OFFRE ET ACCÈS A LA SANTE

Observatoire Régional de la Santé

# LES EQUIPES MOBILES DE PSYCHIATRIE EN NOUVELLE-AQUITAINE

## RECENSEMENT ET ACTIVITE

Enquête auprès des équipes mobiles

**Rapport 109 – Mai 2021**

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
*Liberté*
*Égalité*
*Fraternité*

Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

# LES EQUIPES MOBILES DE PSYCHIATRIE DE NOUVELLE-AQUITAINE

## RECENSEMENT ET ACTIVITE


Une étude financée par

***L'Agence régionale de santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine***



**Réalisée par l'ORS Nouvelle-Aquitaine**

*Julie DEBARRE*

**Pilotage :**

*Dr Marylène FABRE*

*Anne-Sophie LAVAUD*

*Nadëjda LALBIN-WANDER*

*- Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie (DOSA), ARS Nouvelle-Aquitaine -*



***Remerciements :***

*Les professionnels des équipes mobiles,*
*des établissements et les membres du comité de pilotage*

sommaire

CONTEXTE ..... 1

**I. OBJECTIFS ET METHODES ..... 2**

**A.** OBJECTIFS ..... 2

**B.** METHODES ..... 2

**1. Identification des équipes mobiles existantes ..... 2**

**2. Recueil des caractéristiques de chaque équipe mobile ..... 2**

a) Le questionnaire ..... 2

b) Le recueil ..... 3

c) Les structures enquêtées ..... 3

**II. RESULTATS ..... 4**

**A.** Vue d'ensemble des équipes mobiles de psychiatrie (EMP) de Nouvelle-Aquitaine ..... 4

**1. Recueil exhaustif des EMP selon la classification et le département ..... 4**

**2. Localisation des EMP de Nouvelle-Aquitaine selon la classification de l'EMP ..... 5**

**B.** Les 22 équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) de Nouvelle-Aquitaine ..... 6

**1. Les moyens ..... 6**

**2. Fonctionnement et activité ..... 7**

**3. Missions et prestations ..... 9**

a) En direction du public cible ..... 9

b) En direction des acteurs de première ligne ..... 10

**4. Coopération et partenariats ..... 10**

a) Avec le secteur médico-social et social ..... 11

b) Avec le secteur de l'addictologie ..... 11

c) Avec les associations à vocation sociale ..... 11

d) Avec les professionnels de santé et les services sanitaires ..... 11

e) Participation aux instances locales et coopération ..... 12

**C.** Les 18 EMP infanto-juvénile (EMP-IJ) ..... 12

**1. Les moyens ..... 12**

**2. Fonctionnement et activité ..... 13**

**3. Missions et prestations ..... 15**

sommaire


a) En direction du public cible ..... 15
b) En direction des acteurs de première ligne ..... 15
**4. Coopération et partenariats ..... 16**
a) Avec le secteur médico-social et social ..... 16
b) Avec les services de PMI, de santé scolaire et universitaire ..... 17
c) Avec le secteur de l'addictologie ..... 17
d) Avec les professionnels de santé et les services sanitaires ..... 17
e) Avec les associations à vocation sociale ..... 17
f) Participation aux instances locales et coopération ..... 18

**D.** Les 16 EMP du sujet âgé (EMP-PA) ..... 18
**1. Les moyens ..... 18**
**2. Fonctionnement et activité ..... 19**
**3. Missions et prestations ..... 20**
a) En direction du public cible ..... 21
b) En direction des acteurs de première ligne ..... 21
**4. Coopération et partenariats ..... 21**
a) Avec le secteur médico-social et social ..... 22
b) Avec les professionnels de santé libéraux ..... 22
c) Les autres partenaires ..... 22
d) Avec le secteur de l'addictologie ..... 22
e) Avec les associations à vocation sociale ..... 22
f) Participation aux instances locales et coopération ..... 22

**E.** Les 5 équipes mobiles de psychiatrie périnatale (EMP-P) ..... 22
**1. Les moyens ..... 23**
**2. Fonctionnement et activité ..... 23**
**3. Missions et prestations ..... 24**
a) En direction du public cible ..... 25
b) En direction des acteurs de première ligne ..... 25
**4. Coopération et partenariats ..... 25**
a) Avec le secteur médico-social et social ..... 26
b) Avec les services de PMI ..... 26

sommaire


c) Avec les professionnels de santé libéraux ... 26
d) Les autres partenaires ... 26
e) Avec le secteur de l'addictologie ... 27
f) Avec les associations à vocation sociale ... 27
g) Participation aux instances locales et coopération ... 27

**F.** Les 9 équipes mobiles de réhabilitation psychosociale ou d'appui social (EMRPS) ... 27
**1. Les moyens des EMRPS ... 27**
**2. Fonctionnement et activités ... 28**
**3. Coopération et partenariats ... 29**
a) Avec le secteur médico-social et social ... 29
b) Avec les professionnels de santé libéraux ... 29
c) Les autres partenaires ... 29
d) Avec le secteur de l'addictologie ... 29
e) Autres collaborations ... 29
f) Participation aux instances locales et coopération ... 30

**G.** Les 5 équipes mobiles spécialisées dans un trouble psychique (EMP-Psy) ... 30
**1. Les moyens des EMP-Psy ... 30**
**2. Fonctionnement et activités ... 31**
**3. Coopération et partenariats ... 31**
a) Avec les structures médico-sociales ... 31
b) Avec les professionnels de santé libéraux ... 32
c) Les autres partenaires ... 32
d) Autres collaborations ... 32
e) Participation aux instances locales et coopération ... 32

**H.** Les 3 EMP d'urgence psychiatrique ... 32

# sommaire

CONCLUSION – DISCUSSION ..... 33

GLOSSAIRE ..... 34

BIBLIOGRAPHIE ..... 36

ANNEXES ..... 37

## INDEX DES GRAPHIQUES

**Graph. 1.** Répartition du nombre d'EMPP selon les ETP des professionnels (en effectif) ..... 7
**Graph. 2.** Nombre moyen de patients pris en charge en 2019 en EMPP selon le type de couverture de l'EMPP ..... 9
**Graph. 3.** Proportion d'EMPP ayant mis en place des partenariats conventionnés ou informels par secteur ..... 10
**Graph. 4.** Proportion d'EMPP ayant développé un partenariat avec les structures médico-sociales (en %) ..... 11
**Graph. 5.** Répartition du nombre d'EMP-IJ selon les ETP des professionnels (en effectif) ..... 13
**Graph. 6.** Proportion d'EMP-IJ ayant mis en place des partenariats conventionnés ou informels par secteur ..... 16
**Graph. 7.** Proportion d'EMP-IJ ayant développé un partenariat avec les structures médico-sociales (en %) ..... 17
**Graph. 8.** Répartition du nombre d'EMP-PA selon les ETP des professionnels (en effectif) ..... 19
**Graph. 9.** Proportion d'équipes mobiles en géronto-psychiatrique ayant mis en place des partenariats conventionnés ou informels par secteur (en %) ..... 21
**Graph. 10.** Répartition du nombre d'EMP périnatales selon les ETP des professionnels (en effectif) ... 23
**Graph. 11.** Nombre d'EMP périnatale ayant mis en place des partenariats conventionnés ou informels par secteur (en effectif) ..... 26
**Graph. 12.** Répartition du nombre d'EMRPS selon les ETP des professionnels (en effectif) ..... 28
**Graph. 13.** Nombre d'EMRPS ayant mis en place des partenariats conventionnés ou informels par secteur (en effectif) ..... 29
**Graph. 14.** Répartition du nombre d'EMP-Psy selon les ETP des professionnels (en effectif) ..... 30
**Graph. 15.** Nombre d'EMP-Psy ayant mis en place des partenariats conventionnés ou informels par secteur (en effectif) ..... 31

## INDEX DES TABLEAUX

**Tableau 1.** Nombre et répartition des équipes mobiles en psychiatrie selon le département et le type d'EMP ..... 4

## INDEX DES FIGURES

**Fig 1.** Localisation des équipes mobiles de psychiatrie de Nouvelle-Aquitaine selon le type d'EMP ..... 5
**Fig 2.** Territoires de Nouvelle-Aquitaine couverts par une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) ..... 8
**Fig 3.** Schéma de fonctionnement des EMPP en direction du public cible ..... 9

sommaire

**Fig 4.** Territoires de Nouvelle-Aquitaine couverts par une équipe mobile de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (EMP-IJ) ..... 14
**Fig 5.** Territoires de Nouvelle-Aquitaine couverts par une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé (EMP-PA) ..... 20
**Fig 6.** Territoires de Nouvelle-Aquitaine couverts par une équipe mobile de psychiatrie périnatale (EMP-P) ..... 24

# CONTEXTE

Les équipes mobiles interviennent dans des cadres très diversifiés : urgence psychiatrique, psychiatrie adulte, psychiatrie du sujet âgé, psychiatrie de l'adolescent, psychiatrie périnatale et petite enfance, précarité, familles en difficulté d'accès à la parentalité, ou encore violence intrafamiliale incluant les violences conjugales [1]. Elles s'adressent ainsi à des publics divers identifiés par une situation économique ou sociale, par l'âge ou par des pratiques marginales. Les équipes mobiles en psychiatrie s'inscrivent dans la planification régionale en constituant une priorité des volets psychiatrie et santé mentale des Schémas Régionaux de santé (SRS) et des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM)[1], ainsi que des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux soins (PRAPS) dans le cas des équipes mobiles psychiatrie précarité.
En intervenant "hors les murs", ces équipes rencontrent des personnes parfois très isolées et souvent en grande détresse sociale, dans leur contexte familial, conjugal, social et économique. En s'étayant sur les potentielles ressources de ces personnes ainsi que sur celles de leur environnement familial et social, les équipes mobiles assurent un suivi ou une prise en charge en milieu hospitalier ou extra hospitalier. Les études épidémiologiques ont révélé une plus forte prévalence des troubles psychiatriques chez les populations en situation de précarité, ainsi que des co-morbidités associées fréquentes (abus et mélange de produits psychoactifs).

Historiquement, en France, la désinstitutionalisation prend naissance à partir de 1945 puisqu'à l'époque, une grande partie des malades mentaux traités était hospitalisée, le plus souvent sous contrainte (loi de 1838). En 1952, de nouveaux traitements efficaces sont apparus, du fait en partie du militantisme des usagers et des familles. Tout ceci entraîne un développement de l'ambulatoire dans la prise en charge de ces personnes, notamment en France : c'est la politique de secteur (circulaire de 1960). Les services de psychiatrie deviennent plus mobiles : les dispensaires deviennent des centres médico-psychologiques (CMP) et les visites à domicile (VAD) deviennent de plus en plus fréquentes. L'année 1997 est celle de la création du Samu Social pour répondre aux besoins des personnes précaires ou sans domicile fixe. En 2005 sont créés des équipes mobiles en psychiatrie précarité [3] (Annexe 2), dans le cadre d'un plan national, et en 2007 les équipes mobiles pour personnes âgées. Enfin, en 2011, l'organisation des dispositifs de réponse aux urgences psychiatriques sont réalisés dans chaque territoire de santé sous couvert des Agences régionales de santé (ARS) [4].

La création des équipes mobiles en psychiatrie ne fait pas appel à une autorisation, mais plutôt à une information en cas de sollicitation de crédits. De ce fait, les ARS ne disposent pas d'une visibilité totale sur les équipes mobiles en psychiatrie de leur territoire. C'est pour cette raison que l'ARS Nouvelle-Aquitaine a missionné l'ORS Nouvelle-Aquitaine afin, d'une part, de recenser et de localiser les équipes mobiles existantes, et d'autre part, de connaitre la nature de leurs activités ainsi que leurs modalités de fonctionnement.
Un glossaire est situé à la fin de ce document, afin de faciliter la compréhension de la multitude de sigles utilisés dans ce rapport.

[1] Les PTSM de Nouvelle-Aquitaine sont disponibles sur : www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/projets-territoriaux-de-sante-mentale-ptsm-en-nouvelle-aquitaine

# I. OBJECTIFS ET METHODES

## A. OBJECTIFS

L'enquête auprès des équipes mobiles en psychiatrie a plusieurs objectifs :

- Recenser et localiser les équipes mobiles en psychiatrie de Nouvelle-Aquitaine
- Décrire :
  - Leurs missions ;
  - Leurs activités et fonctionnements ;
  - Leurs moyens et territoires d'intervention ;
  - Les coopérations et les partenariats mis en place.

## B. METHODES

Le recueil des informations nécessaires s'est déroulé en deux temps :

### 1. Identification des équipes mobiles existantes

Pour cette étape, l'ensemble des établissements sanitaires publics, privés et établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) autorisés en psychiatrie ont été sollicités pour fournir une liste :

- des équipes mobiles en psychiatrie de leur établissement ;
- des dispositifs ambulatoires existant répondant à l'urgence psychiatrique à domicile ou en établissement social ou médicosocial. Cette partie de l'information a permis d'alimenter la base de recueil pour l'action menée conjointement sur l'organisation territoriale de la réponse à l'urgence psychiatrique (action 23 du COM ORS/ARS).

Ces éléments étaient recueillis dans un fichier Excel avec les coordonnées d'une personne référente pour chaque dispositif mentionné. Ce recueil a été introduit par un mail du Directeur de l'offre de soins et de l'autonomie de L'ARS. Afin d'obtenir les informations nécessaires auprès des établissements concernés, plusieurs relances ciblées ont été réalisées.
Cette phase de recueil a eu lieu à partir du 21 septembre 2020, et a duré un mois. Au total, sur 60 établissements comptabilisés, 57 ont complété le fichier de recueil et 2 ont fourni les informations par mail.

### 2. Recueil des caractéristiques de chaque équipe mobile

Les personnes ressources identifiées lors de la première étape ont été sollicitées pour répondre à un questionnaire en ligne, via l'application LimeSurvey. Ce questionnaire est disponible en annexe 1.

#### a) Le questionnaire

Il est composé de 6 parties :

- **Les caractéristiques administratives** de la structure avec les coordonnées de la structure, le public cible et l'établissement de rattachement
- **Les moyens et la communication** : la composition de l'équipe et les moyens matériels à disposition, les outils de communication
- **Le fonctionnement et l'activité** : les plages horaires d'ouverture, la couverture territoriale, les modalités d'organisation en cas de fermeture
- **Les missions et les modalités d'intervention**
- **Les coopérations et les partenariats**.

### b) Le recueil

Cette partie de l'enquête a nécessité de nombreux échanges par téléphone ou par mail. Des difficultés pour renseigner le questionnaire ont été notées pour certaines équipes en raison de changements organisationnels au sein de l'équipe mobile. Ce recueil a été mis en place à partir **du 05 octobre jusqu'au 09 décembre 2020**. Quelques éléments ont été précisés et rajoutés au cours des mois de décembre et janvier.
Au total, 71 équipes mobiles sur 77 ont rempli le questionnaire, 51 en ligne et 20 en format papier, **soit un taux de participation de 92 %.**

### c) Les structures enquêtées

Les structures enquêtées sont les **équipes mobiles en psychiatrie** fonctionnant sur la région Nouvelle-Aquitaine, hors équipe mobile en addictologie.

Les équipes mobiles (EMP) sont réparties **en 6 catégories**, selon le type de public accueilli :

- Les EMP en périnatalité
- Les EMP de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, en spécifiant les EMP qui interviennent auprès du public ASE (Aide sociale à l'enfance)
- Les EMP en psychiatrie-précarité
- Les EMP de psychiatrie du sujet âgé
- Les autres EMP : les EMP de réhabilitation psychosociale ou d'appui social, les EMP spécialisées dans un trouble autistique ou dans un autre trouble psychique et les équipes mobiles d'urgence psychiatrique.

# II. RESULTATS

## A. Vue d'ensemble des équipes mobiles de psychiatrie (EMP) de Nouvelle-Aquitaine

### 1. Recueil exhaustif des EMP selon la classification et le département

En Nouvelle-Aquitaine, 78 équipes mobiles en psychiatrie ont été recensées : les équipes mobiles psychiatrie précarité sont les plus répandues avec 22 EMP réparties dans la région, 18 concernent la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et 16 les personnes âgées. Moins de 10 équipes mobiles ont la charge de la réhabilitation psychosociale et de l'appui social des personnes en situation de handicap psychique, cinq sont spécialisées dans un type de trouble psychique dont trois dans les troubles autistiques, cinq équipes mobiles concernent le champ de la périnatalité et trois les urgences psychiatriques.
La dotation des EM par département est inégale et varie de deux EMP (soit 3 %) en Vienne à 17 EM (22 %) en Gironde. Cinq départements comptabilisent 60 % de l'ensemble des EMP de Nouvelle-Aquitaine : la Gironde, la Charente-Maritime, les Landes, les Pyrénées-Atlantiques et la Haute-Vienne.

