

UNIVERSITE LILLE 2
UNIVERSITE PARIS 13
APHM/CHU SAINTE MARGUERITE MARSEILLE
CCOMS EPSM LILLE METROPOLE

Diplôme inter-universitaire « Santé mentale dans la Communauté »

Année 2015

**ETUDE EXPLORATOIRE EN VUE DE LA MISE EN PLACE D'EQUIPES MOBILES EN
PSYCHIATRIE GENERALE**

Françoise MOREY

Tutrice : Eve Lebihan, Psychiatre, Praticien Hospitalier, EPSM Lille Métropole

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	2
I CONTEXTE DE LA PSYCHIATRIE	
1. Circulaire du 15 mars 1960 dite de sectorisation psychiatrique.....	3
2. Santé communautaire.....	4
3. Psychiatrie communautaire.....	4
4. Equipes mobiles spécialisées en psychiatrie	
4.1 Circulaire du 23/11/2005.....	5
4.2 Différents modèles d'équipes mobiles.....	6
4.3 Notions de travail de disponibilité, mobilité, éthique de disponibilité...	6
II PRESENTATION DE L'AHFC	
1. Historique.....	7
2. Offre de soins en psychiatrie adulte.....	8
3. Chiffres clé pour 2014.....	8
III DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES	
1. Aire urbaine.....	11
➤ Secteur 25 G07	
2. Haute Saône.....	12
➤ Secteur 70 G04	
IV CONSTAT DE L'EXISTANT	
1. CMP 25 G07 et 70 G04.....	13
2. Questionnement porté par ce mémoire.....	14
3. Résultats attendus.....	15
V METHODOLOGIE	
1. Visites de terrain.....	16
2. Démarche de l'étude.....	18
VI RESULTATS DE L'ETUDE	
1. Partenaires médico-sociaux.....	20
2. Usagers.....	27
3. Professionnels des CMP.....	28
VII DISCUSSION.....	36
CONCLUSION.....	42
BIBLIOGRAPHIE.....	43
ANNEXES.....	45

« L'expérience de l'altérité est celle de la vulnérabilité de l'autre Homme et solidairement du sentiment de ma responsabilité envers lui »¹

« Dès lors qu'autrui me regarde, j'en suis responsable que, d'ailleurs, il l'accepte ou le refuse »¹

¹ LEVINAS, E. Philosophe, Ethique et infini, 1982

INTRODUCTION

Actuellement, je suis Cadre supérieure de Santé à l'Association Hospitalière de Franche Comté (AHFC). Travailler en amont de l'hospitalisation afin de développer la prévention et situer la santé mentale au « cœur de la ville » sont deux objectifs très importants dans ma pratique professionnelle et ma conception des soins psychiatriques. Ces deux objectifs s'inscrivent dans le projet institutionnel 2012-2016 et, dont l'une des 5 orientations est d'améliorer l'accès aux soins en dynamisant le travail de prévention et de créer des équipes mobiles de première intervention en psychiatrie générale.

C'est pourquoi, le diplôme inter-universitaire « Santé mentale dans la communauté » est une opportunité car il me permet de mener une étude exploratoire dans le but de créer ces équipes mobiles (EM) au sein de l'AHFC.

Je travaille à l'AHFC depuis 1986 ; infirmière de secteur psychiatrique en 1989. Cadre de santé depuis début 2000, j'ai exercé dans différentes unités en psychiatrie générale. En 2009, je me suis impliquée dans le projet d'ouverture des 12 lits de l'unité intersectorielle d'admission (UIA) au Centre Hospitalier Intercommunal de Vesoul (70) et la mise en place de l'intervention des infirmiers aux urgences.

L'établissement a considérablement évolué ces 20 dernières années avec une diminution des lits d'hospitalisation au profit d'une offre de soins ambulatoires : création de maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers accueil médicalisés (FAM), résidence accueil, SAMSAH, hôpitaux de jour (HJ), centre médico psychologique (CMP), centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), atelier thérapeutique (AT)...

Malgré cette évolution, la prévention primaire reste à développer et, le travail en CMP à réorganiser : délocaliser le secteur ou organiser le secteur autour de la mobilité des professionnels pour mieux intégrer les soins dans la cité.

Dans ce mémoire, je retracerai brièvement l'évolution de la psychiatrie au travers ces cinquante dernières années. Ensuite, je présenterai l'AHFC et plus précisément les deux secteurs : 25 G07 et 70 G04, cadre de mon enquête exploratoire. Enfin, j'expliquerai les résultats de l'enquête avec les besoins des usagers, les attentes des professionnels et partenaires médico-sociaux ainsi que la perspective future qui en découle.

I CONTEXTE DE LA PSYCHIATRIE

A travers l'histoire de la psychiatrie, la société a changé son regard porté sur la folie et sur les patients. La société a structuré son aide dans un premier temps en ouvrant des institutions et, dans un deuxième temps en les fermant pour ouvrir des structures vers l'extérieur.

Pendant la seconde guerre mondiale, les privations (froid, famine...) sont directement ou indirectement responsables de la mort de plusieurs dizaines de milliers de malades mentaux dans les hôpitaux français. La découverte des camps de concentration, les conditions de vie déplorables, l'exclusion sociale, et la stigmatisation entraînent une prise de conscience d'un besoin de changement radical dans l'offre de soins. Robert Castel confirme *« que le malade mental soit un être humain est une idée à la fois banale et qui va à l'encontre de près de deux siècles d'attitude ségrationniste justifiée d'abord par l'expérience asilaire, mais aussi largement partagée par l'opinion »*.²

D'où la désinstitutionnalisation après-guerre qui passe par les fermetures massives de lits d'hospitalisation avec le développement des programmes de soins ambulatoires.

L'objectif étant la réhabilitation psychosociale, champ central de la psychiatrie de secteur et intégrer les soins dans la cité.

1. Circulaire du 15 mars 1960 dite de sectorisation psychiatrique

Ainsi, la circulaire du 15 mars 1960 institue le principe de sectorisation. Elle prévoit l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire sur un territoire délimité assurant la continuité des soins de la personne, réalisant des actions de prévention, de soins. Elle avait pour ambition de réinsérer dans la société la plupart des malades mentaux et, pour cela de favoriser leurs difficultés médico-sociales. Elle incluait bien l'idée qu'il fallait soigner les patients dans leur milieu de vie plutôt que de les en isoler.

Dans les années 1990, il est noté un renforcement de l'articulation entre le sanitaire et le social. Ainsi la circulaire du 14 mars 1990³ ouvre le champ d'action de la lutte contre la maladie mentale et étend le champ de la psychiatrie à la santé mentale. Le Centre médico-

² CASTEL, R. Gestion des risques : de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse, page 23

³ Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale

psychologique (CMP) y est défini comme le « pivot du secteur » et constitue le lieu d'une véritable réflexion politique en matière de santé mentale.

2. Santé communautaire

La santé communautaire est un modèle conceptuel de la santé et des interventions de promotion de la santé. Répandue en France depuis les années 1970 auprès des professionnels de la santé publique, la santé communautaire se caractérise par :

- Une conception globale de la santé,
- La reconnaissance d'une santé individuelle conjugée à une santé communautaire,
- L'effort fait pour que les populations concernées puissent agir elles-mêmes pour leur propre santé,
- Les communautés sont appelées à co-construire l'action et à participer à son évaluation.

Il s'agit autant d'agir pour la santé somatique ou psychique. Une action communautaire est une action qui promut la justice sociale, la solidarité et le principe de subsidiarité.

Un programme de santé communautaire vise à promouvoir un partenariat entre la population et les acteurs sanitaires et sociaux et de *laisser à chaque citoyen sa place d'acteur de la vie sociale*.

Depuis 2000, de nouvelles questions communautaires se posent : échanges entre l'Etat, la communauté et la question de la « folie ».

3. Psychiatrie communautaire

La psychiatrie communautaire est un courant apparu en France dans les années 1950 à 1970 sous l'impulsion de psychiatres désaliénistes tels que Laing, Basaglia et, notamment Lucien Bonnafé⁴. Sa célèbre phrase en est une illustration « le psychiatre va sur la place publique et demande aux citoyens : que puis-je faire pour vous » ?

Ce mouvement, également porté par des sociologues et philosophes comme Goffman, Foucault ou Castel a œuvré pour la désinstitutionalisation des soins psychiatriques en les

⁴ BONNAFE, L. (1912-2003) psychiatre désaliéniste.

transférant de l'hôpital à la ville avec un objectif de démedicalisation et dans une logique humaniste de restauration des droits des usagers de la psychiatrie⁵.

Pour renforcer ce concept pour la santé mentale, une phrase de Jacques HOCHMANN⁶ l'illustre : « soigner dans leur milieu de vie habituel, les personnes souffrant de troubles psychiques, promouvoir des alternatives à l'hospitalisation psychiatrique évitant aux malades l'exclusion sociale et/ou tendant à faciliter leur réinsertion sociale ». Ce qui fait suite à la loi d'orientation du 29/07/1998 lutte contre les exclusions « L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé ». Le modèle de la santé mentale communautaire consiste à renforcer les services sanitaires et sociaux à destination des populations les plus en besoin, en marge des services de « droit commun ».

4. Equipes mobiles spécialisées en psychiatrie

Les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie permettent de changer de concept en développant le préventif, en identifiant les besoins non repérés et favoriser l'accès aux soins. Leur philosophie est de soutenir et compléter les soins de proximité.

4.1 Circulaire du 23/11/2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

Le principe de base est d' « aller au-devant des personnes » dans le but de :

- Faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et d'exclusion avec une mission de prévention, de diagnostic et d'orientation vers les structures de « droit commun »,
- Développer un partenariat en réseau effectif à l'échelle local de chaque secteur avec les intervenants médico-sociaux,

⁵ SAIAS, T. Introduction à la Psychologie communautaire, 2001, Dunod, Paris p 17

⁶ HOCHMANN, J. psychiatre, psychanalyste, Status, 1999

- Soutenir par des formations les travailleurs sociaux qui accueillent en première ligne ce public.

