



HAL
open science

Gérer la crise psychiatrique autrement : place et intérêt des équipes mobiles dédiées ; exemple d'une initiative bordelaise

Boris Nicolle

► To cite this version:

Boris Nicolle. Gérer la crise psychiatrique autrement : place et intérêt des équipes mobiles dédiées ; exemple d'une initiative bordelaise. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02100238

HAL Id: dumas-02100238

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02100238>

Submitted on 15 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2019

Thèse n°3010

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement à Bordeaux le 06 mars 2019 par

Boris NICOLLE

Né le 3 mars 1991 à Ecully

Gérer la crise psychiatrique autrement : place et intérêt des équipes mobiles
dédiées. Exemple d'une initiative bordelaise.

Thèse dirigée par

Madame le Docteur Chantal BERGEY

Membres du jury

Madame le Professeur Hélène VERDOUX, Présidente

Monsieur le Professeur Emmanuel POULET, Rapporteur

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Juge

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH, Juge

Madame le Docteur Marie – Neige VIDEAU, Juge

Remerciements

Ce travail est dédié à la mémoire d'Alexis DUFOUR.

A Clément.

Au Docteur Pierre GODART.

A mes amis San-Priods. Que de chemin(s) parcouru(s) !

A mes amis lyonnais, rencontrés un jour de janvier 2009.

A mes amis allemands, suisses et belges.

A ma famille.

A mes co-internes de psychiatrie et d'ailleurs, pour les moments de joie et les instants de doute. Amis, collègues, compagnons, professeurs, élèves, colocataires, nous fûmes un peu tout cela.

A l'équipe « Santé Mentale » du projet MSF – Qayyarah : Ibrahim, Mahmood, Emad, Eman, Ayman et Samra. Au Dr Gregory KEANE, pour son soutien, et à Médecins Sans Frontières, pour son action.

A mes comparses de l'Association Professionnelle des Internes de Psychiatrie APIP – Aquitaine, pour ces deux ans et demi d'aventure collective.

A Romain GALLARD, dont les compétences statistiques, l'inébranlable bonne humeur et l'irrésistible sympathie ont su rendre ces interminables après-midi à EPIC aussi efficaces qu'agréables.

Au Docteur Kevin ROSSINI, pour ses précieux conseils lors de ce travail et son goût de la transmission.

A l'ensemble de l'équipe d'EPIC, pour leur accueil, leur implication dans cette étude et leur compétence. Soyez rassurés : les recueils, c'est terminé ! Pour le moment...

A mes maitres de stage, Docteurs ANCEAU, AZORBLY, BERGEY, DELLA, GODART, GERAUD, GIRON, GUYOT-GANS, MASSAL, MARSEILLE, RENERIC, ROSSINI, LE LOHER.

A « mes » patients : Mangia, Afkar, Maxime L., Philippe L., Pamela O., Sylvie V., Pierrette V., Yves M., Maeva S., Josiane R., Carole M.,... Et tous les autres.

Au Rapporteur

Monsieur le Professeur Emmanuel POULET,

Professeur de Psychiatrie, Praticien Hospitalier,

Psychiatrie des Urgences, Groupement Hospitalier Edouard Herriot & Groupement Hospitalier Lyon Sud,
Service Hospitalo-universitaire (Centre de Prévention du suicide – Psy'mobile), Centre Hospitalier Le
Vinatier,

Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon - CRNL / INSERM U1028 / CNRS UMR5292 / Université
Claude Bernard Lyon 1.

Vous avez accepté d'être rapporteur de cette thèse et je vous en suis très reconnaissant. Votre expertise sur l'urgence et vos précieux enseignements m'ont accompagné de Lyon, pendant l'externat, à Paris, avec le Diplôme Universitaire « Urgences Psychiatriques ». C'est donc un immense honneur que d'avoir aujourd'hui votre regard critique sur ce travail.

