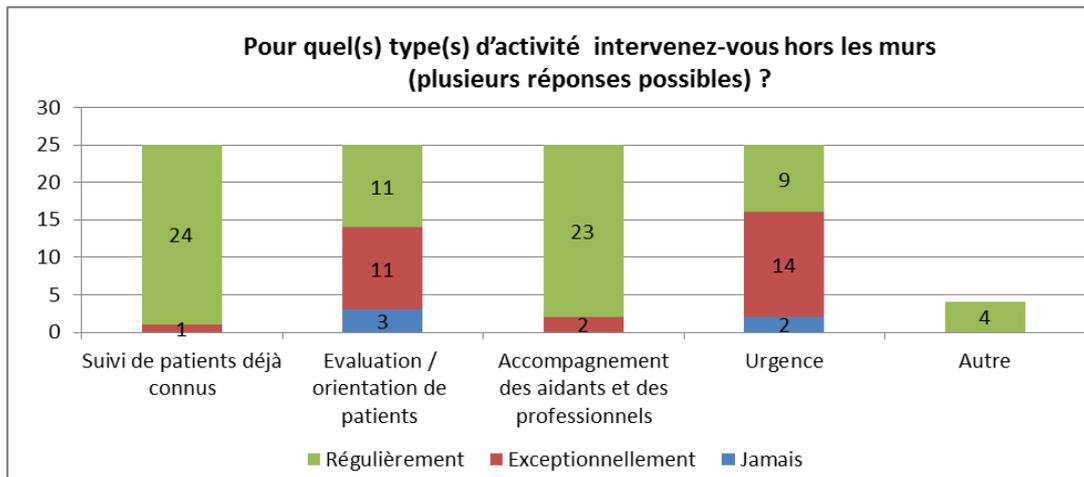
Ceux qui ont répondu « autre » ont précisé les profils concernés :

- Psychotiques chroniques, névrosés (régulièrement) ;
- Situation mère enfant : interventions auprès de famille d'accueil et gîte d'accueil (régulièrement) ;
- Personnes en situation d'isolement familial et social vivant avec un handicap psychique, personnes vivant avec un handicap mental (exceptionnellement).

L'activité principale en IAD se fait à destination de patients déjà connus. Cependant, dans la majorité des cas, les IAD peuvent concerner des patients non connus (64% des secteurs) (cf. ci-dessous).

3. LES TYPES D'INTERVENTIONS

- Les IAD les plus fréquentes ont trait au suivi de patients déjà connus et à l'accompagnement des professionnels et aidants



Les IAD comprennent toujours le suivi de patients déjà connus (consultations programmées dans le cadre d'un suivi de soins, consultations programmées pour compléter ou réajuster le diagnostic, etc...) et l'accompagnement des aidants et des professionnels.

L'évaluation et l'orientation (définition : évaluation de la situation de patients sans demande de soins explicite, non encore connus du secteur, mais signalés par l'entourage ou par un autre professionnel, ou patients connus mais en rupture de soins) de patients sont moins pratiquées, de même que les urgences.

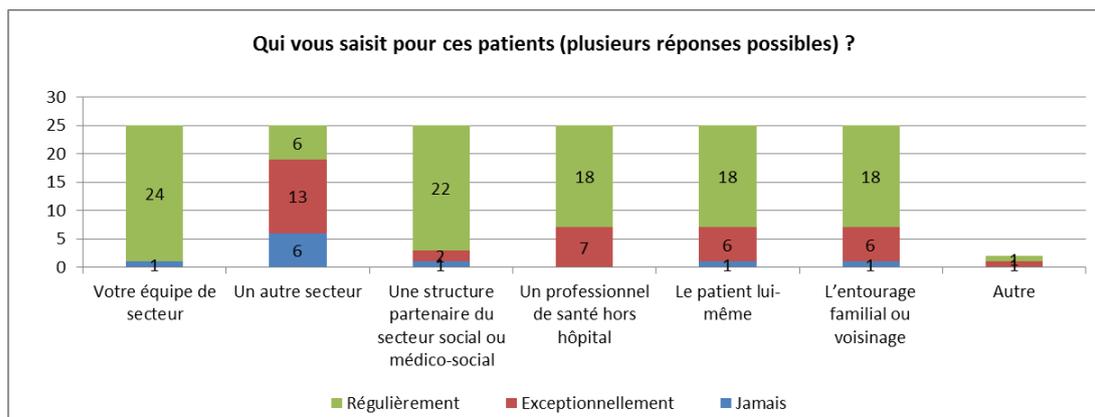
Les secteurs qui ont coché « autre » ont précisé leur réponse de la façon suivante :

- « Participer au maintien de l'insertion sociale et/ou professionnelle par le biais d'un travail pluridisciplinaire qui suit au plus près l'évolution de chaque patient » ;
- « Appartements thérapeutiques » ;
- « Très gros travail de portage à domicile concernant des patients psychotiques souvent lourdement handicapés, pour lesquels seul un travail de portage permet le maintien à domicile dans des conditions et qualité de vie acceptables. C'est là sans doute la plus grande part en heures. Ces interventions sont dénommées chez nous "accompagnement à la vie quotidienne"... Ce qui dit bien sa raison d'être, à différencier des "visites à domiciles" sans portage dans la concrétude du quotidien. A noter l'absence de SAVS ou de SAMSAH sur ce secteur ».

Un répondant a précisé qu'une intervention en urgence n'est possible que si le patient est connu, « sinon nous l'orientons vers les urgences du CH et l'Unité Médico-Psychologique (UMP) ».

■ La demande pour les interventions auprès de patients vient la plupart du temps des secteurs eux-mêmes

Pour les interventions auprès de patients, les intervenants sont toujours saisis par plusieurs types d'acteurs :



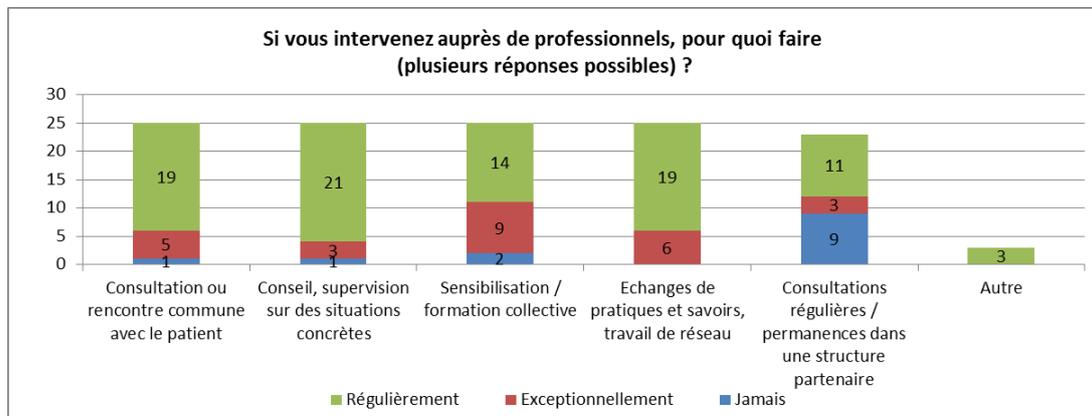
Les IAD se font la plupart du temps par auto-prescription par les professionnels de l'équipe du secteur ; un seul secteur n'est jamais saisi par l'équipe de secteur, il s'agit d'un CHS⁴.

Par contre, il est assez rare que ce soit un autre secteur qui saisisse pour ces patients.

Une personne ayant répondu « autre » a précisé : « Médecin traitant ou psychiatre libéral ».

■ Après de professionnels, les interventions les plus fréquentes sont le conseil et la supervision sur des situations concrètes

Tous les secteurs interviennent auprès de professionnels ; ils ont précisé le type d'activité menée auprès d'eux :



Les interventions auprès des professionnels sont diverses. Les activités régulières les plus récurrentes sont : les consultations ou rencontres communes avec le patient, le conseil / supervision sur des situations concrètes et les échanges de pratiques et savoirs / travail en réseau.

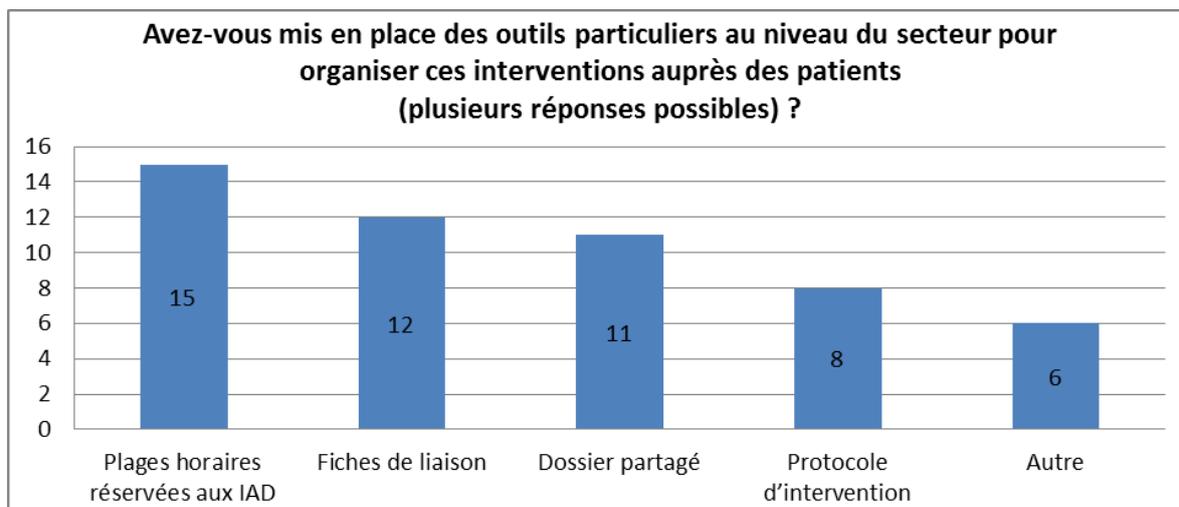
Ceux qui ont répondu « autre » ont apporté les précisions suivantes :

- Consultations médicales sur site auprès de 3 foyers du secteur ;
- Avis psychiatrique posé en gérontologie malheureusement souvent sans que le patient ait pu être vu au préalable par un gériatre.

⁴ Ce secteur a précisé qu'il intervenait très peu au domicile ; il intervient surtout auprès des établissements et professionnels du médico-social ; il est donc logique qu'il indique que ce sont les structures partenaires du secteur social ou médico-social qui le saisissent.

4. LES OUTILS ET LES PARTENARIATS

- Sur les 25 secteurs ayant répondu à l'enquête, 22 ont mis en place des outils particuliers pour organiser les IAD auprès des patients



Les outils les plus fréquemment mis en place sont les plages horaires réservées aux IAD et les fiches de liaison. Un répondant a apporté des précisions concernant les plages horaires : « le planning est fait selon la disponibilité de véhicules vétustes ! ».

Les autres outils mis en place sont :

- Dispositif d'aide à l'accès aux soins formalisés et en cours de déploiement pour les 2 secteurs de psychiatrie (2 secteurs d'un CH) ;
- Réunion clinique hebdomadaire et semestrielle avec les médecins référents de la même file active (2 secteurs d'un CH) ;
- Equipe dédiée et organisée en unité fonctionnelle avec un processus d'admission, d'évaluation périodique et de sortie éventuelle de ce type de soins (1 secteur d'1 CH) ;
- Consultations avancées auprès des généralistes (1 secteur d'1 CH).

Notons qu'aucun secteur ayant répondu à l'enquête n'a mis en place d'outil de télémédecine.

- Quasiment tous les secteurs ont mis en place des partenariats

A l'exception d'un secteur, tous ont mis en place des relations partenariales, de façon formelle ou informelle.

Les éléments les plus récurrents relativement à ces partenariats sont précisés ci-dessous :

- Les structures partenaires sont surtout des EHPAD, évoqués 12 fois au total, et les foyers occupationnels (FO), cités 9 fois ;
- Ces partenariats sont formalisés dans le cadre de conventions ;
- Les types d'activités sont variés, mais les plus récurrents sont les réunions (d'échanges, de suivi, de synthèse).

QUESTION ÉVALUATIVE 1BIS - COMMENT LES EQUIPES MOBILES SE SONT-ELLES ORGANISÉES POUR RÉPONDRE AUX BESOINS D'INTERVENTIONS À DOMICILE ?

Nous traiterons dans ce chapitre la 2^{ème} partie de la question évaluative n°1, initialement formulée de la façon suivante : « Comment les secteurs de psychiatrie adulte se sont-ils organisés pour répondre aux besoins d'intervention à domicile ? ». Cette 1^{ère} partie se concentre sur les Equipes mobiles et leur articulation avec les secteurs de psychiatrie.

1. L'HISTORIQUE ET LA COMPOSITION

■ La genèse

Les équipes à l'origine des EM les ont créées avec trois grands objectifs communs :

- La volonté de développer les alternatives à l'hospitalisation ;
- Le besoin de renforcer une expertise sur certaines pathologies et situations ;
- La volonté de sortir d'une logique de secteur pour développer les actions intersectorielles.

Dans le détail, l'historique et les conditions de création sont très variables d'une EM à une autre. On retrouve plusieurs types de motivations, qui peuvent se recouper pour une même équipe mobile :

- Le constat de besoins non ou mal couverts : vieillissement de la population (1 EMGP), nécessité de développer les alternatives à l'hospitalisation pour les personnes âgées (2 EMGP), accueil hospitalier non adapté aux personnes souffrant d'handicap psychique (Equipe Mobile « Handicap », NEMMO), difficulté de trouver des logements en sortie d'hospitalisation (CHS Sarthe et création de la cellule logement) ;
- Une volonté forte de l'établissement et/ou de psychiatres de développer les actions hors les murs dans certains domaines : nous citerons les exemples suivants : dans un CHS : création d'une fédération de santé publique et souhait de développer les actions dans les domaines de la précarité, de l'addictologie et de la prévention suicide ; dans un autre CHS : motivations de plusieurs psychiatres et groupes de travail aboutissant à la création de 4 Equipes mobiles ; Pour le CHU de Nantes : un groupe de travail sur la prise en compte de la précarité et création de l'EMPP et de la PASS Psychiatrie, et une réflexion globale sur la réorganisation des services aboutissant à la création d'unités inter sectorielles par pathologie ;
- Des incitations des tutelles nationales et régionales : circulaire nationale sur les EMPP (cité par deux EMPP), appel à projets de l'ARS pour les EMPP (cité par deux EMPP), circulaire nationale sur la stratégie de prévention du suicide (cité par une EMPS) ;
- Une réflexion avec les partenaires hors psychiatrie publique : réflexion ancienne sur le territoire pour les personnes en situation de précarité, avec des premières expériences de liaison avec le secteur social (1 EMPP) ; projet global dans le champ du handicap aboutissant à la création d'une EM « handicap » ; réflexion entre un CHS et un CH (1 EMGP) ; partenariat avec une structure HLM (cellule logement dans un CHS).

Les dates de création s'étalent de 1992 à 2014

La plus ancienne est l'EMGP du CHS Mazurelle de la Roche-sur-Yon.

Les plus récentes sont deux Equipes mobiles du CHS de la Sarthe : l'Equipe mobile de prévention du suicide et l'Equipe mobile « cellule logement ».

Pour les 5 EMPP, les dates de création sont également échelonnées, de 2003 (CHU Nantes) à 2009 (CHS Daumezon et CH Saint-Nazaire).

■ L'équipe : effectif et composition

Les effectifs totaux des Equipes mobiles varient beaucoup, de 1.7 ETP (1 EMGP) à 9.2 ETP (2 EMGP).

La seule catégorie de professionnels représentée dans la totalité des Equipes mobiles est celle des infirmiers. Leur effectif dédié à l'EM varie de 1 ETP (NEMMO, 1 EMGP, 1 EMPS) à 7.65 ETP (1 EMGP).