4.2 Différents modèles d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

L'équipe mobile est un dispositif complémentaire qui ne substitue pas au travail du Centre Médico Psychologique (CMP), elle relève d'une double mission « aller vers » et être acteur de première ligne pour cerner le problème de la souffrance psychique des personnes démunies.⁷

La plus courante est l'EM de précarité même si, en général elle ne fait pas que se consacrer aux patients en situation de précarité. L'EM ne fait qu'accompagner l'adaptation de l'offre de soins aux changements sociaux, aux progrès thérapeutiques et à la place nouvelle donnée à l'environnement historique, familial et social dans la compréhension des maladies psychiatriques. Il se met en place des « ponts » entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et la communauté⁸.

Les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie ont une fonction d'interface entre le secteur psychiatrique et les équipes du sanitaire et du social.

4.3 Notions de travail de disponibilité et mobilité des soignants

Pour remplir cette double mission: travail de disponibilité, mobilité de la part des professionnels, une troisième notion est à intégrer : l'éthique de disponibilité. Ces notions sont contigües à la montée des droits des patients en lien avec la Charte Européenne des droits des patients de 1994.

➤ Travail de disponibilité : méthodes selon lesquelles un secteur change volontairement son organisation pour se rendre plus disponible. La disponibilité est liée à la *réactivité* de l'organisation : se donner les moyens de pouvoir agir « sans retard ». Pour le secteur psychiatrique, c'est trouver sans retard le dispositif (matériel, organisationnel, soignant) le plus adéquat pour soigner et prendre en charge, à un moment donné, sur le

⁷ Extrait du Rapport de Hélène Strohl et Antoine Lazarus, 1995

⁸ TREMINE, T. Directeur de la collection « l'offre de soins en psychiatrie », Rédacteur en Chef de la revue « L'information Psychiatrique, Extrait de la Préface du livre « Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité » de Lise Trémailly, Olivier Dembinski et Caherine Déchamp-Le Roux

territoire du secteur, les personnes en demande ou en besoin de soins (diversité des lieux d'intervention, réactivité aux situations).

Je pense qu'il est important de préciser que « le sans retard » en psychiatrie, s'il faut l'objectiver serait plutôt de l'ordre de 24 heures que de 5 minutes. En ce sens, certains psychiatres disent « il n'y a pas de vraie urgence psychiatrique et il est souvent intéressant de différer quelque peu la réponse ». La disponibilité est liée à la réactivité de l'organisation mais également, pour des raisons pratiques, elle est liée aussi à :

➤ La mobilité des soignants : se déplacer quand c'est nécessaire pour agir et/ou offrir la prise en charge adéquate à des personnes souffrantes psychiquement qui n'ont pas frappé à la porte normale dans les soins, le CMP. La mobilité est une innovation organisationnelle des secteurs. L'EM est une pratique innovante pour fonctionner différemment ; le secteur change volontairement son organisation pour se rendre plus disponible.

➤ L'éthique de disponibilité : cette troisième notion est celle d'une palette d'alternatives à l'hospitalisation permettant de ne pas imposer aux demandeurs une offre de soins rigide, mais de leur proposer au sein d'une gamme. Il est important que le demandeur ait son mot à dire et puisse être écouté et entendu.

II PRESENTATION DE L'AHFC

1. Historique

L'établissement où je travaille a été créé en 1937 pour un hôpital psychiatrique privé à la demande du département de la Seine : 1 600 lits réservés aux « malades mentaux de la Seine » autour du Château de Saint-Rémy (département 70). Les premiers patients de la Haute-Saône ont été admis en 1952. A partir de 1973, 6 CMP ont été créés.

En 1993, le Centre Hospitalier Spécialisé devient l'AHFC ; en 2007, l'établissement reprend la psychiatrie du service public du Centre Hospitalier Belfort/Montbéliard (département 90 et 25). Depuis 2010, l'AHFC est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC). Il comprend trois départements sur deux espaces territoriaux et cinq secteurs pour une population de 510 000 habitants.

2. Offre de soins en psychiatrie adulte

L'organisation de l'offre de soins est basée sur la prise en charge par filière, via une sectorisation par bassin avec la volonté d'une orientation vers l'extra hospitalier.

La filière « psychiatrie générale » regroupe la psychiatrie, l'addictologie et la réinsertion. Nous avons 566 lits installés avec six unités d'hospitalisation complète de courte durée ainsi que deux unités de réinsertion.

Pour l'extra hospitalier :

➤ Le secteur de Montbéliard 25 G07 comporte une PASS Psy (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), un CMP avec 8 infirmiers, un Hôpital de jour (10 places), une intervention des infirmier(es) de 9h-00h aux urgences du CH de Montbéliard, un SAMSAH (30 places) et une résidence accueil (20 places) ouverte en début d'année 2015 ainsi qu'une intervention médicale et infirmière à la Maison d'arrêt, deux heures toutes les semaines,

➤ Le secteur de Vesoul 70 G04 comporte une PASS Psy 70 créé depuis juin 2015, un CMP avec 8 infirmières, un HJ (12 places), un CATTP (30 places) et un AT (30 places). Il y a également une intervention infirmier(e) aux urgences du CHI de Vesoul de 14h à 6h avec une unité d'admission de 12 lits au CHI (Unité intersectorielle d'admission).

En 2016, pour les deux secteurs, il est prévu de passer en niveau 3 (24h/24h - 7j/7j) pour l'intervention des infirmiers aux urgences.

3. Chiffres clé pour 2014

Pour l'année 2014, l'AHFC a accueilli 14 618 patients ce qui correspond à 2,8 % de la population, dont 3 432 personnes en hospitalisation complète pour la psychiatrie adulte avec 79 % de soins en ambulatoires.

Pour la filière « psychiatrie adulte » 86 % des agents travaillent en intra contre 14 % en extra hospitalier.

Tableau récapitulatif de la file active d'admission sur les deux bassins ainsi que la file active des suivis au CMP par les infirmiers :

	Aire Urbaine	Haute Saône
File active hospitalisation complète	1076	794
Pathologies par casemix ⁹	F3 Troubles de l'humeur F2 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	F3 Troubles de l'humeur F4 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
DMS (durée moyenne de séjour)	32,82	21,26
Soins Sans Consentement	321	312

La DMS pour l'Aire Urbaine est plus élevée du fait des difficultés d'hébergement à la sortie de l'unité de psychiatrie.

Il est important également de noter le nombre d'admissions en soins sans consentement pour 2014. Il est sensiblement identique pour les deux territoires concernés malgré une population plus importante sur l'Aire Urbaine :

- Aire Urbaine = origine à 76 % des Urgences avec une majorité d'admissions en SDTU venant des Urgences de Montbéliard,
- Haute Saône = origine à 84 % des Urgences, avec une majorité d'admissions en SPI venant des Urgences de Vesoul.

⁹ Codes CIM X

Sur les deux CMP concernés par l'enquête, la file active étant de 1 954. L'essentiel à préciser :

	CMP Vesoul	CMP Montbéliard
File active	989	965
Pathologies par casemix	251 F3 112 F4	221 F2 211 F3
Lieux d'intervention des infirmiers/nombre de patients	394 au CMP 119 au domicile	258 au CMP 177 au domicile

Sur Vesoul, on retrouve une majorité de patients avec des troubles de l'humeur et sur Montbéliard, la majorité de troubles schizophréniques et troubles délirants.

Pour le CMP de Vesoul, les interventions se réalisent pour 40 % in situ contre 27 % pour le CMP de Montbéliard.

III DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES ¹⁰

Je vais développer les données des deux territoires Aire Urbaine et Haute Saône ainsi que les deux secteurs faisant partie de mon enquête : 25 G07 et 70 G04.

Même si la tendance est plus forte sur l'Aire Urbaine, les deux territoires sont sous-équipés en lits et places de médecine et chirurgie. De plus, notre région fait face à un cruel défaut en médecins psychiatres libéraux et publics.

¹⁰ Diagnostic santé social de l'Aire Urbaine : observatoire régional en santé publique Franche Comté, 2012
Diagnostic territorial de Haute Saône 2010

1. Aire Urbaine (cf carte)



L'Aire Urbaine comporte 3 départements : Territoire de Belfort (90) une partie du Doubs (25), une partie de la Haute Saône (70) pour un total de 199 communes. Elle totalise 308 601 habitants pour une densité de 248 habitants/km², soit plus de 2 x plus à la moyenne nationale (115) et 3 x plus à la moyenne régionale (72). 58,9 % des personnes vivant dans l'Aire Urbaine ont entre 20 et 64 ans (soit 181 109 personnes). La part des ouvriers est supérieure à la moyenne nationale 28,5 % d'actifs.

