

Mélanie Trichanh

Psychiatre, praticienne hospitalière contractuelle, responsable d'unité Centre hospitalier Le Vinatier

Oriane Razakarivony

Psychiatre, cheffe de clinique, assistante des Hôpitaux Centre hospitalier Le Vinatier

Jennifer Bouilloux

Pair-aidante Centre hospitalier Le Vinatier

Nigar Ribault

Psychiatre, praticienne hospitalière, cheffe de service Centre hospitalier Le Vinatier

Nicolas Franck

Psychiatre, PUPH, chef de pôle Centre hospitalier Le Vinatier

DES ÉQUIPES MOBILES POUR ÉVITER LE RECOURS À L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

La création d'équipes mobiles par redéploiement de moyens – consacrés jusque-là à l'hospitalisation complète – faisait déjà partie du projet du pôle Centre rive gauche du centre hospitalier Le Vinatier avant la crise sanitaire, mais celle-ci en a retardé la mise en œuvre. Le pôle a donc alors répondu à l'appel à projets « Urgences-COVID-19 » de la Fondation de France en 2020. Il s'agissait de créer, en situation d'urgence, une ligne de soins alternative provisoire à destination des personnes pour lesquelles les dispositifs dématérialisés¹ ne sont pas suffisamment étayants.

1 Tels que la plateforme d'écoute téléphonique Live, portée par le centre hospitalier Le Vinatier.

2 Le centre médico-psychologique Villette est implanté dans le quartier de la Part-Dieu, au cœur du 3^e arrondissement de Lyon, au centre du bassin de population desservi.

3 Le binôme était composé de Mélanie Trichanh, médecin psychiatre, et de Marine Asselate, infirmière.

4 Les membres de l'équipe accueillis sont Marie Dupuis et Baptiste Gaudelus, infirmiers ainsi que Jennifer Bouilloux et Vanessa Évrand, pairs-aidantes.

Une équipe mobile a ainsi été créée en avril 2020. Ayant adopté une démarche reposant purement sur les pratiques d'aller vers, toute son activité consiste en des visites à domicile permettant de délivrer des soins dans le milieu de vie des personnes. Cette équipe répond aux principes d'un suivi intensif et flexible dans la communauté du modèle FACT (*Flexible Assertive Community Treatment*). L'intensité du suivi s'adapte en fonction de l'évaluation clinique (Van Veldhuizen, 2013).

Lorsque le dispositif s'est mis en place au printemps 2020, il a été basé à proximité immédiate du centre médico-psychologique Villette². L'équipe était alors composée d'un simple binôme médico-infirmier³. En juin, elle s'est enrichie de deux infirmiers et de deux pairs-aidantes⁴. D'avril à décembre 2020, lorsque les lignes de soins psychiatriques habituelles n'étaient que partiellement fonctionnelles, cette « équipe mobile COVID-19 » a pris en charge plus de 70 patients malgré son effectif très réduit.

En janvier 2021, elle a évolué vers une équipe mobile puis, en fin d'année, vers deux équipes mobiles pérennes pour devenir *in fine*, en proposant une véritable alternative à l'hospitalisation, une composante essentielle de l'offre de soins psychiatriques du pôle. Pluridisciplinaire, l'équipe est composée de médecins, d'un infirmier de pratique

avancée, d'infirmiers, d'aides-soignantes, de pairs-aidantes, d'une psychologue, d'une ergothérapeute, d'un sociologue, d'une assistante sociale et d'une secrétaire.

Dans certaines situations, les patients ont besoin de rétablir le lien à l'autre ou de se remettre en mouvement dans une dimension groupale, ce que ne permet pas l'équipe mobile. Ainsi, le dispositif des équipes mobiles (EM) du pôle Centre rive gauche fait partie du service mobile (69G36M) qui comprend également un hôpital de jour (HDJ), permettant une approche complémentaire de la crise, individuelle et groupale.

