

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER

Intervention à domicile des équipes de psychiatrie

Retour d'expériences



Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans 3 collections, pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

DIAGNOSTIQUER et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



Pauline Sassard, ANAP
pauline.sassard@anap.fr

Céline Castro, ANAP
celine.castro@anap.fr

Résumé

L'ANAP a souhaité approfondir la connaissance des équipes de psychiatrie intervenant à domicile au travers de ce retour d'expériences. En effet, le domicile est aujourd'hui le principal lieu de vie des personnes souffrant de troubles psychiques et l'offre de psychiatrie a su s'adapter à cette évolution en proposant des interventions à domicile.

Trois grands enseignements peuvent être mis en avant :

- ▶ Ces équipes se sont développées au gré des secteurs, territoires, psychiatres et se caractérisent par leur très grande hétérogénéité. D'autres acteurs ont également investi le domicile des patients en proposant des prestations très similaires.
- ▶ En l'absence de référentiels, les modalités d'intervention des équipes sont variées et peu exploitées. Pour autant, elles partagent un certain nombre de caractéristiques communes : profil des professionnels, encadrement, etc.
- ▶ Enfin, le maintien à domicile d'un patient requiert l'intervention de nombreux acteurs relevant de différents champs : sanitaire, psychiatrique, médico-social, social, etc., dont le cloisonnement reste très prégnant.

3

Abstract

ANAP wanted to use this feedback to expand the knowledge of community psychiatric teams. People suffering from psychiatric problems now live mainly in their own homes and psychiatric treatment has had to adapt to this change by offering home treatment.

Three major lessons emerged:

- ▶ These teams are very diverse, having been developed to meet the needs of different sectors, regions and psychiatrists. Other providers also offer very similar services to patients in their own homes.
- ▶ With no benchmarks available, teams work to varied and individual procedures. Despite this, they share a number of common characteristics, such as professional profiles and monitoring.
- ▶ In the end, keeping patients at home involves many people from different fields: health, psychiatric, social care, etc., which often still work very much in isolation.

Sommaire

Introduction	p. 6
Enseignements issus du retour d'expériences	p. 10
Une adaptation du secteur de psychiatrie à l'évolution des besoins des publics	p. 11
Une diversification des modalités d'intervention	p. 11
Un partage par de nombreux acteurs	p. 13
Une évolution du profil des intervenants	p. 15
Un fonctionnement empirique	p. 17
Un objectif global de maintien à domicile du patient	p. 17
Un cadre d'intervention commun	p. 18
Une méconnaissance de l'activité IAD par les structures	p. 19
Une inscription dans un réseau d'acteurs	p. 21
De nombreux partenaires à coordonner	p. 21
Des acteurs médico-sociaux à investir	p. 24
Retour d'expériences	p. 26
Les interventions à domicile de suivi	p. 28
Fiche 1 : Centre hospitalier Sambre Avesnois : CMP d'Hautmont et de Maubeuge	p. 28
Fiche 2 : Centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand : 5 secteurs	p. 31
Fiche 3 : Centre hospitalier spécialisé Montperrin : CMP d'Aix-en-Provence et de Pertuis	p. 34
Fiche 4 : Établissement public de santé mentale de Lille métropole : SMPP	p. 38
Les interventions à domicile de « crise »	p. 41
Fiche 5 : Établissement public de santé mentale de Lille métropole : DIAD	p. 41
Fiche 6 : Établissement public de santé mentale de l'Agglomération lilloise : USSAD	p. 44
Les interventions à domicile « d'accompagnement »	p. 47
Fiche 7 : Centre hospitalier Montéran Saint-Claude : ELLE'Z	p. 47
Fiche 8 : Établissement public de santé mentale de Caen : UAAD	p. 50
Fiche 9 : Centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu : Unité Yves Tanguy	p. 53
Fiche 10 : Établissement public de santé mentale de Lille métropole : EMR7	p. 56
Les interventions à domicile « d'évaluation et d'orientation »	p. 59
Fiche 11 : Centre hospitalier Guillaume Régnier : CREFAP	p. 59
Fiche 12 : Centre hospitalier Léon-Jean Grégory de Thuir : EMAP	p. 62
Les interventions à domicile organisées par le SAMSAH et l'HAD	p. 66
Fiche 13 : Association Route Nouvelle : SAMSAH	p. 66
Fiche 14 : Association santé mentale et communauté : HAD	p. 70
Glossaire	p. 74
Remerciements	p. 76
Bibliographie	p. 78

Introduction

1. Contexte du retour d'expériences

Près de 70%¹ des personnes souffrant de troubles psychiques bénéficient aujourd'hui de soins dispensés en ambulatoire. La diminution de 56%² des lits de psychiatrie générale au cours des 25 dernières années et une politique de santé orientée vers la prise en charge en ambulatoire ont contribué à développer les Interventions à domicile (IAD).

Ces IAD des équipes de psychiatrie répondent aux missions du secteur de psychiatrie d'accessibilité et de continuité des soins. Celles-ci sont organisées par la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Elles sont, en outre, expressément visées dans un arrêté du 14 mars 1986³ qui précise les missions des Centres médico-psychologiques (CMP) : « des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à la disposition d'une population ».

2. Objectifs du retour d'expériences

Si les IAD sont un des outils reconnus du secteur de psychiatrie pour permettre le maintien dans le lieu de vie des personnes souffrant de troubles psychiques, leurs conditions d'intervention sont peu documentées.

C'est pourquoi l'ANAP a initié un retour d'expériences sur l'intervention à domicile des équipes de psychiatrie qui s'inscrit dans le cadre d'une démarche exploratoire, avec un éclairage donné à un moment T. Ce travail vise à décrire les différents types de prises en charge mis en œuvre, déterminer les facteurs de succès et d'échec de ces démarches et enfin analyser les relations entre les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social.

Définition des interventions à domicile (IAD) : dans le cadre de ce document, on entend par « IAD » l'intervention d'équipes de psychiatrie de secteur au domicile des personnes souffrant de troubles psychiques, quelles que soient leurs modalités d'intervention.

3. Programme santé mentale et psychiatrie mené par l'ANAP

Ce retour d'expériences sur les IAD des équipes de psychiatrie s'inscrit dans le programme de travail santé mentale et psychiatrie mené par l'ANAP. Il s'articule ainsi avec deux autres projets menés en parallèle :

- Un retour d'expériences sur les reconversions de structures sanitaires en établissements médico-sociaux ;



Le retour d'expériences peut être consulté et téléchargé sur le site de l'ANAP.

www.anap.fr

- Un diagnostic territorial des parcours en santé mentale et psychiatrie sur 3 ARS pilotes (Nord-Pas-de-Calais, Bretagne, Auvergne). Les différents acteurs du champ sanitaire, social et médico-social du territoire, ainsi que des représentants des patients/usagers, familles et aidants, ont été réunis pour élaborer un diagnostic partagé à la fin du deuxième trimestre 2014. Une feuille de route sera ensuite proposée dans le but de faciliter la coopération des acteurs et fluidifier le parcours des usagers en psychiatrie et santé mentale.

Figure 1 : Le programme ANAP santé mentale et psychiatrie



1 - DREES, les rapports d'activité en psychiatrie (RAPSYP), 22 novembre 2010

2 - IGAS-IGF, établissements et services pour personnes handicapées - Offre et besoins, modalités de financement, octobre 2012

3 - Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement

Introduction

4. Sélection des retours d'expériences

4.1 Le suivi du projet

Un comité des personnalités qualifiées a sélectionné 14 contributions. Instance de suivi du projet, il a permis de porter un regard critique sur les retours d'expériences en vue de définir la stratégie permettant de valoriser les pratiques les plus intéressantes, exemplaires voire innovantes.

Figure 2 : Composition du comité des personnalités qualifiées

Organisme	Personne désignée
CSO ANAP	Jean-François Bauduret
CSO ANAP	Dr Yvan Halimi
UNAFAM	Jean Canneva
AGAPSY	Marie-Claude Barroche
FNAPSY	Claude Finckelstein
ANPCME	Dr Christian Müller
ADESM EPSM	Pascal Mariotti
ADESM ESPIC	Jacques Marescaux
ARSIF	Dr Catherine Isserlis
CNS	Annie Cadelnel
ESPI	Marianne Auffret
ORSPERE	Dr Jean Furtos
CEDIAS	Jean-Yves Barreyre

4.2 Le périmètre du retour d'expériences

Des structures publiques ou privées autorisées en psychiatrie

- ▶ Qui réalisent des interventions à domicile (visites, hospitalisation, équipes mobiles, etc.);
- ▶ Qui interviennent au domicile ordinaire, à l'exclusion de logements accompagnés ou à caractère collectif qui incluent la dimension du soin dans leur projet même (ex : EHPAD, MAS, FAM, etc.);
- ▶ Qui interviennent auprès de personnes adultes atteintes de troubles chroniques avec ou sans handicap reconnu.

(voir figure 3 en page 8)



LES SAMSAH ET HAD

Bien que le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et l'hospitalisation à domicile (HAD) psychiatrique ne répondent pas aux critères de sélection (l'un est une structure médico-sociale et l'autre un dispositif expérimental), il a été décidé de rencontrer chacun des dispositifs.

En effet, au vu de leur nombre de réponses à l'appel à candidatures (6 pour l'HAD et 3 pour le SAMSAH), l'ANAP a souhaité comprendre les raisons de leur développement et leur place dans le parcours de la personne souffrant de troubles psychiques. Un zoom particulier a ainsi été réalisé afin de comparer le SAMSAH et l'HAD aux interventions des équipes de psychiatrie de secteur à domicile.

Introduction

5. Les structures retenues

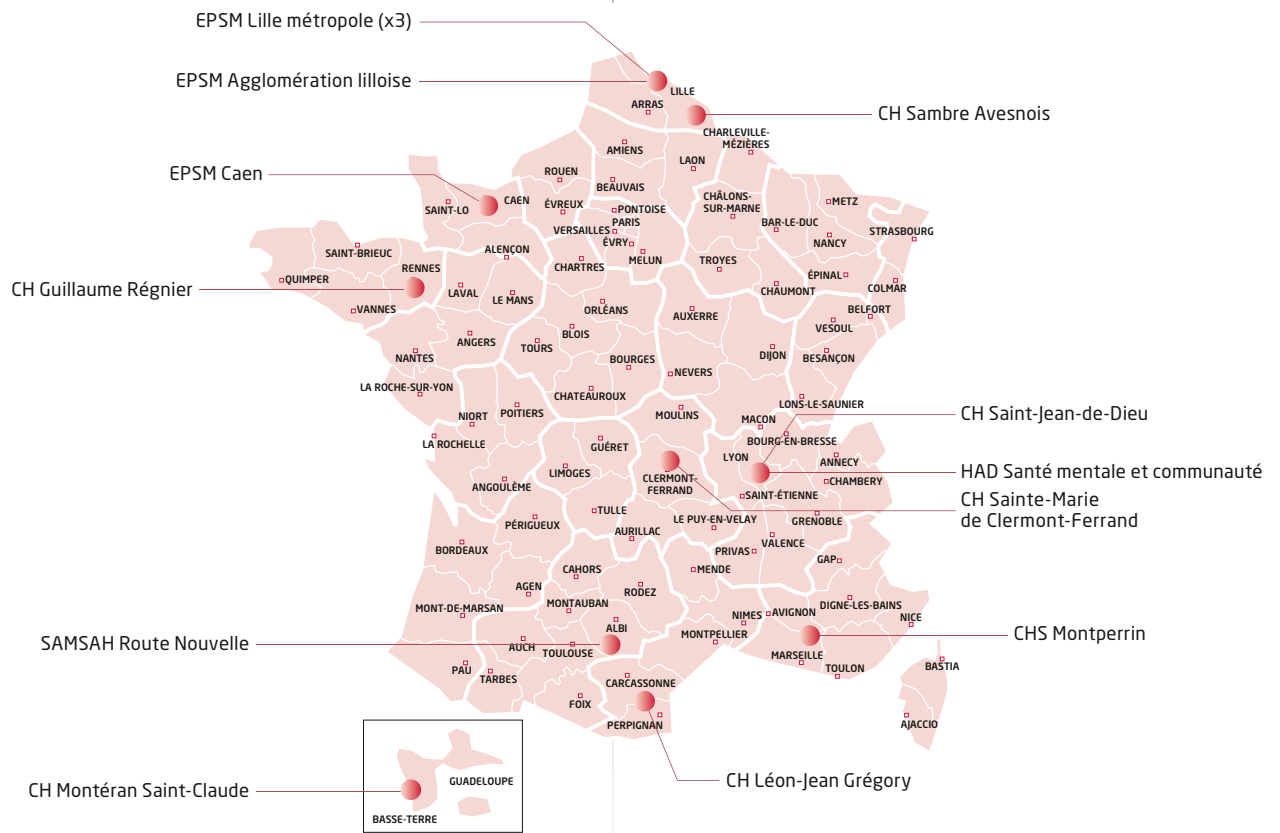


Figure 3 : 14 structures retenues

Nom du dispositif	Établissement de rattachement	Ville	Statut juridique
Centre ressource familles & troubles psychotiques (CREFAP)	Centre hospitalier Guillaume Régnier	Rennes	Public
CMP d'Aix-en-Provence et de Pertuis - Secteur 13G18	Centre hospitalier spécialisé Montperrin	Aix-en-Provence	Public
CMP de Maubeuge et d'Hautmont - Secteur 59G39	Centre hospitalier de Sambre Avesnois	Maubeuge	Public
Dispositif d'intervention à domicile (DIAD) - Secteur 59G18	EPSM Lille métropole	Linselles	Public
Équipe mobile d'Argelès en psychiatrie (EMAP) - Secteur 66G04	Centre hospitalier Léon-Jean Grégory de Thuir	Argelès	Public
Équipe mobile de réhabilitation sociale et psychosociale (EMR7) - Secteur 59G07	EPSM Lille métropole	Armentières	Public
Équipe référente de maintien et de soutien pour les logements protégés (ELLE'Z) - Secteur 96G02	Centre hospitalier Montéran Saint Claude	Capesterre - Guadeloupe	Public
Secteurs 63G03, 63G04, 63G05, 63G06, 63G07	Centre hospitalier Sainte Marie de Clermont-Ferrand	Clermont-Ferrand	PNL
Soins médico-psychologiques de proximité (SMPP) - Secteur 59G21	EPSM Lille métropole	Ronchin	Public
Unité d'aide et d'accompagnement à domicile (UAAD) - Secteur 14G07	EPSM de Caen	Lisieux	Public
Unité de soins soutenus à domicile (USSAD) - Secteur 59G23	EPSM Agglomération lilloise	Lille	Public
Unité Yves Tanguy - Pôle intersectoriel de soins et de réhabilitation	Centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu	Lyon	PNL
HAD en psychiatrie	Association Santé mentale et communauté	Villeurbanne	PNL
SAMSAH pour adultes handicapés psychiques	Association Route Nouvelle	Toulouse	PNL

Introduction

6. Méthodologie du retour d'expériences

Une visite de chacun des 14 dispositifs a été réalisée et a donné lieu à la rédaction d'une monographie, validée par les professionnels rencontrés et leur direction.

Un séminaire de restitution et d'échanges a été organisé avec les professionnels des structures visitées afin de partager les premiers enseignements tirés des monographies. Deux ateliers de travail ont permis de porter plus particulièrement la réflexion sur :

- ▶ La question de la place des IAD dans le parcours de la personne souffrant de troubles psychiques ;
- ▶ La question du pilotage de l'activité des IAD.

Les retours d'expériences ont constitué la matière première pour formaliser les enseignements repris dans ce document. L'ANAP remercie donc très sincèrement celles et ceux qui ont bien voulu mettre leur expérience au profit de tous. Pour tenter de restituer la richesse des informations collectées, tout en identifiant les principaux axes convergents, le document est structuré en deux parties :

- ▶ Des enseignements issus des retours d'expériences qui reprennent les constats partagés sur le fonctionnement des 14 équipes, par définition hétérogènes car organisées pour répondre à des besoins propres à leur territoire. Ces constats sont le fruit des échanges avec les professionnels de terrain ;
- ▶ Des synthèses des 14 monographies.



Les monographies des retours d'expériences, telles que validées par les structures, sont consultables et téléchargeables dans leur version intégrale sur le site de l'ANAP.

www.anap.fr

7. Destinataires de la publication

Cette publication s'adresse plus particulièrement aux :

- ▶ Directeurs d'établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;
- ▶ Cadres de santé ;
- ▶ Psychiatres ;
- ▶ Professionnels soignants ;
- ▶ Fédérations du secteur ;
- ▶ Usagers, familles et aidants.



PRÉCAUTIONS DE LECTURE

La diversité des modalités d'intervention des secteurs de psychiatrie

Le nombre et la diversité des secteurs de psychiatrie ont permis le développement de dispositifs d'intervention à domicile très différents. Cette variété des IAD constitue une richesse, à l'image de la diversité des besoins des patients ; elle représente également une complexité qui empêche de tirer des enseignements homogènes sur l'organisation des IAD.

Des constats et une sémantique issus des visites des dispositifs

L'état des lieux proposé sur les IAD est issu des visites réalisées auprès de 14 structures et des échanges avec les professionnels. Il a uniquement vocation à rendre compte des dispositifs tels que décrits par les professionnels rencontrés. Aussi :

- ▶ Il ne prétend pas être exhaustif ;
- ▶ Il n'est pas représentatif de l'ensemble des dispositifs existant en France ;
- ▶ Il ne vise pas à décrire une organisation générale des IAD.

Le retour d'expériences s'appuie sur l'implication volontaire des établissements qui ont répondu à l'appel à candidatures et qui ont souhaité partager leur expérience.

Les entretiens avec les différents professionnels mettent en avant la difficulté, parfois, de restituer les actions et de les valoriser, et expliquent en partie l'absence d'une description fine de leurs activités dans ce document.

CE DOCUMENT REPREND LA TERMINOLOGIE UTILISÉE PAR LES ACTEURS RENCONTRÉS.



1

Enseignements issus
du retour d'expériences

Chapitre 1

Enseignements issus du retour d'expériences

Une adaptation du secteur de psychiatrie à l'évolution des besoins des publics

Historiquement, les Centres médico-psychologiques (CMP) intervenaient en sortie d'hospitalisation avec des Visites à domicile (VAD) réalisées par des infirmiers pour permettre aux patients souffrant de troubles psychiques de vivre à domicile. Le mouvement de désinstitutionnalisation massif des patients a nécessité une évolution des modalités d'intervention de l'extrahospitalier pour répondre aux différents besoins des patients. Ainsi, des unités de réhabilitation psychosociale ont été mises en place pour aider les personnes à réinvestir la cité. La loi du 11 février 2005 *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*⁴ a retenu explicitement la notion de handicap psychique. Elle s'appuie sur le principe du recours aux dispositifs de droit commun, lui-même étayé par un droit à compensation pour favoriser l'accès à l'autonomie des personnes handicapées.

Ce mouvement a été accompagné par une diversification dans tous les modes d'intervention, et particulièrement à domicile, impactant les acteurs mobilisés et le profil des professionnels.

1. Une diversification des modalités d'intervention

Les interventions à domicile (IAD) impliquées dans le retour d'expériences peuvent être schématiquement classées en 4 catégories.

Figure 4 : Typologie des interventions à domicile

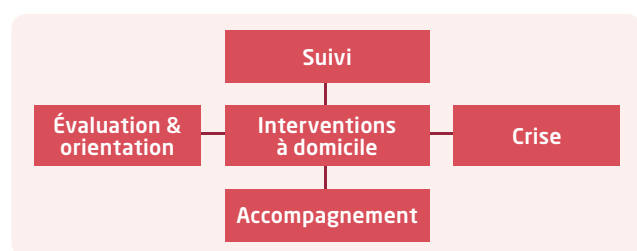


Figure 5 : Répartition des structures visitées par typologie d'intervention

Catégorie d'IAD	Nom du dispositif
Suivi	CMP de Maubeuge et d'Hautmont - Secteur 59G39
	CH Sainte Marie de Clermont-Ferrand - Secteurs 63G03, 63G04, 63G05, 63G06, 63G07
	CMP d'Aix-en-Provence et CMP de Pertuis - Secteur 13G18
	Soins médico-psychologiques de proximité (SMPP) - Secteur 59G21
Crise	Dispositif d'intervention à domicile (DIAD) - Secteur 59G18
	Unité de soins soutenus à domicile (USSAD) - Secteur 59G23
Accompagnement	Unité d'aide et d'accompagnement à domicile (UAAD) - Secteur 14G07
	Unité Yves Tanguy - Pôle intersectoriel du CH Saint-Jean de Dieu
	Équipe mobile de réhabilitation sociale et psychosociale (EMR7) - Secteur 59G07
	Équipe référente de maintien et de soutien pour les logements protégés (ELLE'Z) - Secteur 96G02
Évaluation et orientation	Centre ressource familles & troubles psychotiques (CREFAP) - Pôle hospitalo-universitaire du CH Guillaume Régnier
	Équipe mobile d'Argelès en psychiatrie (EMAP) - Secteur 66G04

11

4 - Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, publiée au JORF n°36 du 12 février 2005 page 2353

Chapitre 1

Enseignements issus du retour d'expériences

1.1 Des interventions à domicile « de suivi »

Les interventions à domicile « de suivi », plus communément appelées « Visites à domicile » (VAD), sont majoritairement prescrites au moment de la sortie de l'hôpital du patient ou à l'issue d'une consultation en CMP, en direction de patients chroniques. Le suivi assuré est plus ou moins long en fonction des besoins de la personne. Ces VAD sont organisées dans le cadre des missions traditionnelles des CMP de proximité et de continuité de soins organisées par la circulaire du 15 mars 1960. Elles sont réalisées par un infirmier sur prescription médicale et avec le consentement du patient.

Par exemple, le CMP d'Hautmont, rattaché au centre hospitalier de Sambre Avesnois, organise des VAD « de suivi » depuis sa création en 1975.

1.2 Des interventions à domicile « de crise »

Des interventions à domicile se spécialisent dans la réponse à des situations de patients en crise aiguë. Elles requièrent un mode d'organisation adapté avec des moyens renforcés et une réactivité des équipes, et se rapprochent du modèle de l'Hospitalisation à domicile (HAD). Elles sont prescrites sur de très courtes durées. Les équipes se composent majoritairement de professionnels soignants (psychiatre et infirmier).

Cf. présentation de l'HAD pages 13 et 14.

Par exemple, le Dispositif d'intervention à domicile (DIAD), rattaché à l'EPSM Lille métropole, permet de mobiliser des moyens importants avec l'organisation d'IAD infirmières (quotidiennes voire pluriquotidiennes) et d'IAD médicales (hebdomadaires) sur une période de 10 jours.

1.3 Des interventions à domicile « d'accompagnement »

Certains patients requièrent la mise en place d'interventions à domicile spécialisées sur le volet accompagnement et/ou recherche de logement, à la suite de leur sortie d'hospitalisation. La prise en charge proposée est plus soutenue que dans le cadre des IAD « de suivi » avec une fréquence des interventions beaucoup plus conséquente, qui explique la qualification de « VAD renforcées » utilisée par plusieurs équipes rencontrées.

Certaines IAD « d'accompagnement » peuvent se centrer sur la prise en charge globale de l'usager.

Par exemple, l'Unité d'aide et d'accompagnement à domicile (UAAD), rattachée à l'EPSM de Caen, est une structure expérimentale située entre l'HAD et le Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui propose une prise en charge globale et une présence très soutenue de l'équipe auprès du patient.



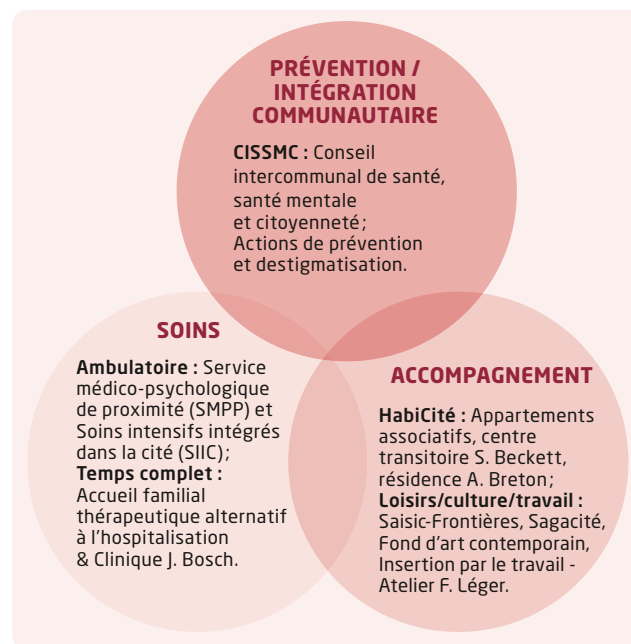
UNE ORGANISATION SOUTENUE PAR UNE LARGE PALETTE DE SERVICES

Au-delà de la seule diversification des IAD, certains secteurs ont mis en place une palette de services très large pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes souffrant de troubles psychiques.

C'est le cas du secteur 59G21 rattaché à l'EPSM de Lille métropole qui, pour favoriser le maintien à domicile, a développé un large éventail de prestations. Celles-ci vont du soin à l'accompagnement à l'intégration dans la cité, conformément à la politique sectorielle.

Ce modèle, très intégré dans la cité, est sous-tendu par une forte mobilisation des moyens du secteur 59G21 qui développe lui-même les différents modes de prises en charge ou d'accompagnement. Sa reproductibilité peut apparaître difficile à envisager sur des territoires où les services médico-sociaux ou sociaux, par exemple, sont déjà très présents auprès des personnes souffrant de troubles psychiques. Il est également très dépendant des moyens dont disposent les secteurs de psychiatrie qui sont variés mais également des cultures professionnelles, l'organisation d'un secteur étant « psychiatre-dépendant ».

Figure 6 : Activités du secteur 59G21



Chapitre 1

Enseignements issus du retour d'expériences

D'autres IAD « d'accompagnement » peuvent être axées sur le logement. Ces IAD sont des émanations d'unités de réhabilitation et font appel aux compétences de professionnels éducatifs.

Par exemple, l'unité Yves Tanguy, rattachée au pôle intersectoriel du centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu, a organisé des IAD qualifiées de « VAD de réhabilitation » pour accompagner le patient à entrer en appartement associatif.

1.4 Des interventions à domicile « d'évaluation et d'orientation »

Certaines équipes se mettent en place pour répondre à la « non demande » des personnes ou à la demande de familles et de tiers. Cette intervention ponctuelle permet de réaliser une évaluation de la personne et de lui proposer une orientation.

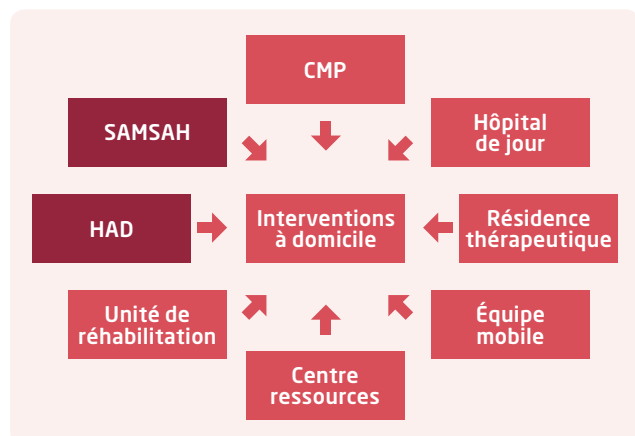
Par exemple, l'Équipe mobile d'Argelès en psychiatrie (EMAP), rattachée au centre hospitalier Léon-Jean Grégory, intervient à la demande de toute personne pour anticiper et évaluer les situations de crise de nature psychiatrique.

Par exemple, le Centre ressources familles et troubles psychotiques (CREFAP), rattaché au pôle hospitalo-universitaire du centre hospitalier Guillaume Régnier, intervient à la demande des familles pour accompagner un proche à domicile.

