

Projet d'équipe mobile psychiatrique d'urgence et d'accès aux soins expérimentale dans le sud du Val d'Oise

A l'origine de ce projet, se trouve l'expérience douloureuse des familles de malades mentaux. Elles racontent leur détresse, confrontées à un proche, souvent une enfant qui délire, refuse tout contact et toute idée de soins. On ne peut contraindre ces malades à consulter de crainte de leur violence. Les familles sont confrontées à l'inadéquation des structures existantes, SMUR, pompiers ou SOS médecins, toutes réticentes à intervenir.

Les psychiatres de secteur connaissent ces situations, sans avoir de solutions satisfaisantes à apporter, faute de moyens. Combien de fois nous sommes nous entendus répondre qu'il fallait attendre une aggravation et un passage à l'acte spectaculaire pour enfin pouvoir déclencher des secours. C'est une réalité choquante à énoncer.

L'UNAFAM (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) exprime depuis de longues années une attente concernant l'assistance aux familles en charge d'un malade mental au domicile, familles souvent en détresse. L'idée de psychiatriser le SMUR, en y intégrant un professionnel de la psychiatrie avait été évoquée en conférence territoriale de santé (CT) du Val d'Oise, mais paraissait peu réaliste.

L'équipe ERIC des Yvelines a été présentée en CT du 95. Il s'agit d'une équipe ancienne, solidement implantée et qui a fait la preuve de son intérêt et de son efficacité. Cette présentation a relancé le débat dans le Val d'Oise. Mais ERIC est une unité importante, dotée de solides moyens, créée il y a une vingtaine d'années. Il semble d'illusoire de créer un dispositif semblable dans notre période de disette budgétaire.

L'attente des familles est la mise en place d'un dispositif d'assistance pour des patients présentant des états aigus ou subaigus et qui n'accèdent pas à des soins de droit commun. Le constat est que le dispositif du SMUR est difficile à activer dans ces situations et qu'il faut souvent une situation extrêmement dégradée pour obtenir l'intervention d'un service de secours : SMUR, pompiers, police...

Notre représentante de l'UNAFAM, Mme JALLAT, et moi même avons tenté de définir les contours d'un équipe plus légère et donc finançable, mais qui aurait néanmoins la capacité de solutionner les solutions les plus dramatiques.

Je suis parti du rapport de l'ANAP qui étudie les dispositifs d'assistance à domicile pour les malades mentaux. Il répertorie des services très divers. La majorité sont, pour une part, des services d'HAD en post hospitalisation, et, d'autre part, de maintien à domicile de type SAMSAH ou SAVS. Il peut s'agir simplement de services sectoriels de visites à domicile programmées.

Dans le 95 existent deux équipes psychiatrie-précarité à Beaumont sur Oise et Gonesse. L'équipe EMIL est la plus ancienne des deux. Dotée de 2 équivalents temps-plein, (dont 1 mi-temps médical, 1 infirmière et un mi-temps de psychologue), elle intervient essentiellement à la demande d'institutions (foyers, CHRS, ...) pour prendre en charge des personnes hébergées. Elle ne traite pas l'urgence aiguë.

En revanche, les équipes d'urgence sont plus rares, mais elles semblent se développer et il existe des projets en cours. Nous en avons contacté plusieurs, à Lille, Toulouse, Angeles, Lyon.

Le modèle qui répond le mieux à nos attentes locales est celle de l'hôpital Jossigny à Marne la vallée. Le projet que je présente en est largement inspiré.

L'objectif central est l'accès aux soins pour les malades mentaux en situation aigue ou subaiguë. Le projet qui suit vise à remplir ce cahier des charges.

Objectifs de l'équipe mobile:

Un principe de base est que le recours à l'équipe passera obligatoirement par un appel au 15. Si la situation, évaluée par le centre de régulation, est de nature psychiatrique, il renvoie la demande vers l'équipe mobile. Celle-ci a donc pour mission première d'assurer une permanence téléphonique.

Le premier temps est celui de l'évaluation. Elle est immédiate par téléphone, s'appuyant sur la famille et les proches. Une visite à domicile est programmée à courte échéance, voire en urgence.