➤ Secteur 25 G07

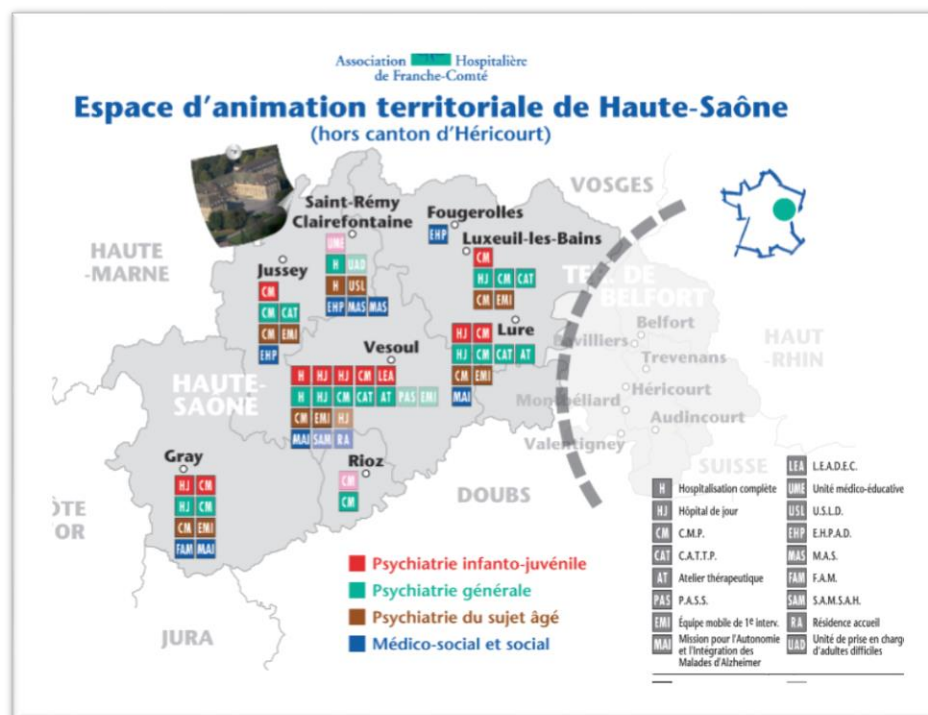
Le secteur 25 G07 comporte 57763 habitants avec comme ville principale Montbéliard et ses 26 084 habitants.

Le Pays de Montbéliard et agglomération est le territoire qui présente les parts les plus élevées pour trois des indicateurs : taux de chômage de 15,6 % ; 17 % de ménages fragiles et une part de bénéficiaires du RSA de 22 % (10 000). C'est une zone aux difficultés sociales et d'accès à l'emploi marqués ; pour exemple en 1980, les usines Peugeot employaient 40 000 personnes et en 2007, elles étaient au nombre de 11 800. Même si la part est plus importante d'ouvriers sur le Pays de Montbéliard avec 34,3 %.

Les revenus nets moyens sont plus faibles que ceux observés au niveau régional, alors que même la Franche Comté présente déjà des revenus inférieurs à ceux de la France hexagonale : 17 % d'allocataires de la CAF.

La population immigrée est de 14,2 %, la référence nationale est de 8,6 %.¹¹ Elle est potentiellement en situation de fragilité en raison des inclusions sociales, de langue et d'accès à l'emploi.

2. Haute Saône (cf carte)



Le département de la Haute Saône comporte 201 399 habitants avec 32 cantons et 545 communes. Ce territoire est à dominante rurale avec une densité de la population de 45 habitants au Km².

Quelques situations potentielles de pauvreté. Les indicateurs pour ce département sont : Chômage 9,6 % (dont 24,5 % de jeunes actifs), 9 % de ménages fragiles et 17,3 % de la population du département vivent avec un bas revenus (moins de 956 euros/mois). Il y a davantage d'emplois d'ouvriers ; il est noté des difficultés d'insertion sur le marché du travail pour les jeunes, les femmes et les seniors.

¹¹ Données INSEE, 2011

Contrairement à l'Aire Urbaine, le niveau global du chômage est similaire aux départements de taille identique. Ce département est plus rural. On note 4,5 % de population immigrée ; ce pourcentage est moins élevé que dans les départements voisins.

➤ **Secteur 70 G04**

Le secteur 70 G04 couvre 41 729 habitants adultes, et a pour ville principale Vesoul avec 16 810 habitants.

La part de population vivant avec un bas revenu est particulièrement élevée sur Vesoul (18,7%).

IV CONSTAT DE L'EXISTANT

1. CMP 25 G07 et 70 G04

Actuellement, les missions assurées par les infirmiers du CMP consistent à la réalisation d'entretiens infirmiers dans le cadre d'un suivi et/ou des soins à domicile (VAD) qui font suite à une hospitalisation complète. Ces visites peuvent s'effectuer à domicile, sur le lieu de vie de la personne en post- hospitalisation pour un suivi et des échanges avec les travailleurs sociaux (synthèse).

➤ Pour le CMP 25 G07 (Montbéliard) : le délai d'attente pour une consultation auprès d'un psychiatre est de 6 mois, ce qui implique qu'il n'y a pas possibilité d'accéder à un rendez-vous classique. Ces personnes sont renvoyées auprès des psychiatres libéraux et/ou auprès de leur médecin traitant. Le secrétariat leur propose un entretien de première intention avec une infirmière. Suite à l'entretien de première intention, l'infirmier peut inscrire le patient à la consultation médicale de post crise mise en place depuis plus d'un an (une demi-journée/semaine) ; un créneau y est réservé. Ce qui ne résout pas tout car le calendrier est vite surchargé et les infirmiers se retrouvent dans une impasse.

En 2014, 59 personnes sont passées par la PASS 25. Un infirmier du CMP avec un partenaire social se sont déplacés au domicile. Cette procédure n'est pas formalisée, l'équipe mobile en psychiatrie le permettrait.

➤ Pour le CMP 70 G04 (Vesoul) : le délai d'attente est de 4 mois. Le secrétariat propose systématiquement un rendez-vous de première intention auprès de l'infirmier. Au vu de l'évaluation infirmière, l'infirmière propose, en fonction de l'urgence de la demande un rendez-vous auprès d'un psychiatre. La liste d'attente est ainsi « structurée ». Les demandes non satisfaites sont renvoyées au médecin généraliste.

Pour les deux CMP concernés, les psychologues sont également sollicités régulièrement. Mais le délai d'attente pour avoir un rendez-vous pour une consultation auprès d'un(e) psychologue est de quatre mois.

Depuis mai 2013, une permanence infirmière est assurée jusqu'à 19 h dans les 3 villes principales, Belfort, Montbéliard et Vesoul. A ce jour, le constat n'est pas positif car cette plage horaire n'est pas suffisamment exploitée, très peu de consultations spontanées et pas de visites sur le terrain (CHRS, domicile...) de la part des infirmiers en lien avec la sécurité : rester minimum deux personnes dans les murs du CMP. Pour une meilleure réponse, l'horaire jusqu'à 19 h serait à développer par d'autres professionnels.

Malgré ces actions, cette attente pour les usagers est d'autant plus anxiogène, certains sont ré-hospitalisés avant la date de rendez-vous et certaines demandes de soins se « perdent ». D'autant plus que la mission du CMP n'est pas remplie.

Malgré l'outil communautaire que constitue le secteur, on constate un système de soin resté très hospitalo-centré. Le secteur a perdu sa vocation première : « Aller dans la cité »¹².

2. Questionnement porté par ce mémoire

- Quels sont les besoins des usagers vis-à-vis des soins psychiatriques ?
- La création d'une EM est-elle la solution la plus adaptée pour développer les missions du CMP, à savoir « aller vers » et être acteur de première ligne ?
- Est-ce que les professionnels travaillant actuellement au CMP sont prêts à ce travail de disponibilité et de mobilité ?

¹² COUTY, E. Conseiller Maître à la cour des comptes

L'objectif visé par l'étude, en lien avec le projet d'établissement 2012-2016 est d'accompagner la mise en place d'une équipe mobile dans les trois principales villes : Belfort, Montbéliard, Vesoul des trois départements respectifs (90, 25, 70). Que ces équipes mobiles aient chacune leur propre philosophie, être créative, s'approprier leur EM. Et, bien sûr la plus pertinente par rapport aux besoins de la population.

Ces EM pourraient utiliser une partie des ressources des CMP respectifs.

Une équipe mobile de première intervention est le maillon manquant pour travailler sur la prévention primaire en psychiatrie. Ce qui permettrait également de déstigmatiser la représentation négative de la psychiatrie par rapport à certaines modalités de prise en charge de l'urgence extrême, c'est-à-dire des soins sans consentement.

3. Résultats attendus

A terme, la mise en place de ce nouveau dispositif avec davantage de réactivité est censée améliorer la santé mentale des usagers et la prévention des troubles psychiques. Ces principaux résultats attendus sont :

- Réaffirmer la philosophie du secteur = prévention primaire,
- Identifier en amont les besoins en santé mentale,
- une diminution des ré hospitalisations (HL et/ou SSC),
- Une égalité des soins par une orientation et un accès aux soins de « droit commun »,
- lien plus important entre psychiatrie et médico-social,
- aider les travailleurs sociaux (formations, analyse de cas...), réaffirmer le travail de partenariat.

V METHODOLOGIE

J'ai souhaité développer une étude exploratoire de deux secteurs afin d'identifier au mieux leurs besoins vis-à-vis de la mise en place d'une équipe mobile, du point de vue des usagers, des professionnels du CMP et des partenaires sociaux du secteur. Initialement, je souhaitais intégrer Belfort dans l'enquête pour recueillir les besoins des trois villes principales. Du fait d'un manque de temps, je n'ai pas pu atteindre cet objectif.

Pour mieux appréhender les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, je me suis appuyée sur la littérature (cf bibliographie) et j'ai réalisé trois visites de terrain exploratoires au cours des sessions du DIU.

1. Visites de terrain

➤ **Diogène** : équipe mobile santé mentale et précarité sur le Territoire de Lille depuis 1997.

Ses missions : évaluation- soutien- accompagnement. Le travail de rue est effectué par les infirmiers ETP ; pour les infirmiers à ½ ETP, ils se déplacent plus sur les foyers de leur secteur concerné : lien important avec le réseau partenarial.

La population concernée étant des personnes itinérantes, immigrées et en situation de pauvreté.

Intervention 5 jours / 7 : en première intention en binôme avec celui qui signale, le weekend, le Samu social prend le relais ainsi qu'un relais « écoute téléphonique ».

L'équipe est constituée de 2 infirmiers ETP et ½ ETP sur leur secteur d'origine pour assurer le relais + 2 psychologues, ½ ETP psychiatre et une secrétaire.