2. Un partage par de nombreux acteurs

Si historiquement les VAD étaient organisées par les CMP, les IAD peuvent aujourd'hui l'être par une pluralité d'acteurs : 8 types d'acteurs sont recensés dans le cadre de ce retour d'expériences.

Figure 7 : Acteurs rencontrés organisant des IAD auprès de personnes souffrant de troubles psychiques



Cette diversification peut trouver une explication dans l'augmentation de la file active de certains CMP et leur impossibilité de répondre aux nouvelles demandes de patients, avec des délais d'attente très longs pour obtenir une consultation. En effet, la croissance de la demande n'a généré parallèlement aucune augmentation des équipes des CMP.

Pour pallier ces difficultés, les Agences régionales de santé (ARS) financent des équipes mobiles et incitent des acteurs non nécessairement issus du secteur de psychiatrie à intervenir à domicile.



LES OFFRES D'ACCOMPAGNEMENT ET PRISES EN CHARGES PROPOSÉES PAR LE SAMSAH ET L'HAD

Des HAD et SAMSAH interviennent à domicile pour accompagner des personnes souffrant de troubles psychiques en délivrant des prestations proches de celles du secteur de psychiatrie. L'HAD Santé mentale et communauté et le SAMSAH Route Nouvelle ont été créés à l'initiative des ARS ou des anciennes DDASS pour répondre à des besoins des patients/usagers non couverts par le secteur de psychiatrie dans le cadre des IAD.

13

2.1 HAD expérimentale en psychiatrie

2.1.1 Définition de l'HAD

L'arrêté du 14 mars 1986 permet d'organiser l'hospitalisation à domicile (HAD) en psychiatrie, et une circulaire du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile⁵ précise le cahier des charges de la prise en charge en HAD en psychiatrie.

L'HAD est une structure sanitaire qui intervient à titre expérimental en psychiatrie. Elle est un temps d'hospitalisation hors les murs qui met en place un soin intensif en cas de crise aiguë sur une courte durée et qui vise à :

- ▶ La délivrance, à domicile, de soins individualisés, coordonnés et d'une particulière intensité;
- ▶ Le maintien ou le développement de l'autonomie du patient;
- ▶ Son insertion ou sa réinsertion sociale en prenant en compte son environnement social ou familial.

5 - Circulaire DHOS/O n° 2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile

Chapitre 1

Enseignements issus du retour d'expériences

L'HAD doit répondre à un certain nombre d'exigences réglementaires, et notamment une obligation de fréquence des interventions (au moins quotidienne voire pluriquotidienne) et de permanence et continuité des soins (7j/7, 24h/24).

2.1.2 Tentatives de développement de structures d'HAD par le secteur de psychiatrie

Certains dispositifs « de crise » mis en place par le secteur de psychiatrie répondent partiellement aux objectifs de l'HAD et ont le projet de créer une HAD. L'absence de moyens suffisants pour assurer une intervention 24h/24 et 7j/7, d'unité fonctionnelle ou de ressources supplémentaires en empêchent la création. *Par exemple, au Pôle de Lisieux de l'EPSM de Caen, le choix de créer une structure expérimentale à mi-chemin entre le SSIAD et l'HAD s'explique par l'impossibilité de créer une HAD en raison de l'absence de fonctionnement des urgences 24h/24 et la difficulté à assurer la couverture du weekend par le personnel affecté à la structure.*

D'autres dispositifs ont suspendu leur projet de création d'une HAD en attendant une adaptation du cahier des charges de l'HAD à la psychiatrie mais aussi devant l'impossibilité de répondre aux objectifs d'activité imposés à l'HAD.

2.2 SAMSAH pour personnes handicapées psychiques

2.2.1 Définition du SAMSAH

Le Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) a été créé par un décret du 11 mars 2005 *relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés*⁶. Il s'agit d'une structure médico-sociale qui fait l'objet d'une double autorisation et d'un double financement par le Conseil Général et l'Agence régionale de santé (ARS).

Le SAMSAH prend en charge des personnes adultes handicapées dont les déficiences et incapacités nécessitent, dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager, une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence, un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie, des soins réguliers et coordonnés ainsi qu'un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

2.2.2 Quelle place pour le SAMSAH dans le cadre des IAD ?

Les prestations réalisées par le SAMSAH sont proches de celles réalisées par certaines équipes du secteur de psychiatrie dans le cadre des IAD, notamment sur le versant accompagnement. Par exemple, l'accompagnement pour faire les courses peut



L'HAD EN PSYCHIATRIE

L'HAD en psychiatrie est aujourd'hui très peu développée sur le territoire. La Cour de comptes⁷ dénombrait en 2013 treize établissements titulaires d'une autorisation d'HAD en psychiatrie.

Freins

Un certain nombre de freins au développement de telles structures peut exister :

- ▶ **Les ARS ne peuvent plus autoriser des HAD en psychiatrie, sauf dans le cadre d'expérimentations. En outre, ces HAD peuvent être confrontées à une absence de renouvellement de leur autorisation ;**
- ▶ **La réglementation de l'HAD en termes de cadrage, certification, etc. est très lourde / contraignante pour les structures et a pour conséquence la création de dispositifs proches de l'HAD par le secteur de psychiatrie.**

Enjeux

L'HAD vise à proposer une hospitalisation hors les murs dans un objectif de maintien à domicile du patient et répond aux besoins de certains d'entre eux.

Perspective d'avenir

Les structures d'HAD ont aujourd'hui besoin d'une lisibilité politique et réglementaire concernant leur avenir.

être réalisé dans le cadre des IAD de suivi, des VAD d'accompagnement et du SAMSAH. Cette similarité des prestations interroge la place des différents intervenants et la multiplicité des prises en charge au domicile du patient.

Cf. « Des acteurs médico-sociaux à investir », page 24.

2.2.3 Un frein : le temps de mobilisation d'un SAMSAH

Le SAMSAH intervient sur notification de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour une durée déterminée de 3 ans renouvelable. La notification de la MDPH pour entrer en SAMSAH prend du temps, avec un délai moyen de traitement des demandes de 4,4 mois en 2012⁸ et va nécessiter la mise en place d'un dispositif sectoriel à la sortie du patient. En conséquence, ce délai d'intervention du SAMSAH vient en contradiction avec le besoin de réactivité nécessaire à l'accompagnement des patients souffrant de troubles psychiques.

6 - Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, publié au JORF du 13 mars 2005

7 - Cour des Comptes, La sécurité sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 17 septembre 2013

8 - CNSA, MDPH : Une adaptation continue, Synthèse des rapports d'activité 2012 des maisons départementales des personnes handicapées, décembre 2013

Chapitre 1

Enseignements issus du retour d'expériences

3. Une évolution du profil des intervenants

La diversification des modalités d'intervention a également modifié le profil des professionnels des équipes d'IAD. La composition des équipes a ainsi évolué afin d'améliorer l'accompagnement des patients, avec l'arrivée notamment d'éducateurs

spécialisés. D'autres professionnels non soignants interviennent aussi : psychologues, conseillères en économie sociale et familiale, psychomotriciens, ergothérapeutes, moniteurs d'atelier, etc.

Figure 8 : Professionnels rencontrés composant les équipes d'intervention à domicile

Catégorie d'IAD	Structures	Professionnels								
		Aide-soignant	Cadre de santé	CESF	Éducateur spécialisé	Infirmier	Psychiatre	Psychologue	Psychomotricien	Secrétaire
IAD de suivi	CMP de Maubeuge et d'Hautmont - Secteur 59G39 - Centre hospitalier de Sambre Avesnois		non				oui	non	non	non
	Secteurs 63G03, 63G04, 63G05, 63G06, 63G07 - Centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand		non		ponct.	oui	ponct.	ponct.		non
	Soins médico-psychologiques de proximité (SMPP) - Secteur 59G21 - EPSM Lille métropole			non			oui	oui	oui	non
	CMP d'Aix-en-Provence et de Pertuis Secteur 13G18 - Centre hospitalier spécialisé Montperin			non			oui	ponct.	non	non
IAD d'accompagnement	Unité d'aide et d'accompagnement à domicile (UAAD) Secteur 14G07 - EPSM de Caen	oui	non				oui	non		
	Équipe mobile de réhabilitation sociale et psychosociale (EMR7) - Secteur 59G07 - EPSM Lille métropole		non		oui	oui	ponct.			
	Unité Yves Tanguy - Pôle intersectoriel de soins et de réhabilitation - Centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu		non		oui	oui	ponct.			
IAD d'évaluation et d'orientation	Équipe référente de maintien et de soutien pour les logements protégés (ELLE'Z) - Secteur 96G02 - Centre hospitalier Montéran Saint-Claude		non		oui	oui	non			
	Équipe mobile d'Argelès en psychiatrie (EMAP) - Secteur 66G04 - Centre hospitalier Léon-Jean Grégory de Thuir					oui	oui	oui		
IAD de crise	Centre ressource familles & troubles psychotiques (CREFAP) - Centre hospitalier Guillaume Régnier - Pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'adulte		non			oui	oui			
	Dispositif d'intervention à domicile (DIAD) - Secteur 59G18 - EPSM Lille métropole		non			non	oui			non
IAD hors secteur de psychiatrie*	Unité de soins soutenus à domicile (USSAD) - Secteur 59G23 - EPSM Agglomération lilloise		non		oui	oui	ponct.	non	non	non
	HAD en psychiatrie - Santé mentale et communauté					oui	ponct.	non		non
	SAMSAH pour adultes handicapés psychiques - Association Route Nouvelle			oui		oui	non	non		non

15

- oui** Professionnel intervenant à domicile
- ponct.** Professionnel intervenant ponctuellement à domicile
- non** Professionnel n'intervenant pas à domicile

*Le SAMSAH et l'HAD ne répondent pas strictement aux critères de sélection de cette étude, cependant leur développement et leur place dans le parcours de la personne souffrant de troubles psychiques est tel qu'il a été décidé de les rencontrer.

Précisions de lecture du tableau

- Les assistantes sociales réalisent ponctuellement des interventions à domicile. Elles sont le plus souvent rattachées au CMP et ne disposent pas d'un temps dédié exclusivement aux équipes d'IAD.
- Les psychiatres, psychologues et psychomotriciens composant les équipes d'IAD interviennent ponctuellement à domicile. Ils proposent des consultations aux patients suivis en IAD en dehors de leur domicile.
- La présentation des professionnels n'est pas représentative de l'ensemble des équipes existantes. Ainsi, par exemple, les équipes rencontrées ne disposent pas d'aides médico-psychologiques.

Chapitre 1

Enseignements issus du retour d'expériences

3.1 Les principaux intervenants à domicile rencontrés

3.1.1 Aide-soignant

L'aide-soignant est présenté comme bénéficiant d'une qualité de contact dans les actes de la vie quotidienne et d'une grande disponibilité. Ce professionnel est moins pris par les actes techniques et dispose de davantage de temps pour s'occuper de l'aspect relationnel. Il peut également réaliser un accompagnement dans les soins d'hygiène.

3.1.2 Assistante sociale

L'intervention d'une assistante sociale à domicile est présentée comme une réelle plus-value par sa connaissance fine du réseau et son expertise du logement. Outre son rôle important dans la préparation de la sortie avec la recherche du logement et l'accompagnement de la personne, elle intervient également sur demande des équipes, ponctuellement et en fonction des besoins du patient, pour, par exemple, contacter un service d'aide à domicile ou encore réaliser des demandes administratives.

Malgré son rôle fondamental au domicile, peu d'équipes disposent d'un temps dédié d'assistante sociale dans leurs effectifs et elles ne peuvent faire appel à cette dernière que très ponctuellement.

3.1.3 Éducateur spécialisé

Certaines équipes ont choisi de remplacer un poste infirmier par un poste d'éducateur spécialisé. Ce professionnel est présenté comme disposant d'une approche/regard différent avec une vision moins sanitaire des interventions et une plus grande ouverture sur l'extérieur. Il utilise des outils plus adaptés à l'accompagnement des usagers tels des grilles d'évaluation ou le projet de vie de la personne.

3.1.4 Infirmier

Historiquement, les interventions à domicile ont été réalisées par des infirmiers. Les VAD « de suivi » se composent majoritairement d'infirmiers qui présentent une grande polyvalence dans leurs actes, allant du soin à la coordination à l'accompagnement, à l'autonomisation du patient, notamment en l'absence des acteurs idoines. On les retrouve également dans des dispositifs de crise, où leur présence se justifie par la nécessité d'être non pas dans l'aide à la réalisation des actes de la vie quotidienne mais dans la coordination des soins et l'analyse clinique.

3.1.5 Psychiatre

En plus de la prescription et du suivi des IAD, l'intervention d'un psychiatre à domicile est de plus en plus fréquente dans les nouveaux dispositifs. Elle permet à ce dernier de disposer d'une indication sur le plan clinique de ce qui se passe à domicile et de bénéficier d'un regard croisé avec l'infirmier sur la personne souffrant de troubles psychiques.

3.2 Description des missions des professionnels des équipes d'IAD

La description des missions des professionnels des équipes d'IAD est issue des échanges avec les équipes, qui n'ont pas permis de disposer d'une présentation générale des missions des différents intervenants. Celles-ci mériteraient d'être précisées dans un souci de clarification du rôle de chacun.

Cette description amène un certain nombre de questionnements :

- ▶ Une indisponibilité des ressources sur le secteur de psychiatrie;
- ▶ La présence de certains professionnels dans le cadre des interventions à domicile interroge le fonctionnement du secteur de psychiatrie. D'une part, l'assistante sociale, dont le rôle est reconnu comme fondamental au domicile, est insuffisamment présente dans le cadre des IAD. D'autre part, l'intervention de psychiatres à domicile questionne compte tenu des besoins du secteur en psychiatres;
- ▶ Un risque de glissement de tâches des professionnels;
- ▶ L'indisponibilité d'assistantes sociales peut conduire les intervenants, et notamment les infirmiers, à un glissement de tâches, en étant contraint d'assumer leur rôle. L'absence d'acteurs idoines sur le territoire (SAAD, SAMSAH, etc.) peut également engendrer les mêmes conséquences. De même, le recours à des professionnels éducatifs dans les équipes d'IAD interroge leurs missions et peut risquer d'entraîner des glissements de tâches (voire une transformation de poste) vers le métier d'infirmier.

Chapitre 1

Enseignements issus du retour d'expériences

Un fonctionnement empirique

Bien qu'aucun texte ne fixe précisément les missions et l'organisation des IAD (contrairement au SAMSAH ou à l'HAD, dont le cadre d'intervention est rigoureusement fixé), les structures rencontrées se sont chacune dotées d'objectifs et d'un cadre d'intervention, dont les caractéristiques sont souvent communes. Les équipes rencontrées s'accordent sur la nécessité d'améliorer la connaissance de leur activité au domicile du patient.

1. Un objectif global de maintien à domicile du patient

Les IAD visent toutes un objectif global de maintien à domicile des personnes souffrant de troubles psychiques qui peut se décliner de diverses manières. Les équipes rencontrées déclarent réaliser tout ou partie des objectifs suivants :

Figure 9 : Objectifs des IAD

Des objectifs sanitaires	Des objectifs d'accompagnement
Éviter, limiter, compléter, remplacer le recours à l'hospitalisation	Écouter, rassurer, soutenir l'entourage de la personne
Préparer une hospitalisation	Travailler à la réinsertion sociale et à l'autonomie de la personne
Assurer une prévention des rechutes	Permettre une autonomisation de la personne
Réduire la durée de l'hospitalisation	Coordonner les différents intervenants autour du patient et de la vie extérieure
Éviter les ruptures après l'hospitalisation	Maintenir la personne dans son milieu
Stabiliser la personne	Instaurer une relation d'aide et de confiance avec le patient, voire la famille
Assurer une continuité des soins/une observance du traitement/ une alliance thérapeutique	Travailler à la déstigmatisation de la maladie mentale
Conserver un contact avec le système de soins avec un suivi attentif	Assurer une qualité de vie du patient à domicile
Initier une prise en charge	Organiser le relais
Répondre à une urgence diagnostic ou pronostic	Accompagner la personne dans les différentes démarches et orientations (accompagnement vers des soins médicaux)
Fournir une accessibilité aux soins pour des personnes éloignées géographiquement ou rencontrant des difficultés à se déplacer	Proposer un accompagnement soutenu
Orienter la personne	
Évaluer l'état clinique, milieu de vie, environnement, capacités d'autonomie, ressources et difficultés, étayage familial	

Ces objectifs ne décrivent pas l'activité quotidienne des professionnels dans le cadre de leurs interventions à domicile. L'«*éducation thérapeutique*» est, par exemple, absente des objectifs présentés par les équipes rencontrées.

Chapitre 1

Enseignements issus du retour d'expériences

2. Un cadre d'intervention commun

Malgré leur diversité, les structures rencontrées s'inscrivent dans des règles de fonctionnement majoritairement partagées.

2.1 Le choix d'intervenants expérimentés

Les professionnels doivent détenir une expérience en psychiatrie. La connaissance de la maladie mentale et du secteur sanitaire est un prérequis pour intervenir auprès des personnes atteintes de troubles psychiques, et *a fortiori* à domicile. Pour autant, cette vision très sanitaire de la VAD tend à être remise en question par certains dispositifs.

Le psychiatre doit également détenir une expérience afin de disposer d'une connaissance des enjeux au-delà du quotidien et d'une réflexion globale sur les réponses apportées par le dispositif de soins.

2.2 L'organisation des équipes

La majorité des équipes fait intervenir un seul professionnel à domicile, notamment pour des raisons de moyens, mais aussi pour ne pas causer chez le patient de sentiment d'intrusion. D'autres interviennent à deux voire à trois professionnels, afin notamment de bénéficier d'un regard croisé sur le patient.

Un référent peut être mis en place auprès du patient, afin de créer un point de repère pour ce dernier. Mais bien souvent, un binôme ou trinôme intervient en alternance afin de ne pas instaurer de relation fusionnelle entre patient et professionnel, d'éviter la rupture dans la relation lors des absences et de permettre une observation clinique plus affinée.

Certains professionnels sont dédiés aux IAD et d'autres sont partagés avec le centre médico-psychologique, l'hôpital de jour, le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, voire la résidence thérapeutique. Ce panachage des activités ambulatoires permet aux professionnels de diversifier leurs missions et de réaliser une observation clinique des patients dans divers domaines.

Des fiches de postes des professionnels intervenant en IAD peuvent permettre de préciser les missions attendues.

2.3 L'échange d'informations

De nombreuses réunions sont organisées par les équipes afin de procéder à des échanges d'informations sur la situation du patient, en intra-hospitalier et en extra-hospitalier.

Un dossier patient permet de suivre finement l'état de santé du patient; les professionnels y renseignent quotidiennement leur activité. Il peut être partagé entre différents professionnels, entre soignants uniquement ou entre soignants et non soignants de l'établissement, et tend à être informatisé.

Le partage d'informations avec des intervenants à domicile extérieurs, *a fortiori* non soignants, renvoie les équipes à des questionnements éthiques.

2.4 L'évaluation du patient

Les équipes procèdent à une évaluation globale de la personne au cours de la première visite à domicile. Peu d'outils existent pour organiser ces évaluations, par choix de certaines équipes de ne pas « faire entrer le patient dans des cases ». *A contrario*, de nouveaux dispositifs, issus d'unités de réhabilitation psychosociale et plus tournés sur l'accompagnement, disposent d'outils permettant d'évaluer l'autonomie du patient : grilles d'évaluation des habiletés sociales, livret d'auto-évaluation des habiletés sociales du patient, etc. Le livret d'auto-évaluation des habiletés sociales permet, par exemple, au patient, de recenser ses habiletés sociales ainsi que les difficultés rencontrées. Il est rempli par le patient à son entrée dans le dispositif et est revu régulièrement afin qu'il puisse suivre son évolution tout au long de la prise en charge.

2.5 La prévention des risques professionnels

Les IAD impliquent des conditions de travail qui peuvent être éprouvantes pour les professionnels, notamment en termes de réactivité et de souplesse. En outre, le domicile confronte les intervenants à une solitude et à certains risques liés aux publics accompagnés (agressivité par exemple). Pour limiter les risques professionnels, un certain nombre d'outils ont été développés pour accompagner les professionnels au quotidien.

- ▶ Un fort encadrement des équipes est mis en place avec de nombreuses réunions, et un professionnel encadrant en soutien des équipes. Il est important que les professionnels puissent s'appuyer sur l'encadrement, notamment pour pallier leur solitude liée à l'exercice de leurs missions à domicile;
- ▶ Des limites aux IAD sont posées, compte tenu notamment de la dangerosité du patient. En cas de situation à risque, les interventions se font à deux. Elles peuvent aussi se faire à deux pour les nouvelles prises en charge, tant que la personne n'est pas « connue/stabilisée ». Des consultations infirmières dans un local peuvent également permettre aux équipes d'éviter de se rendre au domicile de la personne;
- ▶ Des protocoles indiquent aux professionnels la conduite à tenir en cas d'absence de la personne, de risque vital à court terme (risque suicidaire), etc;

Chapitre 1

Enseignements issus du retour d'expériences

- ▶ Des groupes d'analyse de pratiques, animés par un psychologue ou un psychanalyste extérieur se réunissent à la demande des professionnels. Ce travail permet aux intervenants de prendre du recul sur des situations difficiles. Ils peuvent ainsi présenter leurs difficultés professionnelles liées à la perception individuelle de la prise en charge. Le psychologue apporte alors le regard d'un tiers sur des situations et leur donne l'occasion de se réinterroger sur leur place par rapport au patient;
- ▶ Un Dispositif d'alarme pour travailleur isolé (DAPI) permet aux professionnels d'alerter les secours en cas de problème;
- ▶ Enfin, l'organisation des tournées des professionnels, notamment au travers d'un équilibrage des tournées entre les patients nécessitant des prises en charge lourdes et ceux nécessitant des prises en charge plus légères peut permettre de soulager le travail des professionnels.

3. Une méconnaissance de l'activité IAD par les structures

Les professionnels rencontrés renseignent finement et quotidiennement leur activité dans le cadre du Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P). Pour autant, ces informations sont peu exploitées en interne et n'offrent pas la faculté aux équipes de connaître et suivre leur activité. Cette difficulté explique l'impossibilité dans le cadre de ce document de réaliser une étude d'impact sur chacun des dispositifs.



POURQUOI SUIVRE DES INDICATEURS ?

« Un indicateur est une information, nécessairement chiffrée, normalisée (au moyen d'une fiche indicateur) produite à intervalle régulier qui permet à une entité de suivre/piloter sa performance en répondant à une « question clé » (ex. : atteinte d'un objectif, réalisation d'une mission, etc.)⁹. »

Suivre des indicateurs permet d'évaluer annuellement l'efficacité du dispositif et de se réinterroger sur ses objectifs afin de l'adapter aux besoins des patients. En outre, ce suivi donne aux équipes une connaissance du service rendu, tant au niveau des patients que des activités et des objectifs et permet de rendre compte de l'activité aux différents acteurs : patients, financeurs, professionnels.

3.1 Des freins pour connaître son activité

L'absence de connaissance de l'activité peut, d'une part, trouver une explication dans le RIM-P qui ne permet pas d'exploiter les données d'activité des IAD. Ainsi, une hospitalisation de jour va, par exemple, gommer une IAD et entraîner une absence de valorisation de l'acte. D'autres dispositifs sont dans l'impossibilité de connaître le nombre d'actes réalisés, même si ces actes sont renseignés par les professionnels, ils seront valorisés en tant qu'actes du CMP. Le système d'information est, en outre, inadapté aux IAD, avec une trop grande synthétisation des informations demandées.

D'autre part, un certain nombre de freins sont liés à des professionnels qui peuvent être réticents à suivre leur activité par manque d'intérêt, à l'absence d'acculturation du secteur de psychiatrie, au manque d'implication des chefs de pôle, à la crainte d'une interprétation des chiffres, à l'absence de formation des professionnels, à la surcharge de travail administratif et enfin au manque de moyens humains (secrétaire par exemple).

3.2 Des outils à développer pour suivre son activité

Plusieurs outils ou adaptation d'outils permettraient d'aider les équipes à améliorer le suivi d'activité :

- ▶ Une adaptation du système d'information aux IAD, afin de comptabiliser les actes et d'harmoniser les définitions des activités, des actes et des pratiques de codification;
- ▶ Une aide des équipes dans le cadre de formations impliquant l'ensemble des professionnels d'un pôle (DIM compris), et d'un apprentissage à la valorisation des missions de soins et des activités qui en découlent;
- ▶ Des moyens matériels et logiciels, avec l'acquisition de postes informatiques et de compétences informatiques;
- ▶ La création d'outils tels des outils de fonctionnement (protocoles, échelles, grilles, etc.), des outils cliniques ou encore des outils de coordination entre acteurs mais également une capitalisation des outils existants;
- ▶ La création d'indicateurs spécifiques aux IAD et simples tels la réévaluation de la situation, le nombre de jours d'hospitalisation à temps plein annuels pour un patient suivi en ambulatoire, une évaluation de la qualité de vie des personnes à domicile, un ratio de coûts, une évaluation de la pertinence du dispositif. Ces indicateurs doivent permettre de réaliser des comparaisons, et notamment un benchmark entre structures, un croisement entre unités afin de connaître l'impact des IAD, des tris croisés entre indicateurs.

Chapitre 1

Enseignements issus du retour d'expériences



LES DISPOSITIFS EXPÉRIMENTAUX

Les dispositifs expérimentaux sont tenus de renseigner un certain nombre d'informations afin d'alimenter un rapport d'activité annuel. Ils doivent, en effet, justifier de leur activité auprès de l'ARS en vue de leur pérennisation, et disposent ainsi d'une connaissance fine de leur activité. Le caractère expérimental leur permet, en outre, de tester et réajuster les modalités d'intervention aux besoins réels des patients.

Figure 10 : Synthèse des indicateurs suivis par les équipes rencontrées dans le cadre des dispositifs expérimentaux

Demandeurs de l'intervention	Provenance des patients
Diagnostic	Satisfaction des partenaires & usagers
Durée des IAD	Taux de refus des prises en charge
Durée du suivi	Taux de réhospitalisation
File Active	Taux des Hospitalisations sous contraintes (HSC)
Fin de prise en charge	Taux d'occupation des lits
Fréquence des IAD	Taux des Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE)
IAD à plusieurs	Taux des Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT)
Motif de la demande	Taux d'Hospitalisation d'office (HO)
Nombre des IAD	Taux de recours à l'astreinte
Nouvelles prises en charge	Temps infirmier consacré à l'IAD
Orientation	Temps de réactivité

Chapitre 1

Enseignements issus du retour d'expériences

Une inscription dans un réseau d'acteurs

Le succès des interventions à domicile réside dans la mobilisation de nombreux acteurs qui sont amenés à graviter autour du patient. Les professionnels rencontrés mentionnent l'importance de «*cet étayage à mettre en place autour du patient*». Pour autant, cette pluralité d'acteurs requiert une coordination ainsi qu'une clarification des missions de chacun pour permettre un maintien à domicile du patient dans les meilleures conditions.

Figure 11 : Présentation des partenaires des dispositifs rencontrés

Bailleurs sociaux	Laboratoires
CAF	MDPH
CCAS	Médecine du travail
Centre de détention et de suivi GEM	Médecins généralistes
CLSM/atelier santé ville	Municipalité
EHPAD	Organismes tutélares
Équipe précarité santé mentale	Pharmacies
ESAT, AGEFIPH, Pôle Emploi	Proches (famille, voisinage)
Extra-hospitalier (CMP, HDJ, etc.)	SAD/SAAD
FAM & foyers de vie	SAMSAH & SAVS
GEM	Services sociaux
Infirmiers libéraux	UNAFAM
Intra-hospitalier	Urgences
Justice/Police/Gendarmerie	

Cette liste de partenaires ne prétend pas être exhaustive mais recenser les principaux partenaires cités par les équipes rencontrées.

1. De nombreux partenaires à coordonner

Le maintien à domicile de la personne souffrant de troubles psychiques peut requérir l'intervention d'acteurs relevant de l'intra-hospitalier, de l'extra-hospitalier ou extérieurs au secteur de psychiatrie. Ces interventions nécessitent d'être adaptées à la situation de chaque patient.