Concernant les urgences primaires (malades non encore pris en charge), deux situations sont à distinguer :

- Dans un grand nombre de cas, la situation de crise est telle qu'une hospitalisation, souvent sous contrainte, est la meilleure manière d'entamer des soins. Il s'agit de patients qui, du fait de la gravité de leur pathologie, ne pourront pas se rendre à une consultation. Selon l'expérience de la Seine et Marne, il est assez fréquent que le premier contact téléphonique indique une intervention du SMUR dès la première visite, parce qu'il est évident qu'une hospitalisation s'impose.
- L'équipe est responsable de réaliser une évaluation rapide, d'organiser l'accueil dans l'hôpital de référence, de réunir les certificats si nécessaire (certificat médical, demande d'un tiers), et d'assister le SMUR pour le transport. Les médecins de SMUR expliquent bien les problèmes spécifiques posés par les malades mentaux. Ceux-ci sont anosognosiques, réticents, voire agressifs parfois. Tout ceci rend le délai d'intervention aléatoire et l'issue incertaine. L'équipe mobile devra assurer ce travail de préparation du transport, afin d'immobiliser le moins possible le SMUR. Il faudra éventuellement pratiquer un traitement sédatif au domicile.
- Dans d'autres cas, l'hospitalisation ne s'impose pas d'emblée, parce qu'il s'agit de troubles subaigus, susceptibles d'un traitement ambulatoire. La mission de l'équipe est alors d'entamer une prise en charge à domicile, de créer un lien thérapeutique, et d'accompagner le patient vers une structure de droit commun qui prendra le relais : CMP, clinique ou médecin libéral. On peut ainsi espérer éviter la dégradation de la situation et prévenir des hospitalisations.

La durée d'intervention de l'équipe sur une situation donnée est donc ainsi fixée : la prise en charge dure jusqu'à ce qu'un relais soit pris. En cas d'échec d'une prise en charge ambulatoire, et si des soins sont indispensables, une hospitalisation programmée reste le recours ultime.

Cette prise en charge itérative à domicile peut comporter à la fois des visites et un suivi téléphonique. L'équipe devra également vérifier, au moins par téléphone, l'effectivité de ses interventions (Rendez-vous honorés ou non).

Cette équipe a donc comme mission première de venir en appui des services de secours, qui restent un rouage essentiel. Elle pourra évidemment être activée, via le SMUR, par des professionnels de santé, ou encore par des institutions (mairies, police).

Une autre mission concerne les malades secondaires, déjà pris en charge mais en rupture de soins, ou décompensant.

Pour les malades suivis en libéral la situation se ramène au cas précédent. Pour les malades suivis sur leur secteur, un problème de principe se pose : il ne faut pas que l'équipe se substitue aux missions de visite à domicile des équipes de secteur, qui pourraient être encouragées à se désengager.

De façon pragmatique, il faut prendre acte de la situation réelle : certaines équipes de secteur n'organisent plus de visites à domicile, faute de moyens humains ou de volonté. Cependant, la plupart des CMP organise encore quelques visites régulières chez des malades stabilisés, à visée de maintien au domicile et d'autonomisation. Intervenir sur des crises aiguës au domicile pose de réelles difficultés aux CMP, qui ne peuvent mobiliser plusieurs personnes.

Donc l'équipe pourrait intervenir à l'initiative des soignants pour des malades en décompensation alors à la suite d'une rupture de soins, et nécessitant une éventuelle hospitalisation.

Une indication évidente concerne les patients sous le régime du programme de soins, dans le cadre de soins sous contrainte, qui ne respectent pas leurs obligations. La loi du 5 juillet 2011 prévoit un recours éventuel aux

forces de l'ordre, qui est toujours problématique et difficile à obtenir. La médiation de l'équipe mobile pourrait alors être beaucoup plus adaptée.

Parallèlement aux situations précédemment évoquées, une population spécifique devrait bénéficier des interventions de l'équipe. Il s'agit des personnes âgées présentant des troubles du comportement, d'autant plus qu'elles sont isolées. Il s'agit souvent de situations qui s'installent progressivement et qui sont remarquées par le voisinage lorsque les troubles sont évidents.

La particularité des troubles du comportement chez les sujets âgés est qu'ils peuvent relever de troubles variés. L'évaluation de l'équipe pourra aboutir à des orientations différentes :

- en cas de troubles d'origine confusionnel, un bilan somatique au SAU s'imposera
- un tableau de détérioration cognitive peut être patent. Une structure gériatrique pourrait être plus indiquée, en semi urgence.
- enfin de nombreux tableaux peuvent relever d'un service de psychiatrie, si possible adapté aux sujets âgés. Notre unité Piaget pourra être un recours utile. Parmi ceux-ci, les états dépressifs, suicidaires, les délires tardifs, les syndromes de Diogène...