Les principes de l'équipe mobile

Selon Lise Demailly *et al.* (2014), les équipes mobiles doivent répondre aux quatre principes suivants : la disponibilité, la mobilité, la réactivité et la coordination.

La disponibilité et la mobilité des visites à domicile

Les interventions à domicile existaient déjà, selon les termes de l'arrêté du 14 mars 1986, et relevaient des centres médico-psychologiques (CMP) en complément des autres modalités de soins ambulatoires. Avec l'équipe mobile, la visite à domicile est devenue le principal lieu de soins. Toutefois, d'autres espaces sont également utilisés à cet effet. Il s'agit alors de lieux choisis par la personne prise en charge, tels qu'un parc ou l'un des cafés du quartier. Ces interventions dans l'environnement offrent plusieurs avantages. Tout d'abord, elles favorisent le maintien de la personne dans son environnement familial et son milieu de vie habituel, limitant le risque de ruptures et de traumatismes liés à l'hospitalisation, notamment aux soins sans consentement. De plus, les professionnels de santé confrontés au milieu écologique de l'usager peuvent, de manière concrète, mettre en évidence les ressources – telles que la dynamique familiale – et les vulnérabilités – telle que la précarité sociale – observées sur le terrain. C'est le lieu où se vit la crise psychique (Ismaël, 2016).

Dans ce contexte, le lien avec les familles et les aidants naturels des patients est facilité et devient systématique. La prise en compte des interactions familiales fait partie des préoccupations de l'équipe. Des entretiens familiaux peuvent être rapidement proposés le cas échéant. La présence d'une équipe mobile apporte un grand soulagement aux familles qui sont souvent désseparées face à la maladie de leur proche. Par la suite, lorsque cela semble nécessaire, les familles peuvent être orientées vers l'unité d'aides aux aidants du pôle, où elles pourront être soutenues et accompagnées.

L'intervention en équipe mobile demande une adaptation constante des professionnels et suscite leur créativité : le rythme du suivi peut évoluer d'une visite à

l'autre en fonction des besoins de la personne et de son état clinique. En fonction des objectifs fixés, le contenu des visites est également très variable : par exemple, outre des entretiens au domicile, la visite peut consister en un accompagnement pour les courses ou pour des rendez-vous médicaux. Les interventions initiales se font en binôme pluridisciplinaire, permettant de partager un regard croisé sur les situations rencontrées, mais aussi d'assurer le confort et la sécurité des professionnels.

Accueillir une équipe à son domicile requiert un effort : celui de laisser entrer des professionnels de santé chez soi, dans son lieu d'habitation et de vie. Pour les personnes ayant une représentation négative de l'hôpital et des soins psychiatriques, cette première étape d'accueil peut constituer un véritable défi. Parfois, il faut rencontrer la personne plusieurs fois en bas de son immeuble, faire le tour du pâté de maisons, ou s'asseoir dans un jardin voisin pour tisser un premier lien. Petit à petit, la personne peut accepter de montrer l'intimité de son logement.

Une alliance thérapeutique particulière se crée ainsi dans cette rencontre au cœur de l'univers du sujet : la proximité soignante devient possible, mais reste délicate et se doit d'être respectueuse de l'intimité des personnes. Les usagers sont en général reconnaissants de cette démarche « d'aller vers » de la part des professionnels. La représentation de la psychiatrie est plus positive, tant auprès des usagers que de leurs proches et de leur entourage soignant (Lemestré, 2016).