1.1 Une collaboration intrasectorielle à favoriser

En amont de la sortie du patient de l'hôpital, une articulation entre l'intra-hospitalier et l'extra-hospitalier est fondamentale pour assurer une continuité dans le parcours de soins du patient. Elle permet une préparation du patient à sa sortie au travers de l'organisation de rencontres au sein de l'hôpital entre l'équipe de l'intra-hospitalier et de l'extra-hospitalier pour présenter la nouvelle équipe au patient. Certains dispositifs d'IAD relèvent à la fois de l'intra-hospitalier et de l'extra-hospitalier et créent une complémentarité et une coordination dans l'accompagnement du patient qui peuvent se traduire matériellement par l'intervention commune des équipes. Le patient retrouve ainsi en sortie d'hôpital un professionnel de l'intra-hospitalier qu'il a connu au cours de son hospitalisation. Cette organisation permet, en outre, aux professionnels de l'intra-hospitalier de sortir de l'hôpital.

1.2 Des activités ambulatoires à moduler en fonction de chaque patient

Dans le cadre des activités extra-hospitalières, les équipes sont partagées concernant l'intérêt pour le patient de bénéficier de plusieurs activités en ambulatoire.

Pour certaines, l'organisation d'une complémentarité entre Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), Hôpital de jour (HDJ), appartements associatifs, CMP et IAD constitue une des clefs du succès de la réinsertion du patient. En effet, la combinaison des prises en charge permet de bénéficier d'une

Chapitre 1

Enseignements issus du retour d'expériences

évaluation complémentaire et d'avoir une connaissance précise des patients et de leurs besoins. Par exemple, le mixage des activités entre IAD et HDJ permet une meilleure continuité des soins du patient avec le passage d'un mode de prise en charge à un autre, un allègement de la présence en HDJ pour les personnes qui peuvent être réorientées vers le domicile et une meilleure fluidité.

Pour d'autres, *a contrario*, une intervention exclusive des IAD vise à ne pas multiplier les prises en charge et à ne pas créer un prolongement de l'hôpital « hors les murs », qui pourrait être préjudiciable aux patients : l'équipe d'IAD est là pour « autonomiser » le patient. Seuls les patients les plus lourds requièrent des pluri-interventions et ont besoin d'un étayage social et infirmier important. Une intervention exclusive peut aussi trouver une explication dans les territoires ruraux très étendus géographiquement qui ne permettent pas de proposer d'alternatives aux IAD. Enfin, elle peut aussi être le fait de patients réfractaires à revenir à l'hôpital.

1.3 Un patient à inscrire dans son tissu local

Les équipes font appel et coordonnent de nombreux acteurs au domicile afin d'inscrire le patient dans son tissu local et de faciliter son insertion dans la cité. Cet étayage autour du patient garantit aussi sa prise en charge globale. Les structures rencontrées mettent en avant l'importance des intervenants suivants :

1.3.1 Entourage

Sous réserve de l'accord de la personne, les équipes réalisent un travail en direction de l'entourage quand il existe. Pour autant, la majorité des patients accompagnés en IAD est isolée.

L'usager ne peut être dissocié de son environnement et l'entourage constitue une ressource pour les équipes avec qui il convient de créer une alliance thérapeutique. L'équipe participe à rassurer l'entourage.

Le CREFAP met en avant que l'accompagnement des familles réduit leur niveau d'anxiété et induit l'amélioration de l'état de santé du proche malade, entraînant la diminution du nombre, de la durée et des modalités des hospitalisations. Il a développé un dispositif en direction des familles qui consiste à proposer des interventions à domicile « C' mieux à domicile » et une formation « Pro-Famille ». Cette dernière vise à retrouver et maintenir leurs habiletés à communiquer avec leur proche et les autres, gérer leurs émotions et le stress et mieux préserver leur santé.

Pour autant, l'association de l'entourage peut rencontrer des freins. D'une part, une difficulté peut exister dans le portage du secret médical partagé par les équipes. D'autre part, certains entourages peuvent s'avérer envahissants et ainsi nuire à l'intervention auprès du patient.

1.3.2 Infirmiers libéraux

Les équipes recourent aux infirmiers libéraux pour assurer une continuité des soins auprès du patient. Elles délèguent, sur prescription du psychiatre, la réalisation d'actes techniques : injections, prises de sang, délivrance et observance du traitement, soins du soir et weekend. Les infirmiers libéraux assurent aussi un relais dans la remontée d'informations. Il existe une réelle complémentarité entre les actions menées par les équipes d'IAD et les infirmiers libéraux.

Ce recours aux infirmiers libéraux répond à un véritable choix des équipes de resocialiser la personne dans le cadre de son tissu d'acteurs locaux. En outre, il permet de libérer du temps à l'équipe sur d'autres actes et d'être davantage sur un rôle de gestionnaire de cas du parcours de soins.



LA RÉALISATION DES INJECTIONS DE NEUROLEPTIQUES À ACTION PROLONGÉE (NAP)

La réalisation des injections de NAP par les équipes de psychiatrie et/ou les infirmiers libéraux répond à des objectifs différents : « injection relationnelle » versus acte technique. Certaines équipes réalisent l'injection de NAP car elles l'inscrivent dans une démarche globale de prise en charge du patient et l'accompagnent d'un réel temps d'entretien infirmier. A contrario, la délégation de cet acte peut répondre à la volonté de l'équipe de préparer un relais.

1.3.3 Médecins traitants

Le médecin traitant intervient sur les soins somatiques, les pathologies associées aux troubles psychiques du patient. Il est important de rattacher le patient à un médecin traitant de proximité afin que ce dernier devienne le pivot dans l'organisation du parcours de soins du patient. Les équipes peuvent accompagner le patient lors de ces consultations et participer à rassurer le praticien.

Pour autant, certains territoires sont dépourvus de médecins traitants et le temps d'attente et l'avance de frais peuvent constituer un frein pour les patients.

1.3.4 Établissements et services sociaux et médico-sociaux

Des aides à domicile sont très souvent présentes au domicile des patients et les équipes d'IAD ont développé des outils de liaison avec les intervenants du domicile. Un cahier de liaison

Chapitre 1

Enseignements issus du retour d'expériences

peut être mis en place, sous réserve de l'accord du patient. Il permet de répondre aux difficultés rencontrées par les aides à domicile en facilitant les échanges d'informations et peut être partagé plus largement avec l'ensemble des intervenants à domicile. Les équipes peuvent aussi être en appui pour les aides à domicile en organisant des réunions et en proposant des temps d'échanges. Certaines équipes proposent d'organiser la première rencontre du patient avec un professionnel du CMP qui servira de référent à l'auxiliaire de vie sociale. Enfin, les équipes peuvent aussi former les auxiliaires de vie sociale. Cependant, la question du secret professionnel fait l'objet d'une grande attention des équipes et peut constituer un frein à l'échange de certaines informations à des professionnels extérieurs aux équipes.

Des SAMSAH peuvent être présents en même temps que les IAD. Ils interviennent davantage sur le projet de vie de la personne.

Enfin, des conventions peuvent être signées entre le secteur de psychiatrie et certains établissements médico-sociaux (maison de retraite, foyer de vie, foyer d'hébergement, foyer d'accueil médicalisé) dans un rapport « gagnant-gagnant » afin de réserver des places pour le secteur de psychiatrie et d'accompagner des patients au long cours présents dans ces structures.

1.3.5 Collectivités locales

Des instances locales peuvent être structurées dans le cadre de Conseils locaux en santé mentale (CLSM) ou d'ateliers santé ville. Elles permettent de mieux connaître les partenaires locaux et de coordonner les interventions avec l'appui des élus. En effet, le secteur 59G21 indique que « *la coordination des réponses aux besoins de soins de la population nécessite l'implication des élus locaux, afin de donner une cohérence à un territoire de santé global et non ségréatif, entre les services sanitaires, sociaux et culturels* ». En pratique, peu des structures rencontrées s'appuient sur un CLSM. Pour autant, des partenariats avec les collectivités locales du secteur de psychiatrie permettent d'organiser la mise à disposition de locaux pour des consultations psychiatriques en proximité des usagers.

1.4 Des outils pour faire vivre les partenariats

Les équipes développent un certain nombre d'outils pour initier des partenariats, les faire vivre et plus largement communiquer sur leur activité :

- ▶ Des plaquettes de présentation des dispositifs permettent de communiquer sur le dispositif;
- ▶ Des conventions de partenariat sont signées par certaines équipes;



PRÉSENTATION DU CONSEIL LOCAL EN SANTÉ MENTALE (CLSM) ¹⁰

Le CLSM est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire et le service de psychiatrie, visant à définir en commun des politiques locales et des actions à entreprendre pour l'amélioration de la santé mentale de la population concernée.

Cet espace de concertation intègre obligatoirement les usagers et les habitants ainsi que tous les services sociaux, médico-sociaux et sanitaires et permet la planification et le développement des politiques locales de santé.

Le CLSM a une action de décloisonnement des pratiques professionnelles par la mise en place d'outils de prévention et d'insertion entre les différents partenaires (conventions, création de structures répondant aux besoins locaux, etc.).

Il a pour finalités de :

- ▶ **Définir et développer une stratégie locale qui réponde aux besoins sociaux, de santé et de santé mentale de la population;**
- ▶ **Améliorer la prévention et l'accès aux soins des personnes ayant des troubles psychiques;**
- ▶ **Agir sur les conséquences sociales des troubles psychiques notamment l'insertion professionnelle, l'habitat, la scolarisation, etc.;**
- ▶ **Lutter contre la stigmatisation et améliorer l'accès aux droits fondamentaux.**

- ▶ Des journées portes ouvertes sont organisées annuellement en direction des partenaires mais aussi du grand public;
- ▶ En amont de l'ouverture d'un dispositif, un travail préalable de rencontre des acteurs permet d'être repéré par un maximum d'intervenants des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et de faciliter les futures orientations;
- ▶ Des temps de réunion sont formalisés avec les partenaires dans le cadre du CLSM;
- ▶ Des réunions ponctuelles sont organisées autour de la situation de certains usagers;
- ▶ Un questionnaire d'évaluation de l'équipe peut être diffusé aux partenaires;
- ▶ Des référents de la structure peuvent être mis en place en direction des partenaires extérieurs afin d'améliorer la lisibilité des actions.

Chapitre 1

Enseignements issus du retour d'expériences

2. Des acteurs médico-sociaux à investir

Tous les professionnels rencontrés s'accordent sur la nécessité d'une coordination entre acteurs au domicile du patient, clé d'un accompagnement réussi. Néanmoins, le constat d'un cloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social reste d'actualité.

Ce cloisonnement peut se traduire dans les nombreux intervenants présents au domicile du patient et l'absence de lisibilité « du qui fait quoi » pour les patients mais aussi pour les acteurs, et nécessite une clarification. En effet, les prestations délivrées par ces différents acteurs peuvent être très proches, méconnes voire redondantes.

2.1 Des prestations d'accompagnement qui peuvent être réalisées par différents intervenants

Si les prestations de soins sont clairement réparties entre les acteurs avec la délivrance des soins somatiques par le médecin traitant et l'infirmier libéral, des soins psychiatriques par l'équipe d'IAD et des soins techniques par l'infirmier ou sur délégation à un infirmier libéral; les prestations d'accompagnement (au domicile ou à partir du domicile) le sont beaucoup moins.

Ainsi, l'accompagnement du patient à la réalisation des actes de la vie courante (ménage, courses, hygiène, actes administratifs), à sa réinsertion, à la réalisation d'activités, etc. entre dans les missions réglementaires des structures médico-sociales (services d'aide à domicile, SAVS, SAMSAH) et dans les objectifs d'accompagnement que se fixe le secteur de psychiatrie à domicile.

2.2 Quelle place pour le secteur médico-social ?

Alors que les acteurs médico-sociaux sont spécialisés dans l'accompagnement de publics fragiles vers leur autonomie, avec une culture davantage tournée sur le projet de vie de l'utilisateur (le projet de soins n'en est qu'une composante), et des outils au service de son autonomisation (Projet personnalisé individualisé (PPI), grille d'évaluation des habiletés sociales, etc.), ils n'ont qu'une place très réduite au domicile du patient. Par exemple, le rôle des services d'aide à domicile est limité à des prestations de ménage chez le patient et celui des SAMSAH « au projet de vie », ou « à l'accompagnement du patient dans ses sorties ».

Ainsi, aujourd'hui, la majorité des équipes d'IAD du secteur de psychiatrie rencontrées réalisent des prestations d'accompagnement. Si celles-ci peuvent se justifier au début de la prise en charge, la question de laisser la place à d'autres acteurs doit être posée, à la fois dans un souci d'autonomiser le patient mais aussi de contenir la file active des dispositifs d'interventions à domicile, et notamment des VAD des CMP. Cependant, ce relais ne sera envisageable que lorsque la personne sera stabilisée et que l'équipe d'IAD de secteur de psychiatrie aura atteint ses missions.

2.3 Des freins dans la mise en œuvre d'un relais

Un certain nombre de freins existent dans la mise en place d'un relais aux interventions du secteur de psychiatrie à domicile :

- ▶ Une revendication de la compétence exclusive du secteur de psychiatrie, notamment du fait de son expertise sur la santé mentale et la psychiatrie;
- ▶ Une méconnaissance du secteur médico-social;
- ▶ Une crainte que le patient ne se sente abandonné / qu'il n'éprouve des difficultés lors du relais;
- ▶ Une crainte des équipes de « perdre leur travail »;
- ▶ Une difficulté à organiser le relais dans certains territoires où sont absents les dispositifs pouvant relayer les équipes sanitaires;
- ▶ L'absence de durée de suivi des IAD.



L'ABSENCE DE DURÉE DE SUIVI DES PATIENTS : UN CHOIX DES ÉQUIPES D'IAD

La majorité des équipes rencontrées ne fixe pas de durée aux IAD, empêchant d'envisager tout retrait/relais. Cette absence de durée peut être un choix des équipes d'inscrire les IAD dans la durée, avec une notion d'« injection relationnelle » sur plusieurs années pour répondre à la chronicité de la maladie (jusqu'à 20 ans) et de n'envisager un arrêt de l'accompagnement qu'à l'initiative du patient. *A contrario*, d'autres fixent une durée pour leurs interventions, afin notamment de réinterroger leur pertinence à l'issue de ce délai voire d'organiser un relais auprès d'autres acteurs. Les dispositifs de courte durée (de crise et d'évaluation et d'orientation), ne sont opérants que par l'organisation des relais pour les patients à leur sortie.

Chapitre 1

Enseignements issus du retour d'expériences

2.4 Des outils pour faciliter le relais

Des outils pourraient faciliter l'organisation du relais des IAD :

- ▶ Envisager le relais dès le démarrage de l'IAD, avec une inclusion de l'ensemble des acteurs dès le début de la prise en charge (avec le consentement du patient) ou progressivement en fonction des besoins du patient;
- ▶ Mettre en place un travail de réseau pour connaître et reconnaître les différents acteurs et valoriser le travail de partenariats. Pour ce faire, des lieux pour faire connaissance pourraient être créés en organisant des formations communes ou des stages croisés;
- ▶ Signer des conventions de partenariat afin de construire un rapport « gagnant-gagnant » et une complémentarité des réponses;

- ▶ S'assurer de la disponibilité des ressources : le passage de relais suppose de connaître ses propres ressources ainsi que celles des autres acteurs. Il nécessite de savoir ce que l'on peut faire seul, ce que l'on ne peut faire qu'avec un autre acteur et ce que l'on ne sait pas faire. L'accompagnement par les équipes d'IAD du secteur de psychiatrie peut ainsi perdurer faute de pouvoir passer le relais en l'absence de partenaire présent sur le territoire. L'absence d'acteurs (établissements et services sociaux et médico-sociaux, assistante sociale, CMP, médecin traitant, etc.) sur un territoire impacte le fonctionnement des IAD avec des équipes de psychiatrie qui doivent pallier cette absence dans le cadre de leurs interventions.

Perspectives

1. Conserver la diversité des modalités d'intervention à domicile

Il convient d'être vigilant à ne pas trop modéliser les interventions à domicile afin de conserver de la souplesse et veiller à une adaptabilité des soins. En revanche, cette complexité des IAD doit être structurée dans un souci de lisibilité et d'équité de l'offre de soins par le secteur de psychiatrie. La continuité des soins délivrés à domicile, adaptés à chaque situation rencontrée, reste à cet égard un impératif.

2. Outiller le secteur de psychiatrie

Un certain nombre d'actions pourraient être mises en place pour aider le secteur à se structurer :

- ▶ Adapter le Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) afin de prendre en compte la spécificité des IAD;
- ▶ Développer des indicateurs pertinents d'analyse et de suivi des IAD afin d'initier une évaluation;
- ▶ Mettre en place un modèle médico-économique des IAD;
- ▶ Capitaliser les outils existants et les partager avec le plus grand nombre.

3. Articuler les différents intervenants au domicile du patient

Il apparaît important que les IAD (au sens de l'arrêté du 14 mars 1986 et de la définition donnée en introduction du présent document) restent dans le champ sanitaire. En effet, les intervenants doivent demeurer des spécialistes qui réalisent les prestations thérapeutiques nécessaires, en milieu ordinaire de vie, qui ne pourraient pas être réalisées par d'autres.

Pour autant, le secteur de psychiatrie ne doit pas tout faire et apprendre, soit à laisser sa place au secteur médico-social (SAVS et SAMSAH notamment), soit à intervenir en contrepoint, en synergie et en complémentarité avec les actions d'accompagnement, d'animation et d'insertion sociale mises en œuvre dans le champ social et médico-social.



—

2

—

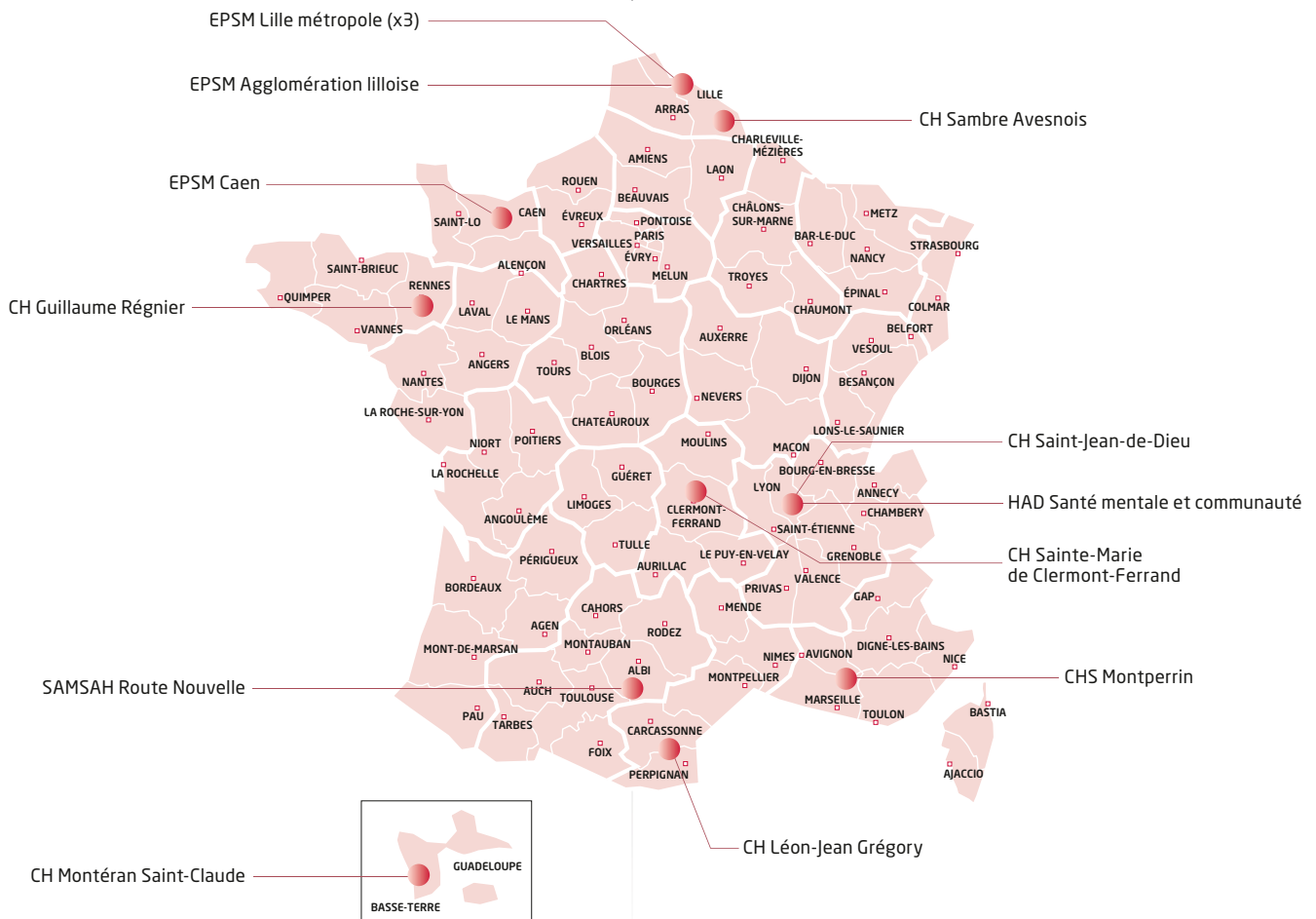
Retour d'expériences

—

Les visites des structures ont donné lieu à la rédaction de 14 monographies, consultables dans leur intégralité sur le site www.anap.fr. Cette partie propose une synthèse de ces monographies qui sont classées en fonction de leur modalité d'intervention.

Chapitre 2

Retour d'expériences



Les interventions à domicile de suivi	p. 28
Fiche 1 : Centre hospitalier Sambre Avesnois : CMP d'Hautmont et de Maubeuge	p. 28
Fiche 2 : Centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand : 5 secteurs	p. 31
Fiche 3 : Centre hospitalier spécialisé Montperrin : CMP d'Aix-en-Provence et de Pertuis	p. 34
Fiche 4 : Établissement public de santé mentale de Lille métropole : SMPP	p. 38
Les interventions à domicile de « crise »	p. 41
Fiche 5 : Établissement public de santé mentale de Lille métropole : DIAD	p. 41
Fiche 6 : Établissement public de santé mentale de l'Agglomération lilloise : USSAD	p. 44
Les interventions à domicile « d'accompagnement »	p. 47
Fiche 7 : Centre hospitalier Montéran Saint-Claude : ELLE'Z	p. 47
Fiche 8 : Établissement public de santé mentale de Caen : UAAD	p. 50
Fiche 9 : Centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu : Unité Yves Tanguy	p. 53
Fiche 10 : Établissement public de santé mentale de Lille métropole : EMR7	p. 56
Les interventions à domicile « d'évaluation et d'orientation »	p. 59
Fiche 11 : Centre hospitalier Guillaume Rognier : CREFAP	p. 59
Fiche 12 : Centre hospitalier Léon-Jean Grégory de Thuir : EMAP	p. 62
Les interventions à domicile hors secteur	p. 66
Fiche 13 : Association Route Nouvelle : SAMSAH	p. 66
Fiche 14 : Association Santé mentale et communauté : HAD	p. 70

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile de suivi

Fiche 1

Centre hospitalier Sambre Avesnois : CMP d'Hautmont et de Maubeuge

Centre Hospitalier de Sambre Avesnois

Secteur 59G39

CMP de Maubeuge et CMP d'Hautmont

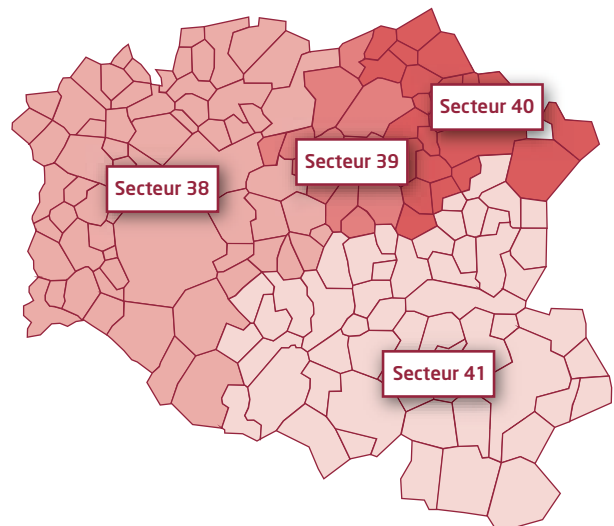
Département : Nord (59)

Structuration de l'intervention à domicile VAD organisées par les 2 CMP

- ▶ Statut juridique : **Public** - Centre hospitalier général
- ▶ Activités du secteur
2 CMP qui proposent chacun :
 - **CATTP**
 - **Accueil familial**
 - **Appartement thérapeutique**
- ▶ Date de création
CMP Hautmont : **1975**
CMP Maubeuge : **2005**
- ▶ Indications
 - Patients stabilisés et qui ont connaissance de leur maladie
 - Patients majoritairement psychotiques et souvent en désinsertion sociale ou en rupture familiale
- ▶ Durée de suivi
Absence de durée de suivi
- ▶ Chiffres 2012 pour les 2 CMP
 - File active : **185** personnes
 - Nombre d'actes : **3 333** VAD

TERRITOIRE COUVERT

- **73 638** personnes
- Territoire semi-urbain



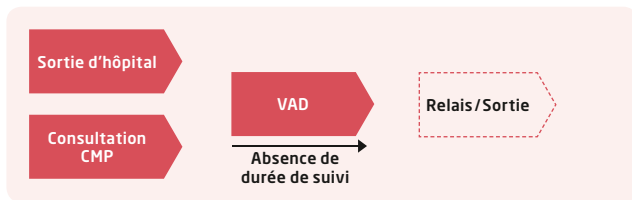
Personne référente : Dominique Leclère, *cadre de santé*
d_leclere@ch-sa.com

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile de suivi

1. Présentation du dispositif



Les deux CMP organisent des VAD durant les jours et horaires d'ouverture des CMP, du lundi au vendredi, de 8h30 à 12h30 et 13h00 à 17h00.

2. Objectifs

- ▶ Instaurer une relation d'aide et de confiance avec le patient, et, selon les cas, avec la famille;
- ▶ Assurer la continuité des soins techniques ou relationnels;
- ▶ Constituer une alternative à l'hospitalisation par le maintien à domicile;
- ▶ Permettre au patient une réinsertion sociale;
- ▶ Aider le patient dans les différentes démarches et orientations;
- ▶ Apporter des éléments sur la pathologie dès lors que la personne a été informée par le psychiatre de son diagnostic;
- ▶ Éviter la chronicisation et assurer l'observance et la compliance thérapeutique du patient.

3. Composition de l'équipe des deux CMP (en ETP)

- ▶ 3 psychiatres hospitaliers réalisent des prestations sur les 2 CMP sur la base de 7 demi-journées par semaine
- ▶ 3 psychologues interviennent en intra-hospitalier et en extra-hospitalier
- ▶ 8,6 infirmiers
- ▶ 1 cadre infirmier
- ▶ 2 secrétaires
- ▶ 20% d'assistantes sociales

4. Fonctionnement de l'équipe

Les interventions à domicile sont réalisées par des infirmiers qui sont communs aux deux CMP et qui panachent leurs activités entre CATTP et CMP. 70% du temps des infirmiers est consacré aux VAD. Un binôme d'infirmiers est mis en place pour chaque patient, avec une intervention en alternance.

Une assistante sociale peut intervenir en fonction des besoins du patient.

La secrétaire a un rôle de pilier pour les patients ainsi que pour les professionnels dans le cadre de l'échange d'informations au sein de la structure et de la coordination des acteurs.