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Professeur de Psychiatrie, Praticien Hospitalier

Docteur en Médecine et en Neurosciences,

Responsable du Centre de référence Régional des Pathologies Anxieuses et de la Dépression,

Coordonnateur du D.E.S. de Psychiatrie,

Pôle 3.4.7, Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Vous avez accepté de juger ce travail et je vous en remercie. Recevez ici toute ma gratitude pour votre enseignement et votre implication dans notre formation.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Professeur de Médecine Générale,

Directeur du Département de Médecine Générale,

Coordonnateur du DES de Médecine Générale,

Collège Santé, Université Bordeaux 2.

Je vous suis extrêmement reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Recevez ici l'expression de tout mon respect et de ma gratitude.

Madame le Docteur Marie – Neige VIDEAU

Praticien Hospitalier – Gériatre,

Equipe mobile de gériatrie,

Consultation mémoire CM2R,

CHU de Bordeaux.

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Recevez ici l'expression de tout mon respect et de ma reconnaissance.

A la Présidente du Jury

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur de Psychiatrie, Praticien Hospitalier,
Docteur en Épidémiologie,
Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte UNIVA,
Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Vous m'accordez l'honneur de présider ce jury, et je vous en remercie. J'ai pu, au cours de l'internat, prendre la mesure de votre engagement auprès des internes. Votre exigence, votre implication, votre énergie sont autant de jalons dans notre parcours de jeunes médecins. Veuillez recevoir ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

A la Directrice de thèse

Madame le Docteur Chantal BERGEY

Docteur en Médecine, Psychiatre,

Praticien Hospitalier

Chef de Pôle de Psychiatrie Adulte PUMA,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Vous m'avez accueilli avec enthousiasme et bienveillance il y a maintenant deux ans et demi. Au cours de ce travail, lors de mes stages dans le pôle ou dans le cadre institutionnel, vous m'avez toujours accordé votre confiance (et votre patience !). Pour cela, je vous suis infiniment reconnaissant, et heureux de pouvoir continuer à travailler avec vous. Recevez ici ma gratitude et ma profonde estime.

Lexique

ARS : Agence Régionale de Santé

CATTP : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale,

CMP : Centre Médico-Psychologique,

CPOA : Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (Paris, Hôpital Sainte-Anne),

DPCI : Dossier Patient Commun Informatisé,

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes,

EMC : Equipe Mobile de Crise,

ETP : Equivalent Temps-Plein,

IAD : Intervention A Domicile,

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie,

MCO : Médecine – Chirurgie – Obstétrique,

MDSI : Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion,

RIM-P : Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie.

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé

SECOP : Service d'Evaluation de la Crise et d'Observation Psychiatrique

Table des matières

Remerciements	2
Lexique	7
I) Introduction.....	10
II) Les équipes mobiles de crise : modalités d'organisation à l'international et en France	12
A) Définitions	12
1) Equipes mobiles.....	12
2) La crise en psychiatrie	12
3) Les équipes mobiles de crise	14
B) A l'international : quelle organisation pour les équipes mobiles de crise ?	15
1) Le modèle anglais	15
2) Organisation des équipes mobiles de crise : autres exemples à l'international	25
C) Les équipes mobiles de crise en France	33
1) Mobilité et urgence en France, de l'après-guerre à nos jours.	33
2) Les équipes mobiles de crise en France	38
III) Equipes mobiles de crise : bilan d'activité et résultats	49
A) Activité et résultats des équipes au Royaume – Uni.....	49
1) Nombre d'admissions.....	49
2) Nombre de journées d'hospitalisation.....	50
3) Satisfaction des usagers	51
4) Réduction des soins sans consentement	52
5) Coût	53
6) Risque suicidaire.....	54
B) Activité et résultats en France.....	55
1) Données issues de la littérature	55
2) Retours d'expérience	56
3) Synthèse	59
IV) Equipe Psychiatrique d'Intervention de Crise : étude observationnelle d'une nouvelle équipe bordelaise	60
A) Contexte de l'étude : évaluation d'un nouveau dispositif	60
1) Les missions d'EPIC.....	60