La flexibilité et la réactivité du modèle FACT

L'expérience de l'équipe mobile et le travail de collaboration avec les différents acteurs ont permis de formaliser trois types d'indications cliniques :

- le traitement de la crise⁵, en alternative à l'hospitalisation complète. Le but est de favoriser le maintien de la personne dans son milieu de vie et de limiter le recours à l'hospitalisation. *A minima*, l'équipe mobile peut permettre de programmer, raccourcir ou différer une hospitalisation ;
- la transition de sortie d'hospitalisation. Celle-ci s'inscrit dans le projet de limitation de la durée moyenne de séjour en hospitalisation et permet d'accompagner les patients les plus fragiles vers un relais ambulatoire classique ;
- la prise en charge durable des patients très complexes. Cette dernière indication prend en compte les profils de patients qui sont dans l'incapacité d'adhérer à un suivi ambulatoire conventionnel, insuffisamment accessible, étayant ou flexible dans leur situation. C'est, par exemple, le cas des personnes qui sont dans l'impossibilité de sortir de leur domicile en raison d'un trouble panique sévère.

⁵ Nous définissons la crise comme une rupture avec l'état psychique antérieur liée à un déséquilibre personnel, social, familial, professionnel, ne pouvant plus être compensé par l'étayage habituel.

Selon Marianne Ramonet et Jean-Luc Roelandt (2013), ce type de dispositif est plutôt réservé aux usagers pour lesquels les prises en charge antérieures ont échoué, qui s'engagent difficilement dans les soins ou qui vivent dans des conditions de précarité limitant l'engagement.

La prise en charge repose sur les principes du modèle FACT (Van Veldhuizen, 2013) :

- la *fréquence* des visites à domicile s'adapte en fonction de l'évaluation clinique. Elle peut être d'une intensité quotidienne pour les situations de crise, jusqu'à une intensité mensuelle, en attendant un relais vers un CMP ;
- le suivi doit être *flexible* afin de répondre au mieux aux situations individuelles et imprévues ;
- la notion de *disponibilité*, avec un nombre de patients établi par *case-manager*, y est essentielle (Teague *et al.*, 1998). La file active est limitée à 15 patients par *case-manager*.

Le choix de la plage horaire d'intervention au domicile des patients des équipes mobiles a fait l'objet d'une longue réflexion. Partant d'une volonté d'un horaire flexible et d'une disponibilité pendant le week-end et afin de répondre au plus près des besoins du public, l'option d'un horaire élargi en semaine de 7 h 30 à 20 h 30 et le samedi de 9 heures à 17 heures a été retenue. La durée de prise en charge est adaptée pour chaque situation. Cependant, la structuration de l'accompagnement s'est axée sur une double exigence :

- celle d'une évaluation préalable de la situation clinique, du cadre de prise en charge et des objectifs associés à cette prise en charge ;
- et celle d'une *personnalisation de l'accompagnement* à l'issue de cette première étape de découverte et de qualification du ou des besoins de la personne.

La coordination intra et interéquipes

La coordination est impérative pour faciliter le parcours du patient lors de sa prise en charge par notre équipe. Cette étape est considérée comme une séquence de soins à part entière. Elle permet à l'équipe mobile de prendre toute sa place en tant que nouvel acteur dans le soin psychiatrique, en s'articulant avec l'existant.

Coordination

La vision d'ensemble de la file active de l'équipe mobile est portée quotidiennement par l'infirmier coordinateur, au moyen du tableau FACT (figure 1). Le tableau FACT permet de fixer les repères de la prise en charge pour chaque patient en précisant quelques principaux éléments de contexte clinique. Il récapitule les dernières visites et celles à prévoir.

Figure 1 : Exemple de tableau FACT^a (anonymisé et inspiré de situations réelles)