➤ **Equipe Mobile de Soins Intensifs à Domicile (EMSIAD) 59 G20 Lille Ouest**

Ses missions : éviter, écourter ou prendre le relais d'une hospitalisation à temps complet (exemple = si sortie définitive le vendredi, intervention de l'équipe mobile le WE). Possibilité de plusieurs VAD / jour au domicile ou substitut.

Intervention : 7jours/7jours de 7h-19h en binôme infirmiers ou seul. Après 19h, une unité d'hospitalisation prend le relais téléphonique.

L'équipe est composée de 0,2 ETP psychiatre, 6 ETP infirmiers et 0,4 ETP cadre de santé.

➤ **Equipe Mobile de Réhabilitation et d'Insertion dans la Cité (EMRIC) 59 G20 Lille Ouest**

Ses missions : prendre en charge des personnes atteintes de psychose chronique, de troubles de la personnalité et favoriser leur rétablissement.

Intervention : 7jours/7jours de 7h-19h en binôme ou seul.

L'équipe : 7 ETP infirmiers, 0,2 ETP psychiatre, 0,5 ETP ergothérapeute + 0,10 ETP neuropsychologue, 2 ETP éducatrice spécialisée + 0,1 ETP assistante sociale et 0,4 ETP Cadre.

➤ **Equipe Mobile de Prévention Intersectorielle (EMPI) Novillars (25)**

Ses missions : prévenir des situations de crise liées à une affection psychiatrique chez des patients en rupture de soins, soit ne faisant pas la démarche de consulter pour sa souffrance psychique ; aider le patient à s'inscrire ou se réinscrire dans le soin = évaluation-diagnostic-orientation.

Intervention : du lundi au vendredi de 8h30-17h ; uniquement en binôme psychiatre/infirmier et la personne signalante sur le lieu de vie ou dans la rue. Le délai entre l'appel et la réalisation de l'intervention varie de 48 h à une voir deux semaines.

L'équipe : 0,50 ETP psychiatre et un infirmier issu du CMP qui intervient à l'EMPI deux semaines toutes les 12 semaines.

2. Démarche de l'étude

Pour rappel, j'ai choisi de m'intéresser à deux secteurs de soins adultes, un secteur sur chaque territoire (Aire Urbaine, Haute Saône) pour les personnes de 18 ans à 65 ans.

➤ Secteur 25 G07 Montbéliard

➤ Secteur 70 G 04 Vesoul

J'ai ciblé des personnes en situation précaire sans antécédents d'hospitalisation, des personnes hospitalisées et avec des antécédents d'hospitalisation.

J'ai élaboré 3 questionnaires : un pour les partenaires sociaux (annexe 1), un pour les usagers et leur famille (annexe 2) et un pour les professionnels du CMP (annexe 3). Ces trois questionnaires qualitatifs avec des questions ouvertes afin de recueillir un maximum de données et pour ne pas orienter les réponses.

L'étude s'est déroulée de mai à juin 2015.

➤ Questionnaire des partenaires médico-sociaux

Le but est d'explorer leur vision de la psychiatrie, les connaissances réelles de ce qui est proposé, leurs attentes ainsi que leur vision d'un réel partenariat avec une équipe mobile.

Pour chacun des deux secteurs, j'ai sélectionné les mêmes partenaires pour une analyse exploratoire et comparative au plus juste soit 28 questionnaires par secteur.

Pour certains partenaires, je suis allée à leur rencontre pour leur distribuer le questionnaire et, pour d'autres, après un appel téléphonique, je leur ai transmis par email.

Il a été plus facile pour moi de me rendre disponible sur le secteur 70 G04 sur mon temps personnel, lieu où j'habite ; le secteur 25 G07, où je travaille est à 70 kms.

Ces différents partenaires sont :

- Bailleurs sociaux : Néolia et Habitat sur le 25 et 70,
- Mandataire judiciaire : UDAF, ATMP, AT
- CHRS, accueil de jour,
- Médecins généralistes,

- Centre de soins : Eliad, ADMR et infirmiers libéraux,
- CCAS (centre communal d'action sociale)
- Conseil général,
- Commissariat,
- Mission locale

➤ **Questionnaire aux usagers et leur famille**

L'objectif est d'identifier les attentes des usagers et de leur famille, leurs demandes vis-à-vis de la psychiatrie et leurs connaissances des structures.

J'ai utilisé le questionnaire comme support lors des 28 entretiens avec les différents usagers. Il me paraissait plus opportun d'aller à leur rencontre, d'échanger avec eux et de prendre des notes.

Je suis allée à la rencontre des personnes en situation de précarité. J'ai passé une demi-journée à la communauté Emmaüs de Vesoul, où j'ai été conviée par la responsable à un repas avec les compagnons présents.

Je suis allée dans un CHRS dans le secteur 70 G04, et dans un accueil de jour qui dépend de l'UNAFAM. Et, également des personnes hospitalisées sans ATCD d'hospitalisation ou de soins ambulatoires. Sur le secteur 25 G07, je suis allée rencontrer des personnes présentes dans un GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle).

Ce contact a permis un réel échange authentique et sans réserve et de mieux connaître leur lieu de vie et l'organisation des différentes associations.

Aussi, pour chaque secteur, j'ai sollicité un représentant des usagers.

➤ **Questionnaire des professionnels du CMP** : infirmiers, psychologues, psychiatres, assistants sociaux, encadrement.

L'objectif est d'explorer leur vision d'un travail en mobilité, leurs éventuelles inquiétudes vis-à-vis de ce mode d'intervention. Et, Il va permettre de déterminer leurs représentations d'une

EMPI et l'éventuelle implication future dans une EM (créativité et initiative locale) pour une pérennité.

Je suis allée distribuer 20 questionnaires dans les deux CMP. Chaque cadre de santé du service s'engageait à les distribuer aux professionnels et à effectuer une relance si besoin. J'ai laissé un délai de 15 jours et je suis allée récupérer les questionnaires à la date prévue. Certains sont arrivés par courrier interne après la date.

VI RESULTATS DE L'ENQUETE

Deux questionnaires de structures « Accueil de Jour » sont non exploitables car les réponses sont trop parcellaires.

Certains partenaires n'ont pas répondu tels que la Mission locale 25 et 70, un bailleur, des mandataires judiciaires...

Pour les usagers, il est dommage que je n'ai pas pu avoir plus d'entretiens sur le secteur 25 G07 pour avoir davantage de données à exploiter.

1. Partenaires médico-sociaux

1.1 Centre de soins, infirmiers libéraux

Au total je suis allée distribuer 11 questionnaires dans 3 centres de soins. Je n'ai eu aucun retour malgré plusieurs relances.

Les responsables d'Eliad et de l'ADMR m'ont répondu qu'elles ne voyaient pas l'intérêt de remplir le questionnaire n'ayant jamais travaillé en psychiatrie. Elles ne se sentaient pas du tout concernées. J'ai été très surprise de leurs réponses car ce sont les professionnels intervenant à domicile qui sont en première ligne. (Méconnaissance de la psychiatrie et santé mentale ?)

1.2 Commissariat

J'ai sollicité les deux commissariats concernés (appel + courrier). Nous avons une convention établie, à savoir, la Police intervient dans nos locaux si besoin, donc pour eux, c'est suffisant

et ils n'ont pas souhaité donner suite à mon questionnaire. Ce sera à reprendre lors de la création de l'EM et l'intégrer à la nouvelle convention.

1.3 Médecins généralistes

- Pour le secteur 25 G07, sur 12 questionnaires envoyés sur Montbéliard je n'ai eu aucun retour malgré, une relance.
- Pour le secteur 70 G04, sur 12 questionnaires distribués sur Vesoul et les environs, j'ai eu 6 retours, soit la moitié. A la différence du 1^{er} secteur, je suis allée leur donner le questionnaire via leur secrétaire.

Mis à part un médecin, ils connaissent tous les structures de psychiatrie, principalement le CMP, l'HJ et l'UIA (unité intersectorielle d'admission) et le CHS en précisant les missions de chacune d'elle (soins en ambulatoire, urgence et hospitalisation).

Leurs attentes sur la disponibilité des professionnels de psychiatrie :

Globalement, 5 médecins sur 6 attendent un avis des professionnels de la psychiatrie pour une prise en charge plus rapide. Ils mettent en avant le manque de disponibilité, les délais trop longs pour un accès aux soins psychiatriques.

La moitié d'entre eux évoquent une évaluation commune au domicile du patient et/ou un conseil téléphonique. Si besoin, ils s'adressent aux psychiatres libéraux (2/6), aux psychiatres du CMP (2/6) et aux urgences psychiatriques (3/6).

Leur vision d'un travail en partenariat avec une EMPI :

Pour 70 % d'entre eux, l'EMPI apporterait une meilleure prise en charge ; le fait d'évaluer la personne au domicile permettrait d'avoir un avis rapide pour éviter bien souvent une hospitalisation. Ce partenariat serait bénéfique par la mise en place d'un soin pour la personne dans le besoin Le suivi serait amélioré par le partage d'informations et de compétences.

Et, pour 1 médecin, l'EMPI faciliterait le retour d'information post hospitalisation.

Souhaitent-t-ils un partenariat, sous quelle forme, avec quel type d'engagement ?

OUI pour la moitié : rencontre pluridisciplinaire au domicile du patient ; rencontre programmée tous les mois en intégrant les aidants et/ou la personne de confiance ;

communication c'est-à-dire fixer des rencontres pour parler des patients suivis mensuellement.

NON pour la moitié : pour 2 médecins, ils évoquent le manque de temps, leur emploi du temps trop chargé. Pour une réponse, c'est le manque de formation en psychiatrie qui ressort.

Le médecin généraliste est l'acteur de première ligne pour faciliter l'accès aux soins psychiatriques, ce qui se confirme par les résultats de l'enquête.