2) Organisation d'EPIC	61
B) Objectifs de l'étude	64
1) Objectif principal	64
2) Objectifs secondaires	64
C) Matériel et Méthode	65
1) Méthode	65
2) Recueil des données	65
3) Analyse statistique	68
D) Résultats	69
1) Descriptif et devenir des sollicitations	69
2) Comparaison des groupes « EPIC » et « Non-EPIC »	83
3) Comparaison en fonction du genre	87
E) Discussion	89
1) Objectif principal de l'étude	89
2) Objectifs secondaires de l'étude	94
3) Limites et biais	97
V) Conclusion	100
Annexes	102
Bibliographie.....	113

I) Introduction

« Voilà plus de 35 ans, j'ai été nommé psychiatre à Amsterdam, et il m'a été demandé de réduire le nombre de patients hospitalisés en psychiatrie. Cette nomination était la conséquence directe de difficultés financières de la municipalité [...] » (1).

Pour remplir sa mission, ce médecin crée un service de consultation psychiatrique mobile, qui se rend à domicile 24 heures sur 24 pour évaluer les demandes d'admission. Non seulement le nombre d'hospitalisations diminue, mais il constate que son service transforme les soins psychiatriques de la ville. L'hôpital s'ouvre, les psychiatres et les patients en sortent. De nouveaux réseaux se forment, avec les services sociaux, la municipalité, les bailleurs. Ce jeune psychiatre s'appelle Arie Querido. La scène se déroule en 1930 (2).

La mobilité en psychiatrie n'est donc pas nouvelle. Depuis Querido et son chauffeur, les expériences se sont multipliées à travers les époques et les pays, notamment à partir de l'après-guerre. Bien souvent, comme à Amsterdam, la nécessité de trouver une alternative à l'hospitalisation en fut à l'origine, notamment lors des fermetures massives d'asiles dans les années 50. Mais rapidement, soignants et patients y ont trouvé bien d'autres avantages : une plus grande souplesse d'intervention, une meilleure adaptation de l'équipe aux situations rencontrées, une plus grande disponibilité, une meilleure intégration des patients dans la communauté. La psychiatrie est donc passée d'une mobilité « par nécessité » à une nouvelle approche des soins : aller au-devant du patient.

Les pratiques de mobilité se sont ensuite diversifiées et peu à peu structurées. Les équipes se sont spécialisées en fonction de leur public cible, des pathologies prises en charge ou des lieux de leur intervention. Parmi elles, des équipes prenant spécifiquement en charge la crise sont apparues. En France, ce type d'équipe existe depuis 1994, mais leur création s'est accélérée depuis les années 2010, à l'heure du « virage ambulatoire » encouragé par les autorités.

En Aquitaine, la première équipe mobile de crise a été créée fin 2016. Il s'agit d'EPIC (Equipe Psychiatrique d'Intervention de Crise), rattachée au Centre Hospitalier Charles Perrens de Bordeaux. C'est à l'occasion de l'ouverture de ce service que nous avons débuté ce travail.

Nous allons dans un premier temps décrire la manière dont les équipes mobiles de crise s'organisent, à l'international et en France. Cette description intégrera le contexte historique. En plus des données de la littérature, nous avons recueilli par questionnaire des données descriptives quant à l'activité et l'organisation des équipes de crise françaises. Dans un second temps, nous nous intéresserons à l'activité et aux résultats de ces équipes. Là aussi, nous nous appuierons sur les données de la littérature et, pour les équipes françaises, aux réponses à notre questionnaire. Enfin, dans une troisième partie, nous présenterons les résultats de l'étude observationnelle réalisée début 2017 sur EPIC.

II) Les équipes mobiles de crise : modalités d'organisation à l'international et en France

Nous allons tout d'abord définir les notions de mobilité, de crise et les équipes mobiles de crise. Nous aborderons ensuite différents exemples d'équipes de crise à l'étranger. Enfin, nous étudierons plus spécifiquement leur organisation en France.