5. Description des interventions à domicile

- ▶ **Entrée dans le dispositif** : Les deux CMP organisent des VAD sur prescription médicale du psychiatre, réalisées majoritairement en sortie d'hospitalisation, mais aussi en cours de consultations au CMP. Toute VAD donne lieu au consentement du patient. L'équipe de VAD prend alors contact, physiquement ou par téléphone, avec le patient en amont de sa prise en charge.
- ▶ **Intervention à domicile** : La première visite à domicile permet à l'infirmier de présenter les objectifs de la VAD et les activités proposées par le CMP, ainsi que de réaliser une évaluation globale de la personne.
- ▶ **Suivi** : Sur observation de l'infirmier, le psychiatre pourra décider de nouvelles orientations et d'une évolution du nombre de VAD. Une durée moyenne de suivi n'a pas été fixée afin de répondre aux patients dont les pathologies s'inscrivent dans de la chronicité. Les VAD peuvent ainsi être organisées sur plusieurs années avec la notion « d'injections relationnelles ».
- ▶ **Sortie** : Il peut être mis fin aux VAD, sur prescription médicale, pour différents motifs : insécurité, refus de soins, demande du patient ou commun accord avec l'équipe, décès du patient.

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile de suivi

6. Partenariats

L'équipe travaille avec de nombreux partenaires et développe des relations privilégiées :

- ▶ Les médecins généralistes interviennent pour les pathologies associées;
- ▶ Les infirmiers libéraux peuvent être sollicités, sur prescription médicale, afin de vérifier la prise journalière du traitement. Cette sollicitation reste cependant exceptionnelle;
- ▶ Les services d'aide à domicile bénéficient des conseils de l'équipe;
- ▶ L'implication de l'entourage dans la VAD dépendra du caractère thérapeutique de ce dernier et de l'accord du patient.

7. Éléments d'évaluation

Les chiffres renseignés par les intervenants ne donnent pas lieu à une exploitation. Pour autant, l'équipe constate que seuls 10% des patients suivis en VAD sont hospitalisés sur une année.

Perspectives

- ▶ La mise en place d'un système d'informations et notamment l'informatisation du dossier patient permettra un échange d'informations en temps réel.
- ▶ L'équipe souhaite être plus acteur en termes de communication et se faire connaître, sensibiliser les différents partenaires, notamment au travers du médecin dans les collectivités locales.

Chapitre 2
Retour d'expériences
Les interventions à domicile de suivi

Fiche 2

Centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand : 5 secteurs

Centre hospitalier spécialisé Sainte-Marie de Clermont-Ferrand

Pôle psychiatrie générale recouvrant 5 secteurs de psychiatrie adultes :
63G03, 63G04, 63G05, 63G06, 63G07

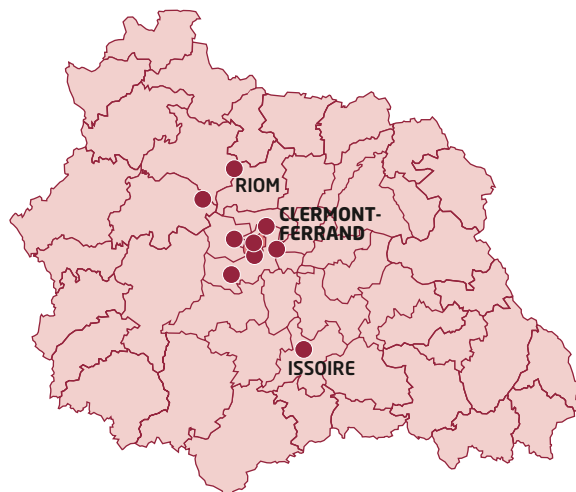
Département : Puy-de-Dôme (63)

Structuration de l'intervention à domicile IAD organisées par les 5 secteurs de psychiatrie

- ▶ Statut juridique : **ESPIC** - Centre hospitalier spécialisé
- ▶ Activités du CH Sainte-Marie de Clermont-Ferrand
 - Un pôle personnes âgées
 - Un pôle psychiatrie générale adulte
 - Un pôle psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- ▶ Date de création : **1974**
- ▶ Indications
 - Sortie d'hôpital
 - Patients isolés
 - Pathologies : schizophrénie, troubles de l'humeur, troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool, troubles névrotiques
- ▶ Durée de suivi
Absence de durée de suivi
- ▶ Chiffres 2012 sur les 5 secteurs de psychiatrie
 - File active : **1 048** patients
 - Nombre d'actes : **11 244** IAD

TERRITOIRE COUVERT

- Couverture de la moitié du département
- Territoire urbain et rural



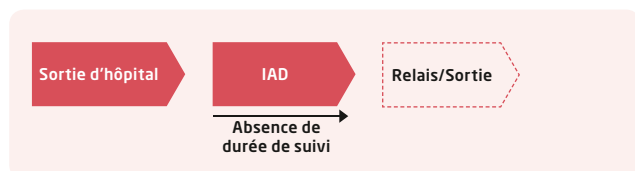
Personne référente : Alain Bergeras, *directeur*
direction@clermont-groupe-sainte-marie.com

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile de suivi

1. Présentation du dispositif



2. Objectifs

- ▶ **Des objectifs sanitaires :**
 - Assurer l'accessibilité et la continuité des soins;
 - Éviter les ruptures avec la sortie d'hospitalisation;
 - Préparer une hospitalisation;
 - Stabiliser la personne;
 - Assurer l'observance du traitement;
 - Assurer une prévention des rechutes;
 - Repérer une évolution de la pathologie pour l'enrayer et éviter des hospitalisations coûteuses;
 - Maintenir un lien thérapeutique;
 - Évaluer l'état de santé du patient (psychique et somatique).

▶ Des objectifs de réhabilitation :

- Réduire les temps d'hospitalisation en permettant à la personne de retrouver rapidement son réseau relationnel et de maintenir ses points de repères;
- Veiller à l'adaptation de la personne au domicile;
- Éviter quand cela est possible le recours à l'hospitalisation en privilégiant l'autonomisation de la personne;
- Coordonner les différents intervenants autour du patient et de la vie extérieure;
- Rassurer et écouter l'entourage de la personne;
- Accompagner la personne pour une meilleure évaluation des besoins et la mise en œuvre d'actions favorisant une meilleure qualité de vie;
- Autonomiser la personne en la sortant de l'environnement hospitalier.

3. Synthèse du fonctionnement des IAD des 5 secteurs

Figure 12 : Fonctionnement des IAD des 5 secteurs

	63G05	63G07	63G06	63G03	63G04
Structuration	• Équipe rattachée au CMP	• Unité autonome	• Équipe rattachée à un HDJ	• Équipe rattachée à un HDJ	• Unité autonome (« unité de soins à domicile »)
	• Équipe commune	• Équipe dédiée	• Équipe commune	• Équipe dédiée	• Équipe dédiée
Activités de la structure	• CMP • IAD • Consultations infirmières	• IAD • Consultations infirmières	• HDJ • IAD • 2 centres de jour	Deux sites : • HDJ • CMP • CATT • IAD	• IAD • Consultations infirmières
Composition de l'équipe	• 5 infirmiers • 1 psychiatre référent • 1 cadre de santé • 1 secrétaire au CMP	• 3,2 infirmiers • 10 % de temps de psychiatre • 1 mi-temps de cadre de santé • assistante sociale ponctuellement	• 2 infirmiers • 2 psychiatres • 1 assistante sociale ponctuellement	• 2 infirmiers dédiés aux IAD • 0,6 temps de psychiatre • 1 cadre de santé • 1 mi-temps de secrétaire	• 6 infirmiers • 1 psychiatre référent • 1 mi-temps de cadre de santé • 2 assistantes sociales • 1 psychologue
Durée de suivi	La durée de suivi est réévaluée et questionnée lors des réunions mensuelles médecins/équipe/infirmiers	Absence de durée de suivi des IAD			
Fonctionnement de l'intervention	Intervention seule de l'infirmier, sauf en cas de situation difficile Mise en place d'un binôme infirmier qui intervient en alternance auprès du patient				

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile de suivi

4. Composition des équipes d'IAD des 5 secteurs

- ▶ Infirmier
- ▶ Ponctuellement :
 - Assistante sociale
 - Éducateur
 - Psychologue
 - Psychiatre

5. Fonctionnement des équipes des 5 secteurs

L'activité à domicile est réalisée, en nombre d'actes, à 96 % par des infirmiers : 22.63 infirmiers équivalent temps plein assurent les IAD sur les 5 secteurs de psychiatrie générale et le pôle psychiatrie de la personne âgée.

Les interventions à domicile sont réalisées par un seul infirmier, sauf lorsque l'évaluation du patient identifie la nécessité d'intervenir à deux.

6. Des points communs - des déroulés des IAD similaires

- ▶ Une prescription du psychiatre ;
- ▶ Une organisation des IAD en amont de la sortie du patient de l'hôpital ;
- ▶ Une évaluation des besoins au cours de la première IAD ;
- ▶ Une association des proches sous réserve de l'accord du patient ;
- ▶ Une coordination des différents intervenants, une équipe en interface ;
- ▶ Une délégation des actes techniques aux infirmiers libéraux parfois, selon l'indication médicale ;
- ▶ Une absence de durée des IAD, mais une réévaluation régulière.

7. Des différences

- ▶ Des structurations différentes : hôpital de jour, unité fonctionnelle, CMP ;
- ▶ Une équipe d'infirmiers dédiée ou partagée ;
- ▶ Des interventions organisées en mono-intervention ou en pluri-intervention en fonction des équipes.

8. Éléments d'évaluation

Les équipes ne disposent pas de données permettant de mesurer leur activité. Pour autant, elles constatent que les IAD permettent de :

- ▶ Limiter le nombre d'hospitalisations complètes inadéquates ;
- ▶ Maintenir à domicile des patients. Au-delà du soin global, la qualité de vie de la personne au travers de son insertion dans l'environnement, sa réadaptation, etc. est très importante pour sa stabilisation ;
- ▶ Éviter les hospitalisations et les rechutes. La prévention des rechutes permet de réduire les temps d'hospitalisation ;
- ▶ Réduire le nombre de patients perdus de vue et placer le patient au centre du soin dans son environnement.

Perspectives

- ▶ 20 à 25 % de patients sont en situation inadéquate au CHSM car les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ne les prennent pas en charge. Le centre hospitalier souhaite développer des ESSMS pour avoir la pleine maîtrise des trajectoires des patients.
- ▶ Une évaluation des pratiques professionnelles sur les IAD va être organisée afin de répondre à la nécessité de disposer d'un cadre plus conforme.
- ▶ Une clarification du fonctionnement des cinq secteurs de psychiatrie est nécessaire pour améliorer la communication du CHSM en direction des différents partenaires.

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile de suivi**Fiche 3****Centre hospitalier spécialisé Montperrin :
CMP d'Aix-en-Provence et de Pertuis****Centre hospitalier spécialisé Montperrin**

Pôle G18

Secteur 13G18

CMP d'Aix en Provence et CMP de Pertuis

Département : Bouches-du-Rhône (13)

**Structuration de l'intervention à domicile
VAD organisées par les 2 CMP**▶ Statut juridique : **Public** - Centre hospitalier spécialisé

▶ Activités du secteur 13G18

Site de Pertuis

• CMP

• CATTP

• HDJ

• **Appartement thérapeutique**

Site d'Aix en Provence

• CMP

• CATTP

• HDJ

▶ Indications

- Des patients présentant majoritairement des psychoses
- Des patients isolés ou éloignés géographiquement

▶ Durée de suivi

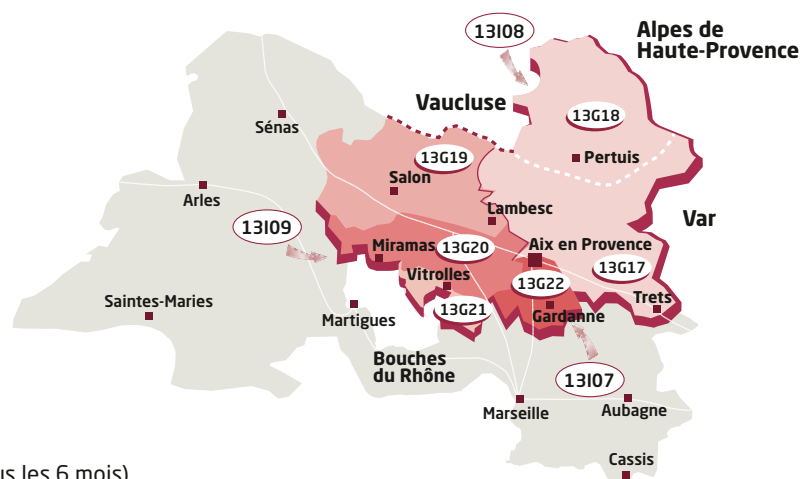
Absence de durée de suivi (réévaluation tous les 6 mois)
53 % des patients sortent du dispositif au bout d'un an

▶ Chiffres pour les 2 CMP

- File active : **70** patients
- Nombre d'actes : **468** VAD

TERRITOIRE COUVERT

- **100 000** personnes



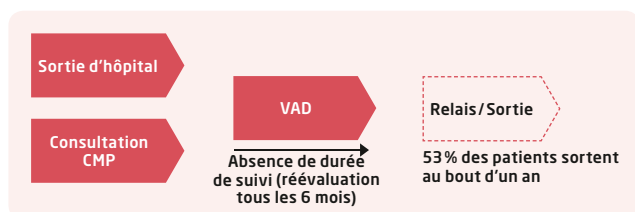
Personne référente : Marie-Thérèse Lorient, *psychiatre et chef de pôle*
marie-therese.lorient@ch-montperrin.fr

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile de suivi

1. Présentation du dispositif



Le CMP Boulegon à Aix-en Provence est ouvert du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 et jusqu'à 19h00 sur rendez-vous. Il a réalisé 299 VAD en 2012.

Le CMP Regain à Pertuis est ouvert du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00 et jusqu'à 19h00 sur rendez-vous. Il a réalisé 169 VAD en 2012.

En 2012, 449 VAD ont été faites par un infirmier, 18 VAD par deux infirmiers et 1 VAD avec un psychiatre.

2. Objectifs

- ▶ Aide à l'acceptation de la maladie et à la nécessité d'un traitement;
- ▶ Surveillance, observance, administration du traitement ou aide à la préparation de piluliers, accompagnement vers une autonomie dans la gestion du traitement;
- ▶ Évaluation de l'état clinique, aide au repérage des signes objectivant une rechute. Informations sur des conduites à tenir en cas de rechute;
- ▶ Évaluation du milieu de vie, de l'environnement du patient et de ses propres capacités d'autonomie sociales, de ses ressources et difficultés;
- ▶ Aide à l'inscription dans un réseau médico-social, associatif, etc.;
- ▶ Évaluation de la qualité de l'étayage familial. Écoute et soutien des liens familiaux;

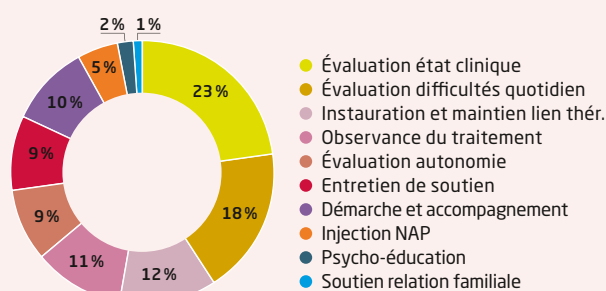
- ▶ Aide à l'accessibilité aux soins et la continuité des soins pour des patients ayant des difficultés à se déplacer pour des raisons psychiatriques et/ou physiques ou en lien avec un réseau de transport peu développé;
- ▶ Accompagnement vers des soins médicaux, démarches administratives, etc.

Les objectifs des VAD diffèrent selon qu'elles sont prescrites en intra-hospitalier ou en extra-hospitalier.

Figure 13 : Objectifs des VAD des deux CMP en 2013

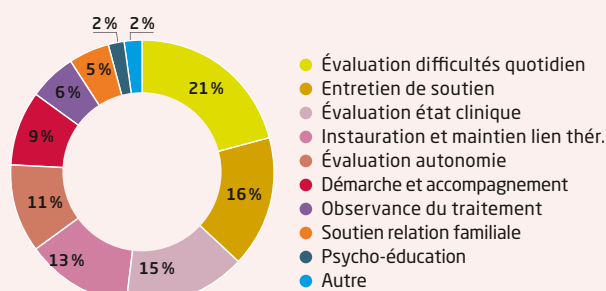
Année 2013 - CMP AIX

Détail des objectifs classés par ordre décroissant



Année 2013 - CMP PERTUIS

Détail des objectifs classés par ordre décroissant



Source : PowerPoint de présentation des interventions des équipes de psychiatrie à domicile du Pôle 18 - 11 décembre 2013 (Centre hospitalier spécialisé Montperrin : CMP d'Aix-en-Provence et de Pertuis).

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile de suivi

3. Composition des équipes des deux CMP (en ETP)

CMP d'Aix-en-Provence

- ▶ Les psychiatres du service consultant dont 1 ayant la responsabilité médicale de la structure
- ▶ 1 secrétaire
- ▶ 1 psychologue
- ▶ 0,4 cadre de santé
- ▶ 0,1 psychomotricienne
- ▶ 3 infirmiers

CMP de Pertuis

- ▶ Les psychiatres du service consultant dont 1 ayant la responsabilité médicale de la structure
- ▶ 1 secrétaire
- ▶ 1 psychologue
- ▶ 0,2 cadre de santé
- ▶ 3 infirmiers

+ 1 ½ journée d'assistante sociale sur les deux CMP.

4. Fonctionnement des équipes de VAD des 2 CMP

Il n'existe pas d'équipe soignante dédiée aux VAD. Les infirmiers des CMP réalisent environ 25 à 30% de leur activité en VAD. Un infirmier référent est désigné par patient. L'organisation diffère entre les deux CMP concernant le nombre d'infirmiers référents.

Les interventions à domicile sont réalisées par un seul infirmier sauf si un risque particulier est identifié, auquel cas deux infirmiers interviendront. Très exceptionnellement, la VAD peut être réalisée avec un psychiatre lorsque nécessaire.

5. Description des interventions à domicile

- ▶ **Entrée dans le dispositif** : Une fois l'indication de VAD posée, une rencontre est organisée en amont entre un infirmier du CMP et le patient. Pour la prescription de VAD, l'entourage est associé et son accord est sollicité.
- ▶ **Suivi** : Le rythme des VAD est une variable d'ajustement de la prise en charge. Leur fréquence est variable entre les deux CMP et peut aussi dépendre de l'ancienneté des VAD. Tous les 6 mois, la situation de chaque patient pris en charge en VAD est réévaluée en réunion avec chaque médecin prescripteur afin d'éviter les VAD de routine. Une VAD peut pour autant être modifiée avant cette échéance.
- ▶ **Sortie** : La moitié des patients sort du dispositif au bout d'un an. Ainsi, la durée de suivi des patients était la suivante en 2013 :
 - 47% des patients sont pris en charge plus de 12 mois ;
 - 23% sont suivis entre 6 mois et 1 an ;
 - 30% sont suivis moins de 6 mois.
 Il est mis fin aux VAD en cas d'amélioration de la situation du patient, de son entrée dans une autre structure, de la demande du patient d'arrêt ou de sa réhospitalisation.

6. Partenariats

Des liens privilégiés sont développés avec les infirmiers libéraux et le médecin traitant dans le cadre des accompagnements somatiques. L'équipe de VAD travaille également beaucoup avec les services d'aide à domicile.

7. Éléments d'évaluation

Les chiffres renseignés par les intervenants ne donnent pas lieu à une exploitation. Pour autant, l'équipe constate que le dispositif permet d'éviter les réhospitalisations.

Chapitre 2
Retour d'expériences
Les interventions à domicile de suivi

Perspectives

- ▶ Des échanges entre secteurs de psychiatrie sur le thème de la VAD vont être proposés au niveau institutionnel afin d'enrichir et d'harmoniser des pratiques entre secteurs de psychiatrie.
- ▶ Un support de présentation de la VAD va être réalisé en direction du patient, de son entourage ainsi que des partenaires afin d'assurer une meilleure lisibilité du dispositif.

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile de suivi

Fiche 4

Établissement public de santé mentale
de Lille métropole : SMPP**EPSM Lille métropole**
Secteur 59G21Pôle de santé mentale des villes de Faches Thumesnil, Ronchin, Lesquin, Hellemmes, Mons-en-Barœul, Lezennes
Soins médico-psychologiques de proximité (SMPP)

Département : Nord (59)

**Structuration de l'intervention à domicile
IAD organisées par le SMPP (CMP)**

- ▶ Statut juridique : EPSM
- ▶ Activités du secteur 59G21
 - SMPP (CMP) : Soins médico-psychologiques de proximité
 - SIIC : Soins intensifs intégrés dans la cité
 - Filière travail Fernand Léger
 - Dispositif HABCITE
 - Service FRONTIERE\$
 - Accueil familiale thérapeutique alternatif à l'hospitalisation
 - Clinique Jérôme Bosch

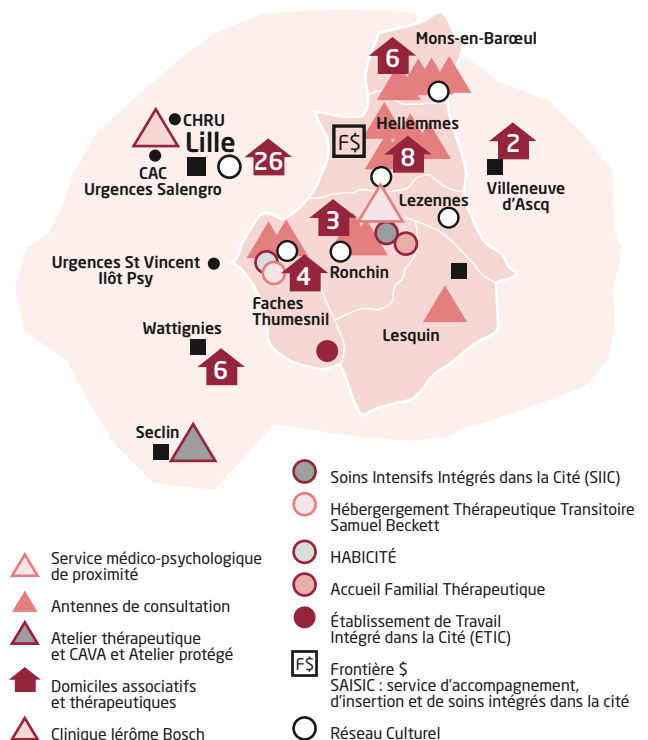
- ▶ Indications
Des situations nécessitant un suivi attentif et de revoir régulièrement les personnes afin de conserver un contact avec le système de soins

- ▶ Durée de suivi
50% des personnes sortent au bout d'un an

- ▶ Chiffres en 2013
 - File active : 2 698 personnes
 - Nombre d'actes : 20 111 actes infirmiers, 11 086 actes de psychologues et 6 902 actes médicaux

TERRITOIRE COUVERT

- 85 000 personnes
- Territoire périurbain composé de 6 communes



Personne référente : Laurent Defromont, *chef du pôle des villes de Faches Thumesnil, Ronchin, Lesquin, Hellemmes, Mons-en-Barœul, Lezennes*
ldefromont@epsm-lille-metropole.fr

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile de suivi

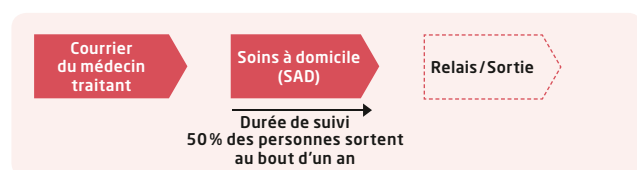
1. Historique

Pôle de santé mentale des villes de Faches Thumesnil, Ronchin, Lesquin, Hellemmes, Mons-en-Barœul, Lezennes. L'organisation du secteur trouve son origine dans les recommandations de l'OMS pour les soins en Europe. Il a été utilisé comme lieu d'expérimentation, développant une multitude de prises en charge hors hospitalisation ainsi que des équipes mobiles.

Le secteur a opéré une requalification de ses activités. Ainsi, le CMP a été renommé « Service médico-psychologique de proximité » (SMPP) afin d'axer sa pratique sur la notion de service d'accès aux soins de proximité. Il se détache de la notion de lieu de consultation puisque les interventions se font en structure, dans des annexes, et surtout au domicile.

Il propose une palette de services regroupés en trois types d'activités : soins, prévention et intégration communautaire/ accompagnement.

2. Présentation du dispositif



Le SMPP propose des soins à domicile ainsi que des consultations dans divers lieux de la cité, dans un objectif d'ouverture sur les partenaires. Il est ouvert de 9h00 à 20h00, du lundi au vendredi, et le samedi matin.

3. Composition de l'équipe

- ▶ 15 infirmiers
- ▶ 1 cadre de santé
- ▶ Les psychiatres du pôle, qui ont une activité de consultation
- ▶ Les psychologues du pôle
- ▶ 5 psychomotriciennes
- ▶ Des secrétaires médicales et des adjoints administratifs

4. Fonctionnement de l'équipe

L'ensemble des professionnels se déplace à domicile : infirmier, psychiatre, psychologue. 50% des actes des infirmiers sont réalisés à domicile. Les interventions des psychiatres et psychologues à domicile permettent d'avoir un regard croisé avec celui de l'infirmier sur l'utilisateur. Les psychologues disposent de plages « d'urgence » dans leur emploi du temps leur permettant d'être réactifs.

Une continuité des soins est assurée 24h/24 avec l'organisation d'un relais vers l'équipe des soins intensifs intégrés dans la cité (SIIC) à partir de 21h00. Une infirmière de nuit répond aux appels et contacte le psychiatre d'astreinte en cas de besoin.

5. Description des interventions à domicile

- ▶ **Entrée dans le dispositif** : Pour chaque demande de suivi, un courrier est demandé au médecin traitant. Le SMPP comptabilise entre 6 à 8 nouvelles demandes par jour (en moyenne 90 par mois). Un « entretien infirmier de nouvelle demande » est organisé dans les 48h après la demande pour réaliser une évaluation du patient. Il peut être réalisé dans différents lieux de consultation pour être au plus près des usagers. Suite à cet entretien, une réunion pluridisciplinaire est organisée pour décider de l'orientation du patient et attribuer un infirmier référent au patient, si un suivi par un infirmier est préconisé.
- ▶ **Suivi** : Des points d'étape, appelés « tour clinique », sont réalisés régulièrement afin de réévaluer la prise en charge de l'utilisateur. L'équipe n'a pas arrêté de durée de suivi mais des temps d'évaluation du parcours de soins, considérant qu'il appartient à l'utilisateur de décider de la sortie du dispositif.
- ▶ **Sortie** : 50% des personnes sortent au bout d'un an et 30% de personnes sont suivies au très long cours. Un suivi des perdus de vue est en cours de mise en place.

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile de suivi

6. Partenariats

- ▶ La famille peut solliciter le SMPP. Une rencontre peut être organisée avec l'usager et sa famille pour proposer des solutions. Un travail peut ainsi être mis en place sur la réponse à apporter aux familles;
- ▶ Les infirmiers libéraux réalisent le plus souvent la délivrance du traitement, ce qui permet de libérer du temps à l'équipe sur d'autres actes et d'être davantage sur un rôle de « case-manager » du parcours de soins avec l'infirmier libéral et le médecin généraliste notamment;
- ▶ Le médecin généraliste constitue la porte d'entrée et l'un des partenaires privilégiés du SMPP. Il reste tout au long du parcours le coordonnateur des soins. Il est informé par courrier lors de chaque consultation. Il est le prescripteur, le psychiatre proposant un traitement.

7. Éléments d'évaluation

Dans un souci d'amélioration de l'organisation de la structure, des indicateurs de suivi sont mis en place :

- ▶ Les perdus de vue : des médiateurs de santé ont été créés afin d'aider l'équipe et modifier sa présence sur le parcours de soins;
- ▶ La réactivité des équipes.

Certaines données ont été ajoutées au RIM-P, tels les entretiens téléphoniques, pour étayer la connaissance de l'activité.

Les actes sont suivis par des professionnels : plus de 60 000 actes par an sont réalisés en SMPP.