**Tableau 1.** *Nombre et répartition des équipes mobiles en psychiatrie selon le département et le type d'EMP*

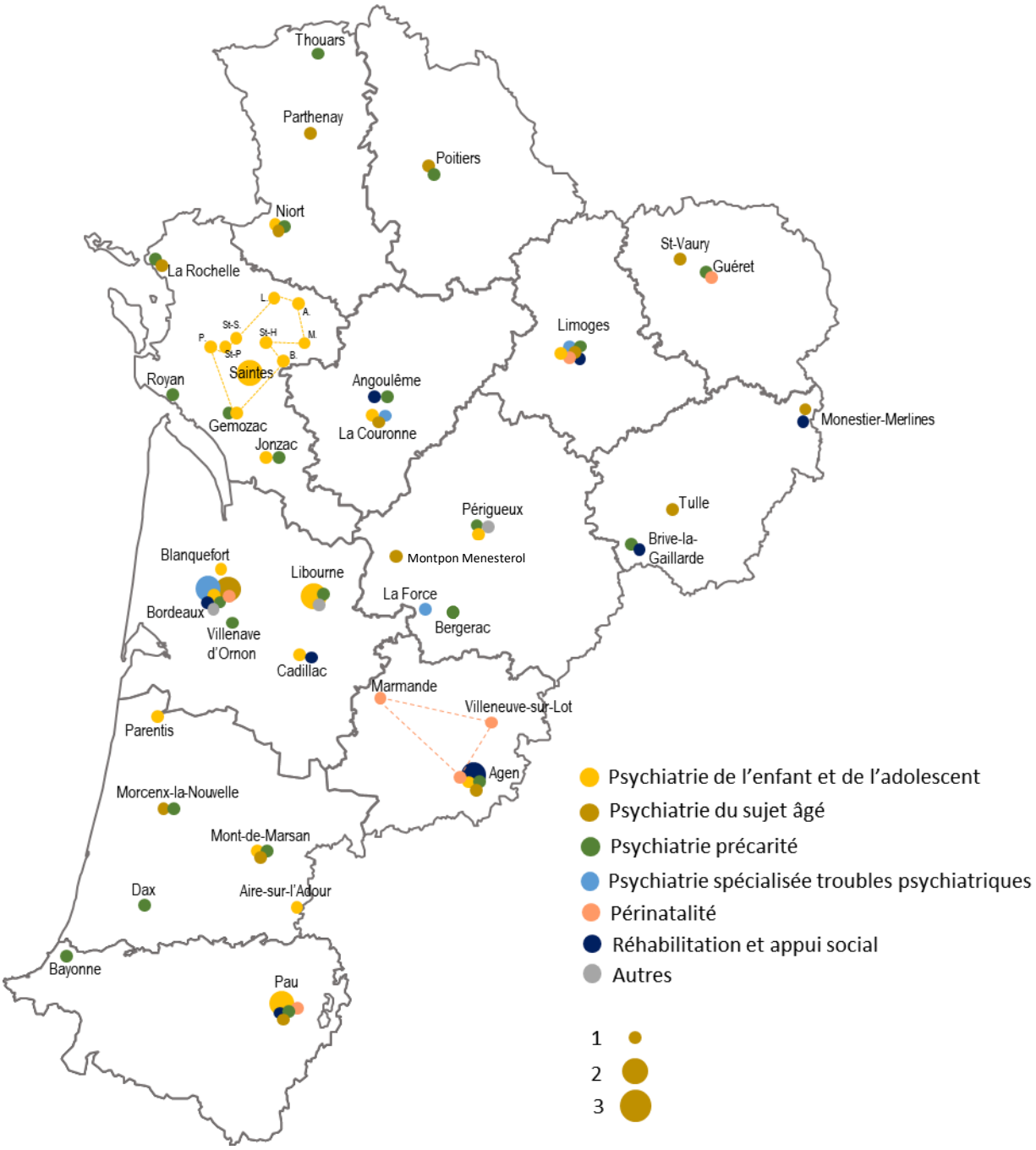
| | Psychiatrie précarité | Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent | Psychiatrie du sujet âgé | Réhabilitation psychosociale et appui social | Spécialisée dans un trouble psychique | Périnatalité | Urgence psychiatrique | Total général | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Charente | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 (AUT) | | | 5 | 6 % |
| Charente-Maritime | 4 | 3 | 1 | | | | | 8 | 10 % |
| Corrèze | 1 | | 2 | 2 | | | | 5 | 6 % |
| Creuse | 1 | | 1 | | | 1 | | 3 | 4 % |
| Dordogne | 2 | 1 | 1 | | 1 (AUT) | | 1 | 6 | 8 % |
| Gironde | 3 | 5 | 2 | 2 | 1 (AUT), 1 | 1 | 2 | 17 | 22 % |
| Landes | 3 | 3 | 2 | | | | | 8 | 10 % |
| Lot-et-Garonne | 1 | 1 | 1 | 2 | | 1 | | 6 | 8 % |
| Pyr-Atlantiques | 2 | 2 | 1 | 1 | | 1 | | 7 | 9 % |
| Deux-Sèvres | 2 | 1 | 2 | | | | | 5 | 6 % |
| Vienne | 1 | | 1 | | | | | 2 | 3 % |
| Haute-Vienne | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 6 | 8 % |
| Total général | 22 | 18 | 16 | 9 | 5 | 5 | 3 | 78 | 100 % |
| % | 28 % | 23 % | 21 % | 12 % | 6 % | 6 % | 4 % | 100 % | |

*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*

Note : Dans la colonne « spécialisée dans un trouble psychique », la mention « AUT » signifie que les équipes mobiles sont spécialisées dans un trouble autistique.

## 2. Localisation des EMP de Nouvelle-Aquitaine selon la classification de l'EMP

**Fig 1.** *Localisation des équipes mobiles de psychiatrie de Nouvelle-Aquitaine selon le type d'EMP*




*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*

## B. Les 22 équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) de Nouvelle-Aquitaine

**Dénomination et spécificité institutionnelle**

Sur 22 EMPP, 18 ont la dénomination équipe mobile « psychiatrie-précarité » et 4 ont une appellation particulière :

- Une équipe mobile PASS psychiatrie-précarité en Charente avec un adossement de l'EMP à la PASS psy (permanence d'accès aux soins de santé psychiatrique) ;
- Une équipe mobile santé précarité à Brive : depuis 2018, cette équipe mobile a intégré la PASS ;
- Une équipe mobile d'accès aux soins psychologiques à Bayonne ;
- Une équipe mobile d'action précarité psychiatrie à Niort.

Outre les deux premières EMPP citées, une autre EMPP est adossée à une PASS : il s'agit de l'EMPP de Pau.

**Public cible**

Le public cible des équipes mobiles psychiatrie-précarité est précisé dans la circulaire DHOS/OS/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 (Cf Annexe 2):

« - les **personnes en situation de précarité et d'exclusion** elles-mêmes, qu'elles souffrent d'une pathologie psychiatrique avérée ou d'une souffrance psychique générée par la situation de précarité et d'exclusion ;

- les **acteurs de première ligne** exprimant des difficultés face à des manifestations de souffrance ou de troubles psychiques des usagers suivis et nécessitant un étayage, un soutien et une formation pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes, la mise en œuvre des premiers stades de l'écoute et du soutien. »

Certaines EMPP peuvent être spécialisées dans l'accueil de migrants : c'est le cas notamment pour l'accueil des migrants primo-arrivants pour l'EMPP de Charente, ou la prise en charge psychologique et psychothérapeutique des troubles de stress post-traumatiques des migrants pour l'EMPP de Bordeaux.

**Répartition par département**

Au moins une EMPP est présente dans chaque département de Nouvelle-Aquitaine :

- six départements en comptabilisent une seule (Charente, Corrèze, Creuse, Lot et Garonne, Vienne et Haute Vienne) ;
- trois départements en ont deux (Dordogne, Pyrénées Atlantiques et Deux-Sèvres)
- et trois départements en ont au moins trois (Charente-Maritime, Gironde et Landes).

**Participation à l'enquête**

La totalité des EMPP a répondu au questionnaire, cependant une EMPP l'a rempli de manière partielle.

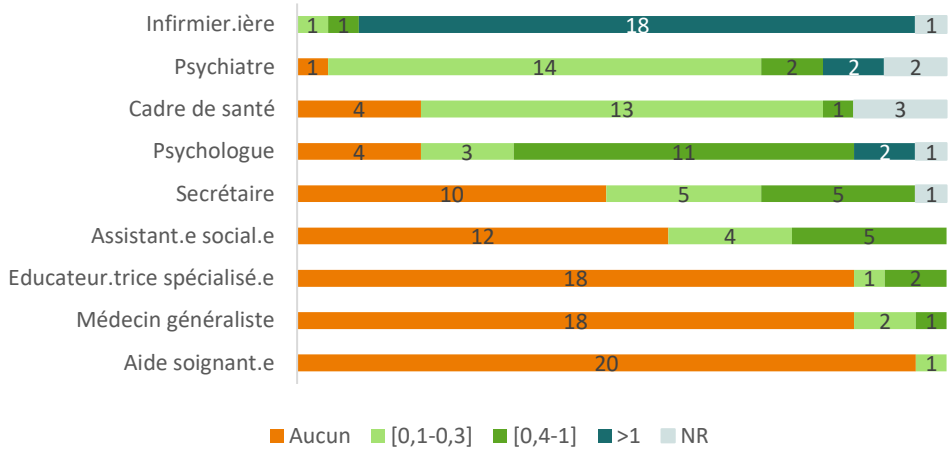
### 1. Les moyens

**Une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un psychiatre**

Compte tenu de l'ampleur de leur champ d'intervention, ces équipes doivent disposer de compétences diversifiées et coordonnées par un psychiatre dans la quasi-totalité des cas. Un temps d'infirmiers est alloué dans la totalité des EMPP, un psychologue et un cadre de santé pour 17 EMPP. Un secrétariat est mis en place dans la moitié des EMPP et une assistante sociale pour neuf EMPP. Une psychomotricienne, une traductrice et une régulatrice de situation sociale ont été citées dans une EMPP.

Dix-sept EMPP, soit 85 % des EMPP, ont une équipe composée au minimum d'un psychiatre, d'un cadre de santé et d'un infirmier. De plus, trois EMPP ont des temps de professionnels partagés avec des PASS, des CMP ou un centre d'aide psychologique.

**Graph. 1.** *Répartition du nombre d'EMPP selon les ETP des professionnels (en effectif)*




*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*
*Note : 1 EMP ne s'est pas exprimée sur la composition de son équipe*
*Note de lecture : 4 EMPP déclarent ne pas avoir de psychologue dans son équipe, 3 EMPP un psychologue avec un temps alloué entre 10 % et 30 % d'un ETP, 11 EMPP entre 40 % et 100 %, et 2 EMPP avec un temps de psychologue supérieur à 100 %*

**Une voiture allouée pour 80 % des EMPP**
Dix-sept EMPP disposent d'une voiture, six de vélos électriques, une d'un mini-bus. Les voitures personnelles sont utilisées dans une EMPP.

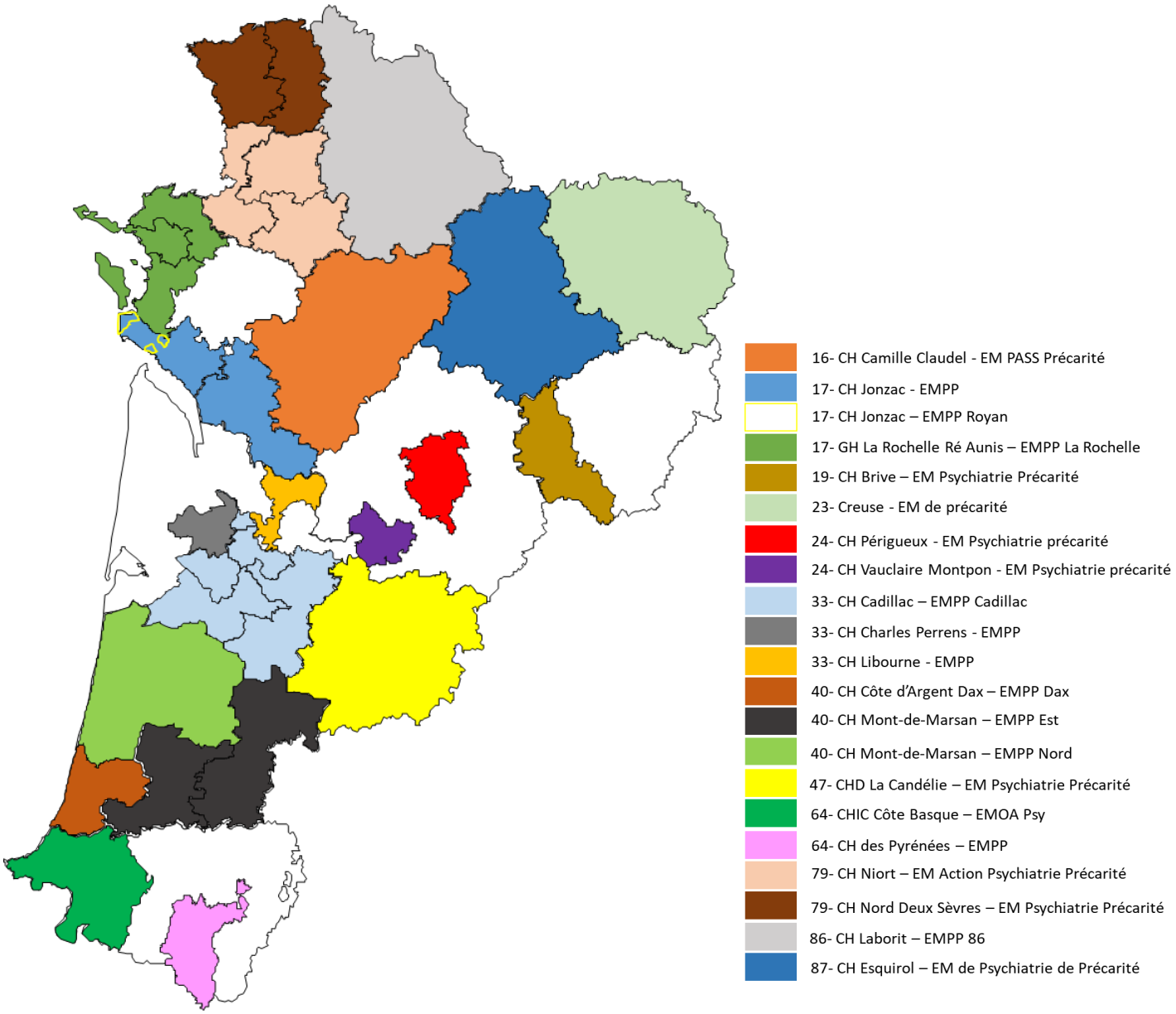
**Une communication essentiellement basée sur la diffusion d'une plaquette papier**
Afin de communiquer sur leurs missions, neuf EMPP sur 10 disposent d'une plaquette papier, et 35 % d'un site internet. Les réseaux sociaux sont utilisés pour une seule EMPP (soit 5 % de l'ensemble des EMPP).

## 2. Fonctionnement et activité

Toutes les EMPP sont ouvertes du lundi matin au vendredi après-midi. Quinze EMPP sont ouvertes de 9h à 17h, deux jusqu'à 18h ou 18h30.
Deux EMPP déclarent avoir une période de fermeture dans l'année, pour une il s'agit de la période estivale.

**La couverture territoriale des EMPP**
Cinq EMPP ont une couverture départementale (Charente, Creuse, Lot et Garonne, Vienne et Haute Vienne), neuf une couverture territoriale correspondante à un ou plusieurs secteurs psychiatriques, et cinq à un ou plusieurs communes ou cantons.
La carte (fig 2) illustre ces territoires couverts selon les déclarations des EMPP. Elle laisse apparaitre des zones blanches en Charente-Maritime (Vals de Saintonge), la Corrèze (2 secteurs psychiatriques non couverts), en Gironde (Médoc, Bassin d'Arcachon, Haute Gironde), en Dordogne et en Pyrénées-Atlantiques.

**Fig 2.** *Territoires de Nouvelle-Aquitaine couverts par une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP)*

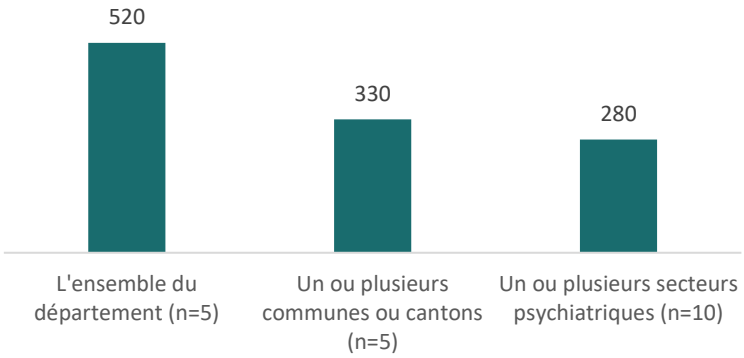



*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*
Note : Cette carte a été établie selon les déclarations de toutes les EMPP de Nouvelle-Aquitaine

**Une file active de 8 220 patients différents en 2019**

Vingt et une EMPP ont fourni le nombre de patients différents vus pour l'année 2019, ce qui représente un total de 8 218 patients, variant de 18 à 1 166 patients, soit une moyenne de 390 et une médiane de 299 patients.
Le nombre moyen de patients par EMPP est différent selon le type de couverture géographie de l'équipe mobile. Ainsi, les EMPP qui ont une couverture départementale ont 1,5 fois plus de patients que les autres EMPP. A noter également, un nombre élevé de patients pour une EMPP dont la couverture territoriale est la métropole de Bordeaux, et un nombre de patients faible (moins de 20) pour une EMPP adossée à un CMP pour laquelle le nombre de patients mentionné est approximatif.

**Graph. 2.** *Nombre moyen de patients pris en charge en 2019 en EMPP selon le type de couverture de l'EMPP*




*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*
Note : 1 EMPP n'a pas fourni son nombre de patients, et 2 EMPP n'ont pas été prises en compte dans cette figure : l'EMPP de l'agglomération de Bordeaux avec un nombre annuel élevé de patients (> à 1 000) et une EMPP de Charente-Maritime adossée à un CMP où le nombre recueilli est faible et approximatif (moins de 20).

## 3. Missions et prestations

### a) En direction du public cible

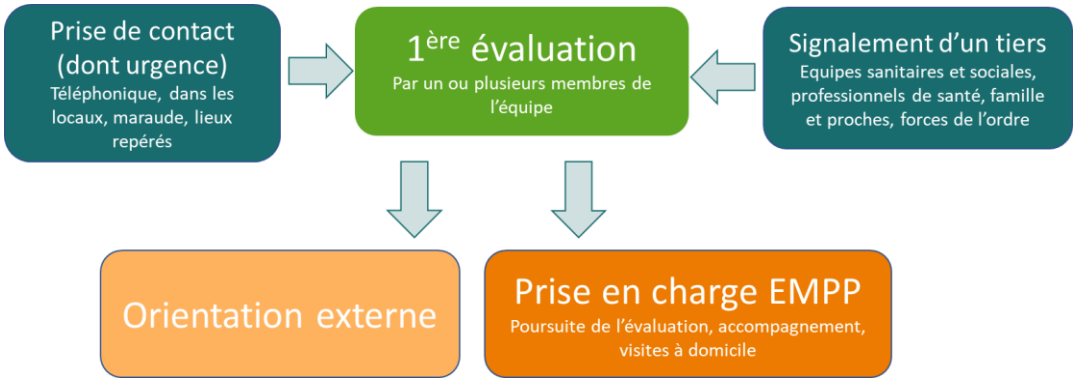
Les EMPP sont chargées d'aller au-devant des publics cible, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier par exemple).

**Les différentes modalités d'intervention :**

1- **Accueil** spontané ou téléphonique du public cible et des acteurs du réseau ou partenaires
   - Dans les locaux de l'EMPP
   - Permanences dans des lieux sociaux et repérés (dispositif d'accueil ou hébergement d'urgence) pour la quasi-totalité des EMPP (n=18) ;

2- **Interventions mobiles** ou dans la rue (type maraude ou SAMU social) ;
3- **Entretiens individuels** programmés ou non contribuant notamment à l'évaluation des besoins, y compris en urgence ;
4- **Orientation et accompagnement** en fonction des besoins, par exemple, à la PASS en cas de besoins somatiques ;
5- **Prise en charge** dans le cadre de groupes d'échanges et de parole, ou d'ateliers thérapeutiques pour neuf EMPP, ou **prise en charge individuelle ;**
6- **La gestion de l'urgence** pour la moitié des EMPP.