| Nom | Onglet FACT | Entrée EM (adresseur) | Entrée EM (date 1 ^{er} contact) | Sortie EM (relais) | Mode | Méd. réf. | CM | Dernière VAD méd. | Dernière VAD | VAD sem. en cours | Sec-teur | Objectifs et conditions de PEC (pas de description clinique) | À PROGRAMMER (ord., NAP, certif., VAD méd., POPS, PCC, RED...) | À FAIRE (prochaine VAD) |
|--------------------|-------------|-----------------------|--|--------------------|--------|-----------|----|-------------------|--------------|-------------------|---------------|---|--|--|
| M ^{me} A. | 1/2 sem. | Hospit | 09/07/2020 | CMP | HL | X | X | 25/05 | 25/05 | 14/06 | Lyon 8 Sud | VAO en bas de chez elle pour la mobiliser sur l'extérieur | Accompagnement RDV IRM | Apporter ordonnance |
| M ^{me} B. | > 1 sem. | CMP | 20/05/2021 | CMP | HL | X | X | 12/06 | 12/06 | 15/06 | Lyon 8 Sud | Prévenir rechute : PCC à rédiger | • Reprise du travail le 12/06 • RDV CMP le 28/06 à 15 h | Continuer le PC-Cavant d'envisager les relais |
| M ^{me} C. | 1/2 sem. | Hospit | 03/03/2021 | Psy libéral | HL | X | X | 21/05 | 03/06 | 15/06 | Lyon 3 Nord | Resocialisation et gestion des émotions | POPS fait : orienter vers le GEM | Revoir les échéances du POPS |
| M. D. | 1 sem. | Hospit | 13/10/2020 | CMP | SP-DRE | X | X | 03/06 | 03/06 | 10/06 | Lyon 3 Nord | Prévenir les nouvelles crises et les hospitalisations itératives | • NAP à faire le 10/06 • Certificat mensuel le 24/06 • Être vigilant à la consommation de cannabis | Discuter l'indication ETP |
| M. E. | < 1/2 sem. | Urgences | 14/05/2021 | CMP | HL | X | X | 06/05 | 06/05 | 24/06 | Hors sec-teur | Autonomisation dans la gestion de sa maladie | • Auxiliaire de vie 2 fois/sem. • Revoir le pilulier | Refaire le point avec le CMP pour relais |
| M ^{me} F. | 1/2 sem. | Hospit | 09/07/2020 | CMP | SPDT | X | X | 25/05 | 25/05 | 14/06 | Lyon 6 Nord | Projet lieu de vie | VAD avec AS | • N'ouvre pas aux IDEL le matin : refaire le point • Demande pension de famille à finaliser avec AS |
| M ^{me} G. | 1 sem. | CMP | 20/01/2021 | Psy libéral | HL | X | X | 03/06 | 03/06 | 15/06 | Lyon 3 Sud | Alcools et multiplication des sollicitations de l'équipe : gestion des symptômes à travailler | Demande MDPH en cours | Voir pour rapprocher les visites ? |

^a Hospit : Hospitalisation ;
 CMP : Centre médico-psychologique ;
 HL : Hospitalisation libre ;
 SPDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers ;
 SPDRE : Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'État ;
 Méd Réf : Médecin référent ;
 CM : Case-manager ;
 Idel : Infirmier diplômé d'État libéral ;
 PCC : Plan de crise conjoint ;
 Pops : Plan d'organisation de projets ;
 VAD : Visite à domicile ;
 NAP : Neuroleptique action prolongée ;
 ETP : Éducation thérapeutique du patient ;
 AS : Assistante sociale ;
 GEM : Groupe d'entraide mutuelle ;
 MDPH : Maison départementale pour les personnes handicapées.

La régulation et la coordination sont assurées par la secrétaire et les infirmiers de l'équipe selon un roulement prédéfini. Le binôme secrétaire-infirmier prend tous les appels et ajuste le planning si besoin. Il peut ajouter une intervention qui semble urgente ou en annuler une en cas d'imprévu signalé par le patient.

L'infirmier coordinateur fait également le lien avec toutes les structures pouvant adresser des patients à l'équipe mobile, notamment les services d'urgence, avec qui les liens sont entretenus quasi quotidiennement.

Le lien intrapôle est favorisé par la présence régulière de l'équipe mobile aux réunions cliniques, intra et extrahospitalières. De plus, la première rencontre avec un patient déjà pris en charge sur le pôle s'effectue autant que possible de manière conjointe avec le service adresseur.