D'après les résultats, leurs attentes sont clairement définies, le lien doit être plus étroit avec les professionnels de la psychiatrie.

1.4 Mandataire judiciaire

Pour les deux secteurs, seul l'organisme de l'UDAF, a répondu au questionnaire envoyé. Il est le plus représentatif sur notre établissement et bien sûr, ils connaissent globalement nos structures.

Contrairement à l'UDAF 70 qui a renseigné à plusieurs personnes un questionnaire, l'organisme du Doubs a préféré remplir plusieurs questionnaires (6 au total). J'ai fait une synthèse.

Leurs attentes sur la disponibilité des professionnels de Psychiatrie :

Pour toutes les réponses des 2 secteurs, ils attendent plus de disponibilité, de réactivité pour une VAD conjointe (48 h et non 15 jours), afin d'orienter au mieux les usagers vers le dispositif de droit commun le plus adapté même si cela doit aller jusqu'à une hospitalisation en soins sans consentement. Ils souhaitent également être davantage soutenus, accompagnés par des échanges constructifs avec un partage d'information pour des évaluations de personnes présentant des troubles psychiques.

En général, ils appellent le CMP, le SAMU et la Pass Psy 25 ou les urgences psychiatriques.

Néanmoins, certaines de leurs attentes sont de la mission du CMP, à savoir préparer les sorties d'hospitalisation par un contact entre les différents acteurs sous la forme de réunion.

Pour l'UDAF 25, une de leurs attentes est l'intervention dans l'urgence pour des situations à risque par rapport à une notion de risques professionnels.

Leur vision d'un travail en partenariat avec une EMPI :

- Travailler en réseau avec l'EM + UDAF + famille,
- Collaboration active pour des situations compliquées, pour gérer une situation aigüe par des VAD conjointes mais également évaluation d'usagers en rupture de soins non connus des services de psychiatrie,
- Echanges sur des situations inquiétantes ou inadaptées (synthèse).

Souhaitent-ils un partenariat, sous quelle forme, avec quel type d'engagement ?

OUI à 100 % avec des interventions au domicile de la personne ; des réunions de synthèse. Néanmoins ils mettent en avant un contact dès l'entrée de l'utilisateur en hospitalisation pour organiser au mieux le retour à domicile. L'engagement retenu pour l'ensemble est l'élaboration d'une convention qui définira les engagements de chaque acteur.

1.5 Bailleurs sociaux

Pour le 25 G07, j'ai eu une réponse pour chaque bailleur. Ils ont une bonne connaissance de nos différentes structures.

Pour le 70 G04, j'ai reçu uniquement une réponse de Néolia qui n'a pas de connaissances de nos structures de soins.

Leurs attentes sur la disponibilité des professionnels de psychiatrie :

Pour les deux secteurs, ils attendent une prise en charge rapide des usagers ayant des troubles psychiques ; avoir un avis rapide par des professionnels de la psychiatrie pour gérer des situations de crise aigüe.

Pour le 25 G07, ils appellent la Pass Psy pour avoir une réponse rapide.

Pour le 70 G04, Néolia appelle directement les pompiers, ne connaissant pas nos structures.

Leur vision d'un travail en partenariat avec une EMPI :

Selon les personnes interrogées c'est la pluridisciplinarité qui est la voie la plus adaptée pour répondre aux problématiques psychosociales et amener une personne vers les soins ainsi qu'un partage d'information.

Par contre pour Néolia Vesoul, c'est un outil de travail afin de résoudre des problèmes de voisinage.

Souhaitent-ils un partenariat, sous quelle forme et avec quel type d'engagement ?

OUI pour les deux secteurs.

Pour Montbéliard : sous forme de sollicitation directe avec un **accompagnement lors des VAD** et de synthèses avec une convention établie.

Pour Néolia 70 : l'organisme parle de relais sans préciser comment.

1.6 CHRS

Le CHRS de Montbéliard a répondu en équipe sur un seul questionnaire et pour celui de Vesoul j'ai recueilli 6 questionnaires, j'en ai fait une synthèse.

Les deux CHRS ont une bonne connaissance de toutes les structures de soins et de leurs missions respectives.

Leurs attentes sur la disponibilité des professionnels de psychiatrie :

Que les professionnels de la psychiatrie viennent dans la structure pour évaluer une situation dans des délais rapides et réalise une orientation de la personne et/ou une admission d'urgence.

Avoir une rencontre tripartite psychiatre/travailleur social/usager.

Avoir plus d'écoute, plus de réactivité par rapport aux demandes d'un usager auprès des professionnels de l'hébergement par des créneaux d'échanges d'information, de formation. Développer la communication.

Pour les deux CHRS, ils font appel soit aux urgences soit au CMP.

Leur vision d'un travail en partenariat avec une EMPI :

Aller au-devant des usagers par des visites en logement ; soutien à l'évaluation de l'usager.

Assurer un lien entre les services de psychiatrie et la structure d'accueil : travail d'échanges sur des situations inquiétantes, de compréhension.

C'est un dispositif se déplaçant rapidement sur le lieu de vie; avoir plus de réactivité si recrudescence de troubles psychiques chez une personne en situation aigue.

Souhaitent-ils un partenariat, sous quelle forme, avec quel type d'engagement ?

OUI à 100 % pour les deux secteurs.

Soit par **un accompagnement sur le terrain pour avoir un appui**, soit par une **formation** et des réunions.

Pour 100 %, une convention fixera le partenariat pour définir les missions de chacun.

1.7 CCAS

J'ai eu plusieurs échanges téléphoniques avec le CCAS de Vesoul, malheureusement, je n'ai pas pu avoir le questionnaire renseigné malgré la bonne volonté de la structure. Les éléments de réponse parviennent du CCAS de Montbéliard.

Leurs attentes sur la disponibilité des professionnels de psychiatrie :

Intervenir de concert, aller à la rencontre des personnes d'évaluer et d'établir un diagnostic pour des situations complexes pour lesquels les travailleurs sociaux atteignent leurs limites et leurs compétences.

Le CCAS s'adresse à la PASS Psy pour avoir une réponse rapide ou un psychiatre selon la situation.

Leur vision d'un travail de partenariat avec une EMPI :

Pouvoir signaler des personnes qui sont soit en rupture de soins ou qui ne sont pas engagées dans un parcours de soins et intervenir avec l'EMPI soit sur le lieu de vie de la personne ou dans la rue et l'amener à s'engager dans des soins.

Souhaitent-t-ils un partenariat, sous quelle forme, avec quel type d'engagement ?

OUI avec une intervention en binôme et en complémentarité des compétences de chacun.

Avec une convention de partenariat et/ou une charte de bonnes pratiques.

1.7 Conseil Général

J'ai contacté à plusieurs reprises le Conseil Général de la Haute Saône sans succès. Je n'ai donc que des éléments de réponse du Conseil Général du Doubs.

Leurs attentes sur la disponibilité des professionnels de psychiatrie :

Besoin de « ponts » entre le domicile et les hospitalisations pour faciliter les allers-retours : manque de places en CMP et suivi ambulatoire.

Leur vision d'un travail de partenariat avec une EMPI :

Le partenariat est nécessaire pour faciliter la prise en charge des personnes à domicile souffrant de troubles du comportement : évaluation et orientation par l'EMPI. Une meilleure coordination entre les services et un relais dans le cadre des situations.

Souhaitent-t-ils un partenariat, sous quelle forme, avec quel type d'engagement ?

OUI en définissant un cadre entre les services.

L'engagement est à définir.

Pour 70 % des partenaires médico sociaux, les missions du CMP se résument à un suivi post hospitalisation et la gestion du traitement, à un accueil, un accompagnement pour le maintien du patient à son domicile. Pour 5 % (une réponse), la notion de prévention est avancée.

2. Les usagers

Pour le secteur 25 G07 : 9 questionnaires d'usagers de 23 ans à 65 ans (dont 2 personnes hospitalisées + 7 usagers au Groupe d'Entraide Mutuelle) et 1 questionnaire d'un représentant des usagers. Pour les deux personnes hospitalisées, c'est un premier contact avec la psychiatrie.

Pour le secteur 70 G04 : 18 questionnaires d'usagers (dont 6 personnes hospitalisées, 5 personnes de la communauté Emmaüs, 7 personnes de l'ASHRA et de l'UNAFAM âgées de 28 ans à 65 ans) et 1 questionnaire d'un représentant des usagers. Sept d'entre eux n'ont jamais eu un contact avec nos services.

Tous les usagers des deux secteurs connaissent les services d'hospitalisation en psychiatrie. Par contre, les soins ambulatoires sont méconnus pour 61 % d'entre eux.

Pour la moitié, ils appellent leur médecin traitant en cas de besoin et en seconde intention leur psychiatre. Enfin, pour certains, ils joignent directement le référent de leur lieu de vie et pour d'autres, ils me parlent de la difficulté de faire la démarche de demander de l'aide.

Les représentants des usagers appellent directement le 15 pour une urgence psychiatrique.

Accessibilité des structures de psychiatrie :

OUI pour 50 % : pour un accueil, une écoute et une hospitalisation rapide.

NON pour 40 % : structures ambulatoires méconnues, le délai d'attente pour une consultation auprès d'un psychiatre est très long et changement fréquent de psychiatres (pour le CMP de Vesoul).

Sans réponse pour 10 %.

Pour les deux représentants des usagers, les services de soins sont accessibles par contact téléphonique. Néanmoins, une personne pointe le manque d'écoute de la famille en lien avec la confidentialité.

Leurs attentes par rapport aux structures de psychiatrie :

Globalement, les usagers souhaitent une **meilleure écoute**, pouvoir s'exprimer, diminuer l'angoisse et **avoir un conseil pour une orientation adaptée dans les soins**.

Leur proposer une aide pour retrouver un travail, un logement, **ne pas les laisser à l'abandon**.