Après les infirmiers, les professionnels les plus représentés sont les psychiatres, les cadres de santé, les psychologues. Deux Equipes mobiles ne disposent ni de temps de psychiatre dédié ni de temps de cadre de santé dédié (2 EMGP). Cependant dans le cas de ces deux EM, un cadre supérieur de santé ou un psychiatre sans temps dédiés mobilisent de leur temps pour assurer la coordination de l'équipe.

Le coordonnateur de l'EM est le plus souvent un psychiatre (10 fois). C'est un cadre de santé dans 2 Equipes mobiles et un infirmier dans l'équipe mobile « Handicap ». Trois Equipes mobiles affichent des coordinations partagées (Psychiatre /cadre ; Psychiatre et coordonnateur fonctionnel, professionnel du secteur social).

Il existe parfois un décalage entre la composition théorique et la composition effective de l'équipe. Dans plusieurs cas, des professionnels n'apparaissent pas dans le budget de l'EM mais de fait concourent à son activité. Par exemple, ci-dessus les deux EMGP qui n'affichent pas de temps de psychiatre ni de cadre de santé s'appuient bien sur ces professionnels présents au sein des secteurs de psychiatrie. Autre exemple : même si elles ne disposent pas de temps de secrétariat budgété, plusieurs EM peuvent s'appuyer sur le secrétariat d'une unité de soins. Dans d'autres cas, des temps dédiés apparaissent mais ne sont pas pourvus (exemple 1 EMGP pour un mi-temps de psychiatre).

Dans le détail, on observe que :

- 11 Equipes mobiles disposent d'un temps dédié de psychiatre, qui n'est pas toujours pourvu et qui reste la plupart du temps modeste (0.015 à 0.5 ETP) sauf pour une EMPS (0.8 ETP de psychiatre) et une EMGP (1 temps plein). A noter qu'une EM fait apparaître dans ses effectifs un interne de psychiatrie (1 EMPP). D'autres médecins peuvent être impliqués : ainsi 1 EMGP disposait d'un neuropsychiatre qui vient de partir et est remplacé par un gériatre en vacation 3 demi-journées par semaine ;
- 11 Equipes mobiles disposent d'un temps de cadre de santé. Leur temps varie de 0.025 ETP (1 EMGP) à 0.5 ETP. Pour une EMGP, il s'agit d'un neuropsychologue ;
- 11 Equipes mobiles disposent d'un temps de psychologue. Leur poste varie de 0.2 ETP (1 EMGP) à 3.3 ETP (1 EMPP) ;
- 8 Equipes mobiles disposent d'un temps dédié de secrétariat ;
- D'autres professions apparaissent, mais plus rarement. Quatre Equipes mobiles disposent d'un assistant de service social ou d'un assistant de service socio-éducatif (0.3 à 1 ETP) ; 1 EMGP dispose d'un ETP de psychomotricien et d'un ETP d'orthophoniste ; l'EM Handicap dispose d'un temps d'aide-soignant ; enfin 1 EMGP dispose d'un temps d'ergothérapeute.

2. LES PUBLICS

■ Les Equipes mobiles semblent intervenir un peu plus régulièrement auprès des professionnels qu'auprès des patients eux-mêmes

Les 15 EM interviennent régulièrement auprès des professionnels :

C'est un peu plus souvent auprès des professionnels du médico-social que se font les interventions (interventions régulières pour 14 EM), mais également auprès des professionnels de santé (interventions régulières pour 13 EM) et du social (interventions régulières pour 12 EM).

Seule une EMPS affiche une activité auprès des élus : elle assure du soutien aux élus du territoire pour la mise en place d'actions communautaires en santé mentale.

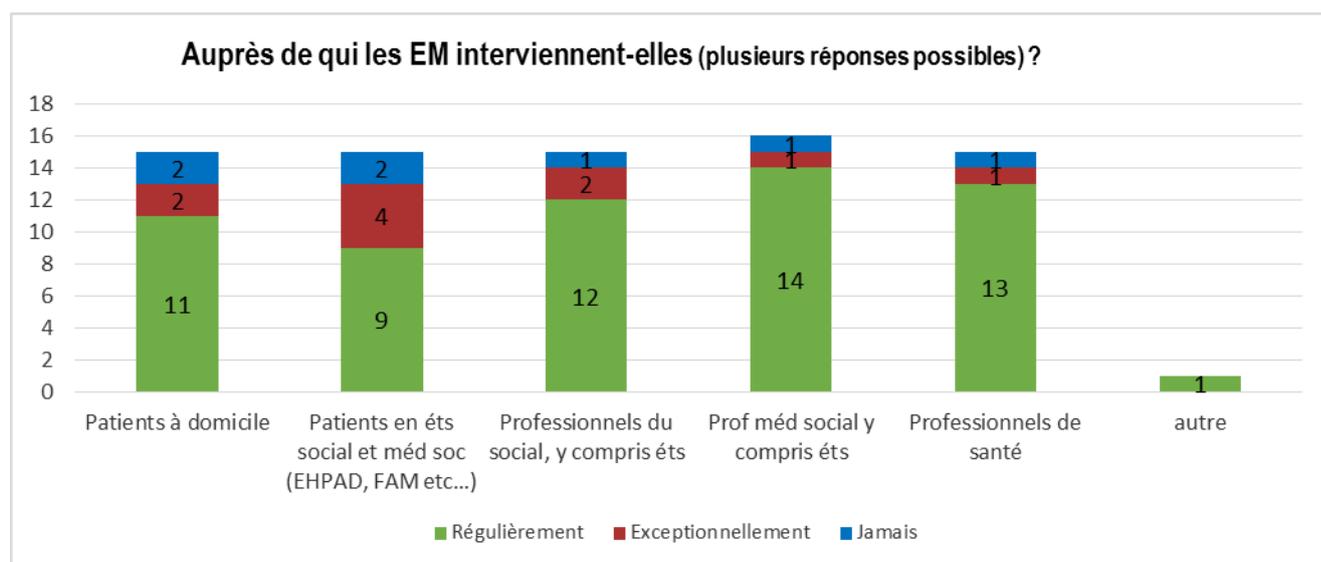
12 / 15 Equipes mobiles rencontrent régulièrement des patients à domicile et/ou en établissement mais :

- 11 EM déclarent rencontrer régulièrement des patients à domicile, 2 le font exceptionnellement (l'EM « Handicap » et 1 EMPP), et 2 jamais (1 EMPS et 1 EMGP). 2 EMPP précisent qu'elles rencontrent aussi des personnes sans-abris, dans la rue ou en squat ;
- 1 EMGP intervient essentiellement dans les EHPAD, mais aussi en CLIC ;
- 9 EM déclarent rencontrer régulièrement des patients en établissement social et médico-social. 1 EMPP rappelle qu'elle assure des permanences dans des structures sociales et qu'elle rencontre beaucoup d'usagers dans ce cadre.

D'autres lieux d'intervention auprès de patients ont été signalés : 3 EM précisent qu'elles effectuent des consultations décentralisées dans des cabinets de médecins généralistes (1 EMPP, 1 EMPS, 1 EMGP).

On note des cas de figure extrêmes :

- L'EM cellule logement n'intervient qu'auprès des patients et toujours à leur domicile ;
- L'activité de deux Equipes mobiles (l'EM « Handicap » et 1 EMGP) est résolument tournée vers les professionnels. Elles n'interviennent quasiment pas auprès des patients, que ce soit à domicile ou en établissement. Il s'agit plus d'une activité de type réseau.



Les EM interviennent plus régulièrement auprès des professionnels que les IAD classiques (cf. même graphique IAD p.16).

3. LES TYPES D'INTERVENTION

- **Toutes les EM interviennent pour des patients non encore connus des CMP ou en rupture de soins, pour une évaluation de la situation⁵**

Toutes les EM s'adressent à des situations non connues du CMP, pour une évaluation de la situation du patient et orientation si nécessaire. Même celles qui disent ne pas intervenir directement auprès de patients précisent que leur intervention auprès des professionnels a pour but une meilleure compréhension de la situation problématique pour des patients non encore connus du CMP ou en rupture de soins.

Les Equipes mobiles précisent qu'il s'agit bien d'une évaluation et pas d'un diagnostic sauf quand c'est le psychiatre qui réalise cette évaluation.

Il est rare que l'EM intervienne auprès de patients déjà connus du CMP.

- **Certaines Equipes mobiles sont amenées à prendre en charge le patient sur un temps long**

La durée moyenne de suivi des patients en 2014 est difficile à estimer mais on rencontre des pratiques très différentes. Certaines EM ne voient le patient qu'une ou deux fois⁶. D'autres peuvent assurer un suivi long, jusqu'à 2 à 3 ans.

On rencontre des suivis de longue durée dans deux cas⁷ :

- Les Equipes mobiles qui s'adressent aux patients très éloignés du système de soins et au parcours de vie chaotique. Ainsi plusieurs EMPP constatent que ces patients sont méfiants vis-à-vis des institutions et se caractérisent par des ruptures de parcours fréquentes (changement de domicile, errance). Une fois que l'équipe mobile a réussi à établir une relation de confiance avec eux, il est difficile de transférer la prise en charge vers un nouveau professionnel de santé : risque de sentiment d'abandon, résistance à consulter dans un lieu institutionnel tel que le CMP. 1 EMPP a mis en place une consultation pour les demandeurs d'asile dont elle assure le suivi ;
- Deux Equipes mobiles de gérontopsychiatrie qui ne peuvent pas orienter vers les secteurs parce que ceux-ci ne souhaitent pas prendre en charge les patients âgés. Elles disposent d'un local de consultation en propre, séparé des autres consultations de psychiatrie, dans lequel elles peuvent accueillir des patients en consultation. Ainsi, 1 de ces EMGP effectue des suivis qui peuvent aller jusqu'à 3 ans.

- **Toutes les EM effectuent régulièrement un accompagnement des aidants et des professionnels**

Plusieurs Equipes mobiles ont précisé qu'elles assuraient un accompagnement important auprès des aidants, et 1 EMGP anime un groupe d'aide aux aidants. Les deux EMPS ont également un rôle important auprès des familles (en groupe ou en individuel).

Nous avons vu plus haut que les 15 Equipes mobiles interviennent régulièrement auprès des professionnels.

⁵ Evaluation de la situation de patients sans demande de soins explicite, non encore connus du secteur, mais signalés par entourage ou par un autre professionnel, ou patients connus mais en rupture de soins.

⁶ NEMMO, 1 EMGP

⁷ A noter que certaines Equipes mobiles ont tenté de constituer des groupes de patients. C'est le cas d'1 EMGP qui avait le projet de constituer un groupe de « patients anxieux ». Pour l'instant ce projet n'a pas abouti.

- **Plusieurs EM se sont organisées pour réagir dans un délai rapide, mais c'est une volonté de leur part de ne pas fonctionner comme des EM d'urgence⁸**

La plupart des EM peuvent intervenir dans les 24 ou 48 h et certaines peuvent être très réactives si nécessaire.

Par exemple 1 EMPS peut organiser en urgence une cellule d'évaluation médico-psychologique en cas de décès par suicide et l'autre EMPS peut intervenir dans l'heure auprès d'un patient s'il y a un risque immédiat. Par ailleurs, une de ces EMPS a dans ses missions l'intervention auprès de tous les services d'urgence du département. Enfin 1 EMGP peut intervenir en urgence, notamment à la demande d'un médecin généraliste.

Plusieurs EM disent clairement qu'elles ne souhaitent pas se transformer en SAMU psychiatrique.

Il y a toujours un temps d'évaluation de la situation avec le psychiatre et avec le médecin traitant si c'est lui qui a fait la demande.

Plusieurs Equipes mobiles ont commenté cette position. Une EMPP indique : « *Nous sommes très souvent sollicités. Mais l'EMPP n'intervient pas en urgence, car nous n'en avons pas les moyens et c'est parfois même dangereux, elle répond à l'urgence mais ne se rend pas sur les lieux de l'urgence* ». Une autre EMPP rappelle que : « *L'EMPP n'est ni un SAMU social, ni un SAMU Psy* ».

Une troisième EMPP précise qu'elle est très sollicitée dans le cadre des hospitalisations sous contrainte, même en dehors de situations de précarité. La direction a tranché : l'EMPP n'intervient pas s'il n'y a pas une dimension précarité.

4. L'ORIGINE DES INTERVENTIONS

- **Ce sont surtout les structures du secteur social et médico-social (14 EM) et les professionnels de santé (13 EM) qui saisissent les Equipes mobiles, puis les secteurs de leur établissement (11 EM)**

Cependant 8 EM sont saisies régulièrement par le patient lui-même (5 EM) ou par l'entourage familial (6 EM).

2 EMPP et 1 EMPS sont saisies régulièrement par un élu.

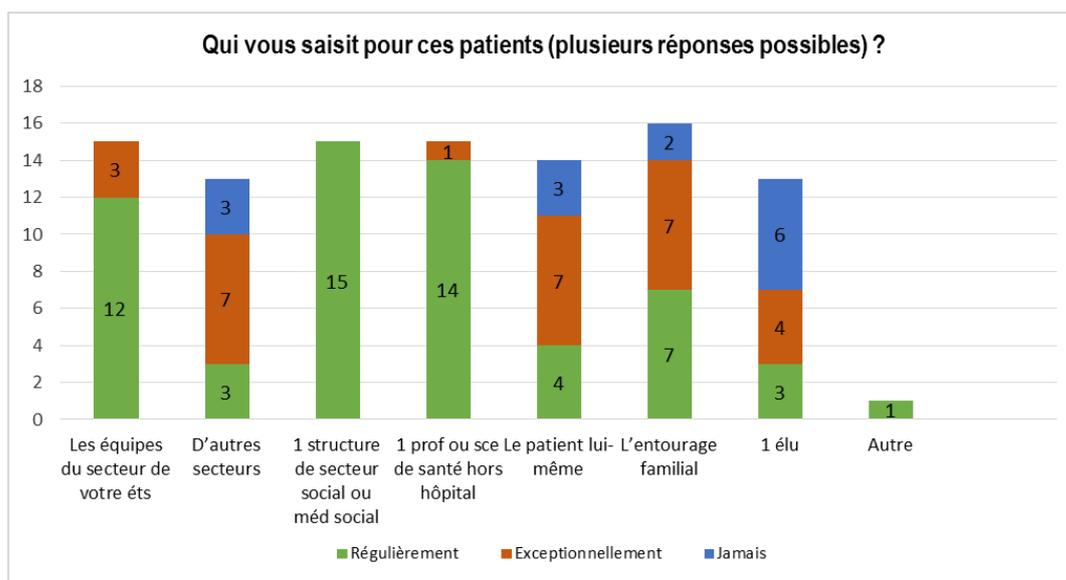
- **Pour 10 EM, un contact direct peut être pris par les patients ou leur entourage, cependant ce mode de contact n'est pas courant**

Pour 10 EM, les patients peuvent appeler un numéro de téléphone. Pour 2 d'entre elles, il ne s'agit pas d'une volonté de l'EM : le numéro est inscrit sur la plaquette remise aux professionnels et celle-ci peut circuler auprès des patients eux-mêmes.

Le numéro est en général le numéro d'un secrétariat, accessible aux horaires de bureau du lundi au vendredi.

Dans la pratique, ce mode de contact est rare.

⁸ Définition de l'urgence dans l'entretien = demande dont la réponse ne peut être différée afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique.



Les Equipes mobiles sont plus souvent sollicitées par les établissements sociaux et médico-sociaux et par les professionnels de santé que ne le sont les IAD classiques. (cf. même graphique pour les IAD p.20).

5. LES OUTILS

■ 7 EM s'appuient sur des projets ou protocoles écrits

5 EM s'appuient sur un projet écrit : par exemple le projet de soin de l'unité de soins, une convention cadre de fonctionnement, etc... Ces projets peuvent dater un peu.

Pour d'autres, ce sont les modalités d'intervention présentées dans la plaquette remise aux partenaires qui font référence.

2 EM ont rédigé des protocoles d'intervention.

■ 6 EM ont mis en place des fiches de liaison ou apparentées

Il peut s'agir :

- D'un bon de liaison en interne à l'hôpital si la demande émane de l'établissement ;
- D'un dossier de suivi à mi-chemin entre une fiche de liaison et un dossier partagé ;
- D'un dossier patient ou d'une fiche de signalement en interne ;
- D'un modèle de compte-rendu d'évaluation clinique qui peut être transmis au professionnel de santé qui prend la relève.