**Fig 3.** *Schéma de fonctionnement des EMPP en direction du public cible*




*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*

### b) En direction des acteurs de première ligne

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

**Les différentes modalités d'intervention :**

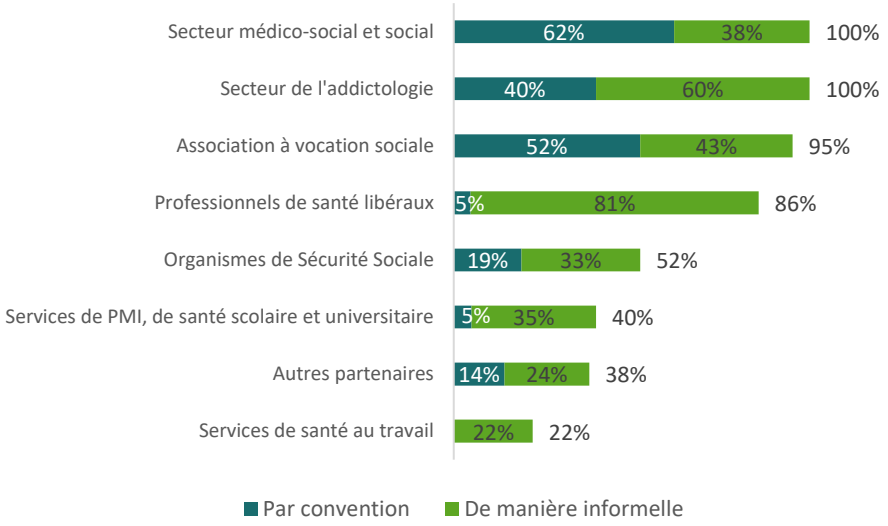
1. **Soutien et appui des équipes** de première ligne : rôle d'information, de conseil, d'orientation et de supervision en réponse aux demandes d'intervention autour de situations complexes notamment.
2. **Actions de formation et de sensibilisation** aux problématiques liées à la précarité et à la santé mentale notamment le repérage précoce des troubles psychosociaux et psychiatriques. Ces actions de formation sont dispensées par un peu plus de 40 % des EMPP.
3. **Actions de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs :** groupe d'aide aux aidants, groupe d'échanges sur le vécu et le ressenti des acteurs, réunions d'échanges pluridisciplinaires
4. **Développement du travail en réseau :** assurer une interface entre secteurs de psychiatrie, les équipes sanitaires, sociales et associatives.

## 4. Coopération et partenariats

Afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées dans les domaines sanitaires et sociaux des personnes en situation de précarité, un partenariat dense et formalisé est essentiel, associant notamment les établissements de santé généraux, les praticiens libéraux, les intervenants sociaux et médico-sociaux, les associations du territoire couvert par l'équipe mobile.

La totalité des EMPP ont mis en place un partenariat avec le secteur médico-social et social et les organismes du secteur de l'addictologie, et 95 % avec les associations existantes. Trois EMPP déclarent ne pas avoir mis en œuvre un travail de liaison avec les professionnels de santé libéraux, soit 14 % de l'ensemble des EMPP de Nouvelle-Aquitaine. Un peu plus de la moitié des EMPP a établi un partenariat avec les organismes de Sécurité Sociale, 40 % avec les services PMI, de santé scolaire et universitaire, et 22 % avec les services de santé au travail.

**Graph. 3.** *Proportion d'EMPP ayant mis en place des partenariats conventionnés ou informels par secteur*

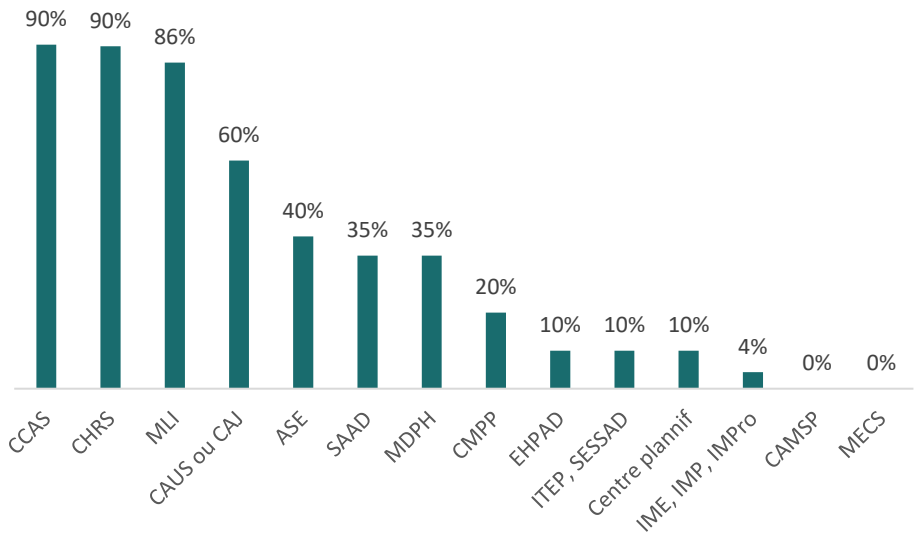



*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*
*Note de lecture : 52 % des EMPP ont mis en place un partenariat avec des organismes de Sécurité Sociale : 19 % par convention et 33 % de manière informelle*

### a) Avec le secteur médico-social et social

La totalité des EMPP a développé un partenariat avec le secteur médico-social et social : 62 % par convention et 48 % de manière informelle. Les structures les plus souvent citées sont, par ordre décroissant, les CCAS, les CHRS, les missions locales et les centres d'accueil. Les maisons départementales solidarité insertion (MDSI) et le Samu Social ont également été cités.

**Graph. 4.** *Proportion d'EMPP ayant développé un partenariat avec les structures médico-sociales (en %)*




*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*
*Note : un glossaire avec la signification de ces sigles est disponible en fin de document*

### b) Avec le secteur de l'addictologie

Toutes les EMPP ont développé un partenariat avec le secteur de l'addictologie : les Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie CSAPA (75 %), les Equipe de liaison et de soins en addictologie ELSA (60 %) et les Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour les usagers de drogues CAARUD (50 %).

### c) Avec les associations à vocation sociale

Seule une EMPP a déclaré ne pas avoir mis en œuvre un travail de liaison avec les associations à vocation sociale. Les autres équipes mobiles ont déclaré travailler en collaboration avec ces associations : la moitié par convention et l'autre moitié de manière informelle. Pour plus des trois quarts des EMPP, les restos du cœur et le Secours catholique ont été cités, ainsi que le secours populaire pour la moitié des EMPP. Des partenariats avec la Croix Rouge et Emmaüs ont également été évoqués.

### d) Avec les professionnels de santé et les services sanitaires

Près de neuf EMPP sur 10 travaillent en collaboration avec des professionnels de santé. Pour 86 % des EMPP, il s'agit de collaborations avec le secteur de soins de premier recours, notamment les infirmiers ; pour les deux tiers avec les médecins généralistes ; pour 47 % avec les psychiatres libéraux et 30 % avec les psychologues libéraux.
Les services de PMI, de santé scolaire ou universitaire sont associés pour 40 % des EMPP et les services de santé au travail pour 22 % des EMPP.

### e) Participation aux instances locales et coopération

Les trois quarts des EMPP participent aux instances locales :

- Les deux tiers aux CLSM
- 43 % au réseau de santé mentale
- 33 % aux CLS
- 14 % aux ASV.

La coopération avec les CMP est formalisée pour 80 % des EMPP, celle avec la PASS du territoire pour 70 % des EMPP et avec les services d'urgence pour un peu plus d'une EMPP sur deux.

## C. Les 18 EMP infanto-juvénile (EMP-IJ)

Les équipes mobiles de pédopsychiatrie ont été créées pour évaluer, sur le terrain, les besoins de soins des enfants et adolescents en souffrance psychique et faciliter leur orientation vers le secteur pédopsychiatrique.
Parmi les 18 EMP-IJ, 4 n'ont pas répondu au questionnaire : pour deux d'entre elles car ces équipes mobiles étaient en cours de création.

**Dénomination et spécificité institutionnelle**
Chaque EMP-IJ a sa dénomination propre. Parmi elles, on peut citer les plus fréquentes : « équipe mobile adolescents », « équipe mobile de pédopsychiatrie ou de liaison pédopsychiatrique » ou « équipe mobile ressource ».
Parmi ces 18 EMP-IJ, cinq sont spécialisées à destination des mineurs confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) : trois en Gironde, une en Lot-et-Garonne, et une dans les Deux-Sèvres.
En Charente-Maritime, un CMP itinérant a été mis en place par le CH de Saintonge et est organisé en dix lieux de consultation. Son fonctionnement est proche de celui des équipes mobiles de pédopsychiatrie. C'est la raison pour laquelle il a été inclus dans l'enquête.

**Public cible**
Parmi les 18 EMP-IJ:

- Neuf sont spécialisées uniquement pour les adolescents, dont une pour les adolescents confiés à l'ASE, à Niort ;
- Sept sont destinées à la fois aux enfants et aux adolescents, dont quatre pour les mineurs confiés à l'ASE (3 en Gironde : Cadillac, Bordeaux et Libourne et 1 en Lot et Garonne, à Agen) ;
- Deux sont à destination des jeunes (16-25 ans) et jeunes adultes (18-25 ans).

**Répartition par département**
Dans la région Nouvelle-Aquitaine, au moins une EMP-IJ est présente dans neuf départements sur 12 :

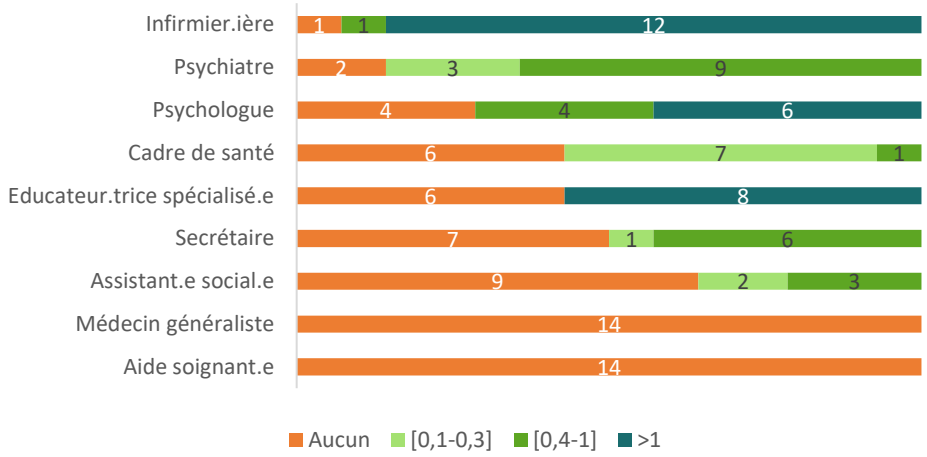
- La Gironde est le département le plus représenté avec cinq EMP-IJ (dont trois spécialisées ASE) ;
- Deux départements en comptabilisent trois (Charente-Maritime et Landes) ;
- Le département des Pyrénées-Atlantiques en recense deux ;
- Cinq départements en possèdent une (Charente, Dordogne, Lot-et-Garonne, Deux-Sèvres et Haute-Vienne). Aucune EMP-IJ n'a été identifié en Corrèze, en Creuse et en Vienne. Cependant, l'EMP-IJ basée à Limoges aura prochainement une mission de coordination interdépartementale sur le territoire ex-Limousin (Corrèze, Creuse et Haute-Vienne).

### 1. Les moyens

**Une équipe pluridisciplinaire composée au minimum par un psychiatre ou un psychologue et un infirmier**
Dans la quasi-totalité des EMP-IJ, un temps d'infirmiers est alloué ainsi qu'un temps de psychiatre ou de psychologue. Les cadres de santé et les éducateurs spécialisés sont présents dans six équipes mobiles en pédopsychiatrie sur 10. Ces derniers exercent dans la totalité des EMP-IJ à destination des mineurs confiés à

l'ASE. Comme pour les EMPP, un secrétariat est mis en place dans la moitié des EMP-IJ et une assistante sociale est présente dans le tiers des équipes mobiles. De plus, une psychomotricienne a été citée dans une équipe mobile. Par contre, les médecins généralistes et les aides-soignants ne sont présents dans aucune des EMP-IJ de Nouvelle-Aquitaine.
Neuf EMP-IJ, soit deux tiers de l'ensemble, ont une équipe composée au minimum d'un psychiatre, d'un psychologue et d'un infirmier. Un éducateur est présent dans huit équipes pluridisciplinaires.

**Graph. 5.** *Répartition du nombre d'EMP-IJ selon les ETP des professionnels (en effectif)*




*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*
*NR (non réponse)=4*

**Une voiture allouée pour 92 % des équipes mobiles en pédopsychiatrie**
Excepté pour une EMP-IJ, toutes les équipes mobiles de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent disposent au moins d'un véhicule. Une EMP-IJ dispose d'un bus lui permettant de bénéficier d'un bureau mobile.

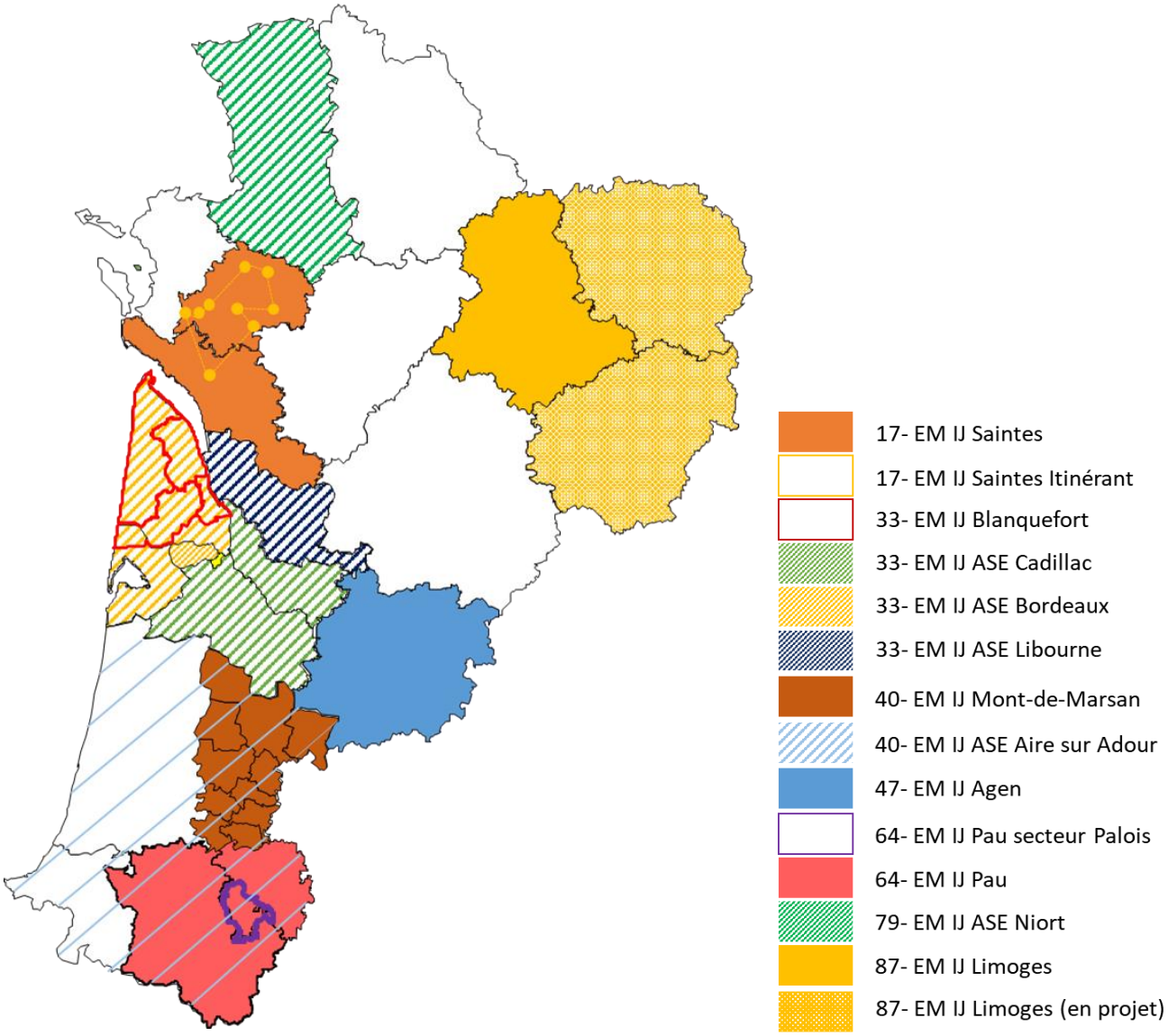
**Une communication essentiellement basée sur la diffusion d'une plaquette papier**
Afin de communiquer sur leurs missions, 12 EMP-IJ sur 14 disposent d'une plaquette papier, et six d'un site internet (43 %). Une seule EMP-IJ utilise les réseaux sociaux. Deux EMP-IJ ne disposent d'aucun de ces moyens de communication.

## 2. Fonctionnement et activité

Toutes les EMP-IJ sont ouvertes du lundi matin au vendredi après-midi. Douze EMP-IJ ouvrent à 9h, une à 8h30 et une à 10h. La majorité des EMP-IJ ferment à 17h (n=9), trois à 18h et une à 19h.
Cinq EMP-IJ déclarent avoir une période de fermeture dans l'année. Pendant ces périodes de fermeture, les demandes sont renvoyées vers les urgences psychiatriques pour deux EMP-IJ, vers le secrétariat médical pour une EMP-IJ et une permanence téléphonique est mise en place pour une EMP-IJ.

**La couverture territoriale des EMP de pédopsychiatrie**
Trois EMP-IJ ont une couverture départementale (Lot-et-Garonne, Deux-Sèvres et Haute-Vienne), sept une couverture territoriale correspondant à un ou plusieurs secteurs psychiatriques, et trois à un ou plusieurs cantons. A noter également que l'EMP-IJ de Limoges, a pour perspective de couvrir le territoire de l'ex-Limousin soit le département de la Creuse et de la Corrèze, en plus de celui de la Haute-Vienne.

**Fig 4.** *Territoires de Nouvelle-Aquitaine couverts par une équipe mobile de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (EMP-IJ)*




*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*

Note : Cette carte a été établie selon les déclarations des EMP-IJ de Nouvelle-Aquitaine. Cinq EMP-IJ n'ont pas déclaré leur couverture territoriale : celle de La Couronne (16), de Jonzac (17), de Périgueux (24), de Libourne (33) et de Parentis (40).
Remarques :
- les territoires représentés en hachuré correspondent aux zones couvertes par une EMP-IJ spécialisée à destination des mineurs confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE)
- l'EMP-IJ basée à Limoges couvre actuellement le département de la Haute-Vienne mais aura prochainement une mission de coordination interdépartementale sur les départements de la Corrèze et de la Creuse (représenté sur cette carte avec un motif carré jaune).

### Une File active moyenne de 200 patients différents en 2019

Huit EMP-IJ ont fourni le nombre de patients différents vus pour l'année 2019, ce qui représente un total de 1 376 patients, variant de 10 à 315 patients, soit une moyenne de 196 et une médiane de 114 patients.

## 3. Missions et prestations

### a) En direction du public cible

Les EMP-IJ constituent une alternative à la prise en charge institutionnelle permettant d'aller à la rencontre du jeune et de sa famille avec des missions d'évaluation, de soutien, de coordination et d'accompagnement vers le soin si nécessaire.
L'équipe mobile psychiatrie pour adolescents prend en charge (sur prescription médicale) les adolescents qui n'accèdent pas aux structures de soins existantes ou pour qui l'hospitalisation complète n'est pas nécessaire ou indiquée. Un des objectifs majeurs est de permettre à ces adolescents de pouvoir rejoindre l'offre de soin classique, de sortir de leur isolement et, pour certains, de travailler à l'accompagnement à une scolarisation. Cette équipe peut également être mobilisée en aval d'une hospitalisation pour consolider l'alliance thérapeutique.