Un usager m'a répondu qu'il est important de donner de la valeur humaine à la personne, elle est la clé...

15 % des usagers n'ont aucune attente de la psychiatrie.

Pour les représentants des usagers, ils attendent un **parcours de soin plus fluide**, plus lisible pour une meilleure acceptation du patient ainsi que **plus d'ouverture avec les familles** et le médico-social. Le fait d'intégrer les familles dans la prise en charge améliore le traitement.

Lieu du premier contact :

Pour 60 %, ils acceptent les professionnels de la psychiatrie à leur domicile ou dans leur lieu de vie.

Pour 30 %, ils refusent tout contact à leur domicile en mettant en avant le regard des voisins et l'image négative de la psychiatrie dans la société.

Pour 10 %, ils acceptent un contact dans un service comme le CCAS.

3. Les professionnels du CMP

Pour le secteur 25 G07 : 13 questionnaires reçus sur 20, soit 65 %.

Pour le secteur 70 G04 : 10 questionnaires reçus sur 20, soit 50 %.

3.1 Psychiatres

Au total six psychiatres ont répondu :

Pour le secteur 25 G07 : 4 sur 6 psychiatres intervenant ponctuellement.

Pour le secteur 70 G04 : 2 sur 5 psychiatres intervenant ponctuellement.

Leur travail au sein du CMP est constitué exclusivement de consultations et de temps de réunions.

L'intérêt d'une VAD, « d'aller vers » :

- Maintenir un lien avec le patient pour une continuité des soins,
- Instaurer un climat de confiance, observer les conditions de vie réelle, prendre en compte l'environnement de la personne, tenir compte de ses besoins et travailler avec l'entourage,
- Evaluer le patient en rupture de soins,
- Dépasser les réticences d'aller dans une structure.

Leur représentation d'une EMPI :

- Equipe pluridisciplinaire (psychiatre, infirmiers, psychologue, cadre de santé), binôme psychiatre/infirmier se déplaçant sur le terrain pour répondre à une demande ou favoriser une prise en charge chez des personnes en situation de précarité,
- Répondre à une situation de crise, d'urgence.

Les principales missions d'une EMPI :

- Repérer, évaluer, orienter,
- Favoriser l'accès aux soins,
- Intervenir rapidement ; éviter des rechutes.

Les difficultés ou limites éventuelles au quotidien dans l'EMPI :

- Les moyens en personnel, le manque de temps,
- Zone géographique pour le secteur rural du 70 G04,
- Une agitation non contrôlée,
- L'EMPI se confond avec les urgences.

Notion de mobilité/disponibilité :

- Mobilité = différents lieux et types d'interventions ; disponibilité = ajustement aux demandes,
- Apporter le soin où il est nécessaire et s'adapter au mode de fonctionnement du patient,
- Long travail d'approche avec un public différent et intervention dans l'espace public et dans la rue.

Seriez-vous prêt pour faire partie d'une EMPI ?

NON pour 5 psychiatres / 6. Ils mettent en avant le manque de moyens humains et le manque de disponibilité pour ce type d'intervention. Un médecin parle d'astreinte soir/weekend trop contraignante.

OUI pour un psychiatre pour le côté à s'intéresser aux personnes peu accessibles à une démarche de soin même si il dénonce également le manque de psychiatres.

3.2 Infirmiers

Sur huit infirmiers dans chaque CMP, j'ai reçu 9 réponses au questionnaire au total soit 60 % pour Vesoul et 50 % pour Montbéliard.

Actuellement, le rôle des infirmiers au CMP consiste principalement en des entretiens infirmiers, des VAD, des soins techniques (injections, semainiers), de l'éducation thérapeutique et des réunions. Deux infirmiers évoquent le travail de partenariat avec le réseau et la famille sur les deux secteurs.

L'intérêt d'une VAD, « aller vers » :

- Rencontrer la personne dans son environnement pour une meilleure évaluation et une orientation plus adaptée,
- Instaurer un climat de confiance,
- Maintien sur le lieu de vie.

Leur représentation d'une EMPI :

- Equipe pluridisciplinaire, binôme psychiatre/infirmier se déplace rapidement au domicile sur signalement d'un tiers pour évaluer une situation de crise et orienter la personne,
- Aller au-devant des personnes en souffrance psychique et créer un lien avec différents partenaires,
- Collaboration avec les forces de l'ordre, risque de violence élevé, mise en danger.

Les principales missions de l'EMPI :

- Travailler avec la famille et le partenaire médico-social,
- Détecter et évaluer des troubles psychiques sur le lieu de vie ainsi que les besoins en soins,
- Proposer des soins, orienter et désamorcer une situation de crise : prévention
- Intervenir à domicile pour des patients potentiellement dangereux en rupture de traitement.

Les difficultés ou limites éventuelles au quotidien de l'EMPI :

- Opposition de la personne sur son lieu privé,
- Situation aigue à gérer à l'extérieur, quartiers à risque (Montbéliard),
- Travailler loin de son domicile par rapport au danger,
- Manque d'expérience,
- Manque de moyens (personnel, véhicule),
- Eviter que l'EMPI soit sollicitée pour d'autres actions que son rôle (EMPI ou CMP).

Notion de mobilité/disponibilité :

- Soins ambulatoires,
- Déplacement sur le lieu de vie, travail de proximité, travailler au plus près des situations difficiles,

- Gestion de l'imprévu, astreinte 24h/24h, être contactable pour un déplacement rapide.

Seriez-vous prêt pour faire partie d'une EMPI ?

OUI à 45 %, une majorité pour le CMP de **Vesoul (3/5)** et un seul OUI pour le CMP de **Montbéliard (1/4)**. Les infirmiers mettent en avant les interventions en binôme pour évaluer une situation, le premier contact.

Une personne précise qu'elle est partante si l'EMPI est différenciée du CMP, deux autres souhaitent avoir une fiche de poste détaillée.

NON à 55 %, une majorité pour le CMP de Montbéliard. Les infirmiers argumentent leur position par un manque de moyens humains (psychiatres sur Vesoul), un manque d'expérience, une astreinte. Aussi, sur les deux secteurs, on retrouve la notion d'insécurité, de danger, (pour 3 infirmiers/5).

3.3 Psychologues

J'ai reçu 4 réponses : 3 pour le secteur 25 G07 et 1 pour le secteur 70 G04.

Le travail du psychologue consiste exclusivement à des consultations au CMP.

L'intérêt d'une VAD, « d'aller vers » :

- Aider à sortir de l'isolement, travailler avec l'entourage,
- S'imprégner du mode de vie du patient afin d'identifier au mieux ses besoins et ses attentes,
- Maintenir un lien avec la personne pour une continuité des soins,
- Evaluer le patient en rupture de suivi.

Leur représentation d'une EMPI :

- Intervention en binôme avec un infirmier et incluant le travailleur social,

- SAMU psychiatrique,
- Intervention en situation d'urgence,
- Personnes en situation de crise ne faisant pas la demande.

Les principales missions d'une EMPI :

- Créer un contact et une relation rassurante avec la personne, désamorcer une situation aigue et proposer une solution,
- Déterminer les raisons de la demande, les besoins de la personne en urgence,
- Prendre en compte l'entourage et leur apporter des explications.

Les difficultés ou limites éventuelles au quotidien dans l'EMPI :

- Manque de disponibilité, de formation,
- Difficulté de faire adhérer la personne, insécurité physique,
- Violence et rejet des patients et psychiatriser des pathologies qui n'en ont pas besoin (pour une psychologue).

Notion de mobilité/disponibilité :

- Notion d'adaptation à l'autre, mise en œuvre du temps disponible.
- Activité urgente, déplacements fréquents, horaires irréguliers et astreignants, stress (pour une psychologue).

Seriez-vous prêt pour faire partie d'une EMPI ?

NON pour 3 sur 4 : pour une psychologue, l'EMPI n'est pas adaptée à son travail et cela inverse la demande. Pour les deux autres, le manque de disponibilité est mis en avant ainsi qu'un manque de formation.

OUI pour 1 personne : travail sous un angle différent ; être mobile donne un aspect dynamique et novateur.

3.4 Assistantes sociales

J'ai reçu deux questionnaires du CMP de Montbéliard.

Les assistantes sociales ont un travail plus diversifié au sein du CMP : rendez-vous au service et à domicile dans le but de conseiller, orienter et soutenir des personnes dans leurs démarches.

L'intérêt d'une VAD, « d'aller vers » :

- Evaluer l'environnement de la personne, se rendre compte de sa manière de vivre et adapter les démarches prioritaires,
- Créer un lien rassurant avec la personne.

Leur représentation d'une EMPI :

Une personne n'a aucune représentation. Pour la seconde, c'est une équipe pluridisciplinaire avec un infirmier/psychologue et travailleur social avec beaucoup d'échanges pour adapter au mieux la prise en charge du patient.

Les principales missions d'une EMPI :

- Aller vers les personnes en difficultés, adapter la prise en charge en lien avec les réels besoins,
- Travailler en lien avec les partenaires, favoriser la reprise d'un parcours de soin.

Les difficultés ou limites éventuelles au quotidien dans l'EMPI :

Pas de réponse.

Notion de mobilité/disponibilité :

- Etre disponible et se déplacer rapidement, (pour une réponse, il est précisé d'être réactif à tout moment du jour et de la nuit).

Seriez-vous prêt pour faire partie d'une EMPI ?

OUI mais en ayant des données plus précises afin de se positionner.

3.5 Cadres de santé

Les Cadres de santé de chaque CMP ont répondu au questionnaire ainsi que le Cadre supérieur du CMP de Vesoul. Pour Montbéliard, je suis la cadre supérieure.

L'intérêt d'une VAD, « d'aller vers » :

- Faire des liens entre lieu de vie et mode de vie du patient,
- Evaluer la personne dans son lieu de vie en tenant compte de ses ressources environnementales,
- Travail de prévention qui peut parfois éviter une hospitalisation.