Une EMPP prévoit de mettre en place prochainement un outil du type « fiche de liaison ».

■ 5 EM peuvent s'appuyer sur le dossier partagé informatisé de l'établissement

Ceci leur est très utile pour savoir si le patient est déjà suivi par un secteur de psychiatrie.

Par ailleurs, 2 EM ont accès aux dossiers informatisés des EHPAD dans lesquelles elles interviennent, et l'une d'entre elles dispose d'un dossier partagé avec le médecin traitant dans le cadre des consultations proposées en cabinet médical.

6. LE SUIVI DE L'ACTIVITÉ

11 EM ont rédigé un rapport d'activité en 2014.

L'estimation de la file active n'est pas toujours facile à faire par les EM. Cependant, 11 d'entre elles ont pu nous donner cette estimation. Pour celles-là, les files actives vont de 40 à 1500 patients en 2014.

Bien entendu, il faut rapporter ces files actives à plusieurs paramètres : l'année de création, l'effectif de l'EM, la proportion de patients vus à domicile (plus chronophage), la durée du suivi.

Par exemple, les files actives faibles d'une EMPS et de la Cellule logement (environ 40 patients chacune) s'expliquent par le fait qu'elles se sont créées courant 2014. La file active la plus élevée est celle d'une EMPP, ce qui peut être mis en relation avec ses effectifs conséquents (6 ETP), son ancienneté et le fait qu'elle rencontre de nombreuses personnes lors de permanences dans des structures sociales.

7. LES PARTENARIATS AVEC LES PROFESSIONNELS EXTÉRIEURS

■ L'activité auprès des professionnels extérieurs (14 répondants)

Les 14 Equipes mobiles qui ont répondu à cette question ont une activité régulière de conseil sur des situations concrètes.

Cette mission d'appui aux professionnels qui sont au contact des patients est très souvent centrale dans l'activité des Equipes mobiles et prend différentes formes :

- Des réponses à des sollicitations individuelles (par téléphone et sans forcément une rencontre avec le référent et/ou la personne) ;
- Des sollicitations de référents lors des permanences (éclairage donné aux personnels de la structure partenaire) ;
- Un travail en réseau, avec des temps de réunions (analyse de pratiques, évaluations de cas, travail en commission ou en réunion de synthèse sur des situations réelles...) avec un ou plusieurs partenaires.

Tous les membres de l'équipe (médecins, psychologues, IDE...) semblent en général concernés par ce travail.

La grande majorité des Equipes mobiles interrogées (13/14) travaillent régulièrement en réseau, participent à des réunions pluri-partenariales avec échanges de pratiques.

Il s'agit là plutôt d'un principe de travail que d'une mission en tant que telle.

Ces temps d'échanges de pratiques et/ou de coordination d'acteurs se retrouvent aussi bien dans les formations (au-delà des apports théoriques, il y a un travail d'analyse sur des situations concrètes vécues par les participants) que dans le travail de conseil/supervision, notamment au travers la participation des EM à des commissions sur des situations complexes, des réunions de synthèse sur des situations cliniques...

Seule une EMPS a déclaré que cette activité restait plus exceptionnelle.

11 EM mettent régulièrement en œuvre des actions de sensibilisation / formation collective.

11 des 14 Equipes interrogées précisent que les actions de formation/sensibilisation font partie de leur missions premières, notamment sous l'impulsion de l'ARS qui semble-t-il a fortement insisté sur l'importance de former/sensibiliser certains professionnels. Pour les 3 autres, la formation est certes une activité, mais « en marge » des missions premières, donc irrégulière ou exceptionnelle.

L'offre de formation des EM prend toutefois des formes diverses, du « catalogue » pour certains (formations récurrentes) à la possibilité de répondre à des demandes spécifiques.

Les bénéficiaires sont aussi très variés : services hospitaliers (avec pour certaines formations une éligibilité au Développement professionnel continu), internes en psychiatrie, associations de formation médicale continue, travailleurs sociaux, CLIC, équipes EHPAD, aides-soignants, assistants de soin en gériatrie (ASG), personnels des établissements scolaires, travailleurs sociaux et IDE dans le cadre de la formation initiale...

Les thèmes sont tout aussi variés et vont d'une sensibilisation générale concernant la santé mentale/souffrance psychique à des sujets beaucoup plus approfondis en lien avec les publics cibles (« santé mentale et précarité », « santé mentale et handicap », « la psychogériatrie », etc...).

Il est à noter l'engagement commun des EMPP sur la mise en place d'une formation régionale.

Seule la moitié des EM propose régulièrement des consultations ou rencontres communes avec le patient.

- La moitié des Equipes mobiles (7/14) propose régulièrement une première rencontre en présence d'un référent du patient (rencontre « tripartite »), qui peut être un professionnel de santé (médecin traitant, infirmière) ou plus généralement la personne qui a sollicité l'équipe (une assistante sociale par exemple) ;
- Pour 4 Equipes, ces rencontres tripartites communes sont possibles mais exceptionnelles. Il y a ici une distinction apportée entre « l'entretien d'approche », où la rencontre tripartite est possible si jugée nécessaire, et « la consultation avancée » qui en général se fait avec seulement le patient ;
- 3 équipes ne font jamais de consultations ou rencontres communes.

6 EM sur les 14 qui ont répondu à cette question effectuent régulièrement des consultations et/ou des permanences dans des structures partenaires (MSP, Service social...)

Sur ce point, les positionnements des équipes sont très différents :

- Les 5 EMPP effectuent régulièrement des permanences programmées dans certaines structures partenaires accueillant / hébergeant des usagers tels que les associations caritatives, les CCAS, les CMS, les bailleurs sociaux, les CHR, les accueils de jour, les foyers d'urgence, les épiceries sociales, les chantiers d'insertion, les CLIC... ; Deux d'entre elles participent également régulièrement à des maraudes ;
- 1 EMPS effectue régulièrement des consultations programmées dans des cabinets médicaux, et 3 EMGP le font exceptionnellement en EHPAD, en CLIC, en cabinet médical ;
- 5 EM (après parfois des tentatives infructueuses) préfèrent fonctionner « à la demande », avec pour certaines une organisation dans l'équipe permettant de couvrir au mieux le territoire et ainsi répondre le plus rapidement aux sollicitations.

Ces consultations avancées et permanences sont assurées selon les équipes par les médecins (psychiatres, gériatres...) et/ou par les psychologues et les infirmiers.



Concernant les interventions auprès des professionnels, les EM mènent plus régulièrement des actions de sensibilisation / formation collective que les IAD classiques (cf. même graphique p.20).

■ Les modalités d'articulation avec les professionnels extérieurs

Le mode de contact

La communication des Equipes mobiles s'appuie (pour certaines d'entre elles) sur la diffusion d'une plaquette informative (plutôt en direction des professionnels que du public) sur laquelle apparaissent, entre autres, les coordonnées téléphoniques et emails.

Pour la grande majorité des équipes interrogées, l'accueil téléphonique se fait par un secrétariat (spécifique à l'équipe, partagé par plusieurs Equipes mobiles ou avec un ou plusieurs secteurs, avec système de bascule), du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00.

Pour certaines équipes, l'amplitude horaire est légèrement plus importante (à partir de 8h50, et/ou jusqu'à 19h00).

Dans certaines EM, les partenaires ont aussi la possibilité de joindre directement les membres de l'équipe sur leurs portables professionnels (avec une plus grande amplitude horaire, mais uniquement en semaine).

En dehors de ces jours et horaires :

- La seule possibilité est très souvent celle de laisser un message sur un répondeur ;
- Une équipe a mis en place un numéro d'appel, mais utilisable uniquement par les partenaires (EHPAD) et dans le cadre d'une convention (contact possible directement avec le psychiatre de garde) ;
- L'appel peut basculer sur une Unité de soins, vers le service d'hospitalisation temps plein... ;
- Il y a enfin la possibilité d'une orientation vers les urgences psychiatriques, mais celle-ci n'est pas toujours claire dans les modalités concrètes (bascule ? Message sur répondeur donnant le numéro des urgences ?)

La formalisation des partenariats

- 11 équipes sur 14 ont établi des conventions :
C'est le plus souvent en leur nom propre, mais certaines n'ont pas de conventions spécifiques à l'équipe et s'appuient alors sur les conventions établies à d'autres niveaux : le pôle, les secteurs... (par exemple une EMGP s'appuie sur la convention entre l'ensemble des secteurs de son établissement avec les EHPAD) ;
- Pour les 3 autres EM : l'une est en train de rédiger une convention, une EMPP s'appuie sur une charte de confidentialité et une charte d'intervention, une EMGP ne souhaite pas établir de convention car elle n'en sent pas la nécessité.

Ces conventions sont établies :

- Avec la plupart des partenaires qui sollicitent régulièrement l'équipe (pour la participation à des commissions ou l'animation de groupes thérapeutiques par exemple) ou avec lesquels des permanences ou des consultations avancées sont mises en place : les associations caritatives, les bailleurs sociaux, les CHRS, les EHPAD, les CLIC, les accueils de jour, les MSP ou groupes médicaux, des collectivités territoriales (villes, Conseil départemental)... ;
- Avec le secteur hospitalier : avec l'hôpital général dans le cadre de la psychiatrie de liaison (pas de conventions avec les secteurs, mais des projets de protocolisation : cf. § sur l'articulation avec les secteurs).

Ces conventions peuvent porter sur différents objets :

- La mise à disposition de locaux pour les permanences ;
- Le cadre éthique : règles de confidentialité, de secret partagé, le respect du choix du patient... ;
- Les principes du partenariat : l'accès aux données, l'accès au numéro du psychiatre en dehors des heures de secrétariat, le soutien au personnel, la possibilité de prescription médicale ;
- L'objet du partenariat : l'objet et le rythme des permanences, la participation à des réunions de synthèse, les consultations avancées, le soutien aux équipes... ;
- Le suivi d'indicateurs d'activité et d'indicateurs de qualité (exemple : nombre de patients hospitalisés), établissement d'un bilan annuel... ;
- Le partage de postes (avec une association sociale, un Conseil départemental).

La perception des partenaires

Les partenaires des Equipes mobiles ont été interrogés sur la nature de leur partenariat avec les Equipes mobiles, la formalisation ou non de ce partenariat, ainsi que leur satisfaction.

Parmi les acteurs interrogés, seuls quelques-uns ont formalisé le partenariat avec les Equipes mobiles, la plupart du temps à travers une convention. Une majorité de partenariats ne sont apparemment pas formalisés, même si un projet de formalisation est souvent évoqué.

L'absence de formalisation n'est quasiment jamais perçue comme un frein à l'intervention de l'EM (l'organisation est la plupart du temps jugée claire et fluide ; l'investissement de l'EM est considéré comme satisfaisant ; il n'y a quasiment jamais de mise à disposition de personnel et jamais de relation financière). A contrario, un acteur au moins a mis en avant une crainte que la formalisation rigidifie le partenariat.

Les principales motivations pour formaliser sont :

- Rendre plus lisibles les interventions des uns et des autres (par exemple entre l'EMPP du DIASM et le Département Santé Publique de la ville d'Angers : quand la sollicitation vient d'un bailleur ou d'une famille c'est la ville qui s'en charge, a contrario quand elle émane d'un secteur ou de la Mission locale le référent devient l'EMPP, etc...) ;
- Faire perdurer un partenariat dans le temps et faire en sorte qu'il ne soit pas seulement « personne dépendant » ;
- Lever des financements pour un nouveau projet (par exemple, entre le bailleur Saint Nazairien Silène, l'association Appui et l'EMPP : l'objectif de la convention serait de créer des logements avec accompagnement notamment sur le volet santé mentale).

8. LE RELAIS À LA SORTIE DE LA PRISE EN CHARGE PAR L'ÉQUIPE MOBILE

Nous avons recensé sept types de prises de relais sans que l'on puisse les classer par ordre d'importance :

- Le relais par le médecin traitant de la personne sur des situations ne nécessitant pas une prise en charge par l'hôpital (hospitalisation ou en ambulatoire) ;
- Le relais par le secteur lorsque cela est nécessaire, et qui peut se faire progressivement (« accompagnement vers »), que ce soit pour les personnes déjà connues du secteur ou pas ;
- Le relais par un psychiatre libéral si le secteur ne souhaite pas prendre en charge la personne (cas de certains secteurs vis-à-vis des personnes âgées)⁹ ;
- Le relais par des services sociaux (cas des EMPP amenées à rencontrer des situations pour lesquelles les réponses sont essentiellement sociales) ;
- L'hospitalisation (avec parfois le recours à une hospitalisation sous contrainte) ;
- Le relais par les équipes des structures d'accueil (FAM, EHPAD, CHRS) pour les personnes rencontrées dans ces institutions ;
- L'accompagnement vers l'institutionnalisation de la personne (notamment en EHPAD).

Les équipes ont insisté sur la difficulté d'appréhender cette notion de sortie : « *quand arrêter et passer le relais ? Peut-on parler de « relais » pour des situations où, régulièrement, on nous sollicite de nouveau lorsqu'il y a rupture de la prise en charge ? Comment totalement passer le relais à des aidants ou des équipes partenaires qui l'appréhendent ?* ».

9. L'ARTICULATION ENTRE LES EQUIPES MOBILES ET LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE

■ Le statut et le soutien au sein de l'établissement de rattachement

La majorité des Equipes mobiles est structurée en unité fonctionnelle à part entière : 10 sont dans ce cas. 5 sont rattachées à une unité fonctionnelle (l'EM Handicap, 1 EMPP, l'EM Cellule logement, 2 EMGP).

Deux cas particuliers sont observés :

- L'EMPP du CHS Sarthe constitue administrativement une unité fonctionnelle, mais de manière opérationnelle elle est très liée à la PASS – Psychiatrie, elle-même constituée en unité fonctionnelle. Dans les faits, les deux équipes exercent étroitement ensemble ;
- L'équipe mobile de gérontopsychiatrie du CHU de Nantes n'est pas individualisée mais constitue une des activités d'une unité intersectorielle dénommée Pôle psychiatrie et santé mentale.

Ce pôle comprend l'Hôpital de jour, un CATTP, la psychiatrie de liaison, les interventions à domicile, etc...

Les directions d'établissement affichent une volonté de soutien aux Equipes mobiles :

Dans 10 établissements sur les 13 qui ont répondu à cette question, le développement des Equipes mobiles de psychiatrie est inscrit dans les axes forts du projet d'établissement et/ou Contrat d'objectifs et de moyens. Les autres établissements soutiennent aussi le développement des IAD, mais pas obligatoirement sous forme d'Equipe mobile formalisée. Plusieurs directeurs expriment leur difficulté à développer les IAD et EM à cause des problèmes de recrutement de psychiatre.

⁹ Exemple cité par 1 EMGP.

Les objectifs de l'ARS concernant le développement d'Equipes mobiles polyvalentes n'est pas connu de tous les directeurs d'établissements. Sept sur les treize directeurs d'établissements intégrant des secteurs de psychiatrie ont déclaré ne pas avoir eu connaissance de ces objectifs.

■ La couverture territoriale

Les Equipes couvrent entre 1 et 7 secteurs de psychiatrie, et pour certains des secteurs ou l'inter secteur de pédopsychiatrie.

En général, elles couvrent géographiquement la totalité du secteur, sauf certaines EMPP centrées sur une aire urbaine (Angers, Le Mans ou Nantes).

■ Les règles d'intervention entre Equipes mobiles et secteurs sont implicites et peu formalisées

Très peu d'Equipes mobiles ont défini (encore moins formalisé) avec les secteurs les règles d'interventions des uns et des autres

Les articulations sont d'ailleurs très différentes selon les secteurs, elles dépendent beaucoup de la volonté (ou de l'absence de volonté) de partenariat de la part des secteurs et de la perception de l'équipe mobile comme une offre complémentaire ou au contraire concurrentielle.