Chaque patient pris en charge a un médecin référent et un *case-manager*. Le *case-manager* est en général un infirmier, mais il peut également être un aide-soignant ou un assistant social. Il coordonne le parcours et fait le lien avec tous les acteurs qui interviennent (médico-social, médecin généraliste, infirmiers libéraux, aides à domicile...). Il est garant du projet de rétablissement formulé par le patient.

Une approche orientée rétablissement

L'équipe mobile permet les soins de crise, tout en maintenant le support social de l'usager et en le soutenant dans les actes du quotidien, favorisant son autonomie dans une perspective de rétablissement.

Cette approche orientée vers le rétablissement prend en compte l'usager et son environnement proche. Elle est fondée sur la restauration du pouvoir d'agir (*empowerment*) et la (re)création d'un environnement de vie et de soins propices à son expression.

Dynamisme et complémentarité des professions

L'équipe mobile, du fait de son activité spécifique de crise, doit garder une flexibilité, un dynamisme et une remise en question constante pour assurer une prise en charge au plus proche des personnes. La présence de professionnels de santé, de disciplines variées, permet ces échanges riches ainsi que la personnalisation des suivis, adaptés aux besoins des usagers. Outre l'intervention pluridisciplinaire classique incluant infirmiers, cadres de santé, assistants sociaux, psychologues et médecins, l'accueil de nouveaux métiers en équipe mobile, tels que les *pairs-aidants*, l'infirmier de pratique avancée, les aides-soignants, le sociologue

et l'ergothérapeute apportent une énergie particulière dans l'approche orientée rétablissement. L'*infirmier de pratique avancée* prend, sur délégation médicale, la référence de certaines prises en charge, évalue les situations de crise et peut renouveler les prescriptions médicamenteuses, soutenant en parallèle la formation des équipes. L'intervention d'*aides-soignants* est un véritable atout au cœur des soins. Leur champ de compétences s'étend sur de multiples domaines concrets tels que la gestion du logement, l'hygiène ou le bien-être alimentaire, très souvent en collaboration avec l'ergothérapeute. Leur accompagnement ne se substitue pas à d'éventuels auxiliaires de vie, mais vise à favoriser l'autonomie et le pouvoir d'agir des personnes, toujours dans la perspective de favoriser leur rétablissement.

Plan de suivi individualisé

L'évaluation et la personnalisation du projet de l'usager sont primordiales. Il est formalisé par un plan de suivi individualisé (PSI) qui permet de fixer un objectif de prise en charge. L'outil Plan d'organisation de projet(s), ou Pop(s), créé par l'équipe de réhabilitation psychosociale de Marseille (Thomas et Vaillant, 2016), permet de renseigner ce PSI sur la base d'une évaluation très concrète et adaptée au contexte des visites à domicile.

Cet outil d'évaluation original est basé sur le concept d'*empowerment*, soit de reprise du pouvoir d'agir, structurant le parcours de rétablissement. Il permet à la personne de choisir les domaines qu'elle souhaite travailler, de se fixer les buts à atteindre et de déterminer les moyens d'y parvenir. Il s'agit d'accompagner la personne vers son objectif, « faire avec » sans « faire à la place de », en s'adaptant ainsi au rythme de l'usager.

La rédaction du PSI représente parfois un véritable déclic pour le patient qui s'approprie ainsi les démarches et, dans le même temps, les dimensions du soin.

L'évaluation régulière des objectifs de ce plan, en complémentarité de l'évaluation clinique, permet de déterminer la durée de prise en charge par l'équipe mobile.

Directives anticipées incitatives en psychiatrie ou plan de crise conjoint

La prise en charge de situations de crise oblige à anticiper la gestion des crises futures. Lorsque les alternatives en présence ne créent pas l'adhésion de la personne ou ne peuvent plus assurer sa sécurité et son bien-être, le recours à l'hospitalisation peut toutefois rester nécessaire.

Anticiper la crise, c'est penser à des outils pour y faire face. La rédaction d'un plan de crise conjoint fait partie de ces outils indispensables et sa proposition au cours de l'accompagnement par l'équipe mobile prend tout son sens.