Leur représentation d'une EMPI :

- Binôme intervenant au domicile suite à une demande du médecin traitant, de la famille...pour évaluer une situation,
- Notion d'urgence dans la prise en charge du patient en souffrance psychique, en rupture de soins.

Les principales missions d'une EMPI :

- Intervenir auprès du patient et évaluer une situation urgente, désamorcer des situations aiguës,
- Ecouter/aider la famille,

- Inciter le patient à venir vers le soin et tenir compte de ses attentes et besoins,
- Intervenir à domicile chez un patient potentiellement dangereux.

Les difficultés ou limites éventuelles au quotidien dans l'EMPI :

- Disponibilité du psychiatre et des infirmiers,
- L'insécurité : violence physique, refus du patient.

Notion de mobilité/disponibilité :

- Pouvoir se déplacer sur les lieux nécessaires (domicile, services sociaux, CHRS...) avec des larges plages horaires, du lundi au samedi pour répondre aux demandes.

Seriez-vous prêt pour faire partie d'une EMPI ?

OUI pour les 3 réponses : participer à l'élaboration du projet de service.

VII DISCUSSION

1. Partenaires sociaux

Tous les acteurs médico-sociaux sont volontaires et favorables pour devenir partenaires des professionnels de la psychiatrie dans le cadre d'une EMPI, chacun à leur niveau dans le souci d'apporter une réponse adaptée aux besoins et aux attentes des usagers.

Pour les médecins généralistes, il est indéniable que le lien doit être plus étroit avec la psychiatrie : « *créer ou recréer un lien entre psychiatrie et généraliste est un enjeu de proximité* »¹³.

Les médecins généralistes représentent les acteurs qui sont à même d'assurer au mieux la détection des troubles par leur proximité, continuité des soins qu'ils proposent et leur rôle non stigmatisant : 30 % des consultations de médecins généralistes sont consacrées à des

¹³ Loi Santé 2015, Article 13

troubles psychiatriques tels que troubles dépressifs, anxieux et du sommeil. C'est pourquoi, le partenariat entre médecine générale et psychiatrie de secteur est incontournable.

Les travailleurs sociaux souhaitent une convention pour structurer l'engagement. Ce qui permettrait de définir les missions de L'EMPI ainsi que le cadre des interventions pour éviter tout éventuel débordement. L'EMPI n'est pas la Police ou les pompiers et pour l'urgence, des structures d'accueil existent. Je pense que la « notion d'urgence » est également à définir car en psychiatrie nous la voyons différemment des travailleurs sociaux. D'où l'importance de leur apporter une formation/action pour mieux repérer des troubles du comportement et favoriser la prévention de la crise en amont. Certains travailleurs sociaux attendent une réponse rapide dans l'immédiateté ; comme il l'a été évoqué précédemment, bien souvent, la réponse peut être différée de 24 h, 48 h à quelques jours.

2. Les usagers

Il est clairement ressorti lors de mes entretiens auprès des usagers que les personnes hospitalisées pour une première fois en psychiatrie ne connaissent pas nos structures ambulatoires et sont allées spontanément voir leur médecin traitant pour avoir un traitement par rapport à leurs troubles. Comme le délai d'attente pour une consultation auprès d'un psychiatre avoisine ou dépasse les quatre mois, même si la personne connaît le CMP, le parcours est difficile pour accéder à un rendez-vous. D'où l'importance du lien instauré avec le médecin traitant. Les usagers évoquent le manque de disponibilité de la part des professionnels de psychiatrie en lien avec la file d'attente importante.

Même si j'ai rencontré des personnes n'ayant pas de demande explicite, surtout à l'ASHRA et à Emmaüs, j'ai pu constater qu'elles avaient un besoin d'aide pour accéder à un mieux-être psychique. Spontanément, il est difficile d'évoquer ces difficultés et c'est à ce moment que le travail « d'accroche », le « ne pas lâcher » et « ne pas forcer » prend toute sa dimension¹⁴. Pour un premier contact, l'important est d'évaluer si la personne a des troubles psychiques, recueillir des informations au préalable. Ensuite pour les soignants, ne pas oublier l'éthique

¹⁴ GARCIN, V. Pédopsychiatre, Chef de Pôle, ESPM Lille.

de mobilité dans le cadre de l'intervention : rechercher l'adhésion, établir la confiance, une alliance thérapeutique et encourager l'acceptation du soin.

Les attentes des représentants des usagers sont très explicites ; l'EMPI serait un plus dans le dispositif des soins et comblerait le manque de disponibilité des professionnels de la psychiatrie. L'important étant également d'inclure la famille, les proches dans la prise en charge de la personne.

3. Les professionnels des CMP

La première limite est le manque de moyens humains notamment en psychiatres. La difficulté réside dans la disponibilité, leur temps est limité. Apparemment, ils n'ont pas d'a priori même si un seul psychiatre dans l'enquête est favorable à s'y engager. Il me paraît important de préciser les missions d'une EM car la majorité des psychiatres, outre le problème de disponibilité mettaient en avant les contraintes horaires (soir/weekend) comme limites.

Je ne peux qu'espérer que des nouveaux psychiatres soient recrutés dans l'établissement, même si le recrutement est très difficile du fait de notre région, ou une réorganisation du temps médical.

Pour un projet de ce type, il est indéniable que le responsable de la future unité ait un fort leadership et porte le projet. Mais également, un cadre de santé, moteur pour accompagner le changement dans un premier temps. Son rôle sera essentiel dans l'organisation et la logistique et surtout faire face aux difficultés des débuts. De plus, pour une réussite, la communication en interne est importante, l'ensemble des professionnels de cette équipe doivent avoir les informations autour des usagers suivis. En plus de l'articulation et du soutien auprès des partenaires, l'EMPI a besoin de se soutenir en interne par le biais de réunions d'équipes.

L'innovation de ce projet, à mon sens, dynamise, développe des compétences. Bien sûr, on doit s'appuyer sur les ressources existantes et sur la base du volontariat. La mobilité déstigmatise les soignants car ils vont partout, se déplacent, rencontrent d'autres professionnels.

Des inquiétudes apparaissent de la part des professionnels surtout des infirmiers quant au sentiment d'insécurité et du risque potentiel de dangerosité sur certaines situations sur le lieu de vie de la personne. En effet, en intervenant « sur le terrain », la relation avec la personne est bien différente de celle dans un bureau au CMP, c'est un changement dans les habitudes de travail, se déplacer, « aller vers ». De plus le soignant perd la « protection » des collègues.

Le risque d'agression existe, néanmoins il semble rare mais source de stress chez les professionnels. Cette insécurité renvoie au fantasme pour les soignants d'être confrontés à une violence différemment gérée qu'en service d'hospitalisation psychiatrique. C'est pourquoi, il me semble indispensable pour les infirmiers d'avoir une solide expérience professionnelle en psychiatrie avant d'intégrer une EMPI. L'important est d'évaluer en amont le potentiel agressif de la personne, outil important pour mieux adapter la visite et protocoliser les interventions en définissant les missions, objectifs et limites du dispositif ainsi que les conduites à tenir en cas de risque de danger : si danger potentiel d'agressivité, la police est sollicitée pour l'intervention.

Les interventions à domicile à deux doivent être privilégiées, binôme psychiatre/infirmier surtout, dans les quartiers dits « à risques » sur Montbéliard. Néanmoins, si un partenaire signale une situation, l'infirmier n'est pas seul à intervenir, ce sera un binôme infirmier/travailleur social.

Au vu des différents résultats de l'enquête et ceux attendus, on constate qu'une EMPI est le dispositif adéquat pour développer la prévention et amener les usagers dans le besoin vers les soins de « droit commun » avec un délai de réponse plus court. Le CMP doit être réorganisé pour assurer au mieux un retour à domicile (développer le lien intra/extra) et le suivi en post hospitalisation avec les partenaires médico-sociaux par des rencontres pour échanger sur la situation du patient.

Le plus difficile, pour la création d'équipe mobile par secteur, au vu des résultats est de trouver des professionnels volontaires pour intégrer le projet.

L'important est d'avoir des « innov-acteurs » et prendre le risque de s'engager dans le projet médical et soignant d'une EMPI.

La satisfaction des professionnels est liée à une motivation à travailler dans une EMPI.

L'idéal et tant attendu, serait de réarticuler les professions et de former des infirmiers spécialisés en psychiatrie. A mon sens, au-delà d'une solide expérience en psychiatrie pour travailler dans une EMPI, le regard des professionnels auprès des usagers doit évoluer et s'adapter au changement social et à l'évolution des pathologies en santé mentale.

Au fil de mes lectures, au travers des visites de terrain avec la rencontre des professionnels notamment des psychiatres et des infirmiers, ma vision d'une EMPI a évolué pendant ce travail. Je pense que celle qui se rapproche le plus de nos besoins sur les deux territoires de l'AHFC est l'EMPI de Novillars. En effet, je pense que le binôme doit être formé d'un psychiatre et d'un infirmier, pour évaluer les signes cliniques, poser un diagnostic et orienter au mieux l'utilisateur, bien sûr en présence de la personne signalante. L'infirmier ou les deux infirmiers peuvent assurer une intervention avec le travailleur social et l'assistante sociale dans certaines situations. L'objectif est de prévenir des situations de crise soit chez des personnes en rupture de soins qui ne font pas la démarche pour leur souffrance psychique, soit une personne en situation de précarité et en « non demande ». Un travailleur social peut faire partie intégrante de l'EMPI, surtout pour le secteur 25 G07 où nous retrouvons plus de difficultés sociales et des problèmes de logement. Ce qui va favoriser un mieux-être dans l'environnement de la personne au quotidien. A mon sens, la place d'un(e) psychologue n'est pas requise sur le terrain, néanmoins un(e) psychologue à 0,10 ETP pour des débriefings sur des situations difficiles rencontrées par l'équipe peut être un plus.