A ce propos, l'expertise de médecins formés à la psychogériatrie sera utile. C'est pourquoi je propose de mettre à contribution l'expérience des deux médecins de notre unité de psychiatrie du sujet âgé Piaget. Cette équipe a été récemment renforcée par une mesure nouvelle concernant les soins somatiques en psychiatrie. Celle-ci a permis l'embauche du Dr Labani, gériatre, formé en psychogériatrie. L'équipe de Piaget pourrait dégager 0,1 à 0,2 ETP pour l'équipe mobile sans difficulté.

Pour être complet, précisons qu'il faut également envisager des interventions pour des situations de crise chez l'adolescent.

Au final, La discussion avec l'équipe de Seine et Marne a apporté des enseignements essentiels :

- la fonction de permanence téléphonique, d'évaluation téléphonique et de suivi rapproché à distance tient une place importante dans le fonctionnement de l'équipe. Les relations avec les SMURs, les services d'urgence psychiatriques, les services d'accueil et les CMPs sont également nombreuses et participent de la quantité de travail.
- les interventions à domicile sont moins nombreuses qu'on pourrait le penser (5 à 10/semaine) mais elles sont souvent très lourdes et elles nécessitent un important travail de préparation en amont. Des injections sont souvent pratiquées sur le terrain. Il y a aussi un suivi au décours qui peut être prolongé jusqu'à une stabilisation de la situation.
- Les SMURs ont trouvé un important bénéfice dans cette innovation, au point que se passer de l'équipe ne leur apparaît plus possible.

Rattachement de l'équipe :

Pour des raisons de robustesse et de continuité, l'existence de cette équipe ne peut se concevoir qu'adossée à une équipe d'urgences psychiatriques solide, préexistante.

En effet, elle doit pouvoir fonctionner tout au long de l'année. Par ailleurs, elle ne doit pas être vulnérable à l'absence de tel ou tel membre de l'équipe, ni à une vacance de poste.

Ainsi le médecin de l'équipe mobile consacra une fraction de son temps à l'accueil des urgences, soit régulièrement, soit pour remplacer un collègue. En contrepartie, l'équipe des urgences fournira un remplaçant à l'équipe mobile lors des congés du médecin responsable. Rappelons qu'un médecin hospitalier bénéficie d'environ 8 semaines de congés par an.

Le même raisonnement s'applique aux infirmières. A titre d'exemple, à Simone Veil, les infirmières des urgences psychiatriques sont intégrées à l'équipe des urgences générales. Même si un certaines se spécialisent en psychiatrie, elles peuvent à tout moment repasser en médecine, tandis que les infirmières de médecine peuvent officier occasionnellement en psychiatrie. C'est ainsi qu'on peut raisonner en nombre d'ETP fourni à l'équipe. On s'affranchit ainsi du problème des congés, maladies ou maternité.

Il faut appliquer le même système à l'équipe mobile. Dans le cas présent, nous avons pensé que le rattachement des infirmières pourrait se faire avec une des équipes d'infirmières de l'hospitalisation psychiatrique, parce qu'elles ont l'expérience de l'accueil les patients en crise, mais aussi parce qu'elle pourrait bénéficier d'un cadre infirmier et d'un secrétariat sans coût supplémentaire.

L'idée générale est donc de raisonner en ETP consacrés à l'équipe, plutôt qu'en termes de personnes, ce qui n'empêche pas que l'équipe soit constituée en temps ordinaire d'un noyau de professionnels stable.

Composition de l'équipe :

En pratique, il est indispensable que le médecin responsable soit un senior expérimenté. Il doit impérativement être inscrit à l'ordre des médecins (pour la signature des certificats) et posséder des compétences médico-légales en matière d'hospitalisation. Il devrait donc s'agir d'un praticien hospitalier.

L'équipe fonctionnera du lundi au vendredi aux heures ouvrables, ce qui permet de se contenter d'un seul médecin pour assurer la permanence médicale. Dans l'optique où l'équipe travaillera le plus possible en amont des crises graves, de façon proactive, les hospitalisations devraient pouvoir être évitées le week-end.

Pour être sûr de disposer en permanence d'un équipage complet, il me semble que 3 postes d'IDE seraient nécessaires. Compte tenu des congés divers, 3 postes, correspondent à 2.4 ETP de présence effective.