**Les différentes modalités d'intervention :**

1- **Accueil**, **orientation et accompagnement** en fonction des besoins : une évaluation est effectuée avant la prise en charge ambulatoire des troubles légers à modérés et donne lieu éventuellement à une orientation. De plus, l'accompagnement à destination de l'enfant ou de l'adolescent peut être effectué dans le cadre d'une hospitalisation ou peut concerner un accompagnement à la scolarité.
2- **Entretiens individuels** contribuant à l'évaluation des besoins. Ces entretiens peuvent être réalisés à domicile, dans une institution, dans des lieux repérés ou dans les locaux de l'équipe mobile.
3- **Prise en charge** dans le cadre de groupes d'échanges et de paroles, ou d'ateliers thérapeutiques. Selon les cas, il peut s'agir également d'entretiens familiaux.

### b) En direction des acteurs de première ligne

Les EMP-IJ sont également chargées de soutenir les compétences des équipes qui interviennent en première ligne auprès des enfants et des adolescents (Education nationale, secteur social, médico-social et sanitaire). Les EMP-IJ travaillant en partenariat avec l'ASE assurent également une fonction ou des missions de soutien aux équipes de l'ASE.

**Les différentes modalités d'intervention :**

1. **Soutien et appui des équipes** de première ligne : rôle d'information, de conseil, d'orientation et de supervision en réponse aux demandes d'intervention autour de situations complexes notamment.
2. **Actions de reconnaissance, d'échanges, de coordination, de pratiques et de savoirs :** groupe d'aide aux aidants, groupe d'échanges sur le vécu et le ressenti des acteurs, réunions d'échanges pluridisciplinaires. Dans certains cas, des réunions d'organisation et de travail autour de l'écriture de protocoles sont organisées.
3. **Développement du travail en réseau :** assurer une interface entre secteurs de psychiatrie, les équipes sanitaires, médico-sociales, sociales et associatives.
4. **Actions de formation et de sensibilisation** aux problématiques liées à la précarité et à la santé mentale, notamment le repérage précoce des troubles psychosociaux et psychiatriques. Ces actions de formation sont dispensées par un peu plus de 36 % des EMP-IJ interrogées.

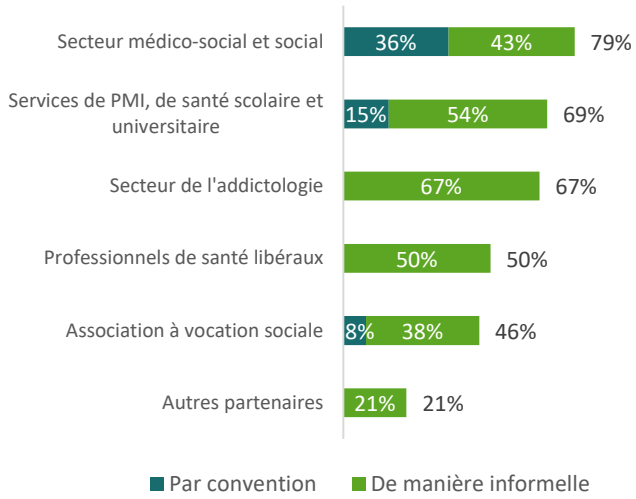
**Les particularités des EMP-IJ à destination des mineurs confiés à l'ASE**
Ces **équipes mobiles spécifiques** peuvent avoir la charge de l'évaluation précoce des jeunes entrant en foyer d'urgence ou déjà confiés à l'ASE.
**Les spécificités du CMP itinérant**
Les EMP-IJ ne sont pas spécifiquement en charge de la gestion de l'urgence, excepté pour le CMP itinérant situé en Charente-Maritime. De plus, ce dernier a la charge de rencontrer des adolescents dans les services pédiatriques, suite à une tentative de suicide.

## 4. Coopération et partenariats

Afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées dans les domaines sanitaires et sociaux des enfants et des adolescents en souffrance, un partenariat dense et formalisé est essentiel, associant notamment les acteurs de première ligne (Education nationale), les praticiens libéraux, les intervenants sociaux et médico-sociaux, les associations locales ou nationales.

Les trois quarts des EMP-IJ de Nouvelle-Aquitaine ont mis en place un partenariat avec le secteur médico-social et social, 69 % avec les services de PMI et de santé scolaire et les deux tiers avec le secteur de l'addictologie. La moitié des EMP-IJ ont établi un partenariat informel avec les professionnels de santé libéraux, 46 % avec les associations existantes, et 21 % avec d'autres partenaires, notamment la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

**Graph. 6.** *Proportion d'EMP-IJ ayant mis en place des partenariats conventionnés ou informels par secteur*

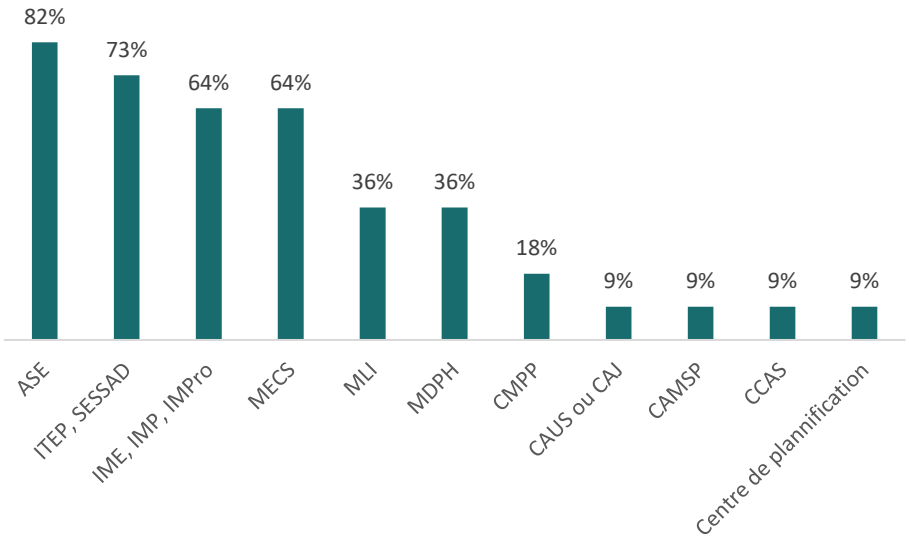



*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*
*Note de lecture : 79 % des EMP en pédopsychiatrie ont mis en place un partenariat avec le secteur médico-social et social : 36 % par convention et 43 % de manière informelle*

### a) Avec le secteur médico-social et social

Près de 8 EMP-IJ sur 10 ont développé un partenariat avec le secteur médico-social et social : 36 % par convention et 43 % de manière informelle. Les structures les plus souvent citées sont, par ordre décroissant, l'ASE, les ITEP ou SESSAD, les instituts médico-éducatifs (IME, IMP, IMPro). La PJJ et le Centre départemental de l'Enfance et de la Famille ont également été cités.

**Graph. 7.** *Proportion d'EMP-IJ ayant développé un partenariat avec les structures médico-sociales (en %)*




*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*
*Note : un glossaire avec la signification de ces sigles est disponible en fin de document*

### b) Avec les services de PMI, de santé scolaire et universitaire

Plus des deux tiers des EMP-IJ ont mis en œuvre des partenariats avec la PMI, la santé scolaire et la santé universitaire : 15 % par convention et 54 % de manière informelle. Il s'agit principalement de personnels d'établissement et de médecine scolaire, de psychologues de l'Education nationale. Les médecins de PMI ont été cités deux fois et la médecine universitaire une fois.

### c) Avec le secteur de l'addictologie

Les deux tiers des EMP-IJ ont développé un partenariat avec le secteur de l'addictologie : les ELSA (38 %) et les CSAPA (25 %).

### d) Avec les professionnels de santé et les services sanitaires

La moitié des EMP-IJ travaillent en collaboration avec des professionnels de santé, sans convention, de manière informelle. Il s'agit de collaborations avec le médecin généraliste pour 46 % d'entre eux et avec un psychologue libéral pour 42 % d'entre eux. Un tiers collabore avec le secteur de soins de premier recours (notamment avec les infirmiers), et avec les psychiatres libéraux pour 18 %.
Les EMP-IJ sont associés avec les services de PMI, de santé scolaire ou de santé universitaire : principalement avec le personnel des établissements scolaires et les médecins de santé scolaire.

### e) Avec les associations à vocation sociale

Un peu moins de la moitié des EMP-IJ a déclaré avoir mis en œuvre un travail de liaison avec les associations à vocation sociale : 8 % avec une convention et 38 % de manière informelle. Aucune des associations proposées dans le questionnaire (Restos du Cœur, Secours Populaire et Secours Catholique) n'a été sélectionnée mais des partenariats avec l'UNAFAM, des associations locales d'accueil de loisirs et de restaurants solidaires ont été cités.

Le partenariat avec la PJJ a été évoqué pour 3 EMP-IJ.

#### f) Participation aux instances locales et coopération

Un peu plus d'un tiers des EMP-IJ participent aux instances locales :

- 29 % aux CLSM ;
- 14 % au réseau local de santé mentale ;
- 14 % aux CLS ;
- 7 % aux ASV.

La coopération avec les CMP est formalisée pour la moitié des EMP-IJ et avec les services d'urgence pour une EMP-IJ sur cinq. Aucune coopération avec la PASS n'a été notée.

## D. Les 16 EMP du sujet âgé (EMP-PA)

**Dénomination**
Aucune appellation standard n'a été utilisée pour l'appellation des équipes mobiles psychiatrie du sujet âgé. Parmi les plus courantes, la dénomination « équipe mobile gérontopsychiatrie » (EMGP) est présente en Nouvelle-Aquitaine pour trois EMP-PA ainsi que « EM de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA) » pour trois autres EMP-PA.

**Public cible**
Le public cible pour ces EMP-PA est les personnes âgées domiciliées ou en institution (notamment FAM ou EHPAD). Certains EMP-PA spécifient l'âge minimum pour l'inclusion : 65 ans pour un EMP-PA, 70 ans pour deux EMP-PA et 75 ans pour un EMP-PA mais la plupart ne le précise pas.

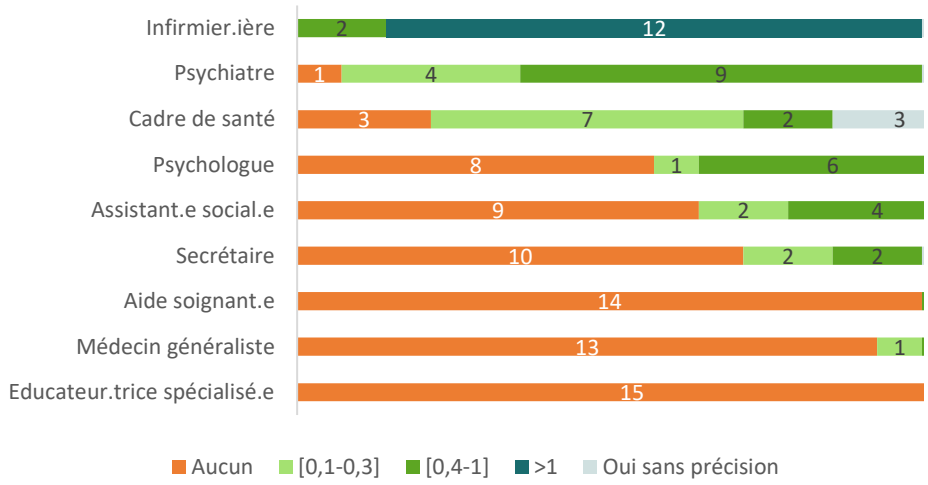
**Répartition par département**
Au moins une EMP-PA est présente dans chaque département de Nouvelle-Aquitaine. Quatre départements en comptabilisent deux : la Corrèze, la Gironde, Les Landes et les Deux-Sèvres.

**Participation à l'enquête**
Une EMP-PA n'ont pas répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 94 % (=15/16).

### 1. Les moyens

**Une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un psychiatre**
Un temps d'infirmiers est alloué dans la totalité des EMP-PA, avec en moyenne 4,2 ETP par EMP-PA. Excepté dans une EMP-PA, toutes les autres EMP-PA sont composées d'au moins un psychiatre et d'un cadre de santé dans les trois quarts des EMP-PA. Un peu moins de la moitié des équipes d'EMP-PA ont dans leur équipe au moins un psychologue et un assistant social.
Onze EMP-PA, soit 73 % de l'ensemble, ont une équipe composée au minimum d'un psychiatre, d'un cadre de santé et d'un infirmier.

**Graph. 8.** *Répartition du nombre d'EMP-PA selon les ETP des professionnels (en effectif)*




*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*
*NR (non-réponse) = 1*

**Au moins une voiture allouée dans toutes les EMP-PA**
Toutes les EMP-PA disposent d'une voiture et 12 sont dans un local spécifique.

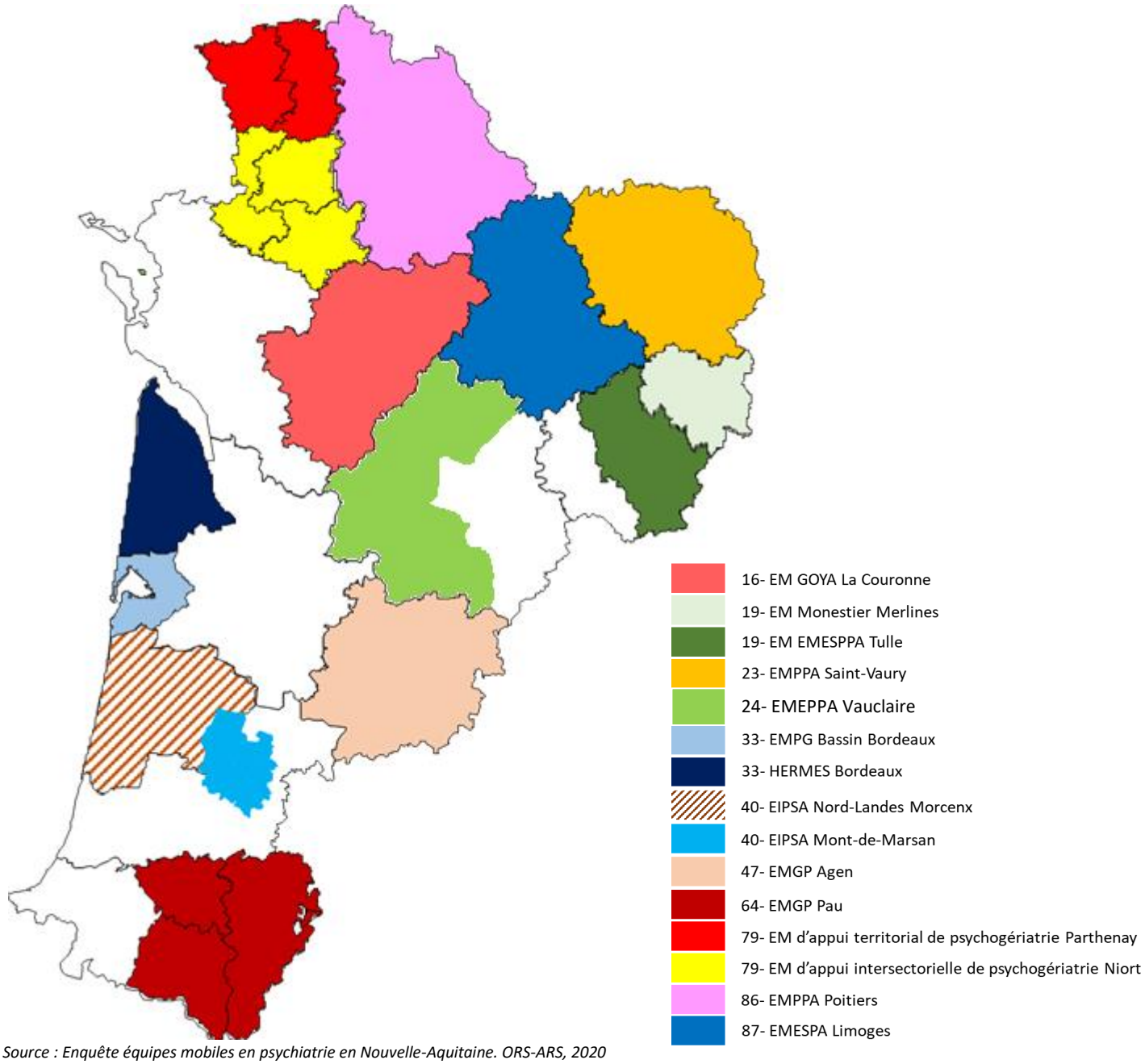
**Une communication essentiellement basée sur la diffusion d'une plaquette papier**
Afin de communiquer sur leurs missions, toutes les EMP-PA disposent d'une plaquette papier, et un tiers d'un site internet (soit 5 EMP-PA). Les réseaux sociaux sont utilisés pour une seule EMP-PA.

## 2. Fonctionnement et activité

Toutes les EMP-PA sont ouvertes du lundi matin au vendredi après-midi. Une EMP-PA est en plus ouverte le samedi en Gironde. Ces EMP-PA ouvrent le matin entre 8h et 9h pour la majorité jusqu'à 17-18h.
Une EMP-PA déclare avoir une période de fermeture dans l'année, lors de la période estivale. Dans ce cas, une permanence téléphonique et le renvoi vers les urgences psychiatriques sont prévus.

**La couverture territoriale des EMP-PA**
Cinq EMP du sujet âgé ont une couverture départementale (Charente, Creuse, Lot-et-Garonne, Vienne et Haute-Vienne), neuf une couverture territoriale correspondante à un ou plusieurs secteurs psychiatriques, et une ou plusieurs communes.

**Fig 5.** *Territoires de Nouvelle-Aquitaine couverts par une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé (EMP-PA)*




*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*

Note : Cette carte a été établie selon les déclarations des EMP-PA de Nouvelle-Aquitaine. Une EMP-PA n'ont pas déclaré leur couverture territoriale : celle de La Rochelle (17).

**Une File active de 5 900 patients différents en 2019**

Treize EMP-PA ont fourni le nombre de patients différents vus pour l'année 2019, ce qui représente un total de 6 251 patients, variant de 110 à 1 900 patients, soit une moyenne de 481 et une médiane de 197 patients.

## 3. Missions et prestations

L'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé intervient au plus près du patient, au domicile comme en établissement. Leurs objectifs sont d'éviter une hospitalisation en urgence, permettre une intervention rapide pour prévenir un épuisement familial ou de l'entourage au sens large, évaluer et orienter vers la prise en soins la plus adaptée (consultation, hospitalisation de jour, services sociaux…) et assurer un suivi en ambulatoire de certains patients. L'équipe mobile peut être facilitatrice de l'intégration des résidents présentant des troubles psychiatriques.

### a) En direction du public cible

**Les différentes modalités d'intervention :**

1- **Accueil** spontané ou téléphonique du sujet, de son entourage et des acteurs du réseau ou partenaires
   - Dans les locaux de l'EMP-PA ;
   - Permanences dans des lieux repérés (EHPAD, en institution, en centres hospitaliers, en structures médico-sociales ou à domicile) ;
2- **Entretiens individuels** programmés ou non contribuant notamment à l'évaluation des besoins, souvent réalisés par l'infirmière et suivis d'une validation par un médecin psychiatre ;
3- **Orientation et accompagnement** en fonction des besoins, élaboration de propositions thérapeutiques ;
4- **Prise en charge** dans le cadre de groupes d'échanges ou de paroles et d'ateliers thérapeutiques pour une EMP-PA **;**
5- **La gestion de l'urgence** pour la moitié des EMP-PA.