Perspectives

- ▶ Un travail d'analyse de parcours va être mis en place.
- ▶ Une réflexion sur un classeur au domicile du patient en direction de l'ensemble des intervenants est en cours.

Chapitre 2
Retour d'expériences
Les interventions à domicile de « crise »

Fiche 5

Établissement public de santé mentale de Lille métropole : DIAD

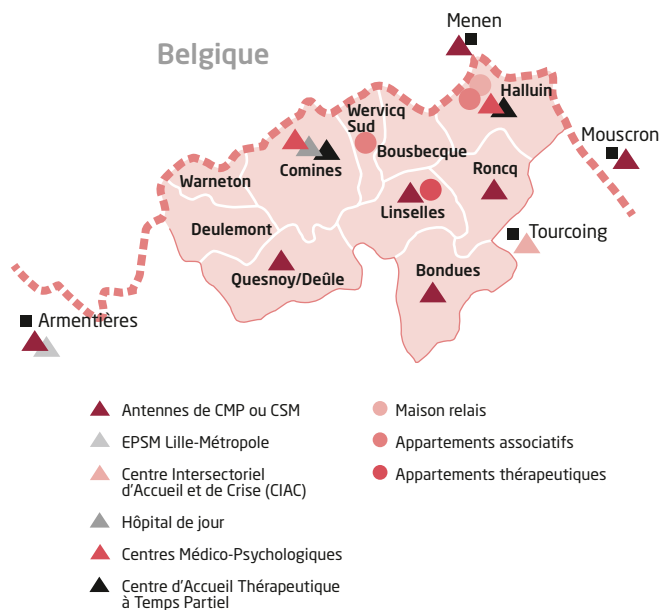
EPSM Lille métropole

Secteur 59G18
Résidence thérapeutique Les Pierres Bleues
Dispositif d'intervention à domicile (DIAD)
Département : Nord (59)

Structuration de l'intervention à domicile IAD organisées par un dispositif expérimental qui s'apparente à une HAD

- ▶ Statut juridique : **EPSM**
- ▶ Activités du secteur 59G18
 - Clinique
 - Hôpital de jour
 - Centre intersectoriel d'accueil et de crise (CIAC)
 - 2 CMP
 - Accueil familial thérapeutique
 - Résidence thérapeutique
 - DIAD
- ▶ Date de création : **2011**
- ▶ Indications
 - Personne qui ne peut se déplacer
 - Refus de soins en structure, mais acceptation à domicile avec engagement du patient
 - Besoin d'évaluation de l'autonomie
- ▶ Durée de suivi
10 jours renouvelables 1 fois
- ▶ Chiffres en 2013
 - Capacité : **5 places**
 - File active : **18 patients**
 - Nombre d'actes : **48 IAD médicales et 172 IAD infirmières**

TERRITOIRE COUVERT



Personnes référentes : Guillaume Fruleux, *psychiatre et référent institutionnel DIAD* - gfruleux@epsm-lille-metropole.fr
Arnaud Descamp, *cadre de santé* - adescamp@epsm-lille-metropole.fr

Chapitre 2

Retour d'expériences

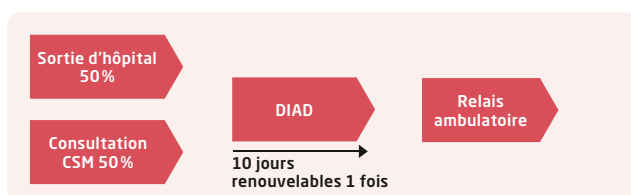
Les interventions à domicile de « crise »

1. Historique

Des projets d'HAD ont été initiés en 2005 et 2009 au niveau institutionnel mais n'ont pas abouti. Le DIAD a été mis en place sur le pôle à titre expérimental en septembre 2011. Il s'apparente à une HAD mais l'absence d'unité fonctionnelle et de moyens supplémentaires ont empêché la création d'une HAD *stricto-sensu*.

Le DIAD est rattaché à la résidence thérapeutique Les Pierres Bleues. Ce rattachement s'explique par le rayonnement géographique et la disponibilité des ressources humaines affectées par redéploiement de moyens.

2. Présentation du dispositif



Le DIAD prend en charge des situations cliniques aiguës sur une durée courte (10 jours renouvelables une fois), avec une capacité de 5 places. Les interventions à domicile sont réalisées 7j/7 de 6h00 à 20h00.

3. Objectifs

Le DIAD propose des prises en charge pour des patients en phase aiguë, avec une intervention de courte durée. Il s'agit d'un dispositif alternatif à l'hospitalisation et complémentaire à l'ensemble des dispositifs existants qui permet de raccourcir, compléter ou remplacer une hospitalisation.

4. Composition de l'équipe (en ETP)

- ▶ 0,2 médecin
- ▶ 2 infirmiers
- ▶ 0,2 assistante sociale
- ▶ 0,2 cadre de santé
- ▶ 0,1 secrétaire

5. Fonctionnement des équipes

Les infirmiers sont communs au DIAD et à la résidence thérapeutique : les 10 infirmiers de la résidence réalisent des IAD. Les infirmiers interviennent seuls à domicile et une triple référence par suivi est organisée pour assurer une cohérence dans la continuité des soins.

Une assistante sociale est présente pendant les synthèses et peut aller à domicile. Les 2 assistantes sociales du pôle se déplacent dans l'ensemble des structures.

- ▶ **Astreinte** : Un infirmier de la résidence thérapeutique est joignable 24h/24 et peut solliciter le service des urgences en cas de besoin. La nuit et le weekend, le psychiatre de garde de l'EPSM est joignable. Les interventions des psychiatres du pôle s'arrêtent le samedi midi : le lien téléphonique permet de se dispenser d'une astreinte.

6. Description des interventions à domicile

- ▶ **Entrée dans le dispositif** : Les patients proviennent environ pour moitié de l'hôpital et pour moitié de consultations du CMP. Tous les DIAD commencent par une consultation médicale soit en CMP, soit à l'hôpital, soit sur tout autre lieu, où le consentement du patient est recueilli.
- ▶ **Interventions à domicile** : Le DIAD se rend à domicile ou substitue de domicile. La prise en charge est formalisée par un projet thérapeutique individuel prenant en compte des soins somatiques et des dimensions sociales. Deux types d'IAD sont organisés :
 - **Des IAD médicales** : Les psychiatres se déplacent à domicile. Un binôme infirmier/médecin est mis en place. Un entretien médical est réalisé avec le patient à l'entrée du dispositif, au cours de l'évaluation médicale (qui a lieu au moins une fois par semaine), au moment de la sortie du patient, et dès que nécessaire ;
 - **Des IAD infirmières** : La fréquence des IAD infirmières est déterminée dans le cadre des prescriptions médicales. Un passage infirmier quotidien, ou pluri-quotidien si nécessaire, est mis en place, qui s'espace en fin de prise en charge.

L'équipe est favorable à une pluri-intervention et l'indication CATTP concomitamment au DIAD est envisageable. En revanche, les consultations du secteur n'auraient pas d'intérêt.

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile de « crise »

- ▶ **Suivi** : L'infirmier assure le suivi du projet. La prescription initiale est de 10 jours et peut être renouvelée une fois pour un délai de 10 jours. La durée moyenne de prise en charge est inférieure à 10 jours.
- ▶ **Sortie** : Un entretien de sortie est organisé avec le psychiatre. L'ensemble des patients est orienté vers l'ambulatoire. Chaque année, en moyenne 1 personne est revue par l'équipe en réhospitalisation.

7. Partenariats

Le DIAD assure le lien avec les différents acteurs de la prise en charge. La politique de réseaux et partenariats est très développée. Les principaux partenaires sont :

- ▶ Famille ;
- ▶ Médecin traitant : Une rencontre annuelle est organisée avec l'ensemble des médecins traitants, permettant une sollicitation plus adaptée du secteur ;
- ▶ Infirmier libéral : Les actes techniques sont réalisés par les infirmiers libéraux. C'est un choix de l'établissement qui vise à resocialiser la personne dans le cadre de son tissu d'acteurs locaux ;
- ▶ Établissements médico-sociaux : Le secteur a signé des conventions avec les établissements médico-sociaux afin notamment d'organiser une réservation de places et des interventions des équipes dans la structure.

8. Éléments d'évaluation

Les chiffres renseignés par les intervenants ne donnent pas lieu à une exploitation. Pour autant, l'équipe constate :

- ▶ Un raccourcissement des temps d'hospitalisation à temps plein ;
- ▶ Peu de réhospitalisation (une seule personne réhospitalisée sur 18 mois).

Le démarrage du dispositif et sa spécificité ne lui ont pas permis de réaliser une activité optimale.

Perspectives

- ▶ Le DIAD souhaite évoluer pour devenir « une demande et non plus une offre » et renforcer l'ancrage de son recours dans les pratiques du secteur (notamment comme alternative à l'hospitalisation à temps plein).
- ▶ Le fonctionnement du DIAD a été revu et une évaluation est en cours.
- ▶ Une réflexion sur la délivrance du traitement est en cours.

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile de « crise »

Fiche 6

Établissement public de santé mentale de l'Agglomération lilloise : USSAD

EPSM de l'Agglomération lilloise

Secteur 59G23

Unité de soins soutenus à domicile (USSAD)

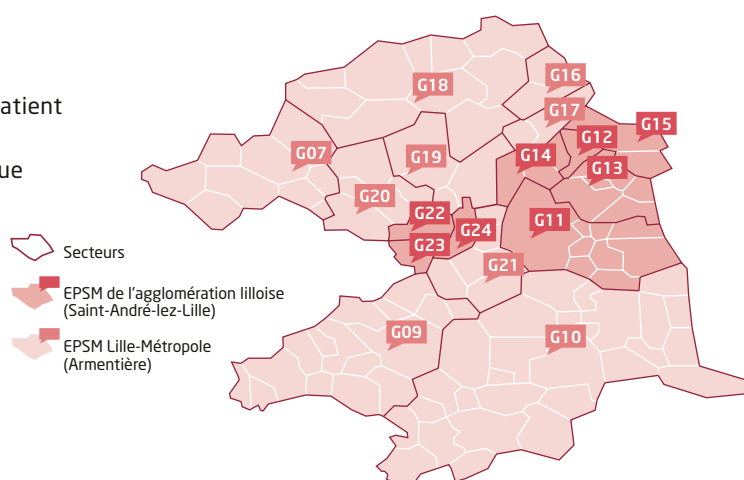
Département : Nord (59)

Structuration de l'intervention à domicile Soins intensifs organisés par le CMP

- ▶ Statut juridique : **EPSM**
- ▶ Activités du secteur 59G23
 - **CMP**
 - **Soins intensifs à domicile**
 - **CATTP**
 - **Hôpital de jour**
- ▶ Date de création : **2009**
- ▶ Indications
 - Décompensation d'un patient connu
 - Réinsertion en sortie d'hospitalisation d'un patient inconnu
 - Patients accueillis dans le Centre psychiatrique d'accueil et d'admission (CPAA)
- ▶ Durée de suivi
1 à 2 semaines
- ▶ Chiffres en 2012
 - File active : **264** patients
 - Nombre d'actes : **2 000** IAD

TERRITOIRE COUVERT

• **70 000** personnes



Personne référente : Béatrice Bescond, *cadre supérieur de santé*
59g23-secretariat-hospit@epsm-agglomeration-lilloise.fr

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile de « crise »

1. Historique

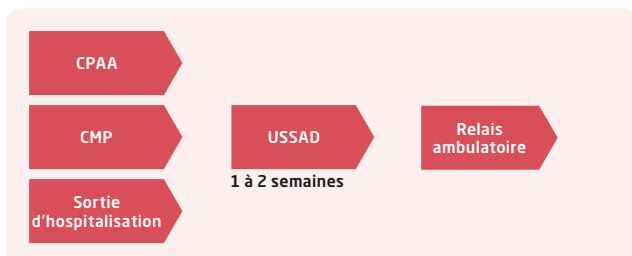
Une Unité fonctionnelle de soins soutenus à domicile (USSAD), incluant une maison associative, a été créée en 2009, dans un contexte de restructuration du service visant à une baisse capacitaire. Le dispositif vise à éviter le recours à l'hospitalisation ou à en raccourcir la durée afin de garder une intégration satisfaisante de la personne dans son environnement.

La maison associative, conçue comme non pérenne, pour répondre à des besoins ponctuels et spécifiques de l'histoire du service, est aujourd'hui fermée.

Le dispositif a alors évolué en 2012 vers des suivis plus intensifs proposés à des patients :

- ▶ Ayant un domicile sur le secteur afin de travailler sur l'accrochage;
- ▶ En difficulté d'observance du traitement, non compliant, afin d'essayer de les maintenir dans leur tissu social.

2. Présentation du dispositif



L'USSAD est rattachée au CMP. Ce dernier est ouvert du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 et le weekend de 8h30 à 16h30. Les soins intensifs à domicile interviennent la semaine et le weekend.

3. Objectifs

Les soins intensifs ont pour objectif d'éviter et/ou de raccourcir le recours à l'hospitalisation et de garder une intégration satisfaisante de la personne dans son milieu. Ils permettent de faciliter l'accrochage thérapeutique dans le cadre d'un accompagnement soutenu contractualisé.

4. Composition de l'équipe du CMP

- ▶ 13 infirmiers (12,5 ETP)
- ▶ 2 éducateurs spécialisés
- ▶ 1,8 assistante sociale
- ▶ 2,7 psychiatres
- ▶ 2,5 psychologues
- ▶ 1 psychomotricienne
- ▶ 2 secrétaires
- ▶ 1 cadre de santé

5. Fonctionnement de l'équipe

Une polyvalence est organisée au niveau des soins infirmiers avec les soins en réseau et les activités en CATTP.

Dans le cadre des soins intensifs à domicile, les interventions sont réalisées par des infirmiers, avec 3 ETP d'infirmiers dédiés aux interventions à domicile (tout mode d'intervention confondu). Ces IAD se font seul ou en binôme avec un éducateur. Un praticien hospitalier peut ponctuellement se rendre à domicile.

Deux infirmiers sont désignés référents du patient, cette double référence permettant d'assurer une continuité des soins. D'autres infirmiers pourront également intervenir auprès du patient.

...

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile de « crise »

6. Description des interventions à domicile

- ▶ **Entrée dans le dispositif** : Les soins intensifs font l'objet d'une prescription du psychiatre qui peut être réalisée en sortie d'hospitalisation à temps complet, en CMP, ou en sortie de CPAA. Un entretien est alors organisé avec le psychiatre et l'infirmier de présence au CMP. La prescription est signée par le psychiatre référent du patient et comprend les motifs, les objectifs, les antécédents, le traitement, le consentement du patient, le projet thérapeutique. Le patient est informé et donne son consentement pour ce mode de prise en charge.
- ▶ **Intervention à domicile** : L'équipe intervient le jour même ou au plus tard le lendemain. L'objectif principal de l'intervention est le soutien au domicile / à la santé. Pour autant, une évaluation de l'état du logement du patient est réalisée et pourra donner lieu à l'organisation d'un relais en direction des acteurs idoines.
- ▶ **Suivi** : Une réévaluation médicale est organisée régulièrement au CMP et en réunion de secteur. La prise en charge est limitée dans le temps et peut être renouvelable. Le dispositif est mis en place pour une durée allant de une à deux semaines. La fréquence des interventions est en moyenne d'une fois par jour, 7j/7 avec un maximum de deux interventions par jour.
- ▶ **Sortie** : Les patients sont le plus souvent orientés vers un suivi classique en CMP, CATTP, hôpital de jour. Peu de patients sortent pour une hospitalisation et quelques-uns peuvent être réadmis en soins intensifs (1%).

7. Partenariats

Les soins ambulatoires nécessitent la mise en place de partenariats avec des SAVS (Services d'accompagnement à la vie sociale), infirmiers libéraux, pharmacies, laboratoires, bailleurs, médecins traitants, etc. afin de mettre en place le maillage nécessaire autour du patient pour garantir une prise en charge globale. Les acteurs les plus mobilisés sont :

- ▶ Le médecin traitant de proximité afin de faciliter l'insertion du patient dans la cité;
- ▶ Les infirmiers libéraux, notamment pour l'observance du traitement et les soins du soir;
- ▶ Les éducateurs et les assistantes sociales dans le cadre de la recherche de logements.

8. Éléments d'évaluation

Les soins intensifs à domicile ne font pas l'objet d'un suivi spécifique. L'ensemble des actes réalisés par le CMP est globalisé. Si l'équipe ne dispose pas de données d'activité, elle constate toutefois :

- ▶ Une baisse du nombre d'hospitalisations et de réhospitalisations en hospitalisation temps plein : le taux d'occupation des lits a baissé progressivement à partir de 2010. Cette baisse est également liée à l'ouverture du CPAA en mars 2011;

Figure 14 : Évolution du nombre de lits et du taux d'hospitalisation

Année	2008	2010	2013
Nbre de lits	31	23	-
Taux d'hospitalisation	100%	98%	60%

- ▶ Une baisse progressive de la durée moyenne de séjour à compter de 2010;

Figure 15 : Évolution de la durée moyenne de séjour

Année	2008	2010	2013
Durée moyenne de séjour	28,7 jours	19,8 jours	15 jours

- ▶ Une baisse du nombre de patients hospitalisés en hospitalisation à temps plein depuis plus d'un an (de 10 patients en 2008 à 3 en 2013);
- ▶ Une baisse du nombre de personnes âgées hospitalisées;
- ▶ Une réactivité du CMP.

Perspectives

- ▶ Le projet médical de l'établissement est en cours de rédaction.
- ▶ Un groupe de travail va être réactivé autour de l'HAD.
- ▶ Une réflexion est menée sur la mise en place d'indicateurs et leur informatisation.
- ▶ Un travail prospectif doit être réalisé afin de déterminer ce que sont devenus les patients suivis sur une période de 4 à 6 mois.

Chapitre 2
Retour d'expériences
Les interventions à domicile « d'accompagnement »

Fiche 7
**Centre hospitalier Montéran
Saint-Claude : ELLE'Z**

Centre hospitalier spécialisé Montéran Saint-Claude

Secteur 96G02

Unité de réhabilitation, CMP de Capesterre et CMP de Petit-Bourg

Équipe référente de maintien et soutien pour les logements protégés :
ELLE'Z - Ekip La La Eve Zot

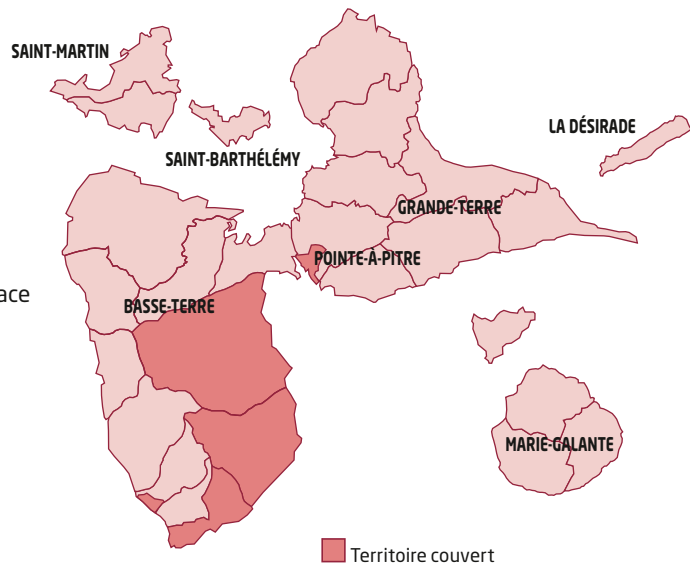
Département : La Guadeloupe (97)

**Structuration de l'intervention à domicile
IAD organisées conjointement par l'unité
de réhabilitation et les 2 CMP**

- ▶ Statut juridique : **Public** - Centre hospitalier spécialisé
- ▶ Activités du secteur 96G02
 - 2 unités d'hospitalisation
 - 1 unité d'accueil
 - 1 unité de réhabilitation psychosociale
 - 2 CMP
 - 1 CATTP
 - 1 hôpital de jour
- ▶ Date de création : **2011**
- ▶ Indications
 - Une absence d'autonomie
 - Des personnes en sortie d'hospitalisation
 - Des personnes isolées, qui n'ont pas de famille sur place
 - Lorsque le logement seul ne suffit pas
- ▶ Durée de suivi
Absence de durée de suivi
- ▶ Chiffres en 2013
 - File active : **28** patients depuis sa création

TERRITOIRE COUVERT

- Communes de Petit-Bourg, Goyave, Capesterre Belle-Eau, Trois-Rivières, les Saintes, Vieux-Fort



Personne référente : Isabelle Guesdon, psychiatre et chef de pôle
isabelle.nicou-guesdon@ch-monteran.fr

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile « d'accompagnement »

1. Historique

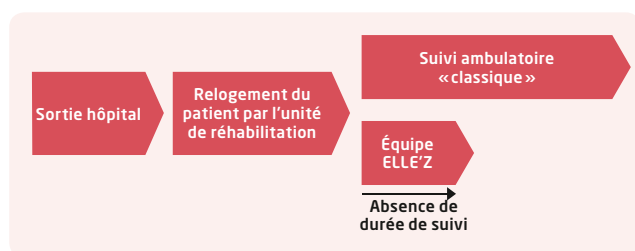
En 2008, le secteur 96G02 crée une unité de réhabilitation psychosociale et une unité d'accueil. L'unité de réhabilitation a pour objectif de reloger des patients stabilisés dans des logements protégés, où le soin et l'aide à l'autonomie sont assurés.

En janvier 2011, une équipe référente de maintien et soutien pour les logements protégés, dénommée ELLE'Z (Ekip La La Eve Zot) se met en place sous l'impulsion de trois facteurs :

- ▶ Les IAD organisées par les CMP correspondaient mal aux besoins des patients relogés par l'unité de réhabilitation. En effet, l'accompagnement du CMP était insuffisant et il n'existait pas de référents soignants dans le cadre des IAD;
- ▶ Les partenaires extérieurs se plaignaient de l'absence d'un interlocuteur référent;
- ▶ L'équipe infirmière de réhabilitation s'investissait beaucoup auprès des patients du fait d'un processus de sortie très long, et le transfert au CMP du patient créait une cassure avec l'équipe d'intra-hospitalier et un sentiment d'incomplétude.

L'équipe ELLE'Z s'est mise en place en 6 mois et sans financement supplémentaire par un redéploiement de moyens.

2. Présentation du dispositif



ELLE'Z est rattachée à l'unité de réhabilitation et aux deux CMP. Elle intervient chaque jeudi matin entre 9h00 et 13h00, 1 jeudi sur la zone couverte par le CMP de Capesterre, et 1 jeudi sur la zone couverte par le CMP de Petit-Bourg.

3. Objectifs

ELLE'Z propose des soins centrés sur l'autonomie, les relations avec les aidants gravitant autour du logement, et les relations entre colocataires. Les soins « classiques » continuent d'être assurés par le CMP ou l'HDJ. Ainsi, plus de la moitié des patients sont en pluri-interventions.

Elle intervient pour des patients dont le niveau d'autonomie ne permet pas de les « lâcher » et propose un accompagnement renforcé, « un travail de CMP renforcé » organisé avec des personnes référentes et une équipe dédiée.

4. Composition de l'équipe

- ▶ 1 infirmier du CMP de Capesterre
- ▶ 1 infirmier du CMP de Petit-bourg
- ▶ 1 éducateur spécialisé du CMP
- ▶ 4 infirmiers de l'unité de réhabilitation
- ▶ 1 psychiatre référent de l'équipe

5. Fonctionnement de l'équipe

Un trio est mis en place entre l'éducateur du CMP, un infirmier du CMP de la zone concernée et un infirmier de l'intra-hospitalier (1 agent par roulement), qui se déplace ensemble auprès de chacun des patients deux matinées par mois.

6. Description des interventions à domicile

- ▶ **Entrée dans le dispositif :** L'intervention de l'équipe ELLE'Z est décidée par l'unité de réhabilitation lorsqu'un patient va sortir de l'hôpital, sans prescription médicale. Une réunion est ensuite organisée avec le patient pour l'informer, mais son consentement n'est pas formellement recueilli. La sortie du patient en appartement est organisée entre l'unité de réhabilitation et le CMP. L'équipe ELLE'Z se met alors en place, avec une intervention un jeudi sur deux maximum.

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile « d'accompagnement »

- ▶ **Intervention à domicile** : Les besoins de l'usager sont évalués à la sortie de l'hôpital par l'unité de réhabilitation et sont intégrés dans le projet du patient. D'autres besoins vont émerger dans un second temps, au moment du retour à domicile, et seront accompagnés par l'équipe ELLE'Z. La première visite permet de vérifier les questions d'ordre matériel puis relationnel. L'équipe étudie l'adaptation du patient à son environnement.

Parallèlement aux interventions à domicile, une réunion intercolocataires est organisée chaque trimestre pour permettre aux patients de verbaliser le bienfait des visites.

- ▶ **Suivi** : La fréquence des visites pourra être espacée en fonction de l'autonomisation du patient, elle relève du rôle de l'infirmier.

L'équipe ELLE'Z est un dispositif transitoire en attendant le retour dans le droit commun (CMP de base). Toutefois, aucune durée de suivi n'a été fixée. Plus de la moitié des patients sont toujours suivis depuis la création de l'équipe. Sur 28 patients accompagnés depuis 2011, 6 sont sortis en janvier 2014.

- ▶ **Sortie** : La sortie d'un patient est décidée sur la base d'une évaluation subjective de l'autonomie ou en cas de placement de la personne.

7. Partenariats

L'équipe travaille avec l'ensemble des acteurs qui gravitent autour du patient et notamment :

- ▶ L'intra-hospitalier;
- ▶ Les infirmiers libéraux interviennent pour la gestion du traitement comme « tête de pont santé » (99% des patients);
- ▶ Une orientation SAMSAH existe pour beaucoup de patients, intervenant davantage sur son projet de vie;
- ▶ Les aides à domicile trouvent dans l'équipe ELLE'Z un référent;
- ▶ Les propriétaires des logements, les associations tutélaires, le voisinage.

8. Éléments d'évaluation

Les chiffres renseignés par les intervenants ne donnent pas lieu à une exploitation. Pour autant, l'équipe constate :

- ▶ Une limitation des réhospitalisations aiguës/par crise et sous contrainte;
- ▶ Un taux d'occupation des lits moins élevé que dans les autres secteurs;
- ▶ Un impact en termes de prévention de la rechute des patients.

Perspectives

- ▶ Au niveau institutionnel, une réflexion va être menée autour de la reproductibilité du dispositif dans d'autres secteurs et de la création d'une unité fonctionnelle.
- ▶ Des outils vont être mis en place afin de mieux structurer le travail de l'équipe : recueil écrit du consentement du patient, grille d'évaluation de l'autonomie du patient, indicateurs de suivi d'activité.