Pour des interventions lourdes (hospitalisation sous contrainte) trois personnes semblent un effectif utile. Dans les moments où l'équipe fonctionnerait à 4, on peut envisager deux sorties simultanées avec deux voitures, ce qui pourrait permettre de couvrir un plus grand territoire. Le rattachement à un pool de service devrait fournir la souplesse nécessaire pour adapter l'effectif aux besoins.

On peut aussi imaginer qu'un des membres de l'équipe qui n'est pas de sortie assure la téléphonie et le secrétariat.

L'équipement à prévoir est minime. Une seule voiture dédiée est prévue. Une deuxième, en cas de besoin peut-être prise dans le pool de l'hôpital. Par ailleurs, un local spacieux est disponible à Eaubonne, pour servir de base à l'équipe. Les membres de l'équipe devront, bien entendu, être dotés de téléphones portables professionnels.

Territoire d'intervention :

L'équipe de l'hôpital Jossigny couvre 5 secteurs, 7j/7. Elle est dotée de deux médecins et 5 IDE. Je n'ai pas pu obtenir le coût exact, mais je l'estime à 700000 euros annuels. Le financement a été obtenu autour de 2012.

Il n'est évidemment pas réaliste de faire une proposition aussi ambitieuse aujourd'hui. Le projet expérimental que je propose ne pourra raisonnablement pas couvrir plus de trois secteurs.

On peut imaginer de mixer des secteurs du territoire d'Argenteuil et d'Eaubonne. Les secteurs candidats seraient le 95 G03 (Ermont, Eaubonne,...), le G04 (Taverny, St leu, Plessis-Bouchard, Franconville,...) et le 95G05 (Argenteuil, Sannois). La population cible est d'environ 300000 habitants.

Passée la phase expérimentale, on pourrait étendre la zone d'intervention à l'ensemble du territoire via un renforcement de l'équipe, en fonction de l'évaluation. Il s'agirait du 95 G06 (Bezons, Corneilles, Herblay,...) et du 95 G07 (Enghien, Montmorency, St gratien, Deuil...). Pour environ 500000 habitants au total.

Si l'équipe était saturée, une possibilité est de jouer sur le champ d'intervention, en excluant les patients pour lequel une intervention du secteur peut être suscitée, ce qui implique un travail en coopération étroite, à promouvoir.

Evaluation :

Celle-ci s'impose évidemment en continu, et tout particulièrement en phase expérimentale.

Seront comptabilisés :

- les situations adressées par le SMUR
- le trafic téléphonique
- les visites à domicile
- les hospitalisations effectuées
- les relais ambulatoire

Il conviendra de décrire les populations cibles. Les services de destination seront répertoriés.

Il faudra évaluer la charge de travail, afin d'adapter le champ d'interventions aux possibilités réelles de l'équipe. Un retour d'expérience plus qualitatif mettra en évidence les points forts et les points faibles.

Chiffrage :

Le chiffrage suivant est une projection réaliste, mais il est susceptible d'être affiné.

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| - un poste de PH temps plein : | 110 000 euros |
| - 3 postes d'infirmières | 144 000 euros |
| - un véhicule : | 7 000 euros |
| (Amortissement sur 5 ans (achat 12 000 + carburant + entretien pour 20000 km/an) | |
| - médicaments | 2000 euros |
| - téléphonie, matériel | 2000 euros |
| - frais de structure | 45000 euros |

TOTAL	309 000 euros
--------------	----------------------

Conclusion :

Ce projet est issu d'une réflexion conjointe des usagers et des professionnels. Il se veut par essence pragmatique. D'abord dans l'analyse de la situation pour définir quels sont les éléments manquant dans la chaîne de soins, et en particulier dans l'organisation des secours.

Pragmatique aussi, dans la projection des moyens nécessaires et suffisants afin de permettre un accès aux soins efficace pour notre population cible. Le projet se veut expérimental sur notre territoire, mais à une échelle suffisante pour donner lieu à une évaluation claire des besoins.

Enfin, il est conçu dans une optique d'économie de moyens, qui passe par une efficience optimale. Le contexte économique difficile est pleinement pris en compte, ce qui ne doit pas nous empêcher de continuer à améliorer continuellement notre système de soins.

Dr Gérard MESURE

Avec l'aide Françoise JALLAT, déléguée UNAFAM du val d'Oise

19/4/2016