### b) En direction des acteurs de première ligne

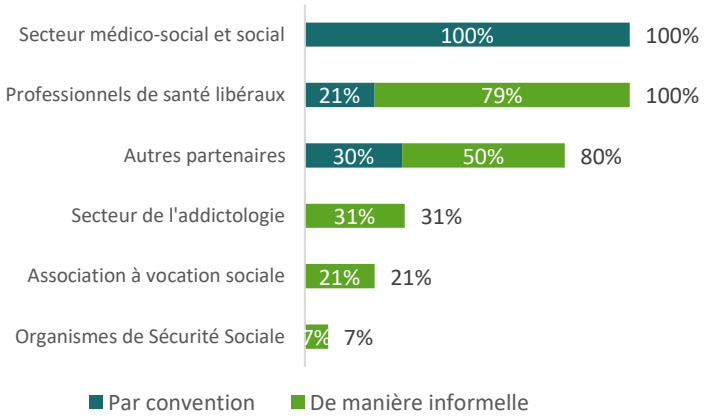
**Les différentes modalités d'intervention :**

1. **Soutien et appui des équipes** de première ligne : rôle d'information, de conseil, d'orientation et de supervision en réponse aux demandes d'intervention autour de situations complexes notamment ;
2. **Actions d'échanges, de pratiques et de savoirs :** groupe d'aide aux aidants, groupe d'échanges sur le vécu et le ressenti des acteurs, réunions d'échanges pluridisciplinaires, rencontres spécifiques des situations complexes ;
3. **Développement du travail en réseau :** assurer une interface entre secteurs de psychiatrie, les équipes des établissements gériatriques, les équipes sanitaires, sociales et associatives ;
4. **Actions de formation et de sensibilisation** aux problématiques liées à la gérontopsychiatrie. Ces actions de formation sont dispensées par un peu plus d'un tiers des EMP-PA.

## 4. Coopération et partenariats

La totalité des EMP-PA a mis en place un partenariat avec le secteur médico-social et social et avec les professionnels de santé libéraux. Un peu mois d'un tiers des EMP-PA ont établi un partenariat avec le secteur de l'addictologie, et un cinquième avec les associations à vocation sociale. Une EMP-PA a déclaré avoir développé un travail de partenariat avec les organismes de Sécurité sociale.

**Graph. 9.** *Proportion d'équipes mobiles en géronto-psychiatrique ayant mis en place des partenariats conventionnés ou informels par secteur (en %)*




*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*
*NR (non-réponse) = 1*

### a) Avec le secteur médico-social et social

La totalité des EMP-PA ont développé un partenariat avec le secteur médico-social et social par convention. Les structures les plus souvent citées sont les EHPAD (81 %), les CCAS (25 %), les services de soins à domicile (16 %) et la MDPH (6 %). D'autres partenariats ont été cités : les services départementaux d'action sociale, les Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), les Plateformes territoriales d'appui (PTA), les UTAS (Unités territoriales d'action sociale), les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

### b) Avec les professionnels de santé libéraux

Toutes les EMP-PA de Nouvelle-Aquitaine travaillent en collaboration avec des professionnels de santé, dont un cinquième dans le cadre d'un partenariat conventionné. Ce partenariat existe avec un ou plusieurs médecins généralistes (100 %), les professionnels de premier recours (71 %), des psychiatres ou des psychologues libéraux (29 %).

### c) Les autres partenaires

Les trois quarts des EMP-PA ont déclaré bénéficier d'un partenariat avec d'autres partenaires que ceux qui ont été cités : 22 % par convention et 56 % de manière informelle. Les services départementaux d'action sociale sont les principales structures citées. Des collaborations entre équipes mobiles ont également été évoquée.

### d) Avec le secteur de l'addictologie

Un peu moins d'un tiers des EMP-PA a développé un partenariat avec le secteur de l'addictologie : principalement les CSAPA et les ELSA.

### e) Avec les associations à vocation sociale

Un cinquième des EMP-PA a déclaré avoir mis en œuvre un travail de liaison avec les associations à vocation sociale de manière informelle. Aucune des associations proposées dans le questionnaire (Restos du Cœur, Secours Populaire et Secours Catholique) n'a été sélectionnée mais des partenariats avec l'UDAF ont été cités.

### f) Participation aux instances locales et coopération

La moitié des équipes mobiles en géronto-psychiatrie participe aux instances locales :

- 29 % aux CLSM et au réseau de santé mentale
- 14 % aux CLS
- Aucun aux ASV.

La coopération avec les CMP est formalisée pour près de la totalité des EMP-PA et pour 42 % avec les services d'urgence. Une coopération avec la PASS a été notée pour une EMP-PA (soit 9 %).

## E. Les 5 équipes mobiles de psychiatrie périnatale (EMP-P)

**Public cible**

Les équipes mobiles de psychiatrie périnatalité sont des équipes pluridisciplinaires à destination des femmes enceintes, des parents et leurs enfants de la naissance à 1 an, voire jusqu'à 3 ans. Ces équipes mobiles peuvent accompagner les parents par exemple en cas de deuils périnataux.

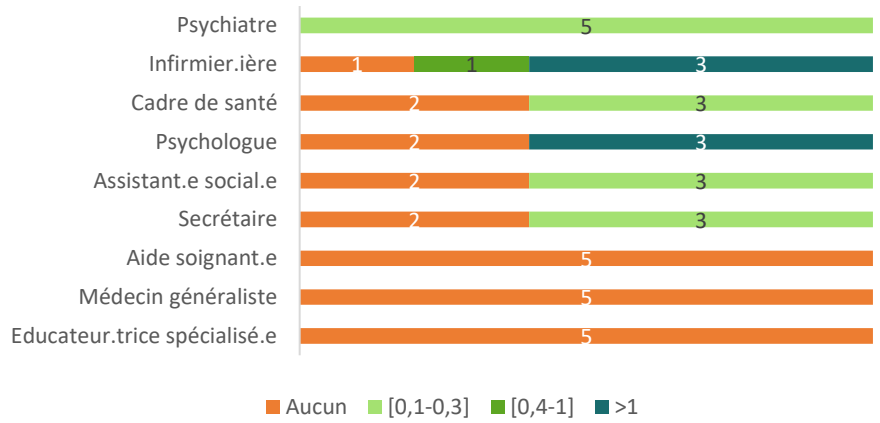
**Répartition par département**
Les 5 EMP-P en psychiatrie périnatale sont présents dans 5 départements : Creuse, Gironde, Lot-et-Garonne, Pyrénées-Atlantiques et Haute-Vienne.

**Participation à l'enquête**
Toutes les EMP-P ont rempli le questionnaire.

## 1. Les moyens

**Un binôme psychiatre et infirmier**
Un psychiatre intervient dans toutes les EMP-P recensées, avec une moyenne de 0,2 ETP. Un temps d'infirmiers est alloué dans quatre EMP-P avec plus d'un ETP par EMP-P. Dans trois EMP-P, plus d'un ETP de psychologue et des temps partiels de cadre de santé, d'assistante sociale et de secrétaire sont attribués. De plus, une équipe mobile comprend deux ETP de puériculteur. Aucun aide-soignant, médecin généraliste et éducateur spécialisé n'exerce dans ces EMP-P. Quatre EMP-P sur cinq ont une équipe composée du binôme psychiatre/infirmier.

**Graph. 10.** *Répartition du nombre d'EMP périnatales selon les ETP des professionnels (en effectif)*




*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*

**Au moins une voiture allouée dans quatre EMP-P, et à disposition dans l'autre EMP-P**
Une EMP-P déclare disposer uniquement du matériel du CMP. Les autres EMP-P ont à disposition une voiture.

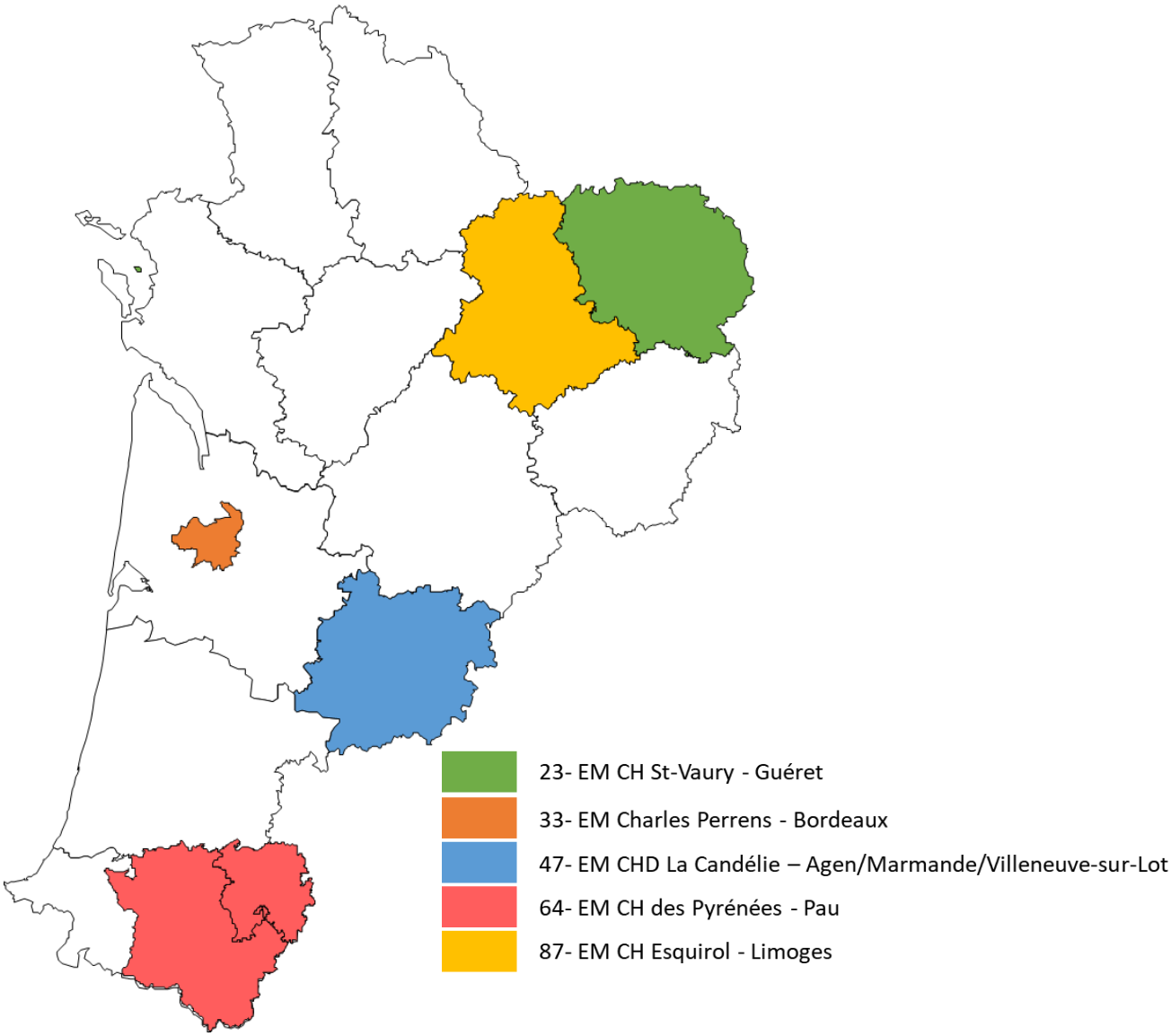
**Une communication essentiellement basée sur la diffusion d'une plaquette papier et un site internet**
Afin de communiquer sur leurs missions, quatre EMP-P disposent d'une plaquette papier, et trois d'un site internet. Les réseaux sociaux sont utilisés pour une seule EMP-P, et les cartes de visites par une autre EMP-P.

## 2. Fonctionnement et activité

Toutes les EMP-P sont ouvertes du lundi matin au vendredi après-midi. Une EMP-P est ouverte également le samedi en Gironde. Ces EMP-P ouvrent le matin entre 8h et 9h pour la majorité jusqu'à 16-17h.
Une EMP-P déclarent avoir une période de fermeture dans l'année, 15 jours en aout.

**La couverture territoriale des EMP-P**
Trois EMP périnatales ont une couverture départementale (Creuse, Lot-et-Garonne, et Haute-Vienne), une EMP-P avec une couverture territoriale correspondante à un ou plusieurs secteurs psychiatriques, et une ou plusieurs communes (métropole de Bordeaux).

**Fig 6.** *Territoires de Nouvelle-Aquitaine couverts par une équipe mobile de psychiatrie périnatale (EMP-P)*




*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*
Note : Cette carte a été établie selon les déclarations de toutes les EMP-P de Nouvelle-Aquitaine.

**Une File active de 5 900 patients différents en 2019**
Trois EMP-P ont fourni le nombre de patients différents vus pour l'année 2019, ce qui représente un total de 378 patients, variant de 82 à 207 patients, soit une moyenne de 126 et une médiane de 89 patients.

### 3. Missions et prestations

L'équipe mobile en psychiatrie périnatalité intervient au plus près du patient, au domicile comme en établissement. Leurs objectifs sont d'éviter une hospitalisation en urgence, permettre une intervention rapide pour prévenir un épuisement familial ou de l'entourage au sens large, évaluer et orienter vers la prise en soins la plus adaptée (consultation, hospitalisation de jour, services sociaux…) et assurer un suivi en ambulatoire de certains patients.

### a) En direction du public cible

**Les différentes modalités d'intervention :**

1. **Entretiens individuels** contribuant notamment à l'évaluation des besoins, y compris en urgence ;
2. **Accueil, orientation et accompagnement** ; L'équipe mobile intervient de façon régulière à domicile, à l'hôpital, à la maternité ou en service pédiatrie, en foyer et en CMP et favorise l'accès et la continuité des soins ;
3. **Permanences dans des lieux repérés ;**
4. **Prise en charge** dans le cadre de groupes d'échanges ou de parole d'ateliers thérapeutiques pour deux EMP-P ;
5. **La gestion de l'urgence** pour trois EMP-P.

### b) En direction des acteurs de première ligne

Les EMP en périnatalité sont chargées d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les acteurs qui gravitent autour de la mère et de l'enfant (crèche, école, PMI) afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées.

**Les différentes modalités d'intervention :**

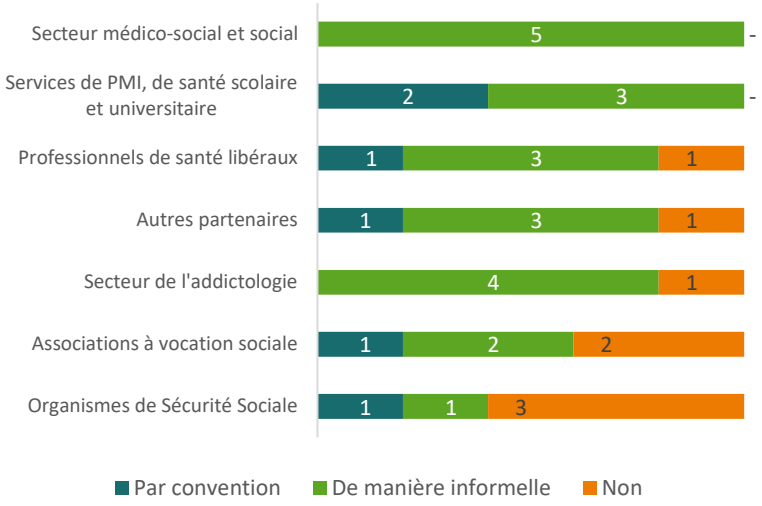
1. **Soutien et appui des équipes** de première ligne : rôle d'information, de conseil, d'orientation et de supervision en réponse aux demandes d'intervention autour de situations complexes notamment ;
2. **Développement du travail en réseau :** assurer une interface entre secteurs de psychiatrie, les équipes sanitaires, sociales et associatives, travail d'intégration dans les actions du réseau périnatal (RPNA) ;
3. **Actions d'échanges, de pratiques et de savoirs :** temps d'échanges réguliers de régulation aux professionnels de première ligne ;
4. **Actions de formation et de sensibilisation** aux problématiques notamment les violences. Ces actions de formation sont dispensées par près de 40 % des EMP-P.

## 4. Coopération et partenariats

Afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées dans les domaines sanitaires et sociaux des personnes âgées, un partenariat dense et formalisé est essentiel, associant notamment les établissements de santé généraux, les praticiens libéraux, les intervenants sociaux et médico-sociaux, les associations du territoire couvert par l'équipe mobile.

La totalité des EMP périnatales a mis en place un partenariat avec le secteur médico-social et social et avec les services de PMI. Quatre EMP-P ont développé un partenariat avec les professionnels libéraux, le secteur de l'addictologie et d'autres partenaires. Enfin, les associations présentes sur le territoire et les organismes de Sécurité sociale font l'objet de partenariats respectivement pour trois et deux EMP-P.

**Graph. 11.** *Nombre d'EMP périnatale ayant mis en place des partenariats conventionnés ou informels par secteur (en effectif)*




*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*

### a) Avec le secteur médico-social et social

La totalité des EMP-P a développé un partenariat sans convention, souvent sous forme d'un travail de liaison, de réseau avec le secteur médico-social et social. Les structures les plus souvent citées sont les Aides sociales à l'enfance (ASE) (n=5), les CAMPS (n=5), les CMPP (n=2), les services d'aide à domicile (n=2) et le centre de planification (n=2). D'autres partenariats ont été cités : les foyers maternels et les CADA (Centre d'accueil pour demandeurs d'asile). De plus, un recours occasionnel aux éducateurs, aux TISF (techniciens de l'intervention sociale et familiale), aux SAVS (Services d'accompagnement à la vie sociale) ont été évoqués.

### b) Avec les services de PMI

Toutes les EMP périnatales ont développé des partenariats avec les services de PMI : deux par convention et trois de manière informelle. De plus, des collaborations avec les crèches et les lieux d'accueil petite enfance sont abordées.

### c) Avec les professionnels de santé libéraux

Quatre EMP-P sur cinq déclarent travailler en collaboration avec des professionnels de santé libéraux : un par convention et trois de manière informelle. Ce partenariat existe avec des professionnels de premier recours (n=4), avec un ou plusieurs médecins généralistes (n=3), des psychiatres ou des psychologues libéraux (n=3). Un travail de liaison existe également avec des puéricultrices et des sages-femmes du territoire.

### d) Les autres partenaires

Quatre EMP-P ont déclaré bénéficier d'un partenariat avec d'autres partenaires que ceux qui ont été cités : une par convention avec des maternités privées et trois de manière informelle avec les communes et les territoires d'intervention.

### e) Avec le secteur de l'addictologie

Quatre EMP-P ont développé un partenariat non conventionné avec le secteur de l'addictologie : principalement les CSAPA et les ELSA. Un partenariat avec les équipes mobiles en addictologie peut être mis en place.