Il y a cependant des « accords oraux » ou des pratiques courantes issues notamment du rapprochement avec les CMP / CATTP (partage de locaux et/ou des postes de professionnels...). Les « règles de répartition et d'interventions » sont alors simplifiées et varient selon les sites.

Souvent l'EM intervient :

- Si la personne n'est pas connue du secteur (ou a été perdue de vue) ;
- Si la personne est âgée de plus de 65 ans ou est en situation complexe ;
- Si la situation est urgente et que le secteur n'est pas mobilisable sous 48h.

Les pratiques de prise de relais par le CMP des personnes prises en charge par les Equipes mobiles semblent plus claires et partagées entre EM et secteurs de psychiatrie que les modalités d'organisation pour la prise en charge initiale.

Elles comprennent souvent : un contact entre équipes (par un simple appel, parfois par une réunion de synthèse ou par l'intermédiaire d'un courrier), puis un accompagnement souvent progressif vers la prise en charge CMP (l'équipe mobile restant mobilisée tant que la personne n'a pas été vue par le CMP), cet accompagnement étant très souvent « physique » (un membre de l'équipe accompagne le patient au CMP pour le premier RDV).

Il peut y avoir des « allers-retours » entre l'équipe et le secteur. On peut alors parler de prise en charge « conjointe » ou « complémentaire », sans pour cela que ce partenariat soit formalisé.

Selon l'avis de certaines EM, il est nécessaire d'aller plus loin dans ce travail de définition des règles d'intervention entre secteur et EM.

Elles devraient indiquer la répartition des interventions, les modalités de passage de l'un à l'autre et les possibilités de prise en charge conjointe (pouvant se traduire par une convention).

Lorsque des règles sont écrites, elles le sont dans un cadre plus large : le projet médical du pôle.

■ Les Equipes mobiles se sentent reconnues mais souhaitent développer davantage les coopérations avec les secteurs

Une grande majorité des EM estiment qu'elles sont à la fois bien repérées et reconnues au sein de leur établissement de rattachement mais souhaiteraient un plus fort niveau de coopération

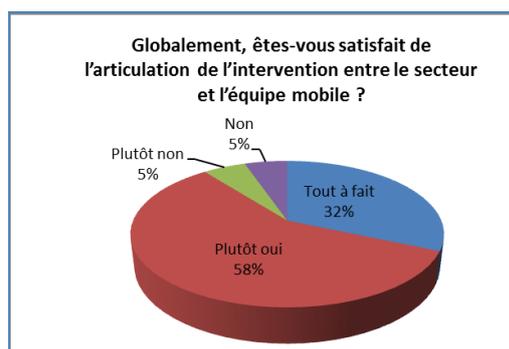
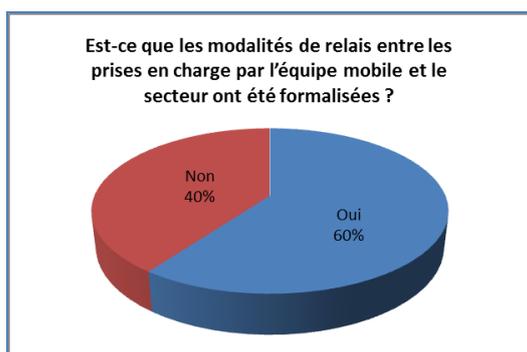
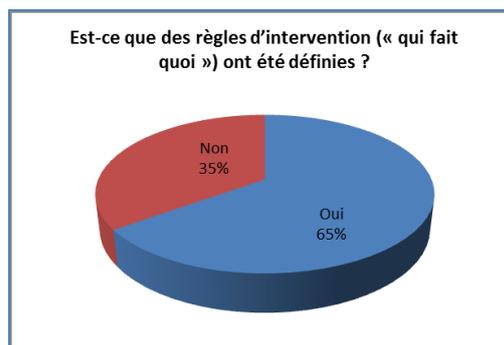
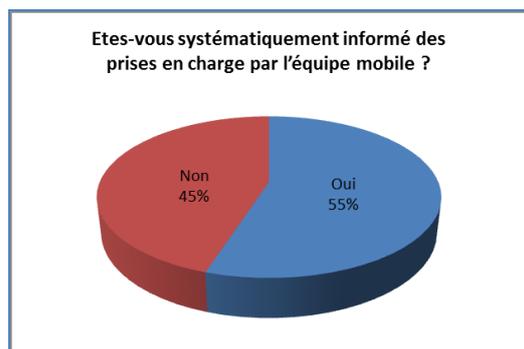
D'après elles, c'est sur leur fonction d'expertise (en gériatrie et sur le suicide, mais de manière plus ambivalente concernant la précarité du fait que la clinique de la précarité n'est pas toujours reconnue par les secteurs comme une pratique spécifique) et leur réactivité qu'elles sont le plus reconnues. Les équipes sont alors très sollicitées par les différents services. Il arrive aussi qu'à l'inverse, les sollicitations faites par les Equipes mobiles aux différents services de l'établissement restent sans réponses.

Toutefois, beaucoup d'équipes regrettent que le niveau de collaboration ne soit pas à la hauteur de cette reconnaissance et des enjeux.

Si les EM sont très souvent sollicitées, il n'y a que très peu de prises en charge partagées (en dehors « d'aller-retours » entre l'équipe et le secteur), et les liens se traduisent en général par de simples orientations et une prise de relais. Deux équipes insistent sur la nécessité de réaliser très régulièrement une action de communication en interne à l'hôpital (tous les 2 mois environ) pour faire face au fort turnover dans les services, ainsi que pour rappeler régulièrement les règles de fonctionnement.

■ Les secteurs se disent satisfaits du niveau des échanges et de l'articulation avec les Equipes mobiles

Les participants à l'enquête ont été interrogés sur les l'articulation entre le secteur et les Equipes mobiles, ainsi que sur les modalités d'échanges ; les réponses sont présentées dans les graphes ci-dessous :



Le constat est donc que la perception de cette articulation par les secteurs est assez différente de celle mise en avant par les Equipes mobiles : les secteurs mettent en avant une plus grande formalisation des échanges avec les Equipes mobiles et une coordination des interventions respectives. Quasiment tous les secteurs se disent satisfaits de l'articulation de l'intervention entre le secteur et l'équipe mobile (90% plutôt ou tout à fait satisfaits). Ces résultats traduisent le fait que les Equipes mobiles sont davantage en attente de coordination avec les secteurs que l'inverse.

QUESTION ÉVALUATIVE 2 - QUELS SONT LES FACTEURS DE SUCCÈS ET D'ÉCHECS DES ORGANISATIONS MISES EN PLACE PAR LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE ADULTE POUR ASSURER CES INTERVENTIONS HORS LES MURS ?

1. ... DANS LE CADRE DES IAD « CLASSIQUES »

Les résultats suivants sont issus de l'enquête Internet réalisée auprès des secteurs.

Quasiment tous les participants à l'enquête ont indiqué des facteurs facilitants et des obstacles pour la mise en œuvre des IAD. Le tableau ci-dessous présente les mots les plus souvent employés, d'abord sous forme de nuages de mots, puis en synthétisant les idées les plus récurrentes :

Principaux facteurs facilitants	Principaux obstacles
<p>Les principaux facteurs facilitants sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la <u>mise en place de conventions</u> ; - des <u>moyens bien dimensionnés</u>, à la fois humains et techniques (téléphones, véhicules...). 	<p>Les principaux obstacles sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>l'étendue du territoire</u> ; - <u>le manque de moyens</u>, en particulier au niveau des effectifs et des modes de locomotion.

Notons que les deux obstacles cités ci-dessus se traduisent par une intervention plus « programmée » et moins « réactive », ainsi qu'un participant à l'enquête le décrit : « Sur le territoire rural, la grande taille de la zone géographique couverte implique une réduction du nombre d'IAD car plus coûteuses en temps (jusqu'à plus d'une heure de trajet pour se rendre aux limites de la zone géographique), d'où une intervention sur un mode programmé et une réactivité plus réduite en cas d'appel d'urgence. » Il précise également que « les fréquences de réalisation des IAD en institution ont été progressivement révisées à la baisse suite à des diminutions progressives d'effectif ».

2. ...DANS LE CADRE DE L'INTERVENTION DES EQUIPES MOBILES

Les obstacles et éléments facilitateurs pour la mise en place et au bon fonctionnement des Equipes mobiles qui ont été repérés à travers :

- Les entretiens téléphoniques avec les Equipes mobiles ;
- Les visites sur site ;
- Le focus group rassemblant les six établissements rencontrés sur site ;
- Les entretiens partenaires ;

... Sont présentés dans ce chapitre.

■ Les obstacles

Des effectifs parfois insuffisants des Equipes mobiles

Le principal obstacle mis en avant par certaines Equipes mobiles est le manque de temps, en lien avec un effectif jugé insuffisant, et ceci sur plusieurs aspects :

- La quasi-absence de temps médicaux dédiés sur certaines équipes, avec en conséquence des limites concernant le travail en réseau et la prise en charge, mais aussi concernant l'encadrement médical ;
- Des profils de professionnels difficiles à trouver : des aides-soignants et aides médico-psychologiques qui acceptent d'intervenir dans les structures, des infirmiers qui acceptent des horaires tardifs et qui ne sont pas rebutés par ces situations souvent dramatiques, des éducateurs spécialisés qui seraient intéressés par ce type de travail ;
- La difficulté à gérer les temps partiels (gestion des absences lors des congés) avec pour conséquence des interruptions de suivi (problème de continuité de la prise en charge) ;

Les partenaires identifient un autre obstacle : l'importance de la charge administrative que les EM doivent gérer (pour justifier qu'une personne est précaire quand il s'agit d'une EMPP, justifier de façon précise du temps passé sur chaque action, etc...).

Ce manque d'effectif a pour conséquence :

- Une difficulté pour couvrir géographiquement le territoire ;
- Des limites dans la capacité d'être joints ou de répondre positivement aux sollicitations des partenaires, avec parfois des passages de relais au « droit commun » jugés un peu rapides, des réductions des plages horaires de permanences (qui sont pourtant sécurisantes pour les partenaires), des lacunes dans la transmission d'informations (sur les patients, sur des changements en interne, etc...).

Toutefois, il est à noter qu'une EMGP tente de diminuer ses effectifs, du fait notamment de l'autonomisation de certains partenaires (comme les EHPAD) qui sont progressivement plus à même de gérer eux-mêmes les situations grâce au renforcement de leurs compétences et/ou à l'embauche de professionnels comme des psychologues.

Des problèmes de mobilité et de couverture géographique

Cette difficulté touche surtout les équipes couvrant des secteurs ruraux très étendus ou des territoires particulièrement difficiles d'accès (ex : l'île d'Yeu en période estivale).

La mobilité est d'autant plus complexe quand les équipes sont en effectif restreint et/ou ne disposent pas (ou très peu) de véhicules professionnels propres en nombre suffisant.

De moins en moins de relais par des référents locaux qui a des conséquences sur le repérage et le signalement des situations

Sur certaines communes, il n'y a plus de médecins généralistes et de psychiatres libéraux et de médecins coordonnateurs dans les EHPAD.

Les professionnels des services sociaux sont de moins en moins en proximité avec les populations : suppression d'antennes, diminution des visites à domicile. Cela peut refléter une orientation institutionnelle du secteur social dans un objectif de rationalisation des moyens.

C'est aussi le cas dans les structures d'accueil social, avec des suppressions de postes de « référents » (sociaux, paramédicaux) et un fort turn-over.

Le fait d'avoir de moins en moins de relais / référents locaux a différentes conséquences :

- La perte des signes d'alerte ;
- Et inversement, une augmentation des sollicitations de la part des partenaires (en l'absence de solutions en interne).

Une insuffisance des collaborations avec les secteurs (et une attente forte des EM sur ce point)

Les relations entre les Equipes mobiles et les secteurs ne semblent pas toujours aisées (qui peut aller jusqu'à un risque de « déconnexion » de l'Equipe mobile par rapport à sa structure d'origine), ce qui limite les collaborations ; cela s'explique par :

- Des problèmes de rivalités, certaines équipes pouvant être vécues par les CMP comme « concurrentes » ;
- Des reproches parfois : certains CMP voient mal l'arrivée de certaines personnes orientées par les Equipes mobiles et qualifiées de « difficiles » à prendre en charge (publics précaires et/ou âgés), avec pour conséquence une augmentation de leur file active alors que leurs moyens humains sont constants, voire en baisse ;
- Des problèmes de reconnaissance de l'expertise des EM de la part de certains secteurs. Selon certaines équipes interrogées, ce qui semble limiter les collaborations est avant tout l'absence de sensibilisation des secteurs aux problématiques spécifiques abordées par les Equipes mobiles (la précarité, le vieillissement).

Le résultat sur certains sites est l'absence de prise en charge commune.

Les partenaires perçoivent également la « complexité interne » liée au fonctionnement des Equipes mobiles avec les établissements auxquels elles se rattachent comme une difficulté.

Des difficultés à travailler avec la médecine de ville

En complément des inquiétudes liées à la faible démographie médicale et à la diminution des visites à domicile des généralistes, d'autres remarques ont été mises en avant :

- Les professionnels de santé libéraux connaissent mal les possibilités de soutien, d'accompagnement et de prise en charge proposées par les équipes mobiles ;
- Certains parmi les médecins généralistes regrettent que les Equipes mobiles communiquent insuffisamment et sont donc insuffisamment connues ;
- Il y a parfois des divergences avec les médecins traitants, qui peuvent refuser les conseils et/ou orientations (refus d'une évaluation faite par l'Equipe, refus de suivre le conseil du psychiatre sur le traitement médicamenteux...) ou qui refusent de signer la prescription pour que l'équipe mobile intervienne.

Les médecins traitants ne sont pas toujours suffisamment sensibilisés pour effectuer des alertes précoces. Les équipes doivent souvent réexpliquer que l'hospitalisation ne doit pas être la première réponse.

Des partenariats nécessaires mais pas toujours aisés

Les différences de culture/posture professionnelle et institutionnelle (entre la psychiatrie, le social et le médicosocial) sont parfois un obstacle pour un travail qui se veut avant tout partenarial.

A titre d'exemple, certains partenaires sociaux ou médico-sociaux perçoivent le secret professionnel appliqué par les professionnels de santé des EM comme un obstacle au travail collectif.

Il est aussi parfois difficile d'intégrer les changements institutionnels ou d'orientations de certains partenaires (par exemple : des difficultés à travailler avec un service d'insertion en matière de logement (SIAO) depuis qu'il est devenu départemental. L'Equipe mobile ne participe plus aux commissions, plus de relais locaux... Le fonctionnement SIAO n'est pas clair...).

En matière de réponses, les Equipes mobiles sont aussi dépendantes des moyens de leurs partenaires, notamment concernant les orientations (pas uniquement vers les CMP), pour exemple, les moyens limités en « soins de suite ».

Le refus des patients et/ou des aidants familiaux

Les équipes sont très souvent confrontées au refus du patient d'être pris en charge, même lorsque la prescription médicale pour que l'équipe mobile intervienne est faite. Parfois, c'est le conjoint, l'aidant familial qui s'oppose à cela.

■ Les éléments facilitateurs

Nous évoquons ci-dessous à la fois les acquis et les souhaits.

Les compétences et l'attitude du personnel des Equipes mobiles

Certaines caractéristiques des EM sont jugées très facilitantes, notamment par les partenaires (qui pointent le plus souvent que les EM disposent effectivement de ces caractéristiques positives) ; il s'agit notamment de :

- La **compétence** des EM (qualité des intervenants) ;
- La **réactivité** de l'EM (qui fait le plus souvent son possible pour intervenir rapidement) et plus globalement le **fort investissement** de ses membres ;
- La capacité de l'EM à **faire le lien entre différentes cultures professionnelles** (notamment entre le sanitaire d'un côté, le social/médico-social de l'autre), de par leur « accessibilité » (liées à la mobilité mais aussi à une attitude d'ouverture, à un caractère moins institutionnel que la psychiatrie classique), leur rôle d'interface et leur possibilité d'intervenir sur le terrain (ce n'est pas le cas de toutes les Equipes mobiles ou de toutes les personnes au sein d'une même équipe) ;
- Une **approche souvent globale de la personne** (pas uniquement centrée sur la personne mais prenant en compte son entourage – famille, aidants –, pas uniquement centrée sur la réponse médicale mais prenant en compte tous les aspects de la vie de la personne).