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile « d'accompagnement »**Fiche 8****Établissement public de santé mentale
de Caen : UAAD****EPSM de Caen**

Secteur 14G07

Unité fonctionnelle du Pôle de Lisieux

Unité d'aide et d'accompagnement à domicile (UAAD)

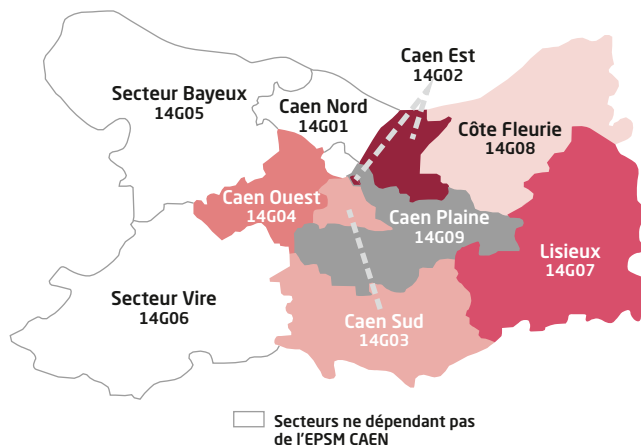
Département : Le Calvados (14)

**Structuration de l'intervention à domicile
IAD organisées par un dispositif expérimental**

- ▶ Statut juridique : **EPSM**
- ▶ Activités extra-hospitalières du pôle de Lisieux
 - CATTP
 - HDJ
 - CMP
 - UAAD
- ▶ Date de création : **1^{er} mars 2008**
- ▶ Indications
 - Être stabilisé de façon optimale quelle que soit la pathologie
 - Avoir un besoin d'aide et d'accompagnement
- ▶ Durée de suivi : **2 ans**
- ▶ Chiffres en 2013
 - Capacité : **15** patients
 - File active : **33** patients
 - Nombre d'actes : **2 285** actes IDE/AS dont **1633** IAD

TERRITOIRE COUVERT

- **68 000** personnes
- Territoire rural et vaste



Personne référente : Christine Cognard, *psychiatre et responsable de l'UAAD*
christine.cognard@epsm-caen.fr

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile « d'accompagnement »

1. Historique

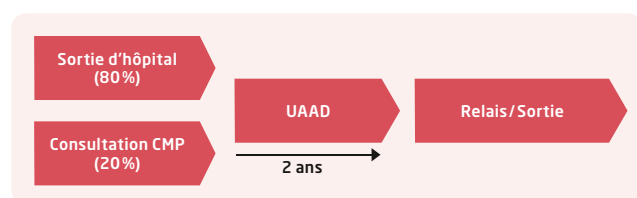
En 2005, les soignants lancent une réflexion sur la création d'une structure à Lisieux afin de répondre à l'émaillage de l'offre psychiatrique, remplir les missions du secteur et mieux prendre en compte les lieux d'habitation des populations. Cette réflexion s'inscrit dans un contexte particulier : la prise en charge de certains patients en HDJ et au CATTP n'était pas satisfaisante, notamment en termes de qualité de vie à domicile des usagers, et les VAD réalisées par le CMP étaient très liées aux traitements.

L'Unité d'aide et d'accompagnement à domicile (UAAD) ouvre en 2008 avec l'objectif de prendre en charge les patients dans la période de post-hospitalisation et d'être un trait d'union entre l'intra-hospitalier et l'extra-hospitalier à la sortie du patient.

Le choix de créer une structure expérimentale s'explique par l'impossibilité de créer une HAD en raison de l'absence de fonctionnement des urgences 24h/24 et de l'indisponibilité du personnel le weekend.

En 2009, un bilan de l'UAAD met en évidence l'inadaptation du dispositif initial et permet de le réadapter aux besoins des patients.

2. Présentation du dispositif



L'UAAD est un dispositif expérimental qui se situe entre l'HAD et le SSIAD et qui réalise des IAD.

Elle est ouverte du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h00, avec une absence de permanence le weekend. Les 2 jours du weekend, où la structure n'intervient pas, sont conçus dans une notion de relais de l'UAAD. Pendant le weekend, les usagers peuvent contacter l'unité d'admission du secteur à Caen, se rendre aux urgences du centre hospitalier général de Lisieux ou laisser un message sur le répondeur de l'UAAD.

3. Objectifs

L'UAAD se compose d'une équipe mobile qui intervient sur le lieu de vie des patients nécessitant une aide et/ou un accompagnement pour acquérir et/ou développer une autonomie quotidienne, sociale, voire professionnelle, en partenariat avec les autres structures de soins et les autres acteurs médico-sociaux. Il s'agit de :

- ▶ Permettre un maintien à domicile ou sur le lieu de vie;
- ▶ Favoriser la réinsertion sociale;
- ▶ Éviter une hospitalisation ou raccourcir une durée d'hospitalisation;
- ▶ S'assurer de l'observance du traitement;
- ▶ Assurer des soins somatiques.

4. Composition de l'équipe (en ETP)

- ▶ 3 infirmiers
- ▶ 2 aides-soignants
- ▶ 0,5 cadre
- ▶ ½ journée par semaine de psychiatre

5. Fonctionnement de l'équipe

Les interventions à domicile sont majoritairement réalisées par un seul soignant. Pour autant, certaines visites se font toujours à deux, pour la sécurité des soignants, aussi bien physiquement que légalement (certain(e)s patient(e)s pouvant se plaindre de la relation). Les aides-soignants interviennent sur l'ensemble des prises en charge.

6. Description des interventions à domicile

- ▶ **Entrée dans le dispositif** : L'UAAD intervient sur prescription du psychiatre référent qui prescrit l'UAAD et les objectifs du projet initial. Une rencontre est organisée avec le patient en amont de l'intervention. Une réunion d'équipe est par la suite organisée pour discuter de la prise en charge et de l'organisation des soins.

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile « d'accompagnement »

► **Intervention à domicile** : L'UAAD est présente au moment où la personne arrive chez elle. La première visite se fait toujours à deux soignants. Une évaluation globale de la personne est réalisée afin de permettre un accompagnement global et s'appuie sur les axes suivants :

- Santé : état de santé global, psychique et physique;
- Autonomie/vie quotidienne : courses, état du logement, etc.;
- Insertion sociale : démarches administratives, activités, centres d'intérêt de la personne, etc.

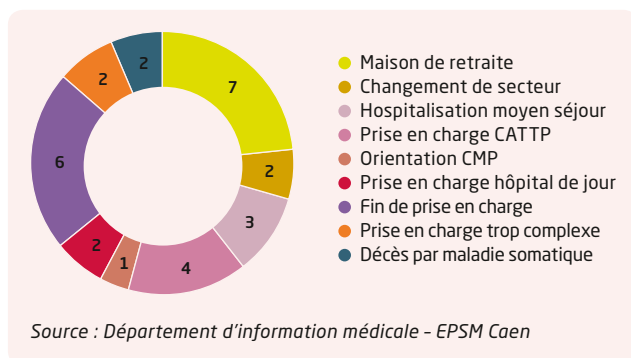
Les objectifs de l'IAD sont fixés au cours de la première visite à domicile dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, et sont ensuite rediscutés en équipe. L'UAAD s'inscrit dans une connaissance partagée du dossier par l'équipe.

L'UAAD favorise les pluri-interventions, considérant que dans le projet du patient, il est important que le patient puisse s'inscrire dans des activités qui peuvent être proposées par le secteur ou par d'autres acteurs.

- **Suivi** : La psychiatre de l'UAAD coordonne et définit les indications des interventions. Une réévaluation régulière des prises en charge est réalisée, et notamment de la fréquence des visites. La durée de suivi des patients est fixée à 2 ans, pour éviter une pérennisation des prises en charge et passer le relais à d'autres acteurs.
- **Sortie** : En décembre 2013, la moitié des usagers a arrêté sa prise en charge qui avait débuté en 2009. Des relais sont mis en place à la sortie de l'UAAD.

52

Figure 16 : Orientations des usagers de l'UAAD en 2013



7. Partenariats

L'équipe coordonne les différents intervenants au domicile du patient. Elle essaie de rencontrer l'ensemble des acteurs qui interviennent auprès du patient et réalise régulièrement des visites auprès de structures du territoire afin de rechercher des orientations pour les usagers vers d'autres lieux de vie plus adéquats.

La prise en compte de l'entourage requiert l'accord de la famille et du patient. L'équipe s'adapte aux situations avec l'objectif de cibler l'intervention sur la personne.

Dans le cadre des soins somatiques, l'équipe accompagne le patient au cours des visites des professionnels de santé. Les soins somatiques sont réalisés par des infirmiers libéraux. Les injections retardes peuvent être effectués par des infirmiers libéraux mais aussi au CMP, voire dans le cadre de l'HDJ. Cette délégation répond à la volonté de l'UAAD de préparer un relais.

Dans le cas particulier des aides à domicile, l'UAAD peut les accompagner au cours de leurs interventions auprès du patient. Des rencontres sont organisées régulièrement avec la responsable du CCAS.

8. Éléments d'évaluation

Les chiffres renseignés par les intervenants ne donnent pas lieu à une exploitation. Pour autant, l'équipe constate :

- Une DMS moins importante que dans d'autres pôles;
- Un dispositif qui permet d'éviter une hospitalisation ou d'en réduire la durée;
- Une file active qui a doublé depuis son ouverture;
- Seuls 7 patients ont été réhospitalisés;
- Plus de la moitié des patients sont sortis de l'UAAD au bout de 5 ans.

Perspectives

- Une formalisation des partenariats va être engagée, via la signature de conventions, notamment avec les CCAS. Ce partenariat formalisé avec le CCAS permettrait d'apporter une plus-value aux aides à domicile en contrepartie de plus de prises en charge des usagers de l'UAAD par le CCAS.
- Une réflexion sur l'augmentation de la taille de la structure est menée, avec un point de vigilance sur la nécessité de conserver une taille humaine.

Chapitre 2
Retour d'expériences
Les interventions à domicile « d'accompagnement »

Fiche 9

Centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu : Unité Yves Tanguy

ARHM

Centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu

Pôle intersectoriel de soins et de réhabilitation (PISR)

Unité Yves Tanguy

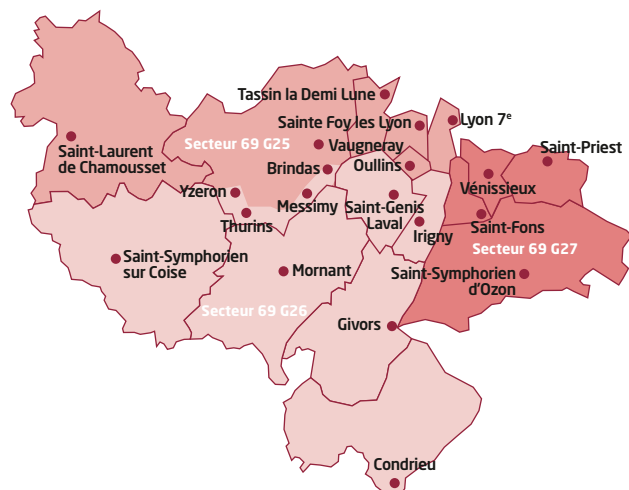
Département : Rhône (69)

Structuration de l'intervention à domicile IAD organisées par une équipe mobile rattachée à un pôle intersectoriel

- ▶ Statut juridique :
ESPIC - Centre hospitalier spécialisé
- ▶ Activités de l'unité Yves Tanguy
 - CATT
 - IAD
 - Démarches
- ▶ Date de création : 2012
- ▶ Indications
Des patients souffrant de troubles psychiques en sortie d'hospitalisation de longue durée qui ont connu des échecs dans des projets antérieurs de réinsertion
- ▶ Durée de suivi
 - 5 à 8 mois de préparation avant la sortie du patient de l'hôpital
 - 12 à 18 mois après la sortie du patient de l'hôpital
- ▶ Chiffres 2013
 - File active : 24 patients suivis
 - Nombre d'actes : 338 accompagnements et démarches extérieures - 580 IAD

TERRITOIRE COUVERT

- 68 000 personnes
- Territoire rural et vaste



Personne référente : Annick Perrin-Niquet, *cadre supérieur de santé*
annick.perrin-niquet@arhm.fr

Chapitre 2

Retour d'expériences

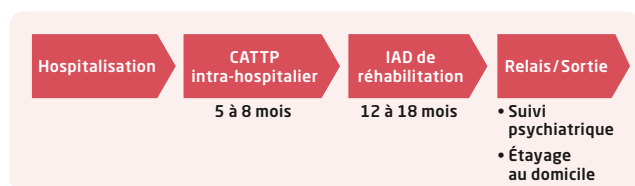
Les interventions à domicile « d'accompagnement »

1. Historique

L'Association recherche handicap et santé mentale (ARHM) intervient dans le champ sanitaire et médico-social et gère le centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu. Ce dernier a créé en 2003 un pôle intersectoriel de soins et de réhabilitation pour les Pathologies à longue évolution (PISR) afin de sortir les patients hospitalisés au long cours et de proposer une offre de soins en réhabilitation.

En 2012, le PISR met en place l'unité Yves Tanguy, avec l'objectif de mobiliser des ressources plus spécifiques dans le cadre d'un travail de préparation à la sortie par une prise en charge intensive. Cette dernière accueille les patients des trois secteurs de psychiatrie adulte et de l'unité de réhabilitation.

2. Présentation du dispositif



L'unité Yves Tanguy est financée par une enveloppe de l'ARS Rhône-Alpes destinée à la création d'équipes mobiles en psychiatrie. Elle est intersectorielle et intervient sur 2 axes :

- ▶ La réhabilitation en immersion effectuée au CATTP ;
- ▶ La recherche de logement, l'intégration et le suivi de la personne réinsérée sous forme d'IAD et d'accompagnements.

Le CATTP est intra-hospitalier et fonctionne du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00.

3. Objectifs

- ▶ Permettre à des personnes souffrant de troubles psychiques évoluant au long cours de revivre dans un milieu ordinaire et reprendre une place dans la cité ;
- ▶ Permettre à des personnes souffrant de troubles psychiques de retrouver une qualité de vie par l'exercice de leur autonomie ;
- ▶ Assurer le suivi des personnes réinsérées une année ou plus après la sortie du dispositif tout en travaillant durant cette période le passage de relais ;
- ▶ Participer à la fluidité des durées de séjours des patients hospitalisés en temps complet.

4. Composition de l'équipe (en ETP)

- ▶ 4 infirmiers
- ▶ 1 éducateur spécialisé
- ▶ 0,5 psychiatre
- ▶ 0,2 cadre de santé

5. Fonctionnement de l'équipe

La même équipe intervient en CATTP et en IAD. La moitié du temps des professionnels est consacrée aux IAD. Les visites se font en général à deux professionnels et sont réalisées par tous les membres de l'équipe (infirmier ou éducateur). Le psychiatre peut aussi se déplacer en cas de besoin.

Sauf pour certaines activités, aucun membre de l'équipe n'est le référent d'un patient, le référent demeure le soignant du secteur d'origine.

6. Description des interventions à domicile

L'intégration de l'unité Yves Tanguy se fait sur demande d'un secteur de psychiatrie et sur admission du psychiatre de l'unité, après préparation entre les équipes de l'intra-hospitalier et de l'extra-hospitalier et rencontre du patient.

- ▶ **La préparation de la sortie : le CATTP.** Suite à son admission, le patient entre dans le dispositif Yves Tanguy et vient entre 3 et 4 fois par semaine en CATTP intra-hospitalier de réhabilitation. La prise en charge du patient est ainsi renforcée entre l'unité d'hospitalisation complète et des ateliers quotidiens qui visent à mobiliser les patients dans leurs habiletés relationnelles, sociales et pratiques (actes de la vie quotidienne) et à renforcer la confiance, l'estime de soi et la motivation. Le psychiatre rencontre les patients une fois par mois. La durée de la préparation à la sortie dépend de la maturité du patient à sortir et de la disponibilité d'un logement. Les personnes sont suivies en moyenne 8 mois dans le cadre de la préparation à la sortie.
- ▶ **La recherche d'un logement :** L'unité Yves Tanguy réalise une recherche de logement afin de permettre au patient de sortir en appartement associatif ou en milieu ordinaire. Les logements individuels proposés par l'ARHM sont privilégiés. À sa sortie, le patient signe un contrat de sous location avec l'ARHM et un contrat de soins avec l'unité Yves Tanguy. Par la suite, un bail glissant permettra au patient de devenir locataire du logement et de sortir le patient du dispositif Yves Tanguy.

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile « d'accompagnement »**► La sortie de l'hôpital : des IAD de réhabilitation**

À la sortie d'hospitalisation du patient, des IAD de réhabilitation à domicile sont organisées. L'équipe se déplace au minimum deux fois par semaine au début de la prise en charge. Ces IAD consistent en la fixation d'objectifs concrets pour la personne.

Parallèlement, des temps de soins sont organisés au CATTP et espacés au fil de leur évolution.

Les visites à domicile sont progressivement allégées et un relais est organisé par l'équipe en vue de la sortie.

7. Partenariats

Le psychiatre de l'unité Yves Tanguy rencontre les personnes en cours de réinsertion en consultation tous les mois et demi afin de vérifier que le maillage nécessaire existe autour de la personne, que sa réinsertion en milieu ordinaire se passe bien et que le suivi proposé est adapté à ses besoins.

Les IAD de réhabilitation permettent d'initier des relais à la sortie du dispositif avec :

- Pour le suivi psychiatrique : des structures ambulatoires du secteur (CMP, CATTP, HDJ) ou le secteur libéral;
- Pour l'étagage à domicile : des services de portage de repas, services d'aide à domicile, SAMSAH, ou cabinets de soins infirmiers.

8. Éléments d'évaluation

Les chiffres renseignés par les intervenants ne donnent pas lieu à une exploitation. Pour autant, l'équipe constate que le dispositif permet :

- Une réactivité et mobilité permanente de l'équipe comme facteurs favorables à une démarche de réhabilitation et de maintien à domicile;
- Une compétence de l'équipe au niveau clinique mais également en réhabilitation psycho-sociale pour des patients se trouvant dans des situations de grande fragilisation suite à de très longues hospitalisations;
- Un suivi individuel avec mise en place d'objectifs cliniques et de réhabilitation, évalués autant que nécessaire;
- Une continuité des soins et renforcement des capacités de la personne avec maintien des soins de réhabilitation après la sortie d'hospitalisation par la même équipe;
- Une anticipation des relais à développer;
- Le développement du projet de vivre « chez soi » mobilisant des capacités éteintes pour des personnes qui ont vécu dans la collectivité hospitalière avec pour unique perspective de vivre dans la collectivité médico-sociale : gain d'autonomie, découverte d'un espace identitaire.

Perspectives

- L'arrivée d'un nouveau médecin responsable du PISR va permettre de donner de nouvelles orientations au dispositif de réhabilitation.
- Une augmentation de l'activité de l'unité Yves Tanguy est prévisible.
- Une étude sur la qualité de vie des patients dans un retour en milieu ordinaire va être prochainement mise en place.

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile « d'accompagnement »**Fiche 10****Établissement public de santé mentale
de Lille métropole : EMR7****EPSM Lille métropole**

Secteur 59G07

Équipe mobile de réinsertion et de réhabilitation sociale
et psychosociale «EMR7»

Département : Nord (59)

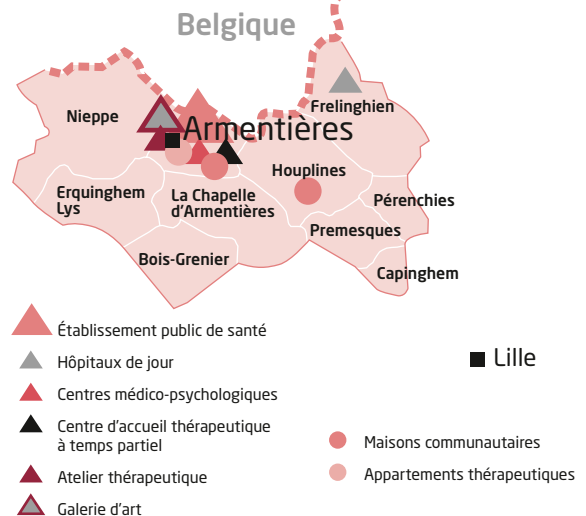
**Structuration de l'intervention à domicile
IAD organisées par une équipe mobile rattachée
à une maison thérapeutique**

- ▶ Statut juridique : **EPSM**
- ▶ Activités du secteur 59G07
 - Unité d'hospitalisation
 - Centre de santé mentale
 - CATTp
 - Résidence thérapeutique
 - HDJ
 - Atelier thérapeutique
 - Accueil familial thérapeutique
 - 4 équipes mobiles :
 - EMUL7 : Équipe mobile urgences et liaison,
 - EMPP7 : Équipe mobile de psychiatrie périnatale,
 - EMPSA7 : Équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé,
 - EMR7 : Équipe mobile de réhabilitation
- ▶ Date de création : **2006**
- ▶ Indications
 - Les patients ayant bénéficié d'une prise en charge de réinsertion et de réhabilitation sociale et psychosociale
 - Les patients sortant de l'hospitalisation temps plein
 - Les patients suivis dans le cadre des hébergements protégés

- ▶ Durée de suivi
Absence de durée de suivi
- ▶ Chiffres en 2012
 - File active : **47** patients
 - Nombre d'actes : **1 832** IAD

TERRITOIRE COUVERT

- Armentièresois - Territoire de la zone Flandre intérieure - **10** communes
- **68 000** personnes



Personnes référentes : Christine Lajugie, *psychiatre et chef de pôle du secteur 59G07* - clajugie@epsm-lille-metropole.fr
Nicole Davigny, *cadre supérieur de santé* - ndavigny@epsm-lille-metropole.fr

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile « d'accompagnement »

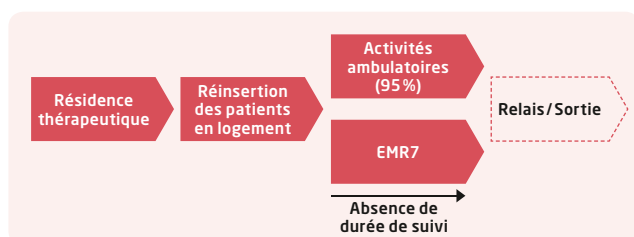
1. Historique

À l'origine, une équipe d'aides-soignantes avait été mise en place dans le cadre d'une Unité de préparation aux appartements thérapeutiques (UPAT). Ce dispositif a fonctionné pendant deux ans, jusqu'à ce qu'il n'existe plus de patients suite à leur ré-autonomisation par l'équipe d'aides-soignantes.

Le projet a alors été revu avec la création d'une résidence thérapeutique réadaptée aux patients présents. Des temps infirmiers ont été redéployés sur la résidence thérapeutique et deux postes d'éducateurs spécialisés ont été mis en place dans le cadre de transformations de postes. Une résidence thérapeutique de 10 places s'est ainsi créée par redéploiement de moyens existants, et a ouvert en 2006, offrant une alternative à l'hospitalisation. L'équipe a eu pour mission de prendre en charge des patients issus soit d'une hospitalisation, soit de la filière logement, soit du court séjour ; et qui avaient besoin de travailler leur autonomie et insertion.

Cette équipe est également intervenue auprès des patients à la sortie de cette résidence et c'est ainsi qu'une équipe mobile de réhabilitation a été créée en 2006 pour assurer la nécessaire continuité des soins dans le cadre d'une préparation de l'installation et d'une habitation du logement.

2. Présentation du dispositif



L'équipe mobile intervient 5j/7, de 8h00 à 17h00, et le weekend de 8h00 à 12h00 (à titre exceptionnel le weekend après-midi). Elle peut aussi intervenir ponctuellement lors de soirées pour des sorties culturelles, l'EPSM favorisant les échanges entre artistes et patients.

3. Objectifs

L'EMR7 a pour objectifs de :

- ▶ Maintenir l'insertion et favoriser la réhabilitation citoyenne ;
- ▶ Assurer la continuité des soins.

Lorsqu'un patient sort de la résidence thérapeutique, le lien est maintenu entre le patient et le soignant grâce à l'équipe mobile afin de favoriser son maintien dans son logement. Les membres de l'EMR7 permettent par leurs interventions d'assurer cette transition au domicile.

4. Composition de l'équipe (en ETP)

- ▶ 0,1 médecin
- ▶ 1 infirmier
- ▶ 1,6 éducateur spécialisé
- ▶ 0,1 cadre de santé
- ▶ Aides-soignants ponctuellement, en fonction des besoins de la personne prise en charge
- ▶ Assistantes sociales ponctuellement

5. Fonctionnement de l'équipe

Les professionnels sont communs à la résidence thérapeutique et à l'équipe mobile. Les interventions à domicile sont majoritairement réalisées par des éducateurs spécialisés.

Le médecin référent du patient ou de l'équipe mobile peut ponctuellement se déplacer à domicile.

Les assistantes sociales interviennent majoritairement dans la recherche du logement et l'accompagnement de la personne, mais aussi au logement si le besoin apparaît. Elles ont un rôle important dans la préparation de la sortie.

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile « d'accompagnement »**6. Description des interventions à domicile**

- ▶ **Entrée dans le dispositif** : La sortie du patient à domicile est préparée en intra-hospitalier. La prise en charge du patient à la résidence thérapeutique permet d'évaluer son autonomie dans les actes de la vie quotidienne et de développer ses capacités à acquérir l'autonomie nécessaire. La prise en charge est initiée par le psychiatre référent du patient ou celui de l'équipe mobile, en concertation avec les membres de l'équipe. Le patient signe un contrat de soins personnalisé établi par le psychiatre référent, qui précise les différentes activités que le patient s'engage à suivre.
- ▶ **La réinsertion du patient dans un logement** : Le patient, dont la réhabilitation a été favorisée par le passage à la résidence thérapeutique, est réinséré dans un appartement qui lui appartient ou dans un appartement géré par le secteur.
- ▶ **Intervention à domicile** : Les interventions de l'EMR7 ont pour objectif une prise en charge globale de la personne. Le programme individuel de soins prescrit, en fonction de l'état clinique, un certain nombre d'activités au patient. Il est réévalué régulièrement.
L'équipe favorise les pluri-interventions avec 95 % des prises en charge en pluri-interventions : HDJ, atelier thérapeutique et les 35 activités thérapeutiques du CATTP. La combinaison des prises en charge est un élément clef du succès de la réinsertion du patient.
- ▶ **Suivi** : Un compte-rendu quotidien de l'état du patient est réalisé par l'équipe et permet d'adapter rapidement l'accompagnement. Une évaluation hebdomadaire de l'accompagnement du patient est réalisée dans le cadre d'une réunion de synthèse et de la consultation médicale. Elle permet d'envisager la poursuite, le renforcement ou l'allègement du suivi ou la fin de prise en charge.
L'équipe ne s'est pas fixée de durée de suivi dans la mesure où certains patients accompagnés ont des troubles nécessitant des soins de longue durée. La durée du suivi est variable, quelques semaines, et peut aller de 6 mois à 1 an, renouvelable.
- ▶ **Sortie** : Le patient peut intégrer un logement autonome et mettre fin à tout suivi psychiatrique. Pour autant, la majorité des patients est suivie par le Centre de santé mentale (CSM). Les personnes perdues de vue sont contactées par une médiatrice de santé pair dans le cadre d'une expérimentation.

7. Éléments d'évaluation

Les chiffres renseignés par les intervenants ne donnent pas lieu à une exploitation. Pour autant, l'EMR7 constate que :

- ▶ Son intervention permet d'éviter les ruptures et de maintenir la personne à domicile ;
- ▶ Les personnes restent longtemps dans leur logement, gage de qualité de leur réinsertion.

Perspectives

L'équipe souhaite devenir une unité fonctionnelle, afin de disposer d'une reconnaissance pérenne de ses moyens.