### f) Avec les associations à vocation sociale

Trois EMP-P ont déclaré avoir mis en œuvre un travail de liaison avec les associations à vocation sociale : un par le biais d'une convention et 2 de manière informelle. Les associations proposées dans le questionnaire (Restos du Cœur, Secours Populaire et Secours Catholique) ont été sélectionnées par une EMP-P. De plus, deux associations ont été citées en plus : Association Maman Blues et une association d'aides aux familles (AECJF).

### g) Participation aux instances locales et coopération

Trois EMP-P sur quatre exprimées participent aux instances locales :

- deux aux CLSM et au réseau de santé mentale
- Aucune aux CLS ou ASV.

La coopération avec les CMP et avec les services d'urgence est formalisée pour un EMP-P. Aucune coopération avec la PASS n'a été noté.

## F. Les 9 équipes mobiles de réhabilitation psychosociale ou d'appui social (EMRPS)

Les équipes mobiles de réhabilitation psychosociale sont des unités pluridisciplinaires qui ont pour objet de faciliter le retour ou le maintien dans son lieu de vie d'une personne en situation de handicap psychique temporaire ou prolongée.
Elles peuvent intervenir au domicile ou dans un service hospitalier ou médico-social dans une perspective de retour à domicile, toujours dans le cadre d'un territoire de proximité. Dans tous les cas la demande doit émaner de professionnels et institutionnels de santé, médicosociaux ou sociaux, intervenant auprès de la personne. Les demandes directes ne peuvent pas être honorées et sont réorientées le cas échéant.

**Description et localisation des EMRPS**
En Nouvelle-Aquitaine, neuf EMRPS ont été recensées.

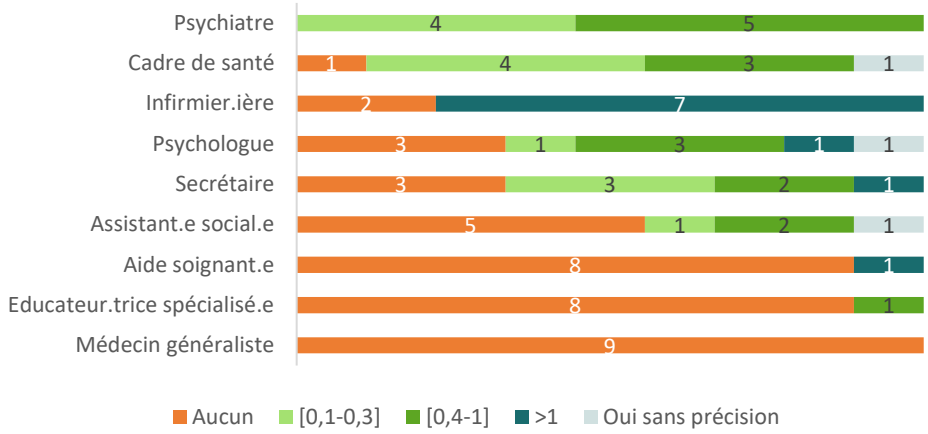
- Une en Charente à Angoulême ;
- Deux en Corrèze : Une à Monestier-Merlines à destination de résidents des structures médico-sociales du département et une à Brive-la-Gaillarde à destination des usagers des CMP du territoire présentant des troubles psychotiques ;
- Deux en Gironde : Une à Cadillac à destination de résidents des structures médico-sociales et une à Bordeaux à destination des personnes hospitalisées souffrant de troubles psychiatriques en situation de handicap ;
- Deux en Lot-et-Garonne, à destination des adultes présentant des troubles psychiques à Agen ;
- Une en Pyrénées-Atlantiques, à Pau ;
- Une en Haute-Vienne à Limoges.

### 1. Les moyens des EMRPS

**Les professionnels mobilisés**
Un psychiatre intervient dans toutes les équipes mobiles, le binôme psychiatre et cadre de santé dans huit EMRPS sur neuf. Les infirmiers sont présents dans la majorité des EMRPS, avec plus d'un ETP par équipe mobile. Les psychologues, les secrétaires peuvent exercer dans ces équipes mobiles, les assistantes sociales, les aides-

soignantes et les éducateurs spécialisés de manière moins fréquente. De plus, des ergothérapeutes et des psychologues peuvent intervenir dans certaines équipes mobiles.

**Graph. 12.** *Répartition du nombre d'EMRPS selon les ETP des professionnels (en effectif)*




*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*

**Les moyens matériels et de communication de l'équipe mobile**
Huit EMRPS sur neuf déclarent posséder une voiture à disposition et une plaquette de valorisation, six un site internet, et deux utilisent les réseaux sociaux.

## 2. Fonctionnement et activités

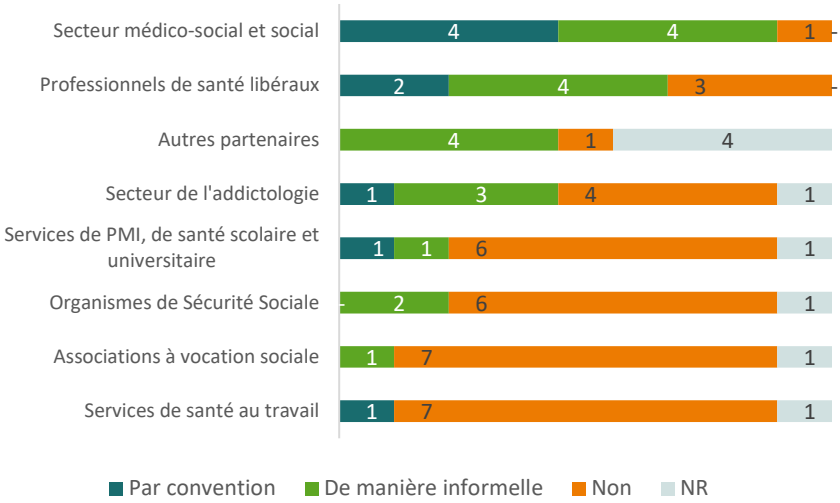
Toutes les EMRPS sont ouvertes du lundi matin au vendredi après-midi, le plus fréquemment de 9h à 17h. Une EMRPS est en plus ouverte le samedi et le dimanche en Haute-Vienne, de 8h30 à 16h10.

**La couverture territoriale des EMRPS**
Cinq équipes mobiles ont une couverture départementale (Charente, Corrèze, Lot-et-Garonne, et Haute-Vienne), deux avec une couverture territoriale correspondante à un ou plusieurs secteurs psychiatriques, et une couvrant une ou plusieurs communes (Agen et son agglomération).

**Une File active de 2 150 patients différents en 2019**
Huit EMRPS sur neuf ont fourni le nombre de patients différents vus pour l'année 2019, ce qui représente un total de 2 146 patients, variant de 59 à 1 571 patients, soit une moyenne de 268 et une médiane de 71 patients.

## 3. Coopération et partenariats

**Graph. 13.** *Nombre d'EMRPS ayant mis en place des partenariats conventionnés ou informels par secteur (en effectif)*




*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*

### a) Avec le secteur médico-social et social

La quasi-totalité des EMRPS ont développé un partenariat avec le secteur médico-social, dont la moitié par convention. Les structures les plus fréquemment citées sont la MDPH (n=5), les missions locales (n=3), les CCAS, les services d'aide à domicile (n=2) et les instituts médico-éducatifs, pédagogiques et médico-professionnel (n=2). Les ITEP, SESSAD et les EHPAD ont également été cités par une équipe mobile. Des partenariats avec d'autres structures médico-sociales ont été ajoutés : Foyer d'accueil médicalisé (FAM), Établissement et service d'aide par le travail (ESAT), Maison d'accueil spécialisée (MAS), Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP), Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), des foyers ouverts.

### b) Avec les professionnels de santé libéraux

Six équipes mobiles déclarent travailler en partenariat avec les professionnels de santé libéraux : le plus souvent avec les médecins généralistes (n=6), les professionnels de premier recours et des psychiatres libéraux (n=4). La coopération avec les psychologues libéraux a été abordée par une EMRPS.

### c) Les autres partenaires

La moitié des EMRPS a déclaré bénéficier d'un partenariat avec d'autres structures : l'UDAF, des associations de retour à l'emploi, des lieux d'écoute des aidants, des associations d'usagers, des Etablissement public départemental autonome (EPDA), l'UNAFAM.

### d) Avec le secteur de l'addictologie

Quatre EMRPS ont développé un partenariat avec le secteur de l'addictologie : principalement avec les ELSA et les CSAPA mais également avec les CAARUD pour une équipe mobile. Une collaboration avec le CEID (Comité d'étude et d'information sur la drogue et sur les addictions) a été évoqué par une EMRPS.

### e) Autres collaborations

Les EMRPS ont également l'occasion de travailler avec la médecine universitaire, en particulier avec les médecins ou les infirmiers. Un partenariat avec les organismes sociaux est développé par deux équipes mobiles, avec les associations et avec les services de santé au travail par une équipe mobile.

### f) Participation aux instances locales et coopération

Sept EMRPS sur neuf participent aux instances locales :

- Six aux CLSM
- Deux au réseau de santé mentale
- Une aux CLS.

Aucune EMRPS n'est présente dans un Atelier Santé Ville (ASV).

La coopération avec les CMP est effective pour sept EMRPS, avec les services d'urgence et les PASS pour deux équipes mobiles.

## G. Les 5 équipes mobiles spécialisées dans un trouble psychique (EMP-Psy)

**Description et localisation des EMP-Psy spécialisées en trouble autistique**

En Nouvelle-Aquitaine, cinq EMP-Psy ont été recensées, dont trois spécialisées en trouble autistique :

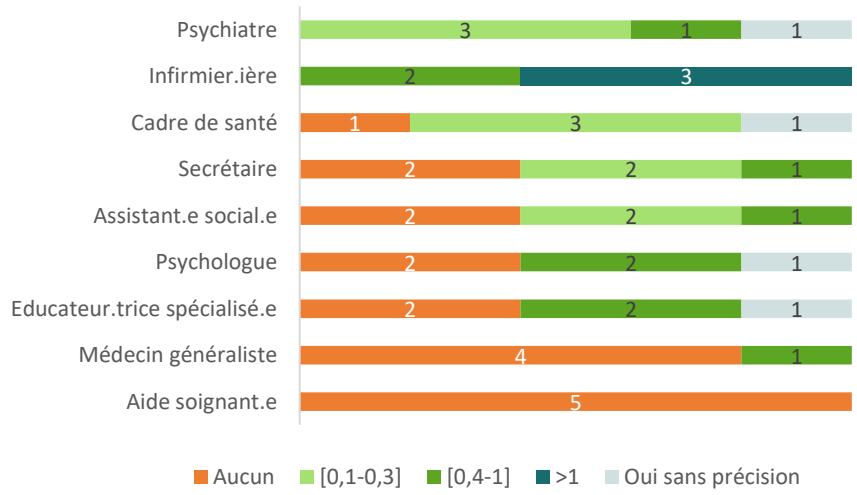
- Une à La Couronne (Charente) : EMP-PSY de la filière TED/TSA (Troubles envahissant du développement/troubles de sphère autistique);
- Une EMP handicap (Handicap psychique, TSA, Polyhandicap, Handicap rare) en Dordogne
- Deux EMP-PSY en Gironde : pour les adultes présentant un TSA et pour ceux présentant un premier épisode psychotique
- Une EMP-PSY en Haute-Vienne : une EMP handicap psychique.

### 1. Les moyens des EMP-Psy

**Les professionnels mobilisés**

Le binôme psychiatre et infirmier intervient dans toutes les équipes mobiles, le binôme psychiatre et cadre de santé dans quatre sur cinq EMP-Psy. De plus, les équipes mobiles peuvent être composées de secrétaires, d'assistantes sociales, psychologues et éducateurs spécialisées. Enfin, des ergothérapeutes et des orthophonistes peuvent intervenir dans certaines équipes mobiles.

**Graph. 14.** *Répartition du nombre d'EMP-Psy selon les ETP des professionnels (en effectif)*




*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*

**Les moyens matériels et de communication de l'équipe mobile**
Toutes les EMP-PSY déclarent bénéficier d'une voiture à disposition. Afin de valoriser leur équipe mobile, une plaquette de communication est utilisée pour toutes les EMP-PSY, un site internet pour 4 EMP-PSY, et une utilise les réseaux sociaux.

## 2. Fonctionnement et activités

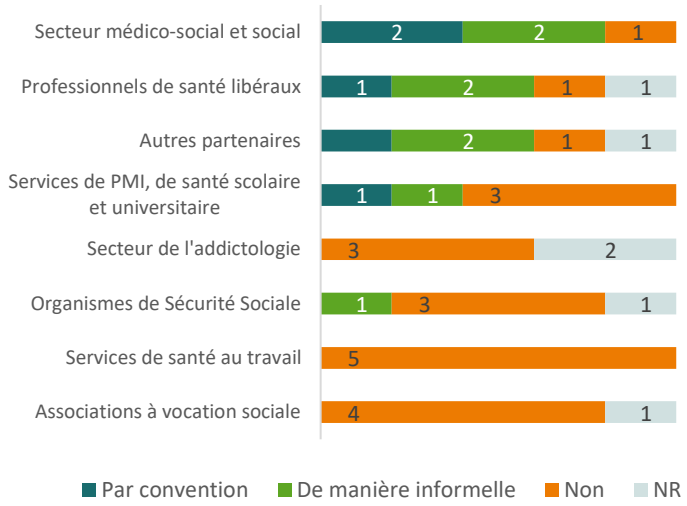
Toutes les EMP-Psy sont ouvertes du lundi matin au vendredi après-midi, le plus fréquemment de 9h à 17h. Une EMP-PSY déclare qu'elle est fermée pendant la période de Noël et quinze jours pendant la période estivale. Durant cette période de fermeture, une permanence téléphonique est mise en place ainsi qu'un renvoi vers les urgences psychiatriques si besoin.

**La couverture territoriale des EMP-Psy**
Quatre équipes mobiles possèdent une couverture départementale (Charente, Dordogne, Gironde et Haute-Vienne) et une EMP-PSY une ou plusieurs communes. A noter que les EMP spécialisées dans le trouble autistique ont exclusivement une couverture départementale (Charente, Dordogne, Gironde).

**Une File active de 395 patients différents en 2019**
Quatre EMP-PSY sur cinq ont fourni le nombre de patients différents vus pour l'année 2019, ce qui représente un total de 395 patients, variant de 18 à 160 patients, soit une moyenne de 99 et une médiane de 109 patients. Les 3 EMP spécialisées en trouble autistique ont une file active moyenne de 238 patients.

## 3. Coopération et partenariats

**Graph. 15.** *Nombre d'EMP-Psy ayant mis en place des partenariats conventionnés ou informels par secteur (en effectif)*




*Source : Enquête équipes mobiles en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS-ARS, 2020*

### a) Avec les structures médico-sociales

La quasi-totalité des EMP-Psy ont développé un partenariat avec le secteur médico-social, dont la moitié par convention. Les structures les plus fréquemment citées sont les instituts médico-éducatifs, pédagogiques et médico-professionnel (n=2), la MDPH (n=2), les missions locales (n=1), les services d'aide à domicile (n=1), les ITEP, SESSAD (n=1) et les EHPAD ont également été cités par une équipe mobile. Des partenariats avec d'autres structures médico-sociales ont été ajoutées : foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé, unité handicap vieillissant (UHV), unité handicap psychique vieillissant (UPV).

### b) Avec les professionnels de santé libéraux

Trois équipes mobiles déclarent travailler en partenariat avec les professionnels de santé libéraux : une par convention et deux de manière formelle. Il s'agit le plus souvent d'une collaboration avec les médecins généralistes (n=3), les psychiatres libéraux (n=3). La coopération avec les psychologues libéraux et les professionnels de premier recours a été évoquée par deux EMP-PSY.

### c) Les autres partenaires

Plus de la moitié des EMP-PSY ont déclaré bénéficier d'un partenariat avec d'autres structures : les services médico-sociaux adultes et de travail protégé, les maisons des adolescents, l'UDAF, les associations de réadaptation et réinsertion, les autres équipes mobiles en psychiatrie (par exemple pour le sujet âgé) et des équipes spécialisées (par exemple relative à l'autisme).

### d) Autres collaborations

Les EMP-Psy ont également l'occasion de travailler avec la médecine universitaire, en particulier avec les médecins ou les infirmiers. Une EMP-PSY a développé un partenariat avec le secteur de l'addictologie : principalement avec les CSAPA. Un partenariat avec les organismes de sécurité sociale (CPAM) est développé par une équipe mobile. Aucune collaboration avec les associations à vocation sociale ni avec les services de santé au travail n'a été notifiée.

### e) Participation aux instances locales et coopération

Une EMP-PSY sur cinq participent aux instances locales : CLSM, CLS ou au réseau de santé mentale (*via* le CPTS). Aucune EMP-Psy ne participe au ASV.

La coopération avec les CMP est effective pour deux EMP-PSY, avec les services d'urgence pour une EMP-PSY et les PASS pour une équipe mobile.

## H. Les 3 EMP d'urgence psychiatrique

Trois équipes mobiles d'urgence psychiatrique ont été comptabilisées :

- Une équipe mobile de liaison et d'urgences psychiatriques (EMLUP) en Dordogne ;
- Un centre d'aide psychologique de Libourne (CAPLIB) ;
- Une équipe mobile psychiatrique d'intervention et de crise (EPIC) de Gironde.

Ces équipes sont composées de psychiatres, de médecins généralistes, de psychologues, de cadres de santé et d'infirmiers, avec des assistantes ou des secrétaires.
Ces équipes mobiles sont ouvertes tous les jours de 8h ou 9h, à 22h ou à 23h30.
La première EMP d'urgence psychiatrique a une couverture départementale concernant les urgences psychiatriques tandis que la deuxième et la troisième a pour couverture territoriale la communauté de commune de Libourne ou la communauté d'agglomération de Bordeaux.
Ces équipes mobiles travaillent principalement en liaison avec le secteur d'addictologie, et en particulier avec les ELSA, avec le secteur de périnatalité, le secteur de soins du premier recours, les missions locales, les CCAS. Elles participent aux CLSM, à l'atelier Santé Ville (ASV) de Bordeaux et au réseau de santé mentale.

# CONCLUSION – DISCUSSION

L'enquête menée en Nouvelle-Aquitaine auprès des 78 équipes mobiles en psychiatrie a permis de répondre aux objectifs fixés. En effet, elle permet de localiser et de recenser les différentes EM. La description du fonctionnement et des activités des EM permet de mettre en avant les missions communes et les spécificités institutionnelles ou organisationnelles de ces EM.

Plusieurs limites ont été rencontrées lors de cette enquête. Tout d'abord, des difficultés pour identifier le bon interlocuteur pour remplir le questionnaire en ligne. Cette étape a en effet nécessité beaucoup d'échanges et a engendré des retards dans l'analyse des données. Cependant, le remplissage des questionnaires a été rigoureux et, au final, seules 7 EMP ne l'ont pas rempli dont deux du fait d'une création trop récente.
Une autre difficulté rencontrée a été de définir le périmètre du champ d'inclusion. En effet, aujourd'hui les équipes mobiles en psychiatrie sont nombreuses et ne bénéficient pas d'un label facilement identifiable. Ainsi, les unités de psychiatrie de liaison, les CMP et les PASS, qui ont en partie une mission de mobilité, ont été exclues de l'enquête. Par ailleurs le secteur de l'addictologie a été exclu du champ de l'enquête, dès le début du projet, après concertation avec l'ARS.