Ces caractéristiques sont assez « personne dépendant », ce qui peut constituer un élément de fragilité du bon fonctionnement des Equipes mobiles.

La pluri professionnalité et la spécialisation dans les équipes

Le bon fonctionnement d'une équipe mobile en psychiatrie repose sur ses effectifs, aussi bien d'un point de vue quantitatif que qualitatif.

Il est important que celle-ci soit pluri professionnelle, avec du temps de médecin psychiatre dédié, mais aussi d'autres médecins spécialistes dans certains cas (médecin gériatre par exemple) des infirmiers, des psychologues, des travailleurs sociaux et des cadres de santé.

L'équipe doit être en situation d'apporter une expertise dans son domaine (santé mentale et précarité, troubles du comportement des personnes âgées...).

Les moyens matériels de se déplacer et d'être joints rapidement

Le fait de disposer de véhicules professionnels et de téléphones portables pour les intervenants amenés à se déplacer est un élément facilitateur. Sur ce point, il existe des écarts entre Equipes mobiles.

Le niveau de coopération avec les partenaires extérieurs

Un des éléments facilitateurs incontournables pour l'activité d'une Equipe mobile est la qualité des partenariats ; de nombreux partenaires insistent sur l'importance d'instaurer de la confiance dans ce type de partenariat ; cette qualité dépend notamment de :

- La durée du partenariat (la confiance s'établit avec le temps) ;
- La disponibilité et les moyens mis par certaines structures partenaires pour pouvoir travailler avec les équipes ;
- L'organisation régulière de temps de synthèses/concertation régulières avec les partenaires ;
- La formation des partenaires ;
- Le fait d'être intégré dans une « filière » (ex : filière gériatrique) et de participer ainsi au parcours de santé d'une personne est tout aussi important ;
- Le fait de proposer un travail étroit avec les collectivités locales (élus et services communaux) ;
- L'importance du tissu associatif local.

Le travail avec les secteurs et les services somatiques

Les Equipes mobiles insistent sur l'importance des relations avec les différents services hospitaliers, autant pour les orientations possibles que pour le renforcement des expertises.

Concrètement, cela peut se traduire par :

- Le renforcement du travail avec le CH ou un CHU, les Urgences, les PASS, l'hôpital de jour de gériatrie, une consultation mémoire, à travers une coordination permettant d'améliorer la réactivité et les expertises, mais aussi d'éviter les doublons ;
- Le partage de postes avec les secteurs et le CMP, car cela favorise le rapprochement ;
- La clarification des modes d'articulation et de collaboration entre secteurs et Equipes mobiles concernant les prises en charge (nécessaire d'après certaines Equipes mobiles) ;
- La mise en place de stages croisés entre professionnels des secteurs et professionnels des Equipes mobiles ainsi que des visites à domicile communes entre secteurs et Equipes mobiles qui permettent de renforcer la compréhension et les rapprochements entre services ;
- La formation d'équipes de l'hôpital en intra ou en inter-établissements afin de construire une culture commune autour des problématiques abordées par les Equipes mobiles ;
- La réflexion sur des dispositifs communs, comme par exemple un système d'alerte « indice précarité » avec des indicateurs de repérage des patients à risque social en CHU/CH pour que les équipes soient attentives et fassent le lien rapidement avec les EMPP.

Les conventions

La formalisation des partenariats par convention est un gage de pérennité des collaborations.

Si les conventions peuvent être facilitantes, certaines équipes insistent sur le fait qu'elles ne doivent pas être sclérosantes afin de pouvoir garder une certaine souplesse d'intervention.

Autres éléments facilitateurs évoqués

- La sensibilisation du grand public sur les questions de santé mentale (lutte contre la stigmatisation) ;
- La sensibilisation en milieu professionnel : pour exemple, le projet de colloque sur « suicide et travail ».

QUESTION ÉVALUATIVE 3 – QUELLE EST LA PLUS-VALUE DES EQUIPES MOBILES ?

L'ensemble des acteurs enquêtés lors de l'évaluation a été interrogé sur la question de la plus-value des Equipes mobiles relativement à des interventions « classiques » portées par les secteurs.

Cette valeur ajoutée revêt plusieurs dimensions présentées ci-dessous.

Nous noterons que certains secteurs de psychiatrie, qui n'ont pas formalisé d'Equipes mobiles, mettent en œuvre la plupart des interventions et approches spécifiques aux Equipes mobiles que nous décrivons ci-dessous.

1. L'INTERVENTION PRÉCOCE

Ce positionnement des EM de psychiatrie comme équipes de prévention pouvant intervenir de façon précoce permet :

- D'éviter des orientations inappropriées vers le soin ;
- D'éviter l'entrée dans le système de soins en situation de crise ;
- De réduire les hospitalisations ;
- D'éviter l'épuisement psychologique des professionnels des structures partenaires.

Ces différents points positifs caractérisant les EM ont aussi été mis en avant par leurs partenaires. Ceux-ci ont insisté sur la pertinence des diagnostics posés par les EM, sur la possibilité de travailler avec les EM sur de la prévention et sur la conséquence de ce travail sur la diminution du nombre d'hospitalisations, la diminution de la durée de séjour et une meilleure préparation de la sortie d'hospitalisation. Les partenaires ont aussi précisé que le soutien apporté par les membres d'une EM aux professionnels dans des contextes de stress, est très appréciable.

2. L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES NON CONNUES (OU PERDUES DE VUE)...

... Grâce à la mobilité des équipes qui vont à domicile et dans les structures d'accueil.

Nous avons noté que les interventions à domicile des Equipes mobiles concernent principalement des patients non suivis par le CMP alors que pour ces derniers les interventions à domicile se font surtout dans le cadre d'un suivi de patients déjà connus.

La notion de « proximité » est importante pour les EM (être présent dans des lieux « accessibles » pour des personnes éloignées du soin). La mobilité des équipes, la possibilité de faire des visites à domicile, d'aller vers des personnes non connues des secteurs, ou perdues de vue, ou à faible mobilité (la personne âgées isolée, ou souffrant d'un handicap, ou en situation de précarité), ou difficilement « saisissables » (ex. : solitaire chez lui, personne SDF...) est une réelle plus-value.

Les EM de psychiatrie se déplacent, vont au domicile, dans les institutions... Les CMP le font globalement moins, certains très peu (pour 30% d'entre eux seuls 2 à 15% de leurs patients en ont bénéficié en 2014), et quasiment jamais pour des patients non connus (très souvent pour des problèmes d'effectifs). La présence d'une Equipe mobile sur un secteur se traduit donc par l'augmentation du nombre d'interventions à domicile.

Les Equipes mobiles sont jugées bénéfiques pour la qualité de la prise en charge et peuvent « récupérer » plus rapidement des situations de ruptures dans le parcours de soins, qu'il s'agisse de soins psychiatriques ou somatiques (ce dernier point a été souligné par les médecins généralistes interrogés).

Les partenaires des EM partagent globalement ce constat. Pour eux, une des valeurs-ajoutées des EM est tout simplement la réalisation d'IAD, le CMP n'intervenant pas, ou peu, et dans certains cas de moins en moins, au domicile ou au substitut de domicile.

Autre point positif évoqué : la possibilité d'une prise en charge immédiate après diagnostic ; en effet les EM ne laissent pas les personnes en souffrance sans réponses...

3. L'EXPERTISE : UNE PRISE EN CHARGE FACILITÉE POUR CERTAINS PROFILS DE PATIENTS GRÂCE À LA SPÉCIALISATION

Cette valeur ajoutée par l'expertise est nette. Elle est d'ailleurs mise en avant autant par les secteurs et les partenaires que par les Equipes mobiles elles-mêmes.

D'après les Equipes mobiles, le fait de disposer d'équipes spécialisées (gérontopsychoiatrie, précarité, suicide, addictions, handicap) constitue une plus-value par rapport à une approche plus généraliste proposée par les CMP. Cela apporte notamment :

- Une meilleure connaissance de la spécificité des troubles cognitifs de la personne âgée, une expertise forte (compréhension / connaissance en psychiatrie et neurologie : AVC, Parkinson...), une bonne connaissance des EHPAD et plus globalement de l'ensemble des partenaires à mobiliser autour de la personne âgée en souffrance psychique ;
- La prise en compte de la spécificité de « la clinique de la précarité », avec une posture professionnelle particulière que ne peut avoir qu'une équipe spécialisée... ;
- Une expertise de l'intervention à domicile auprès de personnes inconnues : conduite à tenir, prise en compte de l'environnement, etc...

Les répondants à l'enquête secteurs sont quasiment unanimes (à 89%) pour dire que les Equipes mobiles ont permis une prise en charge facilitée pour certains profils de patients. Plusieurs catégories de situations sont souvent citées :

- Les patients nécessitant un suivi intensif de proximité du fait de la gravité de leur pathologie psychiatrique (référence aux SPID non étudiés dans notre enquête) ;
- Les personnes en précarité socio-économique ;
- Les personnes en grand isolement social et familial isolées chez elles ;
- Les personnes âgées souffrant de troubles psycho-comportementaux et/ou de troubles psychiques avec des pathologies somatiques associées.

Les partenaires mettent aussi en avant l'apport des EM sur la prise en charge facilitée des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation précaire, et/ou très vulnérables, en situation d'isolement familial, sous tutelle. Plus globalement, ce sont les personnes qui ne font pas de demande de soins ou sont dans le déni de leur pathologie qui bénéficient en priorité des interventions des EM. Les partenaires relient cette valeur-ajoutée à la possibilité pour l'EM de se déplacer, à leur positionnement d'ouverture (approche globale du patient, adaptabilité par rapport à d'autres cultures et d'autres modes de fonctionnement) et à leur caractère « spécialisé ».

Sur ce dernier point, pour les partenaires, la spécialisation des EM (précarité, personnes âgées...), permet de disposer à la fois d'une connaissance fine des pathologies associées aux différents publics¹⁰, des types de réponses à apporter et des acteurs à mobiliser (ce que ne pourrait pas obtenir une équipe généraliste, selon eux).

La prise en charge facilitée de certains types de patients génère une autre forme de valeur ajoutée, qui est la réduction des inégalités sociales de santé, avec le sens suivant : permettre à des gens en situation de précarité sociale d'accéder à des soins psychiatriques. Cette valeur ajoutée a été particulièrement mise en avant par les partenaires d'EMPP.

4. UNE PLUS GRANDE RÉACTIVITÉ POUR EFFECTUER UNE INTERVENTION À DOMICILE

La plupart des Equipes mobiles interviennent au maximum dans les 48 heures pour une visite à domicile, mais aussi pour intervenir auprès des partenaires.

La réactivité peut être immédiate sur des situations de crise, notamment sur les interventions à haut risque suicidaire ou post-suicide (autour de l'entourage ou de la famille).

Toutefois, les équipes ne se positionnent pas sur l'urgence, dans le sens où elles n'interviennent pas auprès d'une personne en crise sans avoir au préalable échangé avec le référent (c'est-à-dire le partenaire qui sollicite). La première rencontre d'ailleurs est très souvent « tripartite ».

5. PLUS DE SOUPLESSE DANS LES RÉPONSES

Les Equipes mobiles disposent d'une certaine souplesse dans leurs modalités d'intervention, avec une grande faculté d'adaptation à la situation et à la demande. Certaines équipes n'hésitent pas à redéployer leurs activités en fonction de l'évolution des besoins et des réponses, en lien avec les autres intervenants.

Les EM proposent une réponse complémentaire à celle des CMP grâce à une prise en charge moins formelle. Cette première prise en charge repérée comme « hors hôpital psychiatrique » est très souvent rassurante pour les familles et les patients... et pour certains professionnels.

La souplesse d'intervention s'observe aussi sur la capacité à rencontrer un patient se présentant même si celui-ci n'a pas de RDV (cas des consultations dans une structure ou les locaux propres de l'équipe mobile) ou s'il n'a pas respecté les 1^{ers} RDV fixés.

¹⁰ Par exemple, les EMGP savent distinguer, chez la personne âgée, la démence (qui relève de la gériatrie) d'une pathologie relevant davantage de la psychiatrie, tout en décelant d'autres pathologies psychiatriques éventuellement présentes.

6. L'APPROCHE GLOBALE ET LES ÉCHANGES DE SAVOIR-FAIRE / SAVOIR ÊTRE...

Les Equipes mobiles prennent en compte tous les aspects de la situation personnelle et peuvent par conséquent proposer un panel d'interventions (médicales, paramédicales, médico-sociales, sociale, liées aux conditions de logement...) grâce à un bon repérage à domicile de tous les besoins.

Elles ont particulièrement développé les partenariats et le travail en réseau.

Nous avons vu qu'elles interviennent plus régulièrement que les secteurs auprès des professionnels du social et de santé.

Pour les Equipes mobiles, la participation à un travail « en réseau » avec les acteurs de champs divers (commissions, prise en charge coordonnée, formation/sensibilisation), ou « communautaire » (sensibiliser puis s'appuyer sur des personnes ressources ou relais) est une plus-value.

Les EM se positionnent en interface entre le social, le médico-social d'un côté et le secteur psychiatrique de l'autre.

Le travail de sensibilisation des différents partenaires du secteur psychiatrique (« santé mentale et précarité », « santé mentale et vieillissement », « santé mentale et handicap »...) et des autres secteurs (« santé mentale/souffrance psychique ») est aussi mis en avant.

Par ailleurs, les trois-quarts des secteurs confirment que les Equipes mobiles ont eu une valeur ajoutée pour le développement de partenariats, notamment à travers les formations proposées.

C'est aussi le sentiment des partenaires des EM, qui mettent en avant le rôle fondamental de « lien », « d'interface », de « décloisonnement » entre le monde médical (auquel l'EM est rattachée) et le médico-social/social, joué par l'EM. A ce sujet, ils précisent que souvent, l'EM est leur seul contact avec l'univers de la psychiatrie. Les collaborations prennent alors différentes formes :

- La supervision/recherche collective de solutions autour de cas concrets ;
- La sensibilisation/formation ;
- Le partage d'expériences et mise en réseau ;
- Les informations sur le fonctionnement de la psychiatrie hospitalière ;
- La recherche et le partage d'information sur les patients grâce à un réseau de partenaires ;
- La réalisation d'interventions concrètes (prise de RDV auprès du CMP, accompagnement physique de personnes au CMP, suivi de personnes pendant leur séjour à l'hôpital, recherche d'un lit d'hospitalisation ou au contraire d'un logement pour permettre une sortie de l'hôpital...).

Les partenaires des EM pointent cependant que ce rôle d'interface des EM est très « personne dépendant » (toutes les équipes / membres d'une équipe ne l'appréhendent pas de la même façon) mais aussi qu'il ne permet pas tout, ni en termes de décloisonnement (la psychiatrie étant parfois perçue comme distante, peu au fait de la vie des autres partenaires), ni en termes de recherche de solutions (quand il n'y a pas assez de lit d'hôpital, pas de logement disponible, que l'EM est saturée...), ce qui conduit à des situations « limites », à des ruptures.

Les partenaires précisent que quand ce travail de décloisonnement mené par les EM est bien mené, il permet une nette amélioration de la fluidité du parcours du patient.

Deux autres éléments de plus-value sont à noter :

- Le travail auprès des familles. Ce point est d'autant plus important que la tendance est de réduire les temps d'hospitalisation ;
- Le travail sur l'insertion des personnes en souffrance psychique ou malades mentaux en milieu ordinaire de vie.

7. UNE MEILLEURE FLUIDITÉ DU PARCOURS DU PATIENT

Cela commence par la qualité des orientations : les Equipes mobiles proposent un « tri » en amont, avec d'autres orientations possibles en fonction du pré-diagnostic : logement, social, addictologie... Cela permet d'éviter des orientations directes et inappropriées vers les CMP, ou des entrées « en catastrophe » dans le système de soins.