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile « d'évaluation et d'orientation »

Fiche 11

Centre hospitalier Guillaume Régnier : CREFAP

Centre Hospitalier Guillaume Régnier

Pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie adulte

Centre ressource familles & troubles psychotiques (CREFAP)

C'Mieux à domicile (concertation médicale et infirmière pour une évaluation urgente à domicile)

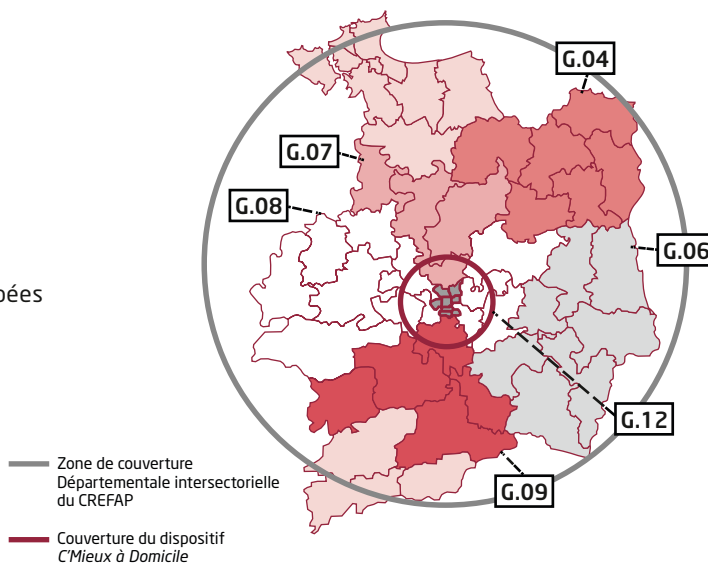
Département : Ille-et-Vilaine (35)

Structuration de l'intervention à domicile IAD organisées par un centre ressources intersectoriel d'accompagnement des familles

- ▶ Statut juridique : **Public** - Centre hospitalier spécialisé
- ▶ Activités du CREFAP
 - Évaluation & diagnostic : Dispositif CHLOÉE
 - Soins de proximité : C'Mieux à domicile
 - Soins ciblés : Soutien en hospitalisation, Partageons nos savoirs, ProFamille
 - Soutien
 - Appui technique & recherche
- ▶ Date de création : **2009**
- ▶ Indications
 - Intervention à domicile
 - Urgence diagnostique et pronostique
 - Demande émanant de familles qui sont préoccupées par l'état de santé de leur proche
- ▶ Durée de suivi :
 - 1 à 2 mois
 - 4 visites maximum
- ▶ Chiffres en 2013
 - File active : **22 familles**
 - Nombre d'actes : **42 IAD**

TERRITOIRE COUVERT

- **400 000** personnes
- Territoire de Rennes métropole



Personnes référentes : Laurence Renoux, *infirmière*, l.renoux@ch-guillaumeregnyier.fr
David Levoyer, *psychiatre*, d.levoyer@ch-guillaumeregnyier.fr

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile « d'évaluation et d'orientation »**1. Historique**

Depuis 25 ans, le service universitaire de Rennes propose un accompagnement des familles, *via* l'UNAFAM.

En 2009, une « concertation médicale et infirmière pour une évaluation urgente à domicile » (C'Mieux à domicile) se met en place afin de proposer aux familles le déplacement à domicile d'une équipe pour amorcer des soins.

En novembre 2012, le Centre ressource familles & troubles psychotiques (CREFAP) se crée afin de rendre visible les dispositifs existants, en proposant une porte d'entrée unique pour les familles.

2. Présentation du CREFAP

Le CREFAP est un centre ressource intersectoriel placé sous la responsabilité du pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie d'adultes de Rennes qui s'adresse :

- ▶ Aux familles ayant un proche qui souffre d'un trouble psychotique, que ce trouble soit débutant ou constitué;
- ▶ Aux professionnels des soins, du champ social et du domaine associatif qui côtoient ces familles (exemple : formations des professionnels ou interventions sur des situations spécifiques dans le cadre des services d'aide à domicile).

Figure 17 : Le CREFAP propose différents dispositifs en direction des familles

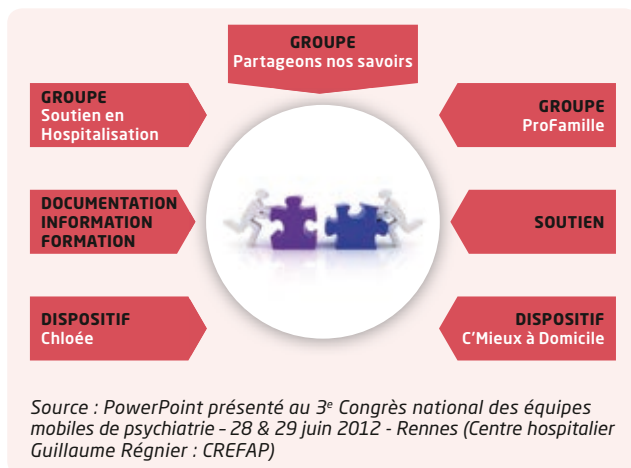
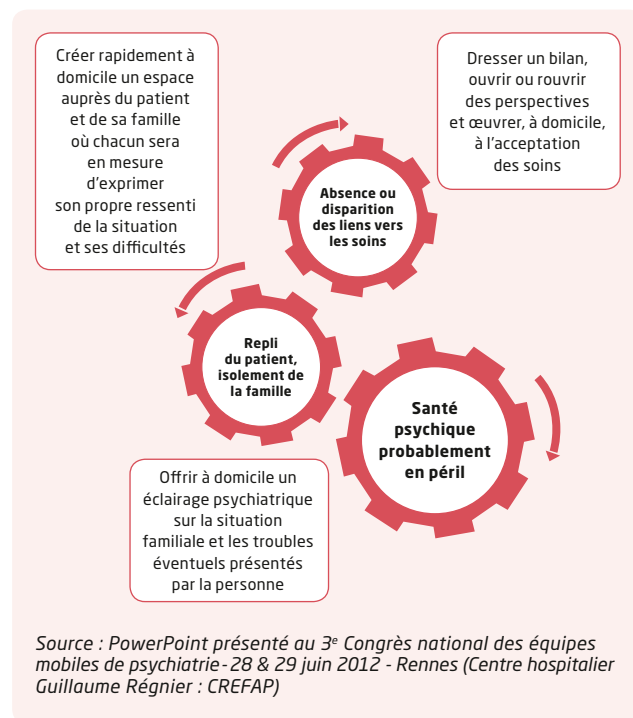
**3. Présentation de C'Mieux à domicile****4. Objectifs**

Figure 18 : Objectifs de C'Mieux à domicile



Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile « d'évaluation et d'orientation »

5. Composition de l'équipe

- ▶ 1 infirmier de régulation et d'orientation
- ▶ 0,1 psychiatre coordonnateur
- ▶ 1 cadre de santé
- ▶ 1 cadre supérieur de santé
- ▶ 1 chef de service
- ▶ 1 chef de pôle

6. Fonctionnement de l'équipe

L'équipe du dispositif C' Mieux à domicile est la même que celle du CREFAP. Les interventions à domicile sont réalisées par un binôme psychiatre/infirmier, toujours en présence de la famille ou d'un tiers. Certaines visites peuvent se faire seules ou à deux soignants.

7. Description des interventions à domicile

- ▶ **Entrée dans le dispositif** : C'Mieux à domicile est contacté par la famille, l'équipe est réactive dans la semaine. Un premier rendez-vous est pris avec l'infirmier afin d'évaluer la nature de la demande, expliquer la nécessité de la présence d'un « tiers de confiance » et informer la personne. Un deuxième rendez-vous peut être organisé pour préparer l'intervention à domicile.
- ▶ **Intervention à domicile** : La première visite se fait toujours par un binôme psychiatre/infirmier qui évalue la situation. Souvent, le proche n'est pas visible au cours de la première visite (50% des situations). Les interventions durent en moyenne 2 heures.
- ▶ **Suivi** : C'Mieux à domicile intervient en moyenne 2 à 3 fois, et au maximum 4 à 5 fois. L'accompagnement de la famille pourra continuer dans le cadre d'autres dispositifs.
- ▶ **Sortie** : Les orientations sont majoritairement réalisées en direction du CMP. L'équipe n'a jamais orienté de personne vers une hospitalisation.

8. Éléments d'évaluation

Les chiffres renseignés par les intervenants ne donnent pas lieu à une exploitation.

Sur le plan qualitatif, l'équipe met en avant un certain nombre d'impacts :

- ▶ Une amélioration de la communication entre la famille et le proche;
- ▶ Un retour de la personne vers les soins sans contrainte;
- ▶ Une baisse du niveau d'anxiété de la famille;
- ▶ L'acquisition de compétences pour la famille et la remobilisation de ses propres compétences;
- ▶ Une dédramatisation des psychoses.

Perspectives

Un certain nombre d'évolutions vont être apportées au dispositif par l'équipe avec :

- ▶ La mise en place des indicateurs de suivi qui ont été définis dans le projet initial.
- ▶ Le renforcement de la pérennité du dispositif, en s'adjoignant des temps médicaux et infirmiers supplémentaires.
- ▶ L'extension des horaires et jours d'intervention, notamment le samedi matin.
- ▶ L'arrivée prochaine d'une secrétaire (pour assurer la tenue des dossiers et le suivi des multiples liens).
- ▶ La réalisation d'une meilleure communication, notamment en direction des psychiatres libéraux et des médecins généralistes.

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile « d'évaluation et d'orientation »

Fiche 12

Centre hospitalier Léon-Jean Grégory de Thuir : EMAP

Centre hospitalier Léon-Jean Grégory de Thuir

Pôle Sud

Secteur 66G04

CMP d'Argelès

Équipe mobile d'Argelès en psychiatrie (EMAP)

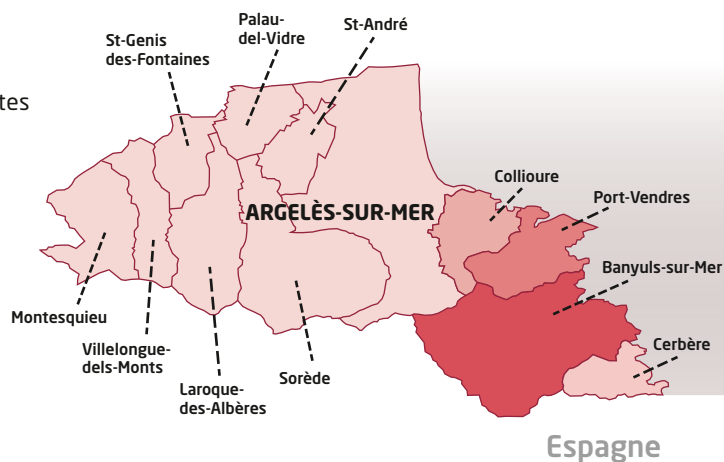
Département : Pyrénées Orientales (66)

**Structuration de l'intervention à domicile
IAD organisées par une équipe mobile rattachée
à un CMP**

- ▶ **Statut juridique : Public** - Centre hospitalier spécialisé
- ▶ **Activités du secteur 66G04 sur le territoire d'Argelès**
 - CMP
 - HDJ
 - CATTP
 - Appartement thérapeutique
- ▶ **Date de création : 2011**
- ▶ **Indications**
Une réponse à toutes les demandes d'évaluation pouvant relever de la santé mentale chez des adultes
- ▶ **Durée de suivi**
Absence de durée de suivi
- ▶ **Chiffres en 2012**
 - File active : **137** patients
 - Nombre d'actes : **1 404** actes

TERRITOIRE COUVERT

- **75 000** personnes
- **45 000** personnes couvertes par l'EMAP
- Territoire urbain



Personne référente : Charles Alezrah, *psychiatre et responsable de l'EMAP*
charles.alezrah@ch-thuir.fr

Chapitre 2

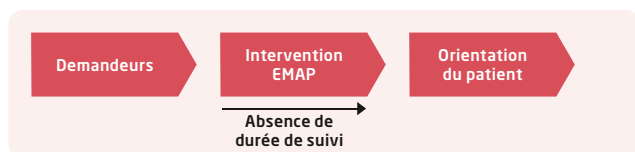
Retour d'expériences

Les interventions à domicile « d'évaluation et d'orientation »

1. Historique

Le projet de créer une équipe mobile s'inscrit dans les travaux du Conseil local de santé mentale (CLSM) d'Argelès-sur-Mer et répond à différents besoins identifiés sur le territoire. Le projet d'EMAP a été déposé à l'ARS en 2010 et les crédits obtenus en 2011. L'EMAP a ouvert le 1^{er} septembre 2011 dans le cadre d'une expérimentation la première année de fonctionnement. Elle a ensuite été pérennisée par l'ARS suite au premier bilan d'activité présenté par l'EMAP.

2. Présentation du dispositif



L'EMAP est une équipe mobile de CMP rapidement mobilisable, à la demande des patients, des familles ou des différents partenaires du champ médical, social et judiciaire, pour anticiper et évaluer les situations de crise de nature psychiatrique. Au-delà de l'évaluation, elle organise, si besoin, les soins de la manière la plus adaptée.

3. Objectifs

- ▶ Détecter et évaluer les troubles psychiatriques;
- ▶ Évaluer les besoins en soins et faciliter, si besoin, l'entrée de nouveaux patients dans les soins;
- ▶ Initier précocement une prise en charge adaptée, et promouvoir une alliance thérapeutique avec les patients et l'entourage;
- ▶ S'efforcer de travailler sur les représentations associées aux troubles mentaux et au champ d'action de la psychiatrie pour les faire évoluer positivement;
- ▶ Après évaluation, orienter vers d'autres prises en charges les personnes ne relevant pas de réponses psychiatriques.

4. Composition de l'équipe (en ETP)

- ▶ 1 mi-temps d'interne en psychiatrie
- ▶ 1 mi-temps de psychologue
- ▶ 1 infirmier
- ▶ 1 mi-temps de psychiatre

5. Fonctionnement de l'équipe

La même équipe intervient au CMP et à l'EMAP. L'ensemble des professionnels se déplace à domicile.

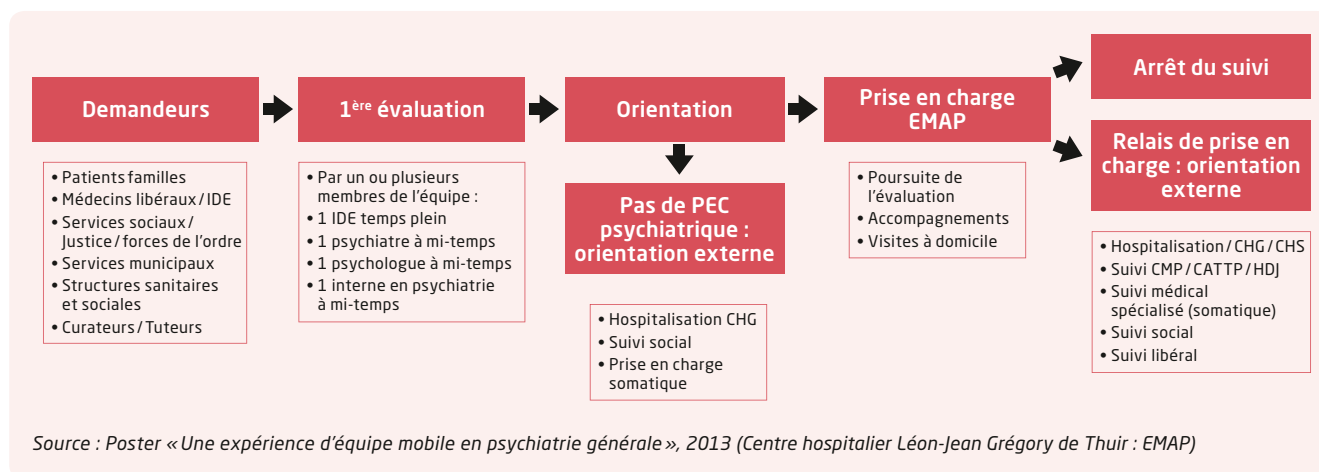
Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile « d'évaluation et d'orientation »**6. Description des interventions à domicile**

- ▶ **Entrée dans le dispositif** : Les demandes proviennent majoritairement du CMP, du domicile du patient et de centres de rééducation.
- ▶ **Suivi** : L'EMAP peut intervenir sur le temps d'une visite ou à plusieurs reprises sur une durée maximum de 9 mois.
- ▶ **Sortie** : (voir figure 21)

Figure 19 : Schéma de fonctionnement de l'EMAP



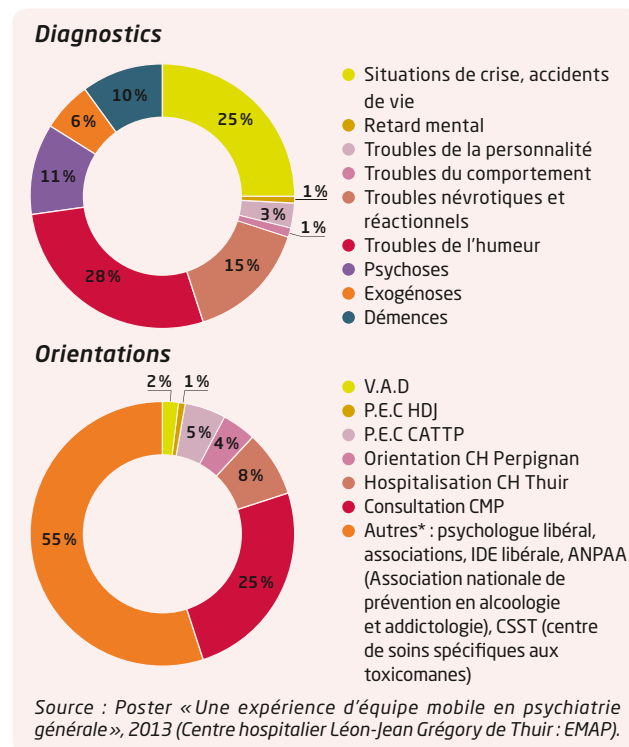
64

Figure 20 : Lieux d'intervention et nombre d'actes réalisés par l'EMAP en 2013

Lieux d'intervention	Nombre d'actes
CMP*	730
Domicile du patient	477
Centres de rééducation	126
EHPAD* de la côte Vermeille	29
Cabinet médical	13
Gendarmeries	10
Centre hospitalier de Perpignan	6
Maison sociale de proximité	5
Voie publique	5
Hôpital de jour de Ceret	3
TOTAL	1 404

Source : Poster « Une expérience d'équipe mobile en psychiatrie générale », 2013 (Centre hospitalier Léon-Jean Grégory de Thuir : EMAP)

Figure 21 : Diagnostics et orientations des personnes en 2012



Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile « d'évaluation et d'orientation »**7. Partenariats**

L'EMAP s'inscrit dans un réseau de partenaires très étoffé afin d'être repérée par le plus d'intervenants possibles des champs sanitaire, médico-social et social. Des temps de réunion sont formalisés avec les partenaires. Des réunions ponctuelles peuvent aussi être organisées autour des situations des usagers.

À l'ouverture de l'EMAP, un travail préalable a consisté à rencontrer les acteurs, déjà identifiés sur le CMP et le CLSM pendant 1 à 2 mois.

Les principaux partenaires sont :

- ▶ Familles;
- ▶ Médecins généralistes;
- ▶ Psychiatre libéral d'Argelès;
- ▶ Infirmiers libéraux;
- ▶ Services sociaux;
- ▶ Services de justice, de police et de gendarmerie;
- ▶ Mairie et services municipaux;
- ▶ Structures sanitaires et sociales, MSP;
- ▶ Tuteurs et curateurs;
- ▶ Centres communaux d'action sociale;
- ▶ Maison sociale de proximité;
- ▶ Associations d'aide à domicile.

8. Éléments d'évaluation

Le DIM suit certains indicateurs qui font apparaître :

- ▶ Une baisse des hospitalisations sous contrainte;
- ▶ Une baisse du nombre d'hospitalisations d'office, de soins psychiatriques à la demande d'un tiers et de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État;
- ▶ Une augmentation des soins psychiatriques à la demande d'un tiers sur tout l'hôpital.

La file active fait également l'objet d'un suivi.

Perspectives

Diverses structures mobiles vont voir le jour :

- ▶ Une équipe de CATTP mobile a démarré le 1^{er} janvier 2014, par réorganisation d'un HDJ historique intramuros. Les personnels vont réaliser un travail de réhabilitation sur la cité, une activité intermédiaire entre le SAMSAH et le CATTP.
- ▶ Une équipe mobile est en cours de construction sur Perpignan : ELIOS.

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile organisées par le SAMSAH et l'HAD

Fiche 13

Association Route Nouvelle : SAMSAH

Association Route Nouvelle

SAMSAH pour adultes handicapées psychiques

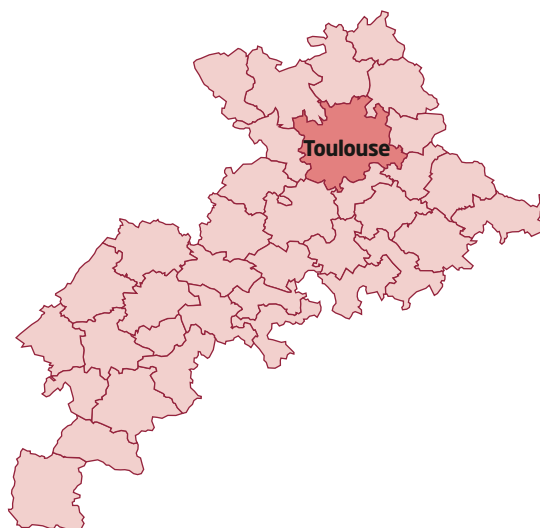
Département : Haute-Garonne (31)

**Structuration de l'intervention à domicile
IAD organisées par un SAMSAH pour adultes
handicapés psychiques**

- ▶ Statut juridique : **Association loi 1901**
- ▶ Activités de l'Association Route Nouvelle
 - SAMSAH
 - Centre de postcure
 - 8 appartements communautaires
- ▶ Date de création : **2009**
- ▶ Indications
 - Personnes adultes (20-60 ans) handicapées psychiques orientées et évaluées par la MDPH
 - Personnes gravement, durablement et fortement fragilisées socialement, professionnellement et médicalement par la maladie bénéficiant d'un suivi par un médecin traitant psychiatre et nécessitant un besoin d'étayage dans la vie quotidienne
- ▶ Durée de suivi :
 - Absence de durée de suivi → **24 mois** en moyenne
 - Notification de la MDPH pour 3 ans
- ▶ Chiffres en 2013
 - Capacité : **40 places**
 - File active : **142 personnes** et **100 personnes** suivies à l'instant T
 - Coût à la place : **13 000€**

TERRITOIRE COUVERT

- Ensemble de la conurbation toulousaine et nord du département



Personne référente : Patrick Eche, *directeur du centre de postcure et du SAMSAH*
patrick.eche@gmail.com

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile organisées par le SAMSAH et l'HAD

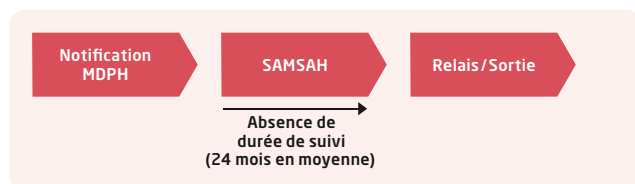
1. Historique

En 1964, l'Association Route Nouvelle se crée. En 1969, elle met en place un centre de soins de postcure qui a pour objectif de sortir les personnes du monde hospitalier, les rétablir dans leur vie sociale, proposer une amélioration de leur qualité de vie et un travail sur leurs capacités et ressources restantes.

En 1990, l'Association Route Nouvelle ouvre un premier appartement communautaire et en gère aujourd'hui 8.

En 2009, elle crée un SAMSAH suite à la parution du *décret 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés* et sur incitation de la DDASS (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales).

2. Présentation de la structure



Le SAMSAH pour adultes handicapés psychiques dispose d'une autorisation conjointe de l'ARS Midi-Pyrénées et du conseil général Haute-Garonne de 40 places. Il est ouvert du lundi au vendredi de 10h00 à 12h00 et de 14h00 à 20h00, ainsi que le samedi de 14h00 à 18h00.

3. Objectifs

- ▶ Accompagner la personne à sa sortie d'hospitalisation afin de travailler son autonomie;
- ▶ Améliorer la qualité de vie de l'utilisateur;
- ▶ Limiter ou anticiper les hospitalisations;

- ▶ Maintenir la personne à son domicile, notamment en la sollicitant lorsqu'elle a tendance à s'éloigner du soin ou à se désinsérer;
- ▶ Apporter un étayage permanent au plan médical, social, professionnel et pour l'hébergement;
- ▶ Soutenir et accompagner les personnes dans la gestion de leur handicap afin d'en réduire les effets et d'éviter les hospitalisations inadéquates;
- ▶ Permettre un rétablissement clinique et social conduisant à l'« empowerment » et à l'autonomie de vie;
- ▶ Aider à reprendre confiance dans la vie;
- ▶ Amener la personne là où elle a décidé elle-même d'aller;
- ▶ Travailler l'autonomie par la relation d'aide et d'assistance et par le suivi personnalisé, afin de permettre une réhabilitation sur le long terme et un « rétablissement ».

4. Composition de l'équipe (en ETP)

- ▶ 2 conseillères en éducation sociale et familiale
- ▶ 3 infirmiers
- ▶ 1 assistante sociale
- ▶ 1 secrétaire
- ▶ 1 psychologue/chef de service
- ▶ 0,8 médecin généraliste
- ▶ 0,4 psychiatre
- ▶ Fonctions supports communes au SAMSAH et au centre de postcure

5. Fonctionnement de l'équipe

Les interventions à domicile sont réalisées par un binôme d'infirmier et de conseillère en éducation sociale et familiale qui interviennent alternativement.

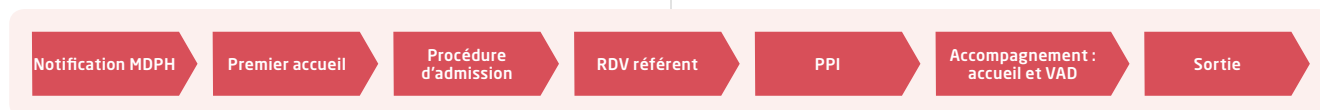
Un référent est mis en place auprès de la personne, qui peut être une infirmière, une assistante sociale ou une conseillère en éducation sociale et familiale, en fonction du projet de la personne.

L'assistante sociale peut aussi intervenir selon les besoins de l'utilisateur.

...

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile organisées par le SAMSAH et l'HAD**6. Description de l'intervention du SAMSAH****Figure 22** : Les étapes de l'intervention du SAMSAH

► **Entrée dans le dispositif** : Le SAMSAH ne peut intervenir que sur notification de la MDPH, qui est réalisée dans un délai compris entre 3 et 6 mois. La demande peut être faite par le psychiatre, la personne ou sa famille.

Avant l'évaluation de l'éligibilité de la personne au SAMSAH, un premier accueil est organisé avec l'équipe du SAMSAH. Un bilan social puis un bilan médical sont réalisés avec l'utilisateur en amont de l'organisation d'une commission d'admission, réunie pour délibérer sur son admission.

Le délai entre le premier accueil et la commission d'admission se situe entre deux et trois mois. Environ 1/3 des personnes sont refusées dans le cadre de cette procédure d'admission. Après admission de l'utilisateur dans le SAMSAH, un rendez-vous est organisé avec son référent afin d'élaborer son Projet personnel individualisé (PPI).

► **Intervention à domicile** : Une visite à domicile d'évaluation est organisée avec l'accord de la personne. Une évaluation globale des besoins de la personne est réalisée avec une grille d'évaluation d'habilité sociale.

Le SAMSAH propose deux modalités d'interventions :

- L'organisation d'un accueil dans un lieu ressource qui permet d'organiser une permanence et des activités sociales de convivialité;
 - L'accompagnement au domicile.
- 50% des activités sont réalisées en sortie de domicile pour des rendez-vous d'ordre médical ou paramédical, et 50% des activités sont réalisées à domicile.

► **Suivi** : Des réévaluations sont organisées tous les 6 mois par les membres de la commission d'admission au moyen de la grille d'évaluation des habilités sociales. Une durée maximum de prise en charge n'a pas été fixée. En pratique, la durée moyenne de prise en charge des usagers par le SAMSAH est de 24 mois.

La notification de la MDPH dure 3 ans. Pour continuer l'accompagnement d'un usager, une demande de renouvellement de prise en charge doit être réalisée.