Malgré ces limites, les résultats de l'enquête permettent de conclure à l'existence dans notre région d'un maillage d'EM, basées sur des équipes multidisciplinaires et sur des partenariats diversifiés.
Même si ces équipes mobiles ont des publics différents, soit du fait de la catégorie d'âge du sujet, soit du fait des situations sociales, soit encore du fait de situations psychiatriques spécifiques, leurs missions sont en partie identiques avec une dimension « d'aller vers » le public cible et de soutien aux professionnels impliqués.
Certaines spécificités sont cependant plus ou moins présentes selon les EMP : comme par exemple, la gestion de l'urgence opérationnelle dans un tiers des EMP.

Selon les besoins locaux, les équipes mobiles en psychiatrie sont différemment implantées et organisées sur le territoire : certaines ont un champ d'action départemental, d'autres des périmètres qui correspondent aux secteurs psychiatriques existants et enfin, certaines EMP ont une couverture plus réduite.
Les PTSM mettent en avant la nécessité de renforcer des EMP existantes ou de créer des EMP dans des zones non couvertes par les dispositifs existants. C'est le cas par exemple en Charente-Limousine ou en Sud-Charente où le PTSM affiche comme objectif de créer des antennes de l'EMPP.
Les EMP sont composées d'une grande variété de professionnels dont l'infirmier qui est le plus représenté (21 %) et qui est le plus présent en termes d'ETP, suivi du psychiatre (20 %). Dans un peu plus de la moitié des EMP, l'équipe est composée au minimum d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un cadre de santé et d'un infirmier. Leur intervention est modulable selon la nature et les modalités des demandes.

Enfin, l'utilité des EMP n'est plus à démontrer. Une enquête menée en 2018 auprès de 200 équipes mobiles mettait en évidence que les interventions des EMP avaient une incidence sur le taux annuel d'hospitalisations du secteur d'intervention, dans 81 % des cas sur le taux de ré hospitalisation et dans 61 % des cas sur le taux annuel de suicide [7]. Cette utilité est de plus renforcée par la crise sanitaire actuelle et l'isolement plus accentué des populations qui en résulte, en particulier pour les populations les plus vulnérables et les personnes âgées dépendantes. Dans ce cas, l'accompagnement des acteurs de terrain est essentiel, ceux-ci pouvant être les seuls interlocuteurs des patients, lesquels ont été privés de leurs liens sociaux et affectifs pendant de longues semaines. Confrontés à la maladie et à sa propagation rapide au sein des institutions, ainsi qu'à des pénuries logistiques, ces professionnels font face à un nombre de décès important, avec un sentiment accru d'impuissance et des questionnements éthiques [8].

À la vue de ces différents résultats, il semble important de suivre le développement et la mise en place des équipes mobiles de psychiatrie de Nouvelle-Aquitaine, en cohérence avec les priorités définies par les PTSM.

# GLOSSAIRE

| Sigle / Acronyme | Libellé |
|---|---|
| ARS | Agence régionale de santé |
| ASE | Aide sociale à l'enfance |
| ASV | Atelier Santé Ville |
| CAARUD | Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour les usagers de drogues |
| CADA | Centre d'accueil pour demandeurs d'asile |
| CAF | Caisse d'allocations familiales |
| CAJ | Centre d'accueil de jour |
| CATTP | Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel |
| CAMSP | Centre d'action médico-sociale précoce |
| CARSAT | Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail |
| CAUS | Centre d'accueil et d'urgence sociale |
| CCAS | Centre communal d'action sociale |
| CEID | Comité d'étude et d'information sur la drogue et sur les addictions |
| CH | Centre hospitalier |
| CHRS | Centre d'hébergement et de réinsertion sociale |
| CIAS | Centre intercommunal d'action sociale |
| CLIC | Centres locaux d'information et de coordination |
| CLS | Contrat local de santé |
| CLSM | Contrat local de santé mentale |
| CMP | Centre médico-psychologique |
| CMPP | Centre médico-psycho-pédagogique |
| COM | Contrat d'objectifs et de moyens |
| CPAA | Centre psychiatrique d'accueil et d'admission |
| CPAM | Caisse primaire d'assurance maladie |
| CPH | Centre provisoire d'hébergement |
| CSAPA | Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie |
| CSM | Centre de santé mentale |
| DDCSPP | Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations |
| DGAS | Direction générale adjointe des solidarités |
| DGS | Direction générale de la santé |
| DHOS | Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins |
| DOSA | Direction de l'offre de soins et de l'autonomie |
| DIM | Département d'information médicale |
| EHPAD | Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes |
| ELSA | Equipe de liaison et de soins en addictologie |
| EMP | Équipe mobile de psychiatrie |
| EMP-IJ | Equipe mobile de psychiatrie infanto-juvénile |
| EMPP | Equipe mobile psychiatrie précarité |
| EMP-P | Equipe mobile de psychiatrie périnatale |
| EMP-PA | Equipe mobile de psychiatrie des personnes âgées |
| EMP-Psy | Equipe mobile spécialisée dans un trouble psychiatrique |
| EPDA | Etablissement public départemental autonome |
| EPSM | Établissement public de santé mentale |
| ESAT | Établissement et service d'aide par le travail |
| ESPIC | Établissement de santé privé d'intérêt collectif |
| ETP | Équivalent temps plein |

| Sigle / Acronyme | Libellé |
|---|---|
| FAM | Foyer d'accueil médicalisé |
| GEM | Groupe d'entraide mutuelle |
| HAD | Hospitalisation à domicile |
| IME | Institut médico-éducatif |
| IMP | Institut médico-pédagogique |
| IMPro | Institut médico-professionnel |
| ITEP | Institut thérapeutique éducatif et pédagogique |
| MAIA | Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer |
| MAS | Maison d'accueil spécialisée |
| MDA | Maison des adolescents |
| MDPH | Maison départementale des personnes handicapées |
| MDSI | Maison départementale de la solidarité et de l'insertion |
| MECS | Maison d'enfants à caractère social |
| MSA | Mutualité sociale agricole |
| MSP | Maison de santé pluri-professionnelle |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ORS | Observatoire régional de la santé |
| PASS | Permanence d'accès aux soins de santé |
| PJJ | Protection judiciaire de la jeunesse |
| PMI | Protection maternelle et infantile |
| PRAPS | Programme régional d'accès à la prévention et aux soins |
| PTA | Plateformes territoriales d'appui |
| PTSM | Projet territorial de santé mentale |
| SAMSAH | Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés |
| SAAD | Service d'aide et d'accompagnement à domicile |
| SAVS | Service d'accompagnement à la vie sociale |
| SESSAD | Service d'éducation spéciale et de soins à domicile |
| SRS | Schéma régional de santé |
| SSIAD | Service de soins infirmiers à domicile |
| TISF | Technicien de l'intervention sociale et familiale |
| TSA | Troubles de sphère autistique |
| UDAF | Union départementale des associations familiales |
| UNAFAM | Union nationale des amis et familles de malades psychiques |
| UTAS | Unités territoriales d'action sociale |
| VAD | Visite à domicile |

# BIBLIOGRAPHIE


1. Site des Association des Equipes mobiles en psychiatrie (AEMP) : www.aempsy.com

2. DEMAILLY L. et Cie. Les équipes mobiles de psychiatrie : Modalités et enjeux d'une innovation. Mars 2014.106 p.

3. Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n°2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins de santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

4. L'Information Psychiatrique - Volume 95, numéro 4, Avril 2019

5. L'Information Psychiatrique - Volume 95, numéro 6, Juin-Juillet 2019

6. ANAP. Intervention à domicilie des équipes de psychiatrie. Retour d'expériences. Janvier 2015. 78 p.

7. Psychiatrie. Equipes mobiles, une utilité reconnue. L'infirmière magazine n°396. Septembre 2018. Page 15

8. Témoignage de la pratique en équipe mobile en période de Covid : L'agitation confinée derrière des portes (santementale.fr)

# ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire à destination des équipes mobiles en psychiatrie

Annexe 2 : Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

**Numéro :** |__|__|__|__|

# Questionnaire

## Enquête auprès des équipes mobiles de psychiatrie de Nouvelle-Aquitaine

À la demande de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine, l'Observatoire Régional de Santé de Nouvelle-Aquitaine réalise une enquête afin de connaître l'organisation des équipes mobiles de psychiatrie sur le territoire régional, leurs principales modalités de fonctionnement et leur activité. Afin de garantir la validité de notre enquête, votre participation est essentielle.
Pour toute question, veuillez contacter Julie DEBARRE 05 49 38 33 12 j.debarre@ors-na.org

### 1- Caractéristiques administratives de la structure

**Q1. Département : |__|__| Etablissement de rattachement : _____**

**Q2. Dénomination de l'équipe mobile : _____**

Q3. Quel est le(s) public(s) cible de l'équipe mobile ? *(Plusieurs réponses possibles)*

1☐ Enfants et adolescents 2☐ Adultes 3☐ Personnes en situation de précarité 4☐ Personnes âgées
5☐ Personnes en situation de Handicap : A préciser_____

**Autres précisions :**

_____

**Q4. Coordonnées de l'équipe mobile :**

Adresse
CP _ _ _ _ _ Commune
Tel : _____

### 2- Les moyens

Q5. **Composition de l'équipe** (*Cocher la case si concerné et préciser l'ETP*)

| | **Précisez l'ETP** |
|---|---|
| 1☐ **Médecin psychiatre** | |
| 2☐ **Médecin généraliste** | |
| 3☐ **Psychologue** | |
| 4☐ **Cadre de santé** | |
| 5☐ **Infirmier.ière** | |
| 6☐ Educateur spécialisé | |
| 7☐ **Aide-soignant(e)** | |
| 8☐ **Assistant(e) sociale** | |
| 9☐ **Secrétaire** | |
| 10☐ **Autre : _____** | |

Q6. Moyens matériels à disposition

1☐ Voiture 2☐ Autres véhicules : _____ 3☐ Locaux spécifique 4☐ Autres : _____

## 3- Fonctionnement et activité

Q7. Jours d'activité *(Plusieurs réponses possibles)*

1☐ Lundi 2☐ Mardi 3☐ Mercredi 4☐ Jeudi 5☐ Vendredi 6☐ Samedi 7☐ Dimanche 8☐ Jours fériés

Q8. Plage horaire d'ouverture sur la semaine

| | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Matin | _ _/_ _ | _ _/_ _ | _ _/_ _ | _ _/_ _ | _ _/_ _ | _ _/_ _ | _ _/_ _ |
| Après-midi | _ _/_ _ | _ _/_ _ | _ _/_ _ | _ _/_ _ | _ _/_ _ | _ _/_ _ | _ _/_ _ |

*Q9.* L'équipe mobile a-t-elle des périodes de fermeture au cours de l'année ? 1☐ Oui 2☐ Non

*Q10.* Si oui, quel était le nombre de jours de fermeture annuelle pour l'année 2019 : ___

- *Date ou période de fermeture 1 :* _____
- *Date ou période de fermeture 2*_____
- *Date ou période de fermeture 3*_____

*(Fermeture : date ou période de fermeture en dehors des jours habituels)*

Q11. Si Q9=oui, Quelle(s) modalité(s) d'organisation sont mises en place pendant les jours de fermeture :

1☐ Permanence téléphonique 2☐ Renvoi vers les urgences psychiatriques

9☐ Autres : A préciser_____

Q12. Quelle est la couverture territoriale de votre équipe mobile :

1☐ Une ou plusieurs communes : A préciser : _____

2☐ Un ou plusieurs cantons A préciser : _____

3☐ Un ou plusieurs secteurs psychiatriques : A préciser : _____

4☐ L'ensemble du département

5☐ Autre A préciser : _____

Q13. Entre le 1er janvier et le 31 décembre 2019, quel est le nombre de personnes différentes qui ont été prises en charge par l'équipe mobile _ _ _ _

## 4- Missions et prestations

Q14. **En direction de votre public cible**

**Q14.1 – Quelles sont vos missions (plusieurs réponses possibles)**

1☐ Permanences dans des lieux repérés 2☐ Entretiens individuels contribuant à l'évaluation des besoins

3☐ Accueil, orientation et accompagnement 4☐ Prise en charge dans le cadre de groupes d'échange et de paroles ou ateliers thérapeutiques 5☐ Gestion de l'urgence

9☐ Autres : A préciser_____

**Q14.2 – Précisez vos modalités d'intervention**

_____

_____

Q15. **En direction des acteurs de première ligne**

**Q15.1 – Quelles sont vos missions (plusieurs réponses possibles)**

1☐ Actions de formations 2☐ Actions d'échanges, de pratiques et de savoirs

3☐ Développement du travail de réseau 4☐ Soutien des équipes (information, conseil, supervision)

9☐ Autres : A préciser_____

**Q15.2 – Précisez vos modalités d'intervention**

_____

_____

*Q16.* Votre équipe mobile présente-t-elle une spécificité institutionnelle ? *(Par exemple, adossement à une PASS,..)*

0☐ Non1☐ Oui A préciser_____

## 5- Coopération et partenariats

**Q17. L'équipe mobile a -t-elle mis en œuvre un travail de liaison avec**

Q17.1 – **les médecins généralistes** 0☐ Non 1☐ Oui, par convention 2☐ Oui, de manière informelle

Q17.2 – **le secteur soins de premier recours (infirmiers, …)**0☐ Non 1☐ Oui, par convention 2☐ Oui, de manière informelle

Q17.3 – **les psychiatres libéraux** 0☐ Non 1☐ Oui, par convention 2☐ Oui, par un autre moyen : _____

Q17.4 – **les psychologues libéraux** 0☐ Non 1☐ Oui, par convention 2☐ Oui, par un autre moyen : _____

Q17.5- **les services de PMI, de santé scolaire et universitaire** 0☐ Non 1☐ Oui, par convention 2☐ Oui, par un autre moyen : _____

Si Oui, précisez 1☐ médecins de PMI 2☐ médecins de santé scolaire3☐ psychologues de l'éducation nationale 4☐ personnels des établissements scolaires 5☐ médecine universitaire

9☐ Autres : _____

Q17.6- **les services de santé au travail** 0☐ Non 1☐ Oui, par convention 2☐ Oui, par un autre moyen : _____

Q17.7– **le secteur médico-social et social**

0☐ Non 1☐ Oui, par convention 2☐ Oui, par un autre moyen :_____

Si Oui, précisez 1☐ CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale) 2☐ ASE (Aide sociale à l'enfance) 3☐ EHPAD 4☐ CAUS (Centre d'accueil et d'urgence sociale) ou CAJ (Centre accueil de jour) 5☐ CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce) -6☐ CMPP (centre médico-psycho-pédagogique) 7☐ IME (institut médico-éducatif), IMP (Institut médico-pédagogique), IMPro (Institut médico-professionnel)

8☐ ITEP (institut thérapeutique éducatif et pédagogique), SESSAD (service d'éducation spéciale et de soins à domicile) 9☐ MECS (Maison d'enfants à caractère social) 10☐ Les services d'aide à domicile 11☐ CCAS (Centre communal d'action sociale) 12☐ Mission locale 13☐ MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) 14☐ Centre de planification et d'éducation familiale

19☐ Autres : _____

Q17.8– **des associations à vocation sociale**

0☐ Non 1☐ Oui, par convention 2☐ Oui, par un autre moyen :_____

Si Oui, précisez 1☐ Restos du cœur 2☐ Secours populaire 3☐ Secours catholique

9☐ Autres : _____

Q17.9 – **le secteur de l'addictologie (CSAPA, Caarud…)**0☐ Non 1☐ Oui, par convention 2☐ Oui, par un autre moyen : _____ Si Oui, précisez 1☐ ELSA 2☐ CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) 3☐ CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour les usagers de drogues)

Q17.10– **Les organismes de Sécurité Sociale** 0☐ Non 1☐ Oui, par convention 2☐ Oui, par un autre moyen : _____ Si Oui, précisez 1☐ CAF 2☐ CPAM 3☐ MSA 4☐ CARSAT

Q17.19 – **Autres partenaires A préciser _____**

0☐ Non 1☐ Oui, par convention 2☐ Oui, par un autre moyen : _____

**Q18. L'équipe mobile participe-t-elle à ces instances locales :**

1☐ CLS 2☐ CLSM 3☐ Atelier Santé Ville (ASV) 4☐ Réseau santé mentale

**Q19. La coopération entre l'équipe mobile et …**

**… les services d'urgence est -elle formalisée :** 1☐ Oui 0☐ Non

**… les PASS du territoire est -elle formalisée :** 1☐ Oui 0☐ Non

**… les CMP du territoire est -elle formalisée :** 1☐ Oui 0☐ Non

## 6- Communication

**Q20. De quels outils disposez-vous pour communiquer sur vos missions**

1☐ Une plaquette papier 2☐ Un site internet 3☐ Les réseaux sociaux

9☐ Autres : _____

## MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

# ANNEXE 2 : Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

Date d'application : immédiate.

***Références*** :
Circulaire DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV no 2001-393 du 2 août 2001 d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale ;
Circulaire DHOS/O2 n° 507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération.

*Annexe* : cahier des charges technique des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie pour la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion

*Le ministre de la santé et des solidarités et la ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution et diffusion) ; Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]).*

Le comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE - fiche n° 21) du 6 juillet 2004 a souhaité améliorer les réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité, par le développement d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie (« les équipes mobiles » mentionnées dans la présente circulaire). Cette mesure constitue, en outre, l'une des priorités gouvernementales annoncées par M. le Premier Ministre lors de son discours à l'Assemblée nationale, le 8 novembre 2005, afin d'améliorer la vie quotidienne dans les quartiers et les zones urbaines.

L'amélioration de la réponse aux besoins en santé mentale des publics en situation de précarité et d'exclusion a constitué un objectif de la plupart des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ainsi que de la plupart des schémas régionaux de psychiatrie. S'il fait apparaître une démarche réellement volontariste et une phase d'innovations importantes en ce domaine, le bilan de ces différentes politiques révèle toutefois une grande hétérogénéité entre régions et au sein même de ces régions, qui plaident en faveur de la poursuite de l'effort.

Le caractère prioritaire de ce thème est réaffirmé dans le cadre de l'élaboration des volets psychiatrie et santé mentale des SROS de troisième génération (circulaire DHOS/O2 n° 507 du 25 octobre 2004). Plus récemment, le plan psychiatrie et santé mentale (PPSM) a intégré la mesure annoncée lors du CILE, afin de réaffirmer le caractère incontournable de cette action. Elle l'inscrit dans une logique d'action cohérente entre les champs sanitaires et sociaux.

L'objet de la présente circulaire est de définir les principes d'une meilleure prise en compte des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Elle établit un cahier des charges pour la création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, intégrées dans un dispositif coordonné et global. Ces équipes sont chargées de favoriser l'accès aux soins et la prise en charge de ces publics.

**1. Enjeux de l'action**

L'évaluation des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion se heurte souvent à l'absence de demande de soins manifeste, cette dernière étant plus aisément exprimée par le ressenti des professionnels de première ligne intervenant auprès de ces publics.