La fluidité du parcours passe aussi par le déclenchement d'une prise en charge, en ambulatoire (diagnostic, travail sur l'adhésion au soin, orientation et accompagnement vers les CMP) mais aussi par la préparation d'une hospitalisation dans certains cas (consentante ou sous contrainte). Les Equipes mobiles sont en première ligne sur ces deux aspects.

L'objectif majeur des Equipes mobiles est toutefois d'éviter les hospitalisations. Leurs interventions permettent très souvent de « passer une crise » ; le patient peut alors être vu plusieurs fois sur plusieurs jours si nécessaire. Sur certains sites, il a pu être observé une diminution des hospitalisations en psychiatrie.

Si l'hospitalisation est inévitable, l'EM est présente pour la préparer dans de bonnes conditions.

Certaines équipes s'impliquent aussi dans la préparation des sorties d'hospitalisation : retour et aide à la mise en place d'un suivi à domicile, orientation vers un hôpital de jour, installation dans un EHPAD...

La fluidité du parcours de santé des personnes prises en charge passe aussi par l'intégration et la participation des équipes au « maillage professionnel » (intra hospitalier et extra hospitalier) (exemple : filière gériatrique pour les Equipes mobiles géronto-psychiatriques) et par leur capacité à participer (voire à organiser) à une prise en charge collégiale et coordonnée.

8. MAIS UN RISQUE DE MOINS-VALUE SUR CERTAINS ASPECTS

Si l'articulation et la coopération entre Equipes mobiles et secteurs n'est pas suffisamment travaillée, il peut y avoir un risque de redondance et / ou de cloisonnement.

De plus, quand le territoire bénéficie d'une bonne répartition géographique des établissements, comme en Mayenne, les secteurs sont en capacité d'intervenir à domicile en proximité.

Ainsi les deux secteurs du CH de Laval, que nous avons rencontrés sur site, mettent en œuvre de nombreuses actions généralement attribuées aux Equipes mobiles. C'est la raison pour laquelle ils voient peu la valeur ajoutée que pourrait avoir une Equipe mobile, à part pour développer davantage : la formation/sensibilisation des professionnels et du grand public ainsi que les IAD en urgence. Ils mettent en garde contre les risques potentiels d'un développement des Equipes mobiles : par exemple, celui de « saucissonner » le parcours des patients (alors que lorsque le secteur intervient, c'est la même équipe qui accueille au CMP, en hospitalisation, qui intervient en IAD et auprès des partenaires).

QUESTION ÉVALUATIVE 4 – DANS QUELLES CONDITIONS LES 5 EQUIPES MOBILES PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ DE LA RÉGION SE SONT-ELLES ORGANISÉES POUR RÉPONDRE À UN MÊME CAHIER DES CHARGES ?

Equipes mobiles psychiatrie précarité : rappel du cadre

CIRCULAIRE N°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/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.

Les EMPP disposent d'un cahier des charges technique définissant notamment les publics, les missions, les principes d'action, le fonctionnement et les financements (cf. annexe 3).

Les actions sont de deux ordres :

- Celles mises en œuvre en direction des personnes en situation de précarité et d'exclusion :
 - ✓ permanences dans des lieux sociaux repérés et fréquentés par les personnes en difficulté ;
 - ✓ participation à des interventions mobiles dans la rue (type maraude du SAMU social) ;
 - ✓ entretiens individuels contribuant notamment à l'évaluation des besoins, y compris en urgence ;
 - ✓ accueil, orientation et accompagnement vers des prises en charge de « droit commun » (dont préparation à l'hospitalisation et aux sorties d'hospitalisation) ;
 - ✓ prises en charge dans le cadre de groupes d'échanges ou de paroles, d'ateliers thérapeutiques.
- Celles mises en œuvre en direction des acteurs de 1^{ère} ligne :
 - ✓ actions de formation (notamment formations croisées de professionnels de santé et de travailleurs sociaux) sur les problématiques liées à la précarité ;
 - ✓ actions de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs ;
 - ✓ développement du travail en réseau à partir de l'examen de situations cliniques ;
 - ✓ soutien des équipes de 1^{ère} ligne (information, conseil, supervision).

Les principales modalités de fonctionnement sont :

- Une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un psychiatre : au minimum un temps médical et un temps de cadre infirmier, des infirmiers, des psychologues, un secrétariat ;
- Une fonction d'interface au sein d'un réseau formalisé de partenaires :
 - ✓ accord de l'ensemble des acteurs et secteurs au sein de l'établissement sur les modalités d'intervention de l'équipe mobile et formalisation dans le cadre du projet médical de l'établissement : définition des rôles respectifs de l'équipe mobile et des secteurs de psychiatrie générale, modalités de relais entre ces intervenants et d'orientation vers les dispositifs de droit commun, prévues par une convention ou un protocole d'intervention ;
 - ✓ relations également formalisées avec les partenaires de 1^{ère} ligne et les établissements de santé généraux (notamment les services d'urgence et les PASS) ;
 - ✓ établissement d'un règlement intérieur précisant les modalités d'intervention et le rôle des différents intervenants.

Nous répondons ci-dessous à la question évaluative en fonction de ce cadre technique de référence (actions et fonctionnement).

1. LES ACTIONS EN DIRECTION DES PATIENTS

■ L'organisation de permanences

Les 5 EMPP interrogées proposent des permanences programmées, sur des jours fixes, dans différents lieux sociaux repérés et fréquentés par les personnes en difficulté :

- dans les services sociaux des collectivités territoriales (CCAS, CMS) ;
- dans les associations caritatives, les épiceries sociales ;
- chez les bailleurs sociaux ;
- dans les lieux d'accueil et d'hébergement, CHRS, foyers d'urgence, accueil de jour, accueil de nuit, halte de nuit à bas seuil d'exigence ;
- dans des chantiers d'insertion.

Selon les EMPP, il peut s'agir de consultations individuelles avec des personnes dans ces différents lieux ou de réunions avec les équipes de ces structures et/ou d'appui, conseil sur place auprès des professionnels en individuel.

■ La participation à des interventions dans la rue

Seules 2 EMPP participent régulièrement à des maraudes. Deux n'interviennent qu'à la demande des équipes sociales de maraude, en fonction de situations qu'elles ont repérées.

Cela semble plus complexe à organiser (et peut être moins pertinent) lorsque l'EMPP intervient en zone rurale (multiplicité des sites, pas de maraudes organisées dans les villes moyennes et les villages, moins de personnes sans-abris...).

■ Les entretiens individuels

Les 5 Equipes réalisent des entretiens individuels contribuant notamment à l'évaluation des besoins.

Très souvent, la première rencontre est « tripartite » : une personne de l'EMPP, le patient et son référent. Cela peut se faire en CMP, chez le partenaire, chez un médecin généraliste... Au choix de la personne et en fonction des possibilités.

Par la suite, il y a la possibilité d'un suivi par l'équipe si nécessaire et si la personne ne souhaite pas être prise en charge dans l'immédiat en CMP (même si l'objectif reste, pour l'équipe, cette prise en charge CMP).

Toutefois, les EMPP précisent qu'elles ne sont pas un dispositif d'urgence, et si elles répondent volontiers et rapidement aux demandes de conseil des professionnels, elles n'interviennent pas dans l'urgence sur des situations critiques et non connues.

■ L'accompagnement vers des prises en charge de « droit commun »

L'accueil, l'orientation et l'accompagnement vers des prises en charge de « droit commun » est au cœur de l'intervention des EMPP.

Les premiers entretiens individuels amènent ensuite à une orientation vers le droit commun, celle-ci pouvant être différente selon les résultats de l'évaluation des besoins : vers le secteur de psychiatrie, vers une hospitalisation (en psychiatrie ou en médecine), vers un médecin généraliste, vers une prise en charge psychiatrique en libéral, vers un service social ou une association...

Toutefois, les EMPP reconnaissent que ce travail est parfois long, et qu'elles sont dans l'obligation dans certaines situations (refus ou impossibilité physique de la personne d'être prise en charge en CMP) d'assurer un suivi proche d'une première prise en charge (plusieurs consultations et rencontres avec la personne) sur plusieurs mois, et même années dans certains cas.

Dans le cas d'une hospitalisation en psychiatrie, la répartition des rôles entre l'EMPP et le secteur ne semble pas toujours claire, et les pratiques d'une EMPP à une autre semblent différentes, surtout pour la gestion des sorties d'hospitalisation. Dans les procédures décrites, nous avons repéré les situations suivantes :

- l'EMPP gère directement l'entrée en hospitalisation tout en prévenant le secteur concerné (l'EMPP peut alors amener physiquement le patient à l'hôpital) ;
- pendant l'hospitalisation, l'EMPP suit le patient avec le secteur dans le cadre d'un dossier partagé ;
- pour la sortie d'hospitalisation, certaines EMPP sont présentes (participation notamment aux réunions de synthèse clinique de sortie) pour notamment faire des propositions afin de gérer au mieux la sortie, d'autres estiment que c'est au CMP de prendre le relais, même si elles admettent que sur certaines situations complexes, elles restent vigilantes et disponibles si nécessaire.

■ **Les prises en charge dans le cadre de groupes d'échanges ou de paroles, d'ateliers thérapeutiques**

Les EMPP proposent des prises en charge dans le cadre de groupes d'échanges ou de paroles et d'ateliers thérapeutiques, par exemple :

- participation régulière des infirmières de l'EMPP à un café débat dans un lieu social ;
- deux groupes en expérimentation sur une EMPP (un sur un restaurant social : « soins et alcool » ; l'autre dans une maison relais : groupe thérapeutique régulier) et bientôt dans un CMS.

■ **Les actions en direction des acteurs de 1ère ligne**

Les remarques faites pour l'ensemble des équipes mobiles peuvent être ici reprises pour les EMPP :

- les EMPP travaillent en réseau, participent à des réunions pluri-partenariales avec échanges de pratiques ;
- ce travail en réseau se concrétise par des temps d'échanges de pratiques et/ou de coordination d'acteurs, de formations et d'analyse sur des situations concrètes vécues par les participants ;
- le conseil et la supervision auprès des acteurs de première ligne est au cœur de l'activité des 5 EMPP.

2. LE FONCTIONNEMENT DES EMPP

■ **La composition des équipes**

Les 5 équipes EMPP sont pluridisciplinaires. Elles disposent toutes de temps de psychiatres, psychologues, et infirmiers. Toutefois, 1 EMPP dispose d'un temps de psychiatre très restreint (évalué à moins de 0.10 ETP).

Les ETP sont difficiles à évaluer, car de nombreux postes sont partagés. Mais nous constatons des écarts importants (entre « moins de 3 ETP » et « plus de 6 ETP »).

Ce sont les Psychiatres qui assurent la coordination, parfois appuyés par un cadre de santé ou un coordinateur fonctionnel.

Toutes les équipes ne disposent pas de secrétariat dédié, mais celles-ci peuvent alors s'appuyer sur une secrétaire de secteur.

2 EMPP ont une assistante de service social et 1 EMPP dispose d'un éducateur spécialisé (travail avec la pédopsychiatrie).

■ La fonction d'interface

Les remarques faites concernant les règles d'intervention entre Equipes mobiles et secteurs (question évaluative 1bis) peuvent ici être reprises :

- manque de formalisation ;
- affirmation de la nécessité d'aller plus loin dans ce travail de définition des règles d'intervention entre secteur et EM ;
- insuffisance des coopérations...

Certaines initiatives montrent la volonté des EMPP de se positionner sur cette fonction d'interface, aussi bien avec les partenaires de 1^{ère} ligne qu'avec les structures sanitaires, sociales et médico-sociales :

- l'EMPP du CHU de Nantes (appelée ELPP) copilote avec la Maison de la veille sociale 44 une coordination sanitaire : une fois par mois, un point est réalisé entre l'ELPP, le Samu social, la halte soins santé, des associations, la PASS somatique sur des prises en charge ;
- l'EMPP du CH CESAME est enchâssée dans un large dispositif d'appui en santé mentale (DIASM). Il est copiloté avec « l'Association ligérienne pour personnes handicapées adultes – Action pour l'insertion », et déploie entre autres des interventions d'infirmiers et psychologues en Mission locale, au CCAS d'Angers, en CHR, en centre social... ;
- deux EMPP exercent en lien étroit avec la pédopsychiatrie (ELPP du CHU de Nantes et EMPP de St Nazaire), ce qui permet d'intégrer les problématiques familiales ou de jeunes adolescents.

Les partenariats sont le plus souvent conventionnés, ou font l'objet de chartes de confidentialité et de chartes d'intervention.

■ Des échanges entre EMPP de la région

Il existe une forte proximité entre les EMPP de la Région (démarche encouragée par l'ARS) dans le cadre du réseau régional des EMPP des Pays de la Loire (association).

Dans ce cadre, les contacts sont réguliers, avec un vrai intérêt pour une réflexion commune et l'élaboration d'un projet structurant du partenariat sous forme d'une formation régionale destinée à leurs partenaires.

Les EMPP se retrouvent en moyenne 2 fois par an, avec un thème de travail/réflexion différents à chaque fois. Pendant le temps d'élaboration de leur formation commune, le rythme de réunion a été plus soutenu.

Les échanges sont jugés très riches et constructifs, et permettent notamment aux différentes équipes d'évoluer vers une amélioration de leurs pratiques (exemple : échanges sur la gestion des urgences) mais aussi de la mutualisation (formation, choix d'indicateurs communs pour les rapports d'activité...).

En conclusion, les EMPP en Pays de Loire répondent au cahier des charges des EMPP, que ce soit en matière d'actions auprès des patients, d'appui aux professionnels, mais aussi d'activités de formation/sensibilisation.

RECOMMANDATIONS

Dans les orientations de sa politique de santé, l'ARS Pays de la Loire avait prévu des volets bien spécifiques qui ont été re questionnés dans notre évaluation :

- Le développement des Equipes mobiles de psychiatrie, en privilégiant des Equipes mobiles aux compétences larges et intersectorielles. L'ARS a proposé en 2012 la mise en place de 2 Equipes mobiles de ce type sur chaque territoire de santé.
- La mise en place d'Equipes mobiles d'intervention en urgence.

Sur la question de la polyvalence ou de la spécialisation, il ne nous paraît pas opportun de « décréter » un nombre d'EM par territoire de proximité et la polyvalence de ces EM. Il est préférable de partir de la dynamique existante en développant les échanges et les coopérations entre EM, et entre EM et secteurs de psychiatrie. Les différentes modalités organisationnelles entre EM et secteurs sont très souvent informelles, mais il n'est cependant pas utile (et faisable) de « protocoliser » de manière rigide les modalités de coopération. Un référentiel commun pourrait suffire, autour de la notion de « parcours du patient ». Ces recommandations sont déclinées dans la Recommandation 1 « Organiser globalement le développement des interventions à domicile en psychiatrie en incluant les interventions à domicile des secteurs et les interventions des équipes mobiles de psychiatrie existantes ». Il est important de rappeler que l'évolution éventuelle vers une Equipe mobile polyvalente n'empêche pas de conserver une spécialisation au sein de ce type d'Equipe mobile.

Sur la question de l'intervention en urgence, il est préférable de bien préciser la place des EM par rapport aux services ayant vocation à répondre à l'urgence, plutôt que de créer des équipes mobiles d'urgence. La Recommandation 3 « Préciser le positionnement des Equipes mobiles dans la procédure de signalement et de régulation des urgences psychiatriques traite de cet aspect ».

Les deux autres Recommandations portent sur :

- « Mieux identifier et communiquer sur les interventions à domicile en psychiatrie » : cette Recommandation 2 inclut le développement de l'information vers les partenaires extérieurs et les échanges de pratiques entre Equipes mobiles.
- « Consolider les EMPP » : la Recommandation 4 développe plus particulièrement les orientations concernant les EMPP.