Lors de la réorganisation du CMP, ses ressources pourraient être mutualisées avec l'EMPI (véhicule, bureau, personnel). Un infirmier complètement détaché et un infirmier issu du CMP ponctuellement avec une fiche de poste détaillée afin que les missions de chaque dispositif ne se substitue pas l'une à l'autre. Je pense que les infirmiers, même si certains sont hésitants trouveront une réelle motivation à travailler un temps en CMP et un temps à l'EMPI en « tournant » toutes les deux semaines par exemple, leur travail en sera diversifié. Les infirmiers travaillant actuellement aux urgences psychiatriques ont un potentiel et certains seraient intéressés d'intégrer cette équipe.

Dans le projet de l'EMPI, il est également important de préciser le délai d'intervention ainsi que le relais au CMP, à quel moment ?

Après un an de fonctionnement, il sera intéressant d'évaluer l'EMPI et de réajuster ses missions si besoin en lien avec la file active, le nombre de soins sans consentement, de réhospitalisations et le travail de partenariat.

La création d'une EMPI correspond au dispositif adéquat pour atteindre nos objectifs par rapport aux résultats attendus afin de développer la prévention et les soins dans la cité tout en définissant le plus clairement les modalités d'intervention.

CONCLUSION

Le contexte du diplôme inter-universitaire « Santé mentale dans la communauté » a permis de concrétiser ma réflexion quant à la prévention primaire en incluant les soins dans la cité par une équipe mobile.

La mobilité est la base même « de l'aller vers » l'utilisateur pratiquée au sein du secteur. Chaque professionnel se déplace au-devant de la demande de soin afin d'améliorer l'accès aux soins et d'anticiper les crises et ainsi d'en diminuer les conséquences socio environnementales, médicales et en termes de stigmatisation. Cette dynamique « d'aller vers » permet de s'adapter aux besoins des usagers et de leurs proches, créant la souplesse nécessaire à l'invention de trajectoires de soins toujours individualisées et sans cesse réévaluées.

La création d'EMPI au sein de l'AHFC va renforcer le dispositif de soins et peut constituer un outil partenarial entre la psychiatrie de secteur et les différents acteurs médico-sociaux. Elle va mettre en pratique cette dynamique « d'aller vers » au-devant des besoins des usagers. Néanmoins, la notion de mobilité/disponibilité chez les professionnels bouscule leur conception même du travail en secteur et on se heurte aux difficultés de mobiliser les professionnels. N'oublions pas que depuis plus de 40 ans, le mouvement de la psychiatrie communautaire exprime un changement de paradigme : les soins dans la cité...

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les troubles de la santé mentale représenteront d'ici 2030 la principale cause de morbidité dans les pays industrialisés. Pour répondre à une remarque inscrite sur un questionnaire « l'équipe mobile de première intervention va psychiatiser des pathologies qui n'en ont pas besoin » je pense que non, cela permet de soulager la souffrance psychique d'une personne plus précocement.

Enfin, pour illustrer ce travail, je terminerai par une citation de Magali Coldefy ¹⁵:

« C'est en agissant dans le milieu et parfois sur le milieu que se mène le combat contre les maladies mentales »

¹⁵ COLDEFY, M. Chercheuse géographe de la Santé, intervention au DIU « santé mentale dans la communauté » Paris, 23/01/2015

BIBLIOGRAPHIE

- BUKOWSKI, C. *Contes de la folie ordinaire*, Edition Grasset, Paris 1981.
- COLDEFY, M. *L'évolution de la psychiatrie : novatrice, mais contrastée et inachevée*,
La Santé de l'Homme – N° 413 Mai-juin 2011.
- COUPECHOUX, P. *un monde de fous*, Edition Seuil 2006.
- DEMAILLY, L. DEMBINSKI, O. DECHAMP-LEROUX, C. *Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité*, Edition John Libbey 2014.
- DUFORT, F. GUAY, J. *Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social*, Les Presses de l'Université Laval 2001.
- FOUCAULT, M. *Histoire de la folie à l'âge classique*, Edition Gallimard 1972.
- HOCHMANN, J. *Pour une psychiatrie communautaire*, Paris, Le Seuil, Coll. « Esprit », 1971.
- LAZARUS, A. STROHL, H. *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher : rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale »*, Paris. La documentation française 1995.
- LEVINAS, E. *Ethique et Infini* Edition Fayard Paris 1982.
- ROELANDT, JL. *De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution*. L'information psychiatrique 2010 ; 86 : 777-83.
- SAIAS, T. *Introduction à la psychologie communautaire*, Edition Dunod 2011.
- TREMINE, T. *La souffrance communautaire*, « L'information psychiatrique » 2005 81-563-5.

- TREMINE, T. *De la psychiatrie vers la santé mentale*, bilan actuel et pistes d'évolution, « L'information psychiatrique » 2010 86 – 777- 83.
- Charte d'OTTAWA du 21 novembre 1986 pour la promotion de la Santé.
- Circulaire DHOS/02/DGS/6C/DGAS/1A/1B N° 2005-521 du 23 Novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.
- Loi n° 98-657 du 29 Juillet 1998 d'orientation à la lutte contre les exclusions.
- OMS Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020.
- Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015.
- Revue Esprit « *Aux bords de la folie* » Mars – Avril 2015 N° 413.
- Rapport COUTY, E. *Le pacte de confiance pour l'Hôpital*, 4 Mars 2013.
- Réflexions hospitalières « *Rôle d'une équipe mobile de prévention intersectorielle* » n° 508 – Janvier-Février 2006.
- Soins psychiatrie : « *l'équipe mobile précarité : un outil pour travailler le lien* » 2013.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE USAGERS/FAMILLE

Dans le cadre de mon Diplôme Inter Universitaire "Santé Mentale dans la Communauté", je mène une enquête sur le thème : Etude exploratoire en vue de la mise en place d'équipes mobiles de première intervention en psychiatrie adulte. C'est pourquoi, je vous sollicite pour ce questionnaire qui est entièrement anonyme.

Je vous remercie de votre collaboration et du temps consacré à y répondre.

Cordialement, Françoise MOREY

Usager

Famille

Votre sexe : F M

Age -----

1 - Avez-vous déjà eu un contact avec les structures de Psychiatrie ?

oui

non

Si oui, dans quelles structures -----

Si non, pourquoi-----

2 - A votre avis, les structures de psychiatrie sont-elles accessibles ?

Si oui, pourquoi-----

Si non, pourquoi-----

3 - Quelles sont ou seraient vos attentes par rapport aux structures de psychiatrie ?

4 – En cas de besoin, à qui vous adressez – vous ? Comment cela s’est passé ?

5 - Accepteriez-vous que les professionnels viennent pour un premier contact dans votre environnement ?

Si oui, dans quel lieu ?

- Domicile
- lieu de vie
- foyer
- CCAS pour une permanence
- autre lequel-----

Si non, pourquoi ?-----

QUESTIONNAIRE PARTENAIRES MEDICO- SOCIAUX

Dans le cadre de mon Diplôme Inter Universitaire « Santé mentale dans la communauté », je mène une enquête sur le thème « Etude exploratoire en vue de la mise en place d'équipes mobiles de première intervention en psychiatrie adulte ». C'est pourquoi, je vous sollicite pour ce questionnaire qui est entièrement anonyme. Je vous remercie de votre collaboration et du temps consacré à y répondre. Cordialement, Françoise MOREY

Vous êtes : CCAS ATMP UDAF CHRS

Mission locale Bailleurs sociaux SIAO Conseil général

Médecin généraliste Centre de soins Infirmière scolaire Foyer
 Autre -----

1 – Connaissez – vous les structures de psychiatrie ?

Si oui, lesquelles -----

Non Passer à la question 3

2 – Connaissez – vous les missions à chacune d'elle ?

Si oui, lesquelles -----

Si non, pourquoi -----

3 – Quelles sont vos attentes par rapport à la disponibilité des professionnels de psychiatrie ?

4 – A qui vous adressez – vous pour avoir une réponse rapide ?

5 – Quelle est votre vision d'un éventuel travail en partenariat avec une équipe mobile de psychiatrie ?

6 – Accepteriez – vous d'être partenaire de la psychiatrie dans une initiative de ce type ?

Si oui, sous quelle forme ?-----

Avec quel type d'engagement ?-----

Si non, pourquoi ?-----

QUESTIONNAIRE PROFESSIONNELS DU CMP

Dans le cadre de mon Diplôme Inter Universitaire « Santé mentale dans la communauté », je mène une enquête sur le thème « Etude exploratoire en vue de la mise en place d'équipes mobiles de première intervention en psychiatrie adulte ». C'est pourquoi, je vous sollicite pour ce questionnaire, entièrement anonyme. Je vous remercie de votre collaboration et du temps consacré à y répondre.

Cordialement, Françoise MOREY

Secteur 25 G07

Vous êtes :

Psychiatre

Secteur 70 G04

Infirmier(e)

Cadre de santé

Psychologue

Assistant(e) social(e)

1 – Que faites-vous dans votre travail au sein du CMP (consultation et/ou VAD...) ?

1 bis – A votre avis, quel est l'intérêt d'une VAD, « d'aller vers » ?

2 – Quelle représentation avez – vous d'une équipe mobile de première intervention ? (EMPI)

3 – Donner les principales missions d'une EMPI

4 – Quelles difficultés ou limites pourriez – vous rencontrer au quotidien ? (dans l’EMPI)

5 – Que vous évoque la notion de « travail de mobilité/disponibilité » ?

6 – Comment envisagez – vous la composition d’une EMPI ? (nombre, qualification, temps.....)

7 – Seriez-vous prêt à faire partie d’une EMPI ?

Si oui, pourquoi ?-----

Si non, pourquoi ?-----