*1.1. Des publics différenciés*

Malgré les insuffisances des données épidémiologiques en ce domaine, plusieurs constats présagent de l'ampleur et de la complexité des besoins :

Une souffrance psychique exprimée dans des lieux et des formes multiples. Il existe une grande diversité des formes de précarité (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...). Cependant, quelle que soit la forme de la précarité, tous les systèmes de prise en charge sollicités (sanitaire, social, éducatif, judiciaire) repèrent l'expression de souffrances psychiques.

Le malaise des professionnels travaillant auprès des publics en situation de précarité et d'exclusion. Ces professionnels de première ligne se sentent, en effet, impuissants, isolés, insuffisamment formés, peu soutenus dans leur institution. Pour les professionnels spécialisés, face à l'afflux des demandes de soins émanant du champ de la lutte contre la précarité et l'exclusion et dans un contexte démographique difficile, ce malaise s'exprime comme le sentiment d'une psychiatrisation excessive de problématiques sociales.

Les interventions des équipes de psychiatrie d'adressent à deux catégories principales de publics :

Les personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes. L'exclusion révèle des troubles psychiatriques sousjacents qui vont se décompenser et interpellent le dispositif de soins psychiatriques. Or, un nombre parfois conséquent de malades mentaux échappe à une prise en charge spécialisée et se retrouve dans des dispositifs sociaux, parfois sans soutien ni suivi, voire échappe à tout dispositif. Par ailleurs, au-delà d'une pathologie psychiatrique, l'exclusion génère une souffrance psychique résultant de facteurs complexes qui s'auto-entretiennent (vulnérabilité individuelle, événements de vie...), pouvant aboutir à un basculement dans une forme de retrait progressif et de non demande.

Les professionnels de première ligne. Un grand nombre d'acteurs sanitaires, sociaux, éducatifs, professionnels et/ou bénévoles concourent à la santé mentale et à des actions de prévention, par leur rôle d'accompagnement individuel, d'organisation des liens sociaux et familiaux, de restauration du lien social, de renforcement du sentiment d'appartenance, d'utilité et d'identité sociale. En effet, ces problématiques tiennent une place importante dans la souffrance psychique : l'exclusion et la précarité résultent d'une perte de ce qui fonde l'identité sociale de l'individu. Ces acteurs expriment toutefois une insuffisance de formation et nécessitent un étayage pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes et pour la mise en œuvre des premiers stades d'écoute et de soutien pré-thérapeutiques.

*1.2. Spécificité de l'action des équipes de psychiatrie*

Le rôle des équipes de psychiatrie dans le champ de la précarité et de la lutte contre l'exclusion est justifié par :
- l'importance de réintroduire la parole et l'écoute. Celle-ci ne s'opère pas toujours de façon directe en présence de l'usager, mais peut s'opérer dans l'aide apportée aux intervenants de première ligne, en leur permettant de se resituer dans leurs relations aux publics exprimant une souffrance ;

- la possibilité, par le soutien et la formation des intervenants sociaux, de favoriser le repérage précoce des troubles psychiques et des besoins d'intervention, une orientation et un accompagnement adéquats vers le dispositif spécialisé ou non ;
- l'identification d'une pathologie psychosociale (dépersonnalisation, pathologies de la dépendance et de l'alcool, tentatives de suicide, états abandonniques et dépression) ;
- l'existence de situations aiguës, dans lesquelles la restauration de la dimension de la vie psychique est pour certains « grands exclus » la condition même de leur survie ;
- la présence de pathologies psychiatriques avérées dans les dispositifs sociaux ou en dehors de toute prise en charge.

**2. Modalités de mise en œuvre des réponses psychiatriques en faveur des personnes en situation de précarité et d'exclusion**

Les modalités d'élaboration des réponses aux besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion sont nécessairement adaptées à l'hétérogénéité des situations, des lieux d'intervention (rue, associations, institutions sanitaires, sociales ou médico-sociales, quartiers) et des publics ciblés précédemment.

Elles reposent toutefois sur un principe général d'organisation, qui situe les soins psychiatriques en faveur des personnes en situation de précarité et d'exclusion dans le champ des missions de « droit commun » des équipes de psychiatrie publique, au titre des missions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale qui leur sont confiées.

La création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie en faveur des personnes en situation de précarité et d'exclusion ne saurait donc se substituer aux obligations de prise en charge des équipes de secteur en faveur de ces publics. Elles constituent, en revanche, un dispositif complémentaire, intersectoriel, situé à l'interface du dispositif de soins « de droit commun » et du dispositif social, afin de mieux appréhender la spécificité des besoins des publics concernés, tout en veillant à respecter le principe de libre-choix de ces patients.

Si les réponses ne peuvent pas être modélisées, l'objet de la présente circulaire est d'établir un cahier des charges pour le développement d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Il figure en annexe et correspond à des principes prioritaires que vous serez chargés de mettre en œuvre dans les conditions précisées ci-après.

*2.1. Des principes prioritaires*

L'application des principes généraux d'organisation des soins (proximité, accessibilité et continuité des soins) s'impose avec d'autant plus d'acuité dans le domaine de la prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité et d'exclusion, que les publics ciblés sont fortement désocialisés et s'excluent de toute idée de soins ou de prise en charge institutionnelle, alors même que la plupart d'entre eux ont déjà eu à connaître l'hôpital psychiatrique et les modes de prise en charge institutionnelle.

a) Aller vers les publics

S'agissant de la réponse aux personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes (qu'il s'agisse de publics très désocialisés et/ou de malades mentaux en situation de précarité), ce principe répond au fait que la dimension du travail pré-thérapeutique est essentielle et requiert une disponibilité à toute sollicitation là où elle se présente, au moment où elle peut s'exprimer, donc la plupart du temps hors du champ propre à la psychiatrie. La première mission des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie vise donc l'identification des besoins non repérés ou non pris en charge dans les dispositifs de « droit commun

» tel le CMP, afin d'envisager l'orientation, les modalités d'accueil et l'aménagement de compétences spécifiques en faveur de ces publics.

En réponse aux besoins des acteurs de première ligne, l'action d'aller vers les publics positionne l'équipe mobile spécialisée en psychiatrie sur une fonction de tiers. Le soutien aux travailleurs sociaux ou d'équipes médico-sociales, confrontés à des situations de vulnérabilité sociale et psychique et insuffisamment formés, constitue, de ce fait, une mission essentielle de ces équipes mobiles spécialisées. Ces interventions permettent une amélioration des connaissances des acteurs de première ligne. Elles les mettent en compétence de se repérer face aux problèmes concernés, de décoder
et analyser les demandes, de mettre en œuvre les premiers stades d'écoute et de soutien. La mise en œuvre de ces objectifs s'appuie sur des actions d'information, de sensibilisation, de formation. La psychiatrie peut alors se resituer dans son travail, dans la mesure où ses interventions agissent sur la prévention de l'aggravation de troubles psychiques et des conduites de rupture.

b) La nécessité d'un partenariat dense et structuré

Les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie destinées aux personnes en situation de précarité et d'exclusion exercent une fonction d'interface au sein d'un partenariat pluriel et formalisé, reposant sur la volonté réciproque des acteurs et inscrit dans la durée. Il s'agit d'organiser des parcours permettant à ces publics d'accéder aux soins et de bénéficier de prises en charge globales et continues. Ces dernières permettent d'éviter des ruptures préjudiciables à la qualité de leur projet de vie et de réinsertion.

La nécessité de structurer des articulations autour des équipes mobiles spécialisées se situe alors à plusieurs niveaux :
- au sein du dispositif de soins psychiatriques lui-même, pour répondre à la nécessité de continuité des soins, éviter la succession de séquences de soins, et prévenir les recours itératifs aux services d'urgence ou aux hospitalisations sous contrainte ;
- entre le dispositif de soins spécialisés et les autres acteurs du champ sanitaire prenant en charge ces publics, et notamment les services d'urgences ;
- entre le dispositif de soins spécialisés ou non et le dispositif social et médico-social pour l'articulation desquels le rôle des PASS doit être réaffirmé.

Au sein des établissements de psychiatrie, cet enjeu impose que le projet d'équipe mobile spécialisée fasse l'objet d'une appropriation par l'ensemble des équipes de secteur et soit le fruit d'une réflexion de l'ensemble de la communauté médicale et hospitalière dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement. À cet effet, il est indispensable que ces équipes mobiles spécialisées soient coordonnées par un référent médical, chargé d'organiser et de structurer les liens avec les autres services de l'hôpital, en particulier pour assurer les relais utiles vers le dispositif ambulatoire, extrahospitalier ou d'hospitalisation à temps complet. Plusieurs modalités d'organisation avec les autres équipes de l'établissement sont possibles (par exemple, une répartition des personnes concernées en fonction de leur année de naissance). Les formes de ces collaborations peuvent aller du simple protocole ou convention à des formes plus abouties comme une fédération intersectorielle.

De la même façon, les relations entre les équipes mobiles spécialisées et les autres intervenants sanitaires (établissements de santé généraux notamment) ou sociaux doivent être formalisées dans le cadre de conventions précisant les modalités d'intervention et de recours à l'équipe, les actions développées (en particulier dans le champ de la formation). Ces partenariats reposent, en outre, sur un principe de réciprocité portant d'une part, sur la reconnaissance des compétences et des savoirs respectifs et d'autre part, sur un positionnement du dispositif social comme un partenaire des prises en charge à part entière, notamment dans les parcours de réinsertion de patients pris en charge en psychiatrie (proposition de solutions d'aval de l'hospitalisation notamment). Les intervenants sociaux ne sont donc pas exclusivement en position de demandeur auprès des équipes de psychiatrie.

*2.2. Modalités de pilotage et de mise en œuvre de ce dispositif*

En se fondant sur ces principes, une priorité est donc accordée à la création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie pour favoriser la prise en charge des publics en situation de précarité et d'exclusion et des professionnels travaillant auprès d'eux, avec un financement dédié de 10,75 millions d'Euro sur la période 2005-2008.

a) La déclinaison de cette priorité dans la planification régionale

Afin de prendre en compte les besoins locaux, les différences de moyens des équipes de psychiatrie, les particularités géographiques, les forces d'initiatives et d'innovation locales et la singularité de l'histoire des institutions, la mise en œuvre des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie est renvoyée à une planification régionale. Elle constitue une priorité des volets psychiatrie et santé mentale des SROS 3, comme le précise la circulaire du 25 octobre 2004. En effet, la nature et les missions de ces équipes les situe clairement dans le champ de la prévention et du soin et donc du SROS.

Prenant en compte l'intrication des problématiques sanitaires et sociales en ce domaine, vous veillerez toutefois également à l'articulation du SROS avec les différentes politiques mises en œuvre dans ce domaine : volet précarité des programmes régionaux de santé publique, dispositif de veille sociale, schémas départementaux de l'organisation sociale et médico-sociale ou plans départementaux d'insertion développés dans le champ social notamment. Cette cohérence nécessite une concertation privilégiée avec les DDASS, les collectivités territoriales, les élus, les professionnels et bénévoles ainsi qu'avec les institutions du secteur sanitaire et social. Il convient notamment de s'appuyer sur les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion existantes. Cette concertation permettra, dans la phase d'élaboration des politiques, l'établissement d'un diagnostic partagé, puis, dans la phase de mise en œuvre, le croisement des priorités repérées dans ces différents domaines.

La mise en œuvre d'actions de formation croisées entre les professionnels de santé et les travailleurs sociaux a par ailleurs démontré tout son intérêt sur le plan de la connaissance réciproque et de la création d'une culture commune. Il est donc essentiel de pouvoir, à chaque étape, identifier les enjeux dans le champ de la formation des acteurs.

Enfin, une approche globale sanitaire et sociale exige une reconnaissance réciproque et des partenariats denses et formalisés entre des acteurs diversifiés. Vous veillerez, autant que possible, à intégrer cette problématique dans la politique régionale de développement des réseaux de santé que vous déclinez avec les URCAM et qui prend encore insuffisamment en compte la problématique « santé-précarité ».

b) La déclinaison opérationnelle du cahier des charges au sein de la région

Le cahier des charges technique (cf. annexe) doit vous permettre d'accompagner la mise en place d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie au sein de votre région.

L'objectif de continuité des prises en charge comporte un enjeu sur le plan de la détermination du ressort territorial de ces équipes. Compte tenu de la spécificité des compétences attendues en ce domaine, une organisation fédérant les objectifs et les moyens de plusieurs équipes de secteur doit être recherchée. Une réflexion à l'échelle du territoire de santé doit être favorisée. Chaque fois que possible, cette approche doit, en effet, permettre une plus grande cohérence, continuité et mutualisation entre les interventions des équipes mobiles spécialisées et l'offre de soins « de droit commun », au sein d'une filière de soins structurée. De même, cette approche territoriale doit faciliter la cohérence avec l'organisation des soins somatiques, particulièrement dans le domaine des urgences, ce dernier correspondant le plus souvent à l'organisation des PASS. Cette recommandation n'exclut pas toutefois une organisation sur un niveau territorial plus fin, si le dimensionnement des territoires de santé ne garantit pas la proximité de l'action des équipes.

c) L'organisation de l'allocation de ressources pour l'accompagnement de cette priorité

Les moyens dédiés à cette priorité dans le cadre du PPSM sont des crédits d'assurance maladie pérennes, au titre de l'ONDAM hospitalier, destinés donc au soutien des établissements de santé supports de ces équipes, sans préjudice des partenariats et des co-financements qui peuvent être favorisés dans les conditions définies ci-après. Afin d'abonder vos dotations régionales au plus près des besoins de financement correspondant aux priorités établies dans le cadre des SROS, la répartition des moyens sera réalisée sur la base d'un appel d'offres national. Pour l'année 2005, l'ensemble des régions a répondu à un premier appel à projets, en mai 2005. Cette première année constitue une phase d'impulsion (cf. circulaire DHOS-F2/DSS-1A/2005 no 356 du 26 juillet 2005). Aussi, la priorité a été accordée au renforcement d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie existantes et à la pérennisation d'actions financées jusque-là par des crédits d'État, notamment dans le cadre des PRAPS, sous réserve que les demandes s'inscrivent dans la trame du futur cahier des charges. En revanche, le financement des projets qui ne sont pas immédiatement opérationnels a été reporté.

L'appel à projet national sera renouvelé annuellement, en amont de l'élaboration de la circulaire budgétaire des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie et antérieurement financés sous dotation globale. Pour cette année, comme pour les suivantes, les projets éligibles à ce financement devront s'inscrire strictement dans le cadre du cahier des charges établi par la présente circulaire, et correspondre aux objectifs du SROS. Cette approche conduit à exclure les demandes visant à financer des interventions isolées (vacations, consultations et permanences ponctuelles) bien que celles-ci aient lieu dans des structures sociales et médico-sociales. Elle exclut également les demandes portant sur des problématiques très spécifiques (toxicomanie, parentalité, adolescence...), qui sont par ailleurs pertinentes au titre de la diversification des prises en charges et du développement de la psychiatrie de liaison, autre priorité du plan psychiatrie et santé mentale.

Ce financement devra, enfin, s'inscrire dans une logique de co-financement, définie localement. Il convient de veiller à ce que chaque source de financement (PRSP, action sociale menée par les conseils généraux et les services déconcentrés de l'État, dotation régionale de développement des réseaux) contribue, dans son champ propre, à des actions de formation, au développement des prestations sociales et de réinsertion, au développement des réseaux. Si l'existence de cofinancements n'est pas un préalable indispensable à la création des équipes mobiles, elle est essentielle à leur pérennité
et à une plus juste rémunération de la diversité de leurs activité et de la densité du partenariat qu'elles mettent en œuvre. S'ils ne sont pas immédiatement opérationnels, les cofinancements seront recherchés au gré de la montée en charge de l'activité des équipes.

Chaque année, le CILE et le comité national de suivi du plan psychiatrie et santé mentale seront destinataires d'un état de réalisation de la mise en place des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Cette nécessaire transparence sur les résultats de la politique initiée exigera la réalisation d'une évaluation annuelle, dont la trame vous sera transmise prochainement, afin qu'un premier bilan soit réalisé au premier trimestre 2006.

Dans l'attente, vous voudrez bien faire part au bureau O2 de la DHOS, des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre des recommandations de cette circulaire. Les services de la DGS, de la DHOS et de la DGAS sont, en outre, à votre disposition pour toute information qui pourrait vous être utile.

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

**1. Les publics visés**
Le champ d'intervention des équipes mobiles spécialisées de psychiatrie destinées à favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion comporte :
- les personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes, qu'elles souffrent d'une pathologie psychiatrique avérée ou d'une souffrance psychique générée par la situation de précarité et d'exclusion ;
- les acteurs de première ligne exprimant des difficultés face à des manifestations de souffrance ou de troubles psychiques des usagers suivis et nécessitant un étayage, un soutien et une formation pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes, la mise en oeuvre des premiers stades de l'écoute et du soutien.

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

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

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

**3. La palette d'actions mises en œuvre**

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

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

*3.2. En direction des acteurs de première ligne*

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

**4. Le fonctionnement**

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

*4.1. Une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un psychiatre*

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5. Les financements

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

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

## RÉSUMÉ DU RAPPORT

**L'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine a souhaité disposer d'un état des lieux sur les équipes mobiles en psychiatrie de la région. Un questionnaire a alors été adressé aux référents des équipes mobiles existants et a permis de répondre aux objectifs principaux : leurs localisations, leurs fonctionnements et leurs activités.**

**En Nouvelle-Aquitaine, 78 équipes mobiles de psychiatrie (EMP) ont été recensées (hors addictologie) : 22 sont des équipes mobiles psychiatre précarité, 18 sont à destination des enfants et des adolescents (dont 5 spécialisées à destination des mineurs confiés à l'ASE), 16 équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé, 5 EMP périnatale, 9 EMP de réhabilitation psychosociale ou d'appui social, 5 spécialisées dans un trouble psychique (autisme, trouble envahissant du développement) et 3 équipes mobiles d'urgence psychiatrique. Ces équipes sont implantées de manière hétérogène sur le territoire. Elles sont constituées d'une équipe pluridisciplinaire, le plus souvent composées de psychiatre, psychologue, cadre de santé et d'infirmier. D'autre part, elles possèdent toutes une mission de soutien aux professionnels concernés (selon leur public cible), permettant le développement d'un partenariat ou d'un réseau riche.**

POUR NOUS CITER :

DEBARRE J. Les équipes mobiles de psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine. ORS Nouvelle-Aquitaine. Rapport N°109. Mai 2021. 50 p.

Téléchargeable sur le site de l'ORS NA (www.ors-na.org)

+ D'INFORMATIONS

Personne à contacter : Julie DEBARRE, *j.debarre@ors-na.org*

Cette étude est réalisée avec le soutien financier de l'Agence Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine

**SIÈGE**
58 rue Abbé de l'Epée
33000 BORDEAUX
05.56.56.99.60

**ANTENNE DE LIMOGES**
4 Avenue de la Révolution
87000 LIMOGES
05.55.32.03.01

**ANTENNE DE POITIERS**
203 Route de Gençay
86280 SAINT BENOÎT
05.49.38.33.12

**contact@ors-na.org**
**www.ors-na.org**