1- Organiser globalement le développement des interventions à domicile en psychiatrie en incluant les interventions à domicile des secteurs et les interventions des équipes mobiles de psychiatrie existantes

Rappel des constats

Tous les secteurs de psychiatrie réalisent des Interventions à domicile (IAD), mais dans des proportions très variables.

Si les secteurs de psychiatrie se disent satisfaits de l'articulation avec les Equipes mobiles (EM), celles-ci sont demandeuses d'une plus grande collaboration.

Plus particulièrement, la définition des modes d'articulation et de collaboration entre secteurs et Equipes mobiles est une condition incontournable de la qualité de l'organisation mise en place pour les interventions hors les murs. Or les règles d'intervention sont plus implicites que réellement formalisées.

Trois modalités organisationnelles des secteurs et des EM en matière d'IAD ont pu être observées :

- Les secteurs n'ayant pas d'équipes mobiles sur leur territoire intègrent dans leurs missions les interventions généralement assurées par les EM (essentiellement auprès des patients déjà connus). Toutefois, ils ne proposent pas d'actions de sensibilisation/formation des partenaires ;
- Les IAD des secteurs et les interventions des équipes mobiles sont définies selon un critère de répartition central : les secteurs concentrent leurs IAD vers les patients connus, et les EM se concentrent vers les patients non connus. L'objectif de l'EM est alors d'assurer une première accroche et d'accompagner la personne, si nécessaire, vers une prise en charge en Centre médico psychologique (CMP) ;
- Les secteurs et les EM « se partagent » la prise en charge des patients en fonction de leur profil, avec pour exemples les Equipes mobiles gérontopsychiatriques (EMGP) s'occupant des personnes âgées de plus de 65 ans et les Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) les patients en situation de grande précarité.

Objectifs stratégiques

Développer la transversalité entre secteurs et EM, en s'appuyant sur les expertises développées par les EM et par certains secteurs en matière d'IAD.

Favoriser le décloisonnement entre équipes mobiles spécialisées, sans pour autant décréter la constitution d'équipes polyvalentes.

Poursuivre le développement des coopérations entre la psychiatrie et le secteur social et médico-social.

Inscrire dans les projets médicaux et d'établissements, ainsi que dans les contrats pluri annuels d'objectifs et de moyens, une réflexion globale sur les interventions à domicile, sans s'interdire la refonte entre Equipes mobiles et secteurs, si elle paraît pertinente.

Déclinaisons opérationnelles

Produire un cadre référentiel de fonctionnement entre secteurs et EM pour l'organisation des interventions à domicile, avec souplesse et ajustements en fonction des contextes locaux qui peuvent être très différents d'un site à un autre, en précisant :

- Les types d'interventions concernés :
 - ✓ les actions auprès des patients : patients connus / non connus ; les rencontres tripartites « patient / EM / partenaire référent » ; les actions collectives avec groupes de patients ;
 - ✓ le soutien aux professionnels : conseil pour la gestion des situations ; rencontres tripartites « patient / EM / partenaire référent » ; consultations avancées / permanences programmées ; participation aux réunions de synthèse sur les cas complexes ;

- ✓ les actions de formation/sensibilisation auprès des professionnels hors psychiatrie (du secteur social et du médico-social) et auprès du grand public ;
 - ✓ le travail local en réseau : commissions pluri partenariales locales, actions locales communautaires en santé mentale (par exemple dans le cadre des contrats locaux de santé ou des ateliers santé ville) ;
 - ✓ la coordination interne (médicale et fonctionnelle) ;
 - ✓ les publics visés en priorité par des EM : les personnes en précarité, avec ou sans logement/hébergement, les personnes avec perte d'autonomie (personnes âgées, personnes handicapées), la prévention du suicide... ;
 - ✓ le territoire couvert (territoire urbain, secteur, intersectorialité...).
- Des critères qualité à respecter quel que soit le mode d'IAD (1 à 2 indicateurs sont à définir par critère), pour exemples :
- ✓ la réactivité (intervenir rapidement auprès des patients et des partenaires) ;
 - ✓ la mobilité (se déplacer hors les murs du CMP) ;
 - ✓ l'approche globale (prendre en compte tous les aspects de la vie de la personne) ;
 - ✓ la prise en charge des patients non connus et qui ne font pas la démarche vers la psychiatrie ;
 - ✓ le soutien aux partenaires ;
 - ✓ l'organisation pour la prise en charge des urgences ;
 - ✓ la disposition de ressources à la mesure des missions et du contexte local : moyens matériels (véhicule, téléphone), et humains (temps de psychiatre dédié, effectifs nécessaires des autres soignants, temps de secrétariat ...).

Inscrire les travaux de ce cadre référentiel dans le projet d'établissement et le CPOM d'établissement : l'inscription de ce cadre d'intervention dans le Projet d'établissement sera un gage de respect et de pérennité des engagements communs, pour un développement harmonieux de l'ambulatoire sur le territoire. Ces travaux doivent être également inscrits dans le Contrat territorial de santé mentale prévu par le projet de loi.

- Promouvoir les expertises communes et les articulations entre les professionnels des CMP et des EM :
- favoriser les postes partagés entre CMP et EM ;
 - développer les stages croisés (« stages en comparaison ») : des professionnels « exclusivement CMP » viennent travailler dans une EM sur une durée limitée (par exemple pendant une semaine), et de la même façon des professionnels « exclusivement EM » viennent travailler dans un CMP ;
 - organiser des visites à domicile conjointes entre un professionnel CMP et un professionnel de l'EM ;
 - réfléchir dans chaque établissement au meilleur positionnement institutionnel des Equipes mobiles de façon à ce qu'elles puissent travailler le mieux possible avec les équipes de secteur.

- Développer le décroisement entre EM :
- envisager la polyvalence dans une perspective de réorganisation ou de substitution (ou de fusion) des équipes en place ;
 - travailler davantage le décroisement entre équipes mobiles, au même titre que la transversalité avec les CMP :
 - ✓ mieux définir les cadres d'une prise en charge commune ou partagée entre EM sur certains publics (personnes âgées en situation de précarité par exemple) ou pour certaines actions (aide à l'entourage par exemple) ;
 - ✓ rapprocher les EM de gérontopsychiatrie et sur le handicap, pour développer les coopérations entre la psychiatrie et le secteur médico-social dans son ensemble ;
 - ✓ positionner les équipes mobiles au sein de l'établissement de santé de façon à ce qu'elles puissent travailler ensemble si besoin ;
 - ✓ s'appuyer davantage sur les fonctions d'expertise apportées aux partenaires et aux secteurs via la spécialisation des équipes.

2- Mieux identifier et communiquer sur les interventions à domicile en psychiatrie

Rappel des constats

Les outils actuels de mesure de l'activité psychiatrique ne rendent pas compte assez finement de l'activité à domicile et des actions auprès des partenaires, notamment :

- le soutien aux professionnels ;
- les actions de formation/sensibilisation ;
- les rencontres tripartites « patient / Equipe mobile (EM) / partenaire référent » ;
- les consultations avancées / permanences programmées ;
- les réunions de synthèse ;
- les groupes d'Education thérapeutique du patient (ETP) ;
- le travail en réseau (commissions, groupes communautaires...).

Les médecins généralistes libéraux connaissent peu les possibilités d'intervention à domicile ou dans leur cabinet des secteurs et des EM.

Objectifs stratégiques

Rendre plus lisible les interventions à domicile dans les rapports d'activités des établissements de santé, dans le cadre d'une démarche de valorisation et d'auto-évaluation.

Faire connaître les modalités d'interventions à domicile et d'appui aux partenaires auprès des professionnels de santé libéraux.

Développer les échanges de pratiques entre établissements de santé sur les interventions à domicile et sur l'appui aux partenaires.

Déclinaisons opérationnelles

Constituer un groupe de travail sur les rubriques et indicateurs à inscrire dans les rapports d'activité, en s'appuyant sur le plan type de rapport d'activité produit en commun par les 5 EMPP.

Favoriser l'élaboration d'un rapport annuel d'activité commun sur les établissements disposant de plusieurs équipes mobiles intervenant sur les mêmes territoires :

- en complément du rapport d'activité propre ;
- et centré sur les actions transversales aux différentes EM.

Structurer un plan de communication auprès des médecins et infirmiers libéraux, en lien avec l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) et les médecins généralistes. Cette démarche peut être favorisée par les nombreuses dynamiques d'exercice coordonné existantes en Pays de la Loire (Maisons et pôles de santé pluri professionnels).

Continuer à soutenir les échanges de pratiques entre les 5 EMPP et constituer sur le même modèle un groupe d'échanges de pratique entre les 6 EMGP.

Organiser un colloque régional une fois par an ou tous les deux ans sur les interventions à domicile en psychiatrie.

Développer les outils de communication sur les patients : fiches de liaison et de signalement, dossier médical partagé, messagerie sécurisée entre professionnels de santé...

3- Préciser le positionnement des EM dans la procédure de signalement et de régulation des urgences psychiatriques

Rappel des constats

La plupart des Equipes mobiles (EM) interviennent au maximum dans les 48 heures : visite à domicile, intervention auprès des partenaires.

La réactivité peut même être immédiate sur certaines situations de crise (interventions sur des situations à haut risque suicidaire ou post-suicide autour de l'entourage ou de la famille).

Toutefois, les équipes ne se positionnent pas sur l'urgence : elles n'interviennent pas auprès d'une personne en crise sans avoir au préalable échangé avec le partenaire qui sollicite l'équipe, car il s'agit le plus souvent de patients non connus.

Pour la grande majorité des équipes interrogées, l'accueil téléphonique se fait par un secrétariat (spécifique à l'équipe, partagé par plusieurs équipes mobiles ou avec un ou plusieurs secteurs, avec système de bascule), du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00. Les mesures prises en dehors de ces jours et horaires sont imprécises.

Objectifs stratégiques

Intégrer la place des EM et leur articulation avec les différents services participant aux prises en charge en urgence, pendant leurs heures de fonctionnement.

Communiquer aux partenaires et aux publics les modalités d'intervention de l'EM en dehors des heures d'ouverture, toujours en lien avec les services d'urgence.

Déclinaisons opérationnelles

Préciser la place de l'EM dans un protocole de prise en charge des urgences psychiatriques, en travaillant avec les différents services concernés : urgences psychiatriques, Unité psychiatrique d'accueil et d'orientation (UPAO), urgences générales, régulation centre 15, police, pompiers...

Il est possible, par exemple, de s'appuyer sur le travail effectué dans le territoire de santé du Maine-et-Loire :

- description des différentes situations psychiatriques (signalement psychiatrique simple, urgence psychiatrique imminente, situation de doute) ;
- algorithmes des prises en charges des appels pour problème de santé mentale.

Améliorer les conditions d'information et de réorientation des partenaires et patients/familles qui sollicitent l'EM en dehors des heures d'intervention.

Inscrire dans les critères de qualité à définir conjointement entre EM et secteurs (cf. recommandation n°1) les modalités d'articulation entre EM et secteurs en dehors des heures d'ouverture (message sur répondeur, réorientation de l'appel vers un service...).

4- Consolider les Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

Rappel des constats

Les 5 EMPP de la région répondent au cahier des charges des EMPP, que ce soit en matière d'actions auprès des patients, d'appui aux professionnels, mais aussi d'activités de formation/sensibilisation.

Il existe une forte proximité entre les 5 EMPP de la région dans le cadre du réseau régional des EMPP des Pays de la Loire (association). Les échanges sont jugés très riches et constructifs, et permettent notamment aux différentes équipes d'évoluer vers une amélioration de leurs pratiques, et aussi de la mutualisation (formation élaborée conjointement et en cours de mise en place, choix d'indicateurs communs pour les rapports d'activité...). La principale conséquence de ce rapprochement est un fonctionnement assez proche entre EMPP :

- les 5 EMPP proposent des permanences programmées, sur des jours fixes, dans différents lieux sociaux repérés et fréquentés par les personnes en difficulté ;
- les 5 Equipes réalisent des entretiens individuels contribuant notamment à l'évaluation des besoins. Très souvent, la première rencontre est « tripartite » (une personne de l'EMPP, le patient et son référent) ;
- l'accueil, l'orientation et l'accompagnement vers des prises en charge de « droit commun » est au cœur de l'intervention des 5 EMPP.

Il y a toutefois quelques différences liées à des contextes locaux et des choix d'équipes spécifiques :

- seulement 2 EMPP participent régulièrement à des maraudes. 2 autres EMPP n'interviennent qu'à la demande des équipes sociales de maraude, en fonction de situations qu'elles ont repérées. Cela semble plus complexe à organiser (et peut être moins pertinent) lorsque l'EMPP intervient en zone rurale ;
- 2 EMPP proposent des prises en charge collectives dans le cadre de groupes d'échanges ou de paroles et d'ateliers thérapeutiques, dans des lieux sociaux.

Objectifs stratégiques

Réaffirmer les EMPP dans leur spécialisation, en cohérence avec le cahier des charges et en articulation avec les autres EM et les secteurs.

Réaffirmer que les EMPP se situent bien dans le champ de la psychiatrie : si les EMPP se situent à l'interface des prises en charges psychiatriques et sociales, leur porte d'entrée est bien celle du champ psychiatrique (interventions sur les pathologies psychiatriques avérées ou sur la souffrance psychique de personnes en situation de précarité et d'exclusion).

Déclinaisons opérationnelles

Poursuivre le travail d'échanges et de mutualisation (travail sur des outils communs tels que le rapport d'activité) entre EMPP dans un objectif d'amélioration des pratiques.

Les EMPP n'ont pas vocation à se multiplier sur l'ensemble du territoire :

- concentrer les EMPP sur les principaux centres urbains ;
- en dehors de ces grands centres urbains, outiller les CMP qui assurent un maillage de proximité à assurer des interventions auprès des personnes en souffrance psycho-sociale qui ne formulent pas de demande explicite et/ou qui ne sont pas connues des services ;
- diffuser l'expertise des EMPP aux secteurs psychiatriques dépourvus d'EMPP.

Mieux définir les cadres d'une prise en charge commune ou partagée entre EM sur certains publics (personnes âgées en situation de précarité par exemple).

Confirmer que les EMPP n'ont pas vocation à traiter les urgences.

ANNEXE 1 – LE CONTEXTE NATIONAL

■ De l'hôpital à l'action de proximité : les bases de la psychiatrie de secteur

C'est dans l'après-guerre que des psychiatres posent les bases de la psychiatrie de secteur, sur l'idée que « le système de santé mentale doit être à la disposition de la population en toute circonstance et non limité à une responsabilité hospitalière. L'organisation de la sectorisation psychiatrique a opéré un changement du centre de gravité de l'hôpital vers la cité. Elle a amené la création de lieux de soins « hors les murs » au plus près de la population, notamment au travers de l'accueil des patients dans les centres médico-psychologiques (CMP) au cœur de la cité.

Ainsi la population de chaque secteur géographique doit pouvoir disposer à la fois de lits d'hospitalisation et de services ambulatoires et de réinsertion.

La psychiatrie publique se voit dévolue des missions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

■ Inégalités territoriales et diversité des pratiques

Malgré une organisation commune de la psychiatrie publique qui doit permettre un accès de proximité et équitable à l'ensemble de la population, on constate de fortes inégalités territoriales. Les moyens de la psychiatrie varient fortement d'un territoire à un autre (en janvier 2013, la densité de psychiatres libéraux et salariés en France était la plus élevée d'Europe). Mais leur répartition varie de 1 à 10 selon les départements, et les psychiatres ont tendance à s'installer en libéral en zone urbaine et dans le Sud – source site Psycom). Globalement la psychiatrie publique est en crise avec de nombreux postes vacants.

La psychiatrie privée complète cette offre, mais n'assume pas les mêmes missions et sa répartition est également très inégale.

■ Des partenariats incontournables entre la psychiatrie publique et les autres acteurs

La psychiatrie a vu son champ se démultiplier, en même temps que la demande de prise en charge de la souffrance psychique augmentait.

Mais le secteur de psychiatrie ne peut à lui seul fournir l'ensemble des réponses attendues.