Les directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAiP) ou plan de crise conjoint permettent à la personne d'anticiper et de prévenir les moments de crises psychiques en répertoriant ses propres outils thérapeutiques, en indiquant ses personnes-ressources et sa personne de confiance. Si la crise devait s'avérer inévitable ou si son jugement venait à être altéré, la personne aura pu formuler ses souhaits en termes d'offres de soins, notamment en cas d'hospitalisation, que celle-ci soit librement consentie ou contrainte.

Pair-aidance

Deux pairs-aidantes font partie intégrante des équipes mobiles et travaillent en binôme avec les autres professionnels lors des visites à domicile.

Le pair-aidant incarne le rétablissement : il peut raviver l'espoir chez la personne qu'il rencontre à travers le partage de son vécu expérientiel et lui redonner confiance dans ses capacités d'agir (*empowerment*). Lorsque l'effet miroir se produit à travers deux récits communs, l'identification induite développe alors une confiance spontanée qui favorise la déstigmatisation.

Au sein d'une équipe mobile, le pair-aidant peut avoir plusieurs missions spécifiques, telles que la rédaction du plan de crise conjoint, en binôme avec le sociologue, ou encore des séances de psychoéducation individuelles.

Le réseau dans la cité

Dans la cité, les équipes mobiles s'inscrivent naturellement dans le réseau de soins et d'accompagnement des personnes. Elles travaillent en partenariat classique avec le médecin généraliste, le laboratoire d'analyses médicales, les infirmiers libéraux, les aides à domicile qui participent à la prise en charge des patients. Elles engagent également des liens avec les partenaires sociaux, bailleurs, mairies ou commissariats en particulier. Elles peuvent soutenir l'accompagnement à la réinsertion professionnelle ou l'accès aux loisirs. Elles s'impliquent dans le conseil local de santé mentale (CLSM) et prennent une place importante au sein des différentes instances. Elles sont un partenaire incontournable dans la cité.

En conclusion

Les prises en charge proposées par les équipes mobiles s'adaptent aux besoins et aux attentes de la population. Elles ont pour ambition d'apporter des soins psychiatriques de crise ou au long cours en alternative à l'hospitalisation complète, orientés vers le rétablissement des personnes. Leurs principes de disponibilité, mobilité, réactivité, et coordination permettent d'enrichir l'offre de soins, tout en participant à une vision positive, dynamique et déstigmatisante de la psychiatrie auprès de la population. ▀

BIBLIOGRAPHIE

Demailly, L., Dembinski, O. et Déchamp-Le Roux, C. (2014). *Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité (2)*. John Libbey Eurotext.

Ismaël, A. A. (2016). Soins psychiques de crise à domicile. *Pratiques en santé mentale*, 62(4), 29-32. Repéré à <https://www.cairn.info>

Légifrance. Arrêté du 14 mars 1986. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr>

Lemestré, M. C. (2016). Équipes mobiles, soins à domicile : la voix des usagers. *L'information psychiatrique*, 92(5), 406-407. Repéré à <https://www.cairn.info/>

Ramonet, M. et Roelandt, J. L. (2013). Soins intensifs à domicile : modèles internationaux et niveau de preuve. *Annales médico-psychologiques*, 171(8), 524-530. Repéré à <https://www.sciencedirect.com>

Teague, G. B. et al. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 216-233. Repéré à <https://onlinelibrary.wiley.com>

Thomas, E. et Vaillant, F. (2016). Structurer le rétablissement avec le POP(s). *Santé mentale*, 212(11). Repéré à <https://www.santementale.fr>

Van Veldhuizen, J. R. et Bähler, M. (2013). *Flexible assertive community treatment. Visjon, modell og organisering av FACT-modellen*. Repéré à <https://fact-facts.nl/wp-content/uploads/2018/07/16-02-Manuel-FACT-Francais-Final.pdf>