Figure 23 : Usagers sortis en 2010, 2011, 2012 / Durée de l'accompagnement (en mois)

Durée d'accompagnement	Nombre d'usagers
6 mois	10
9 mois	7
12 mois	17
18 mois	8
24 mois	14
36 mois	8
48 mois	4
Supérieur à 48 mois	1
TOTAL	69

Source : Support de présentation du 17 décembre 2013 - SAMSAH Psy Route Nouvelle (Association Route Nouvelle : SAMSAH)

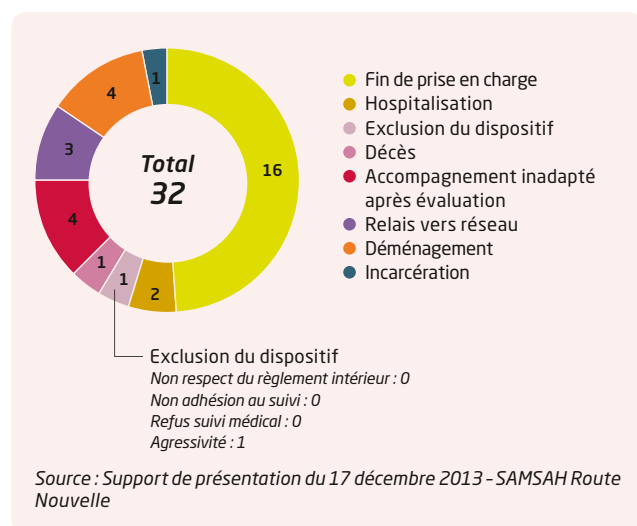
Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile organisées par le SAMSAH et l'HAD

- **Sortie** : 50% des usagers sont sortis au bout de 4 ans. En 2012, entre 20% et 30% d'usagers sont sortis. La sortie peut se faire pour différents motifs :

Figure 24 : Motifs de sortie du SAMSAH en 2013



7. Partenariats

Le SAMSAH coordonne le parcours médical, social et professionnel de l'utilisateur. Des commissions de partenariat sont régulièrement organisées pour faire vivre les partenariats.

Il ne réalise pas de soins techniques qui sont réalisés par le CMP ou les infirmiers libéraux, et ne dispose pas de pharmacie. S'il y a un service d'aide à domicile, il n'intervient pas sur ce registre.

8. Éléments d'évaluation

Le SAMSAH suit des indicateurs d'activité dont il ressort :

- Une baisse significative du recours aux hospitalisations non prévues;
- Une baisse des réhospitalisations;
- Une diminution de la durée des réhospitalisations;
- Un coût très faible par jour et par personne.

En outre, sur le plan qualitatif, l'équipe constate :

- Une efficacité maximale en termes de retour à une vie normale, réduction des symptômes, amélioration de la qualité de vie, réduction notable des hospitalisations, stabilité émotionnelle et meilleure adhésion aux traitements;
- Un meilleur respect des soins;
- Une qualité de vie de l'utilisateur;
- Une fluidité de l'accès aux soins;
- Une prise en charge globale au plan somatique.

Perspectives

- Une demande d'extension de la capacité du SAMSAH de 10 places est en cours.
- Le SAMSAH souhaiterait étendre son amplitude horaire pour mieux répondre aux besoins des usagers.
- L'association a un projet de résidence accueil financé par l'État.

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile organisées par le SAMSAH et l'HAD

Fiche 14

Association santé mentale et communauté : HAD

Association santé mentale et communauté

Équipe mobile intersectorielle de soins à domicile ou au substitut du domicile (HAD expérimentale)

Département : Rhône (69)

Structuration de l'intervention à domicile IAD organisées par une HAD expérimentale

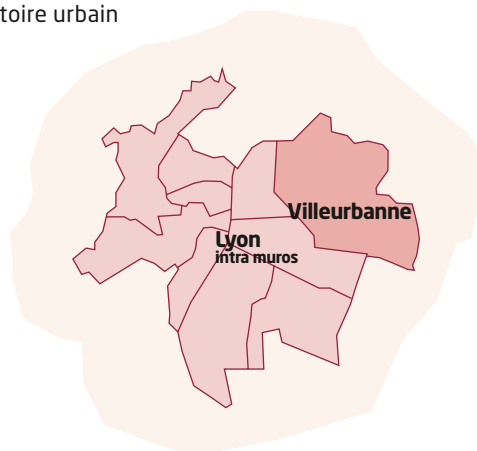
- ▶ **Statut juridique : Association loi 1901**
- ▶ **Activités de l'association SMC**
 - Soins ambulatoires (psychothérapies psychodynamiques, groupes thérapeutiques, troubles de la parentalité (LAPS), Pôle jeunes adultes (PJA) et service d'immédiate post urgence (ALP))
 - Soins résidentiels (communautés thérapeutiques, centre de crise)
 - Soins à domicile (HAD)
 - Accompagnement médico-social avec ou sans hébergement (SAMSAH Paul Balvet et foyer d'accueil médicalisé Le Florian)
- ▶ **Date de création : Octobre 2011**
- ▶ **Indications**
Toute personne qui nécessite des soins psychiatriques suite à une crise aiguë et dont une hospitalisation n'est pas adéquate, soit parce que la personne la refuse, soit parce que l'hospitalisation n'a plus de sens pour la personne
- ▶ **Durée de suivi :**
2 mois, renouvelables 1 fois

Chiffres en 2013

- Capacité : **15** places
- File active : **69** patients
- Nombre d'actes : **5 710**
- Budget : **600 000€**

TERRITOIRE COUVERT

- **600 000** personnes
- Villeurbanne et Lyon intra-muros
- Territoire urbain



Personne référente : Yves Saieb, *directeur*
yves.saieb@smc.asso.fr

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile organisées par le SAMSAH et l'HAD

1. Historique

Début 2009, les hôpitaux sectorisés alertent l'ARS Rhône-Alpes de la saturation des lits d'hospitalisation psychiatrique. L'ARS confie à l'association Santé mentale et communauté le montage d'un projet d'expérimentation et lui donne, en octobre 2011, une autorisation d'expérimentation d'une HAD psychiatrique pour 3 ans, sous le label « équipe mobile intersectorielle de soins à domicile ou au substitut du domicile ».

2. Présentation de la structure



L'HAD intervient 5j/7 de 9h00 à 18h00, avec l'organisation d'un relais par une astreinte téléphonique la nuit, le weekend et les jours fériés.

3. Objectifs

L'HAD est un temps d'hospitalisation hors les murs qui propose un soin en cas de crise aiguë. Elle a pour objectifs de :

- ▶ Aider une personne en situation de crise et éviter la récurrence;
- ▶ Éviter une hospitalisation, et pour les jeunes, éviter une hospitalisation traumatique;
- ▶ Mettre en place un soin intensif;
- ▶ Intervenir dans un temps limité.

4. Composition de l'équipe (en ETP)

- ▶ 0,7 médecin (1 ETP prévu)
- ▶ 3,9 infirmiers (ce chiffre va passer à 4,30 avec un report du temps de médecin)
- ▶ 0,5 psychologue
- ▶ 0,7 secrétaire médicale

5. Fonctionnement de l'équipe

L'équipe fonctionne en quadrinôme : le psychiatre et trois soignants (infirmiers et/ou psychologue). Cette composition permet de proposer des profils hétérogènes afin de créer différentes relations avec le patient.

Les interventions à domicile sont réalisées par un seul professionnel, sauf en cas de situations difficiles.

- ▶ **Astreinte** : Une astreinte soignante est organisée le soir, weekend et jours fériés. Le psychiatre est mobilisable en seconde ligne 24h/24 et 7j/7.

6. Description des interventions à domicile

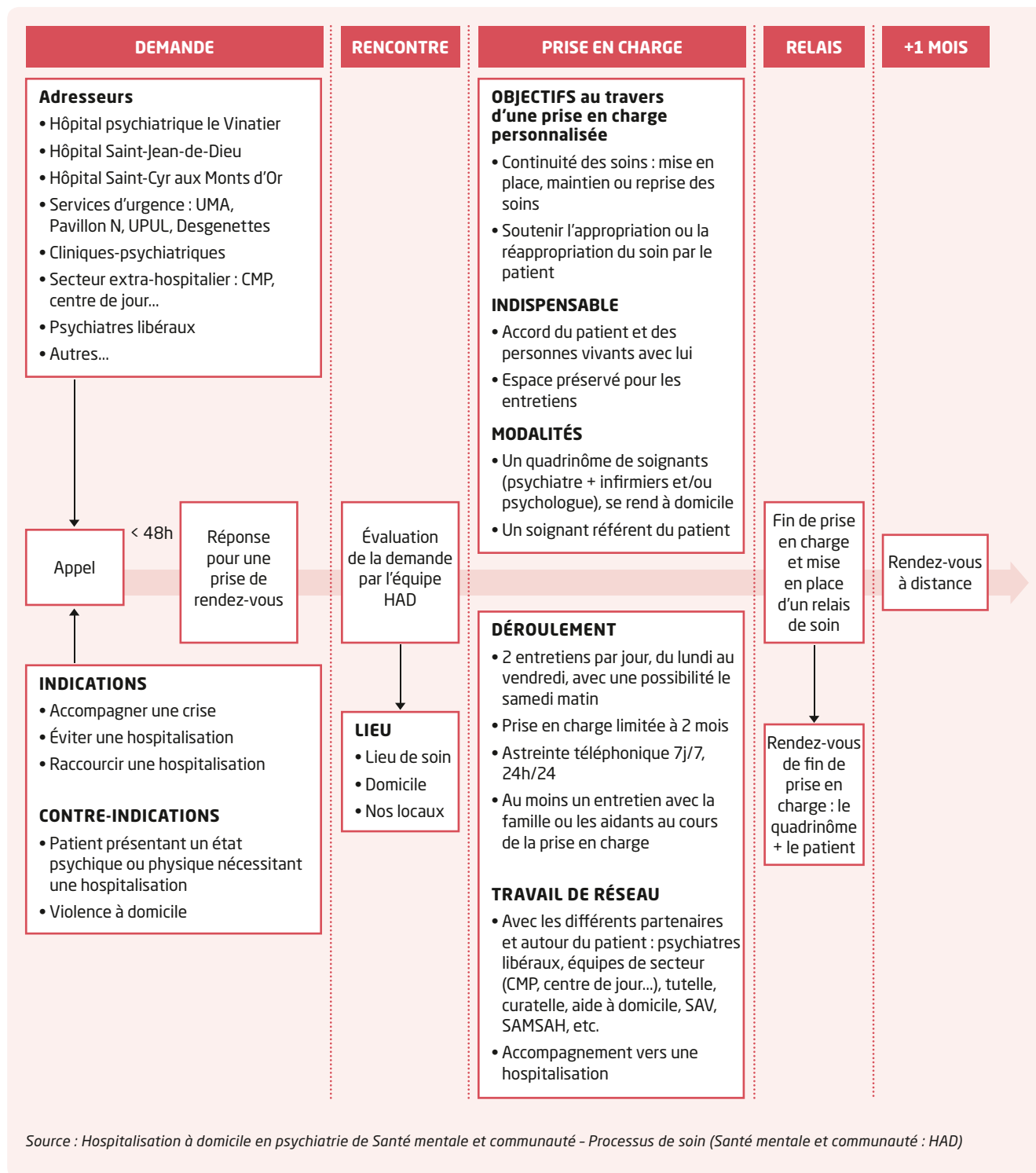
- ▶ **Entrée dans le dispositif** : L'entrée en HAD se fait sur prescription d'un médecin qui peut être psychiatre ou généraliste. Deux rendez-vous sont organisés sur une semaine dans le local de l'HAD avec le patient, avec un délai de prise en charge médian de 5 jours, afin de réaliser une évaluation globale. Le consentement de l'entourage est recueilli au moment de cette première visite où la personne est très souvent accompagnée.
- ▶ **Intervention à domicile** : L'HAD propose plusieurs contenus d'interventions : interventions à domicile, entretiens hebdomadaires avec le psychiatre, groupe de patients. La durée d'intervention est fixée à 2 mois renouvelables une fois. En général, les interventions sont réalisées 2 fois par jour pendant 4 à 5 semaines puis une fois par jour avec un espacement jusqu'au terme de la prise en charge.
- ▶ **Sortie** : La sortie est progressive et anticipée depuis la mise en place de l'HAD. Des prolongements peuvent être décidés en cas de besoin, de 15 jours la plupart du temps. Les sorties se font vers le soin : psychiatres libéraux, CMP, HDJ et psychologues.

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile organisées par le SAMSAH et l'HAD

Figure 25 : Schéma du processus de soins



Source : Hospitalisation à domicile en psychiatrie de Santé mentale et communauté - Processus de soin (Santé mentale et communauté : HAD)

Chapitre 2

Retour d'expériences

Les interventions à domicile organisées par le SAMSAH et l'HAD

7. Partenariats

Des conventions ont été signées avec l'ensemble des services d'urgence. 33 partenaires ont été rencontrés en 2013, dont la majorité sont des partenaires sanitaires.

8. Éléments d'évaluation

La structure n'a pas suffisamment de recul pour mesurer son impact. Pour autant, elle constate peu de réhospitalisations, avec 7 réhospitalisations sur 69 séjours.

Perspectives

Dans le cadre du CPOM, SMC souhaite que l'ARS valide le dépôt d'une demande de nouvelle HAD sur le territoire centre et une augmentation de sa capacité portée à 40 places, avec la création d'une ou deux antennes. Elle aspire ainsi à sortir de l'expérimentation et pérenniser le dispositif.

Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
AAH	Allocation aux adultes handicapés
AFT	Accueil familial thérapeutique
AFTAH	Accueil familial thérapeutique alternatif à l'hospitalisation
AMP	Aide médico-psychologique
APL	Aide personnalisée au logement
ARHM	Association recherche handicap et santé mentale
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
AVS	Auxiliaire de vie sociale
CAP	Centre d'accueil permanent
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CESF	Conseiller en éducation sociale et familiale
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CIAC	Centre intersectoriel d'accueil et de crise
CISSMC	Conseil communal de santé, santé mentale et citoyenneté
CLSM	Conseil local de santé mentale
CMP	Centre médico-psychologique
CMP	Centre médico-psycho-pédagogique
CPAA	Centre psychiatrique d'accueil et d'admission
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CREFAP	Centre ressource familles & troubles psychotiques
CSM	Centre de santé mentale
CSP	Code de la santé publique
DAF	Dotations annuelles de financement
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DIAD	Dispositif d'intervention à domicile
DIM	Département d'information médicale
DMS	Durée moyenne de séjour
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELADEB	Échelles lausannoises d'auto-évaluation des difficultés et des besoins
EM	Équipe mobile
EMAP	Équipe mobile d'Argelès en psychiatrie
EPSM	Établissement public de santé mentale
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
ETP	Équivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
HAD	Hospitalisation à domicile
HDJ	Hôpital de jour
IAD	Intervention à domicile
IDE	Infirmier diplômé d'état
IDEL	Infirmier diplômé d'état libéral
MAO	Module d'accueil et d'orientation
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maisons départementales des personnes handicapées
MJC	Maison des jeunes et de la culture
MSP	Maison de santé pluri-professionnelle
NAP	Neuroleptique à action prolongée
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCH	Prestation de compensation du handicap
PH	Praticien hospitalier
PISR	Pôle intersectoriel de soin et de réhabilitation pour les pathologies à longue évolution
PPI	Projet personnel individualisé
RIM-P	Recueil d'information médicale en psychiatrie
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAD	Soins à domicile
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SIIC	Soins intensifs intégrés dans la cité
SMC	Santé mentale et communauté
SMPP	Service médico-psychologique de proximité
SMRP	Service médico-psychologique régional
SMUR	Service mobile d'urgence
SPDT	Soins psychiatriques à la demande d'un tiers
SPDRE	Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état
SROSMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
UAAD	Unité d'aide et d'accompagnement à domicile
UNAFAM	Union nationale des amis et familles de malades psychiques
UPAT	Unité de préparation aux appartements thérapeutiques
USSAD	Unité de soins soutenus à domicile
VAD	Visite à domicile

Remerciements

L'ANAP tient à remercier l'ensemble des équipes des structures qui l'ont accueillie et ont contribué à ce projet, ainsi que le comité des personnalités qualifiées qui a suivi les travaux.

Établissements & équipes

Centre hospitalier de Sambre Avesnois - Secteur 59G39

- ▶ **Yannick Barrios**, infirmier
- ▶ **Mauricette Canot**, infirmière
- ▶ **Claude Casiez**, cadre supérieur de santé
- ▶ **Dominique Leclere**, cadre de santé
- ▶ **Sabrina Stramandino**, directeur patientèle, qualité et gestion des risques

Centre hospitalier spécialisé Montperrin - Secteur 13G18

- ▶ **Corinne Adam**, infirmière
- ▶ **Marie-Christine de Medrano**, praticien hospitalier
- ▶ **Annie Hédoire**, assistante sociale
- ▶ **Marie-Thérèse Lorient**, psychiatre et chef de pôle
- ▶ **Florence Mathis**, infirmière
- ▶ **Aurélié Morel**, assistante sociale
- ▶ **Brigitte Mosconi**, cadre de santé
- ▶ **Cécile Moure**, infirmière
- ▶ **Martine Pons**, praticien hospitalier
- ▶ **Céline Rajcak**, cadre supérieur de santé
- ▶ **Brigitte Salvai**, infirmière
- ▶ **Jonathan Slostowski**, psychologue
- ▶ **Nicole Taliana**, cadre de santé
- ▶ **Jean-Pierre Vidal**, directeur du pôle patients et des affaires générales - démarche qualité

EPSM de Caen - Secteur 14G07 - UAAD

- ▶ **Véronique Anjot**, infirmière
- ▶ **Marie-Nadège Boiron**, infirmière
- ▶ **Christine Cognard**, psychiatre et responsable de l'UAAD
- ▶ **Laure Dussaud**, infirmière
- ▶ **Catherine Guillouf**, cadre supérieur
- ▶ **Thierry Mabire**, aide-soignant
- ▶ **Brigitte Siméon**, aide-soignante
- ▶ **Catherine Vardon**, cadre de santé

Association Route Nouvelle - SAMSAH pour personnes handicapées psychiques

- ▶ **Alice Beaurain**, chef de service du SAMSAH
- ▶ **Patrick Eche**, directeur du centre de postcure et du SAMSAH
- ▶ **Julie Hillgartner**, qualitiennne
- ▶ **Séverine Rolland**, ingénieur qualité

Centre hospitalier Léon-Jean Gregory - EMAP

- ▶ **Charles Alezrah**, psychiatre et responsable de l'EMAP
- ▶ **Thierry Arbey**, infirmier

Centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand

- ▶ **Alain Bergeras**, directeur
- ▶ **Manuel Ferreira**, responsable du service information et gestion
- ▶ **Jean-Alexandre Lesturgeon**, président de CME et médecin chef du secteur 63G05

- ▶ **Joëlle Mauvieux**, médecin, chef du secteur 63G03
- ▶ **Dominique Reynaud**, infirmier général

Secteur 63G03

- ▶ **Jean-Luc Aubignat**, infirmier
- ▶ **Salim Belbab**, infirmier
- ▶ **Lionel Beteille**, responsable infirmier
- ▶ **Denis Devlieger**, infirmier
- ▶ **Nicolas Jacquet**, infirmier de secteur
- ▶ **Marie Laluque**, cadre supérieur de santé
- ▶ **Guillaume Legrand**, psychiatre
- ▶ **Patrice Louis**, responsable infirmier
- ▶ **Joëlle Mauvieux**, médecin chef
- ▶ **Miheala Moga**, psychiatre

Secteur 63G04

- ▶ **Frédérique Mordier**, cadre supérieur de santé
- ▶ **Christiane Schmitt**, psychiatre
- ▶ **Jean-Michel Vannely**, infirmier
- ▶ **Pascal Vaury**, psychiatre et chef de service

Secteur 63G05

- ▶ **Karine Larpent**, cadre de santé
- ▶ **Jean-Alexandre Lesturgeon**, psychiatre et chef de service
- ▶ **Céline Sverzut**, infirmière

Secteur 63G06

- ▶ **Éric Aubert**, infirmier
- ▶ **Florence Gaffaux**, infirmière
- ▶ **Bernard Jean**, surveillant/cadre de santé
- ▶ **Stéphane Lebret**, psychiatre
- ▶ **Dominique Vigier**, cadre supérieur de santé

Secteur 63G07

- ▶ **Frédérique Bazile**, psychiatre
- ▶ **Philippe Couderc**, médecin chef
- ▶ **Jeanne-Marie Nitton**, infirmière
- ▶ **Christian Préau**, cadre supérieur de santé
- ▶ **Barbara Salva**, infirmière

Secteur personnes âgées

- ▶ **Christian Bardin**, infirmier
- ▶ **Daniel Boucherol**, cadre de santé
- ▶ **Marie Laluque**, cadre de santé
- ▶ **Gaëtan Macaluso**, médecin chef

Santé mentale et communauté - HAD

- ▶ **Frédéric Peyre**, infirmier
- ▶ **Béatrice Rodriguez**, infirmière
- ▶ **Yves Saieb**, directeur
- ▶ **Fabienne Varagnat**, psychiatre
- ▶ **Emmanuelle Dusacq**, interne
- ▶ **Joan Fernandez**, psychologue

Remerciements

Centre hospitalier Montéran - Secteur 96G02 - ELLE'Z

- ▶ **Irmise Alexandre**, infirmière
- ▶ **Marinette Augead**, directrice des soins
- ▶ **Thomas Bernard**, infirmier
- ▶ **Céline Charles**, infirmière
- ▶ **Mireille Favreau**, infirmière CMP Capesterre, référente ELLE'Z sur l'extra-hospitalier
- ▶ **Alex Parnasse**, cadre de santé de l'unité
- ▶ **Isabelle Nicou-Guesdon**, psychiatre et chef de pôle
- ▶ **Claude Réduit**, éducateur spécialisé

Centre hospitalier Guillaume Régnier - Pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie d'adultes - CREFAP

- ▶ **Vincent Lepage**, cadre de santé en charge de l'extra-hospitalier
- ▶ **David Levoyer**, psychiatre
- ▶ **Laurence Renoux**, infirmière

EPSM Agglomération lilloise - Secteur 59G23 - USSAD

- ▶ **Philippe Bartoletti**, psychiatre
- ▶ **Béatrice Bescond**, cadre de santé
- ▶ **Céline Billois**, infirmière
- ▶ **Marie-Claude Bomy**, infirmière
- ▶ **Ingrid Dur**, interne
- ▶ **Mourad Ezzedine**, psychiatre
- ▶ **Audrey Gesquière**, infirmière
- ▶ **Annie Hénaut**, infirmière
- ▶ **Hélène Larcier**, infirmière
- ▶ **Jeannine Leoszewski**, cadre de santé
- ▶ **Amandine Ouvrard**, infirmière
- ▶ **Peggy Petit**, assistante sociale
- ▶ **Simon Talfer**, éducateur
- ▶ **Lydie Rogal**, infirmière
- ▶ **Matthieu Vast**, infirmier
- ▶ **Corine Zalesny**, infirmière

EPSM Lille métropole

- ▶ **Éliane Bourgeois**, directrice des soins
- ▶ **Edvick Elia**, vice-présidence de la CME, responsable du secteur 59G20
- ▶ **Vincent Garcin**, responsable du pôle enfants et adolescents
- ▶ **Jean-Louis Merten**, cadre supérieur de santé du secteur 59G10
- ▶ **Jean-Luc Roelandt**, président de CME EPSM Lille métropole
- ▶ **Anne- Claire Stona**, médecin responsable DIM et chargée de mission au CCOMS

SMPP - Secteur 59G21

- ▶ **Yvelyse Bourabia**, cadre de santé du SMPP
- ▶ **Laurent Defromont**, psychiatre et chef de pôle
- ▶ **M. Dekerf**, cadre de santé Habicité
- ▶ **M. Dumortier**, cadre socio-éducatif à la résidence André Breton
- ▶ **Gery Kruhelski**, cadre supérieur de santé du pôle
- ▶ **Mme Lemaire**, manager culturel

DIAD - Secteur 59G18

- ▶ **Nadia Baba**, psychiatre et chef de pôle
- ▶ **Pascal Bourgeois**, cadre supérieur
- ▶ **Arnaud Descamps**, cadre de santé

- ▶ **Guillaume Fruleux**, psychiatre et référent institutionnel du DIAD

- ▶ **Benoit Knapen**, infirmier

EMR7 - Secteur 59G07

- ▶ **Nicole Davigny**, cadre supérieur de santé
- ▶ **Christine Lajugie**, psychiatre et chef de pôle

Centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu - PISR - Unité Yves Tanguy

- ▶ **Karine de Saint-Just**, psychiatre responsable de l'unité Yves Tanguy
- ▶ **Jean Guillet**, médecin chef du PISR (par intérim)
- ▶ **Annick Perrin-Nicquet**, cadre supérieur de santé
- ▶ **Jacques Thibert**, infirmier
- ▶ **Anne-Sophie Velay**, formatrice spécialisée

Les équipes rencontrées ont fourni des documents en usage dans leur établissement, dont certains ont été légèrement adaptés en vue d'une présentation harmonisée dans cette publication.

Comités des personnalités qualifiées

- ▶ **Marianne Auffret**, Élus santé publique & territoires, *Maire adjointe de Paris 14^e*
- ▶ **Jean-Yves Barreyre**, Centre d'études, de documentation, d'information et d'action sociales, directeur
- ▶ **Marie-Claude Barroche**, Association gestionnaire pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques, *présidente*
- ▶ **Jean-François Bauduret**, Comité scientifique et d'orientation de l'ANAP, *membre*
- ▶ **Annie Cadenel**, Conférence nationale de santé, *membre*
- ▶ **Jean Canneva**, Union nationale des amis et familles de malades psychique, *président*
- ▶ **Claude Finkelstein**, Fédération nationale des patients en psychiatrie, *directrice générale*
- ▶ **Dr Jean Furtos**, Observatoire régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion, *psychiatre*
- ▶ **Dr Yvan Halimi**, Comité scientifique et d'orientation de l'ANAP, *psychiatre et membre du CSO ANAP*
- ▶ **Dr Catherine Isserlis**, Agence régionale de santé Île-de-France, *référente psychiatrie et santé mentale à l'ARSIF*
- ▶ **Jacques Marescaux**, Association des établissements participant au service public de la santé mentale - Établissement de santé privé d'intérêt collectif, *directeur du centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu*
- ▶ **Pascal Mariotti**, Association des établissements participant au service public de la santé mentale - Établissement public de santé mentale, *directeur du centre hospitalier Alpes-Isère*
- ▶ **Dr Christian Müller**, Association nationale des psychiatres présidents et vice-présidents de commissions médicales d'établissement des centres hospitalier, *psychiatre et président de la conférence nationale des présidents de CME psychiatriques*

Bibliographie

Textes juridiques

Loi

- ▶ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, publiée au JORF n°36 du 12 février 2005 page 2353

Décret

- ▶ Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, publié au JORF du 13 mars 2005

Arrêté

- ▶ Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement

Circulaire

- ▶ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales
- ▶ Circulaire DHOS/O n° 2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile
- ▶ Circulaire N°DHOS/O3/2006/506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile

Rapports

- ▶ CNSA, MDPH : Une adaptation continue, Synthèse des rapports d'activité 2012 des maisons départementales des personnes handicapées, décembre 2013
- ▶ Cour des Comptes, La sécurité sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 17 septembre 2013
- ▶ IGAS-IGF, Établissements et services pour personnes handicapées - Offre et besoins, modalités de financement, octobre 2012
- ▶ ANAP, Piloter la performance dans le secteur médico-social - Expérimentation d'un tableau de bord de pilotage, mai 2012
- ▶ DREES, Les Rapports d'activité en psychiatrie (RAPS), 22 novembre 2010

Thèse

Marianne Ramonet, « Soins intensifs à domicile en psychiatrie », 2012

Articles

Richard Wilmort & Sabrina Copin, « La visite à domicile en psychiatrie », Soins n° 775 - mai 2013



Mentions légales

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés et de sociétés de conseil dont les prestations sont exécutées dans le cadre de marchés publics et financées par le budget de l'ANAP. Conflits d'intérêts : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Intervention à domicile des équipes de psychiatrie - Retour d'expériences © ANAP 2015 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - www.efil.fr
Crédit photos : ANAP
Imprimé par Corlet imprimeur sur du papier PEFC
Janvier 2015

Le domicile est devenu le principal lieu de vie des personnes souffrant de troubles psychiques. L'offre de psychiatrie a su s'adapter à cette évolution en proposant des interventions à domicile.

À destination des professionnels intéressés à la création d'équipes d'IAD, cette publication présente 14 retours d'expériences de déploiement de telles équipes, et en tire les grands enseignements.