Les médecins généralistes occupent également une place centrale dans la prise en charge de la souffrance psychique et des pathologies psychiatriques : les « troubles mentaux » représentent selon les évaluations de 15 à 40 % de l'activité des généralistes, et près de 80 % des prescriptions sont faites par eux.

L'importance des facteurs sociaux et environnementaux rend incontournable la coopération avec les autres acteurs. S'occuper des personnes en souffrance psychique ou vivant avec des troubles psychiatriques, c'est aussi se préoccuper de leurs conditions de logement, de leur insertion sociale, de leur insertion professionnelle.

Le partenariat entre les services de soins spécialisés de psychiatrie publique et d'autres professionnels relevant des champs sanitaire (établissements de santé privés dits non sectorisés, médecine de ville), social, médico-social, voire éducatif ou judiciaire se structure parfois au sein de réseaux de santé mentale et de conseils locaux de santé mentale.

■ Les orientations nationales en psychiatrie et santé mentale

Les politiques de santé mentale sont depuis de nombreuses années orientées vers la prise en charge ambulatoire. Si certains secteurs de psychiatrie sont restés très « hospitalo centrés », d'autres ont développé une large palette d'interventions hors les murs, y compris les interventions à domicile.

Les SROS ont favorisé l'intégration de la psychiatrie dans l'offre générale de soins, et le développement des alternatives à l'hospitalisation et des soins ambulatoires. La circulaire du 25 octobre 2004 fixe les orientations stratégiques et les principes d'organisation pour l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale des SROS 3. Les principes d'organisation reposent sur trois grands objectifs : garantir l'accessibilité des soins, garantir la qualité de l'offre de soins psychiatriques, garantir la continuité et la cohérence de la prise en charge.

Le plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 structure les objectifs de la psychiatrie en France depuis les SROS 3. Ce plan a défini plusieurs axes autour d'un grand objectif « Prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques »

■ L'évolution des interventions à domicile

Les visites à domicile font partie de l'activité habituelle des services de psychiatrie publique et ciblent les patients déjà connus du service.

Pour s'adapter à la demande de réactivité et de disponibilité qui émane des pouvoirs publics et des usagers, de nombreux secteurs de psychiatrie ont repensé et réorganisé leurs interventions hors les murs, à domicile ou au substitut de domicile, sur la base des dispositifs existants tels les CMP. Ces réponses innovantes ont pris diverses formes, en particulier les Equipes mobiles, identifiées ou non comme telles, parfois ciblées vers les publics en précarité comme les Equipes mobiles psychiatrie précarité.

Dans son analyse des interventions à domicile des équipes de psychiatrie (2015), l'ANAP observe qu'en l'absence de référentiel, il existe une grande diversité de ces modalités d'intervention à domicile. L'ANAP retient dans son étude quatre catégories d'intervention à domicile ou au substitut de domicile : suivi, accompagnement, évaluation et orientation, crise.

Les Equipes mobiles constituent des organisations soignantes qui n'ont pour cadre d'intervention ni l'hôpital ni les équipements ambulatoires du secteur et qui impliquent donc que les soignants se déplacent. Ils le font dans la rue, au domicile des patients, dans des foyers, des écoles, des maternités, des services d'urgence, etc... Les Equipes mobiles ciblent plus particulièrement les personnes qui ne sont pas encore connues du service de psychiatrie, ou qui ont interrompu leur suivi, et pour lesquelles le service de psychiatrie est alerté par une structure partenaire ou par l'entourage. Elles sont le plus souvent organisées entre plusieurs secteurs. Elles ne sont pas encadrées par un référentiel national et sont de fait très différentes en effectif, composition, type d'activités, selon leur histoire, leurs moyens, les orientations données par les fondateurs et les chefs de service... Elles ont pour finalité d'aider l'accès aux soins des personnes qui en ont besoin mais n'ont pas formulé de demande explicite, et/ou d'éviter ou raccourcir l'hospitalisation.

Les Equipes mobiles Psychiatrie Précarité sont les seules à être encadrées par un cahier des charges officiel (cf. circulaire du 23 novembre 2005), qui en précise les deux principes généraux : aller vers les publics en situation de précarité et d'exclusion, y compris les personnes sans-abri ; développer un partenariat dense et structuré (Equipes sociales de maraude, Services médico-sociaux des conseils départementaux, Centres communaux d'action sociale, Centres d'hébergement, Missions Locales...).

Elles visent à rencontrer toute personne en souffrance psychique et en situation de précarité en allant au-devant de ces personnes quel que soit le lieu où leurs besoins sont repérés, évaluer leurs besoins en santé mentale, accompagner à court terme les bénéficiaires et les réorienter vers les dispositifs les plus adaptés, favoriser l'accès aux soins, soutenir les équipes travaillant auprès de ces publics.

Elles assurent une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité.

ANNEXE 2 – MÉTHODOLOGIE DÉTAILLÉE

■ Méthode et déroulement de l'enquête établissements

Réalisée via Internet, cette enquête a été adressée aux directeurs des 13 établissements de la région auxquels des secteurs de psychiatrie sont rattachés.

Elle s'est déroulée au mois de juin 2015. Plusieurs relances téléphoniques ont été effectuées.

Tous les établissements ont répondu.

■ Méthode et déroulement de l'enquête secteurs

Modalités de réalisation

Réalisée via Internet, cette enquête a été envoyée à l'ensemble des responsables de secteurs de psychiatrie adulte des centres hospitaliers (CH) Pays de la Loire.

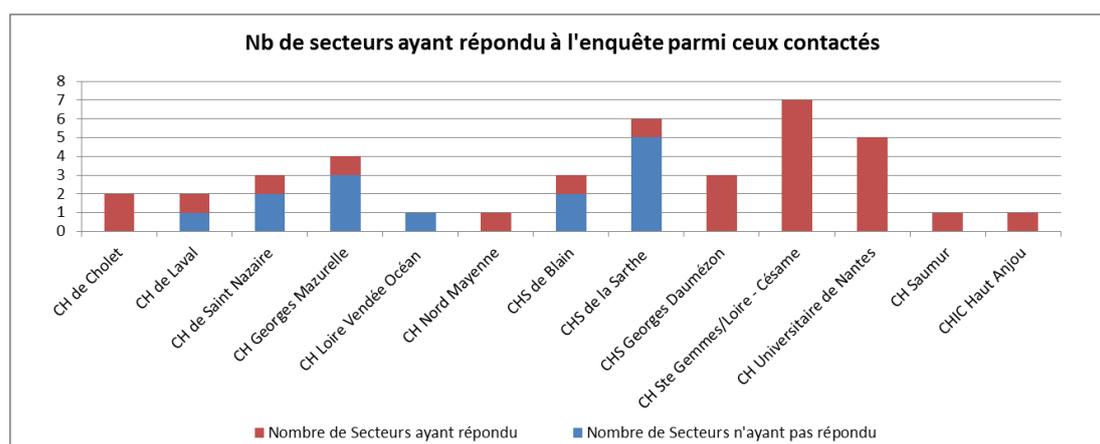
Elle s'est déroulée du lundi 22 juin au vendredi 7 août 2015 (fin initialement prévue le 12 juillet). Au total, 3 relances ont été effectuées par mail, puis plusieurs relances téléphoniques ont été menées.

Les difficultés rencontrées pour recueillir des réponses sont dues notamment au manque de temps et de moyens dont disposent les acteurs ciblés par l'enquête, cette situation étant par ailleurs renforcée durant la période estivale.

Les répondants à l'enquête

Cette enquête a été adressée aux responsables des secteurs de psychiatrie adulte des 13 établissements de santé qui en disposent, en région Pays de la Loire. Seul le CH Loire Vendée Océan n'est pas représenté dans les réponses reçues.

Sur les 39 secteurs ciblés, 25 ont répondu (soit un taux de réponse de 64%). Les réponses se répartissent de la façon suivante, entre les établissements et les secteurs contactés :



On note un poids important du CH Ste Gemmes/Loire-Césame et du CHU de Nantes, dont l'ensemble des secteurs ont répondu (12 au total, soit près de la moitié des réponses). Les personnes ayant répondu sont généralement des chefs de pôles / services ou des cadres de santé.

■ Méthode et déroulement de l'enquête équipe mobile

Modalités de réalisation

Nous avons sélectionné avec l'ARS 15 EM à enquêter : les 5 EMPP, 6 EMGP, 2 EMPS, 1 EM sur le logement, 1 EM intervenant dans le domaine du handicap psychique. Ont été écartées les équipes de soins de particulière intensité à domicile (SPID), qui relèvent davantage de l'hospitalisation à domicile et qui ont fait l'objet d'un travail d'évaluation interne à l'ARS.

Les référents ont été sollicités en juillet 2015 avec deux supports : un questionnaire bref permettant de recueillir quelques informations, un entretien téléphonique d'une durée d'environ une heure. Les entretiens se sont déroulés entre mi-juillet et fin août.

Les répondants à l'enquête

Les entretiens ont pu se faire dans les temps avec 14 EM sur les 15 sélectionnées avec l'ARS. Une quinzième EM n'a pas pu se rendre disponible pour un entretien dans le temps de l'enquête. Elle nous a cependant adressé le questionnaire rempli et nous avons pu réintégrer quelques éléments la concernant dans notre analyse.

■ Méthode et déroulement des visites sur site

Les visites sur site avaient pour objectif :

- de commenter les résultats saillants de l'enquête Internet auprès des secteurs et de l'enquête téléphonique auprès des Equipes mobiles ;
- d'approfondir les facteurs de succès et d'échecs de la mise en œuvre des Equipes mobiles ;
- de mieux identifier la valeur ajoutée de ces équipes.

Elles se sont déroulées auprès de six établissements, choisis en concertation avec l'ARS :

- deux établissements sans Equipe mobile ou seulement une Equipe mobile de gérontopsychiatrie intervenant principalement en institution : le CH de Laval (aucune EM) et le CH Loire Vendée Océan (avec EMGP) ;
- deux établissements disposant d'une EMPP : le CH de Saint Nazaire et le CHS d'Angers (CESAME de Ste Gemme sur Loire) ;
- deux établissements disposant de plusieurs types d'EM : le CHS Daumezon et le CHS de la Sarthe.

Pour toutes ces rencontres les Equipes mobiles ont convié également des représentants des secteurs. Les réunions ont rassemblé 4 à 10 personnes.

Suite à ces rencontres, un focus group a rassemblé 12 représentants de cinq établissements, le CH de St Nazaire n'ayant pas pu participer. Nous avons pu présenter des éléments d'analyse complétés suite aux rencontres par établissements sur les facteurs de succès et d'échecs et la valeur ajoutée. Nous avons également abordé les attentes des secteurs et Equipes mobiles afin d'alimenter les recommandations à travailler avec l'ARS.

■ Méthode et déroulement des entretiens partenaires

Des entretiens téléphoniques ont été menés auprès de 16 partenaires des Equipes mobiles, du 10 septembre au 7 octobre. Ils ont été réalisés auprès des personnes suivantes :

Département	Equipe mobile partenaire	Nom de la structure	Date de l'entretien
49	Cholet - EMGP	CLIC Cholet	17/09/15
49	Cholet - EMGP	SSIAD Centre Mauge	18/09/15
49	Cholet - EMGP	EHPAD St Germain sur Moine	17/09/15
49	Angers - EMPP	Mission Locale Angers	11/09/15
49	Angers - EMPP	Ville d'Angers / Département Santé publique	11/09/15
49	Angers - EMPP	Médecin généraliste	01/10/15
85	Roche-sur-Yon - NEMMO	ESAT / ADAPEI	10/09/15
85	Roche-sur-Yon - NEMMO	FAM / foyer les Herbiers	14/09/15
72	Allonnes - EMGP	Conseil départemental Sarthe - MAIA CLIC	25/09/15
72	Allonnes – EMPP et cellule logement	Ville du Mans / CCAS	01/10/15
72	Allonnes – EMPS + EMGP	Médecin généraliste dans MSP	01/10/15
72	Allonnes - EMPS	Médecin généraliste	29/09/15
44	Nantes - EMPP	Foyer la Tannerie / CHRS	17/09/15
44	St Nazaire - EMPP	Silène habitat / Bailleur social	28/09/15
44	Bouguenais – EMPS + EMGP	Médecin généraliste	29/09/15
Région	Vision générale	UNAFAM	07/10/15

D'autres acteurs ont été contactés (18 entretiens étaient prévus au départ) mais n'ont pas répondu à la sollicitation après de nombreuses relances. Les réponses du CCAS de la ville du Mans ont été scindées en 2 car la personne interviewée a donné son point de vue sur 2 Equipes mobiles (EMPP d'une part, cellule logement d'autre part). Les réponses de l'UNAFAM étaient davantage d'ordre général et ne concernaient pas une ou plusieurs EM spécifiques, elles n'ont pas donné lieu à une quantification.

Chaque entretien a duré entre ½ heure et 1 heure ; nous avons choisi la forme d'entretien semi-directive : un guide d'entretien avait été envoyé au préalable auprès de toutes les personnes interviewées afin de recenser les quelques sujets importants à traiter et de leur permettre de réfléchir en amont à leurs réponses.

ANNEXE 3 – CAHIER DES CHARGES TECHNIQUE DES EQUIPES MOBILES SPECIALISEES PSYCHIATRIE

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

1. LES PUBLICS VISES.

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

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

2. LES MISSIONS ET LES PRINCIPES D'ACTION.

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

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

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

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

3. LA PALETTE D'ACTIONS MISES EN ŒUVRE.

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

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

- Permanences dans des lieux sociaux repérés et fréquentés par les personnes en difficulté (CHRS, hébergement d'urgence, lieux de vie, accueils de jours...) voire participation à des interventions mobiles ou dans la rue (type maraude du SAMU social) ;
- Entretiens individuels contribuant notamment à l'évaluation des besoins, y compris en urgence ;
- Accueil, orientation et accompagnement vers des prises en charge de « droit commun » (dont préparation à l'hospitalisation et aux sorties d'hospitalisation) ;
- Prises en charge dans le cadre de groupes d'échanges ou de parole, d'ateliers thérapeutiques.

3.2. En direction des acteurs de première ligne :

- Actions de formation (notamment formations croisées de professionnels de santé et de travailleurs sociaux) sur les problématiques liées à la précarité ;
- Actions de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs ;
- Développement du travail en réseau à partir de l'examen de situations cliniques ;
- Soutien des équipes de première ligne (information, conseil, supervision).

4. LE FONCTIONNEMENT.

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

4.1. Une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un psychiatre

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

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

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

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

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

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

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

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

5. LES FINANCEMENTS.

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

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

ANNEXE 4 - GLOSSAIRE

- AMP : Aide médico-psychologique
- AS : Aide-soignant
- ASE : Aide sociale à l'enfance
- CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- CCAS : Centre communal d'action sociale
- CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
- CLIC : Centre local d'informations et de coordination gérontologique
- CMP : Centre médico psychologique
- CMS : Centre médico social
- DEPS : Département d'évaluation des politiques de santé et des dispositifs
- DIASM : Dispositif d'Appui en Santé Mentale
- DPC : Développement professionnel continu
- EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ELPP : Equipe de liaison psychiatrie précarité
- EM : Equipe mobile
- EMGP : Equipe mobile géronto-psychiatrique
- EMPP : Equipe mobile psychiatrie précarité
- EMPS : Equipe mobile prévention suicide
- ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail
- ETP : Equivalent temps plein
- FAM : Foyer d'accueil médicalisé
- FO : Foyer occupationnel
- IAD : Intervention à domicile
- MAS : Maison d'accueil spécialisée
- MG : Médecin généraliste
- NEMMO : Nouvelle Equipe Mobile Mosaïque
- PRS : Projet régional de santé
- SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
- SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
- SIAO : Service intégré de l'accueil et de l'orientation (logement)
- SPID : Soins de particulière intensité à domicile
- SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire
- UMP : Unité médico psychologique

ICONE MEDIATION SANTE - Antenne de Toulouse

5 RUE MATABIAU - 31000 TOULOUSE
Tél : 05 61 63 10 69 - Fax : 05 61 99 16 21
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