A) Définitions

1) Equipes mobiles

En psychiatrie, Demailly définit les équipes mobiles ainsi : il s'agit d'équipes « *qui n'ont pour cadre d'intervention ni l'hôpital, ni les équipements ambulatoires du secteur et qui impliquent donc que les soignants se déplacent* » (3). Cette définition, simple, regroupe en réalité des pratiques très variées, qui vont de l'intervention à domicile ponctuelle à l'hospitalisation à domicile (HAD), en passant par l'intervention en institution ou dans la rue.

Au-delà de la mobilité, toujours selon Demailly, ces équipes partagent d'autres points communs et notamment :

- leur mise en œuvre est locale et progressive,
- elles nouent de nombreux partenariats dans la cité,
- elles s'appuient sur un « réseau d'alerte » pour repérer les personnes en souffrance,
- elles ne perdurent que si le secteur auquel elles appartiennent s'organise autour de la mobilité.

2) La crise en psychiatrie

La notion de « crise » en psychiatrie renvoie d'abord aux travaux de Caplan dans les années 60, même si d'autres définitions en ont été données ensuite. Selon lui, la crise est un processus physiologique, pouvant affecter tout système vivant (famille, couple, entreprise,..). Elle survient lorsque l'homéostasie du système est perturbée, par exemple à cause d'un événement. Lorsque ce système ne parvient pas à revenir à l'équilibre, c'est-à-dire lorsque ses facultés d'adaptation sont dépassées, alors les symptômes surviennent. En l'absence d'intervention, une crise pourrait devenir une urgence (**Figure 1**). On distingue trois catégories de crise (4) :

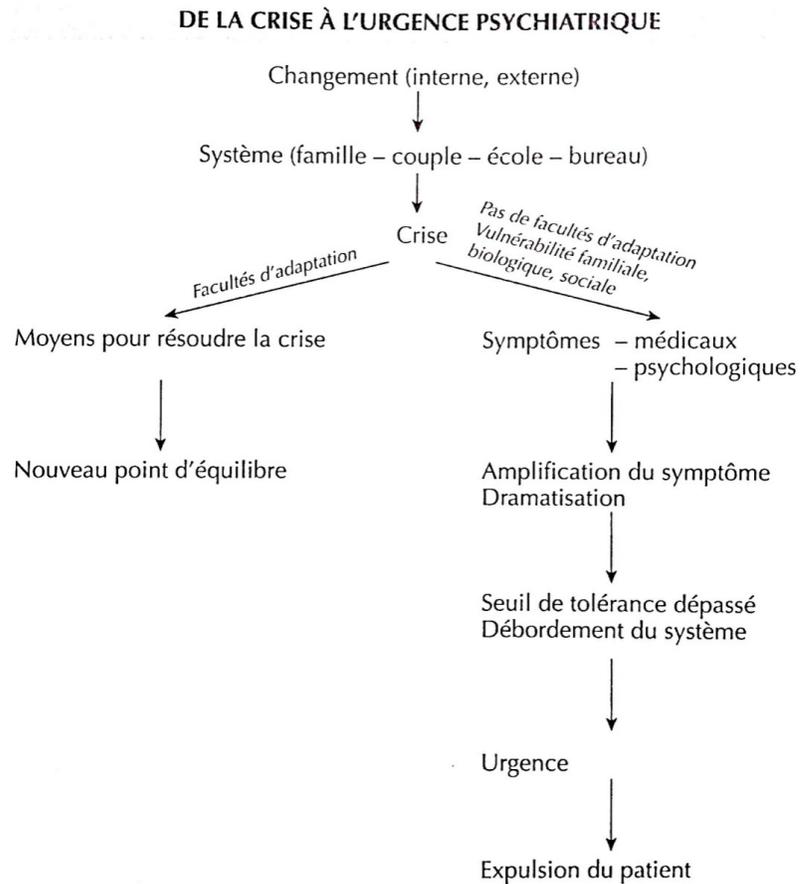
- les crises « psychosociales », que nous pouvons rattacher aux troubles de l'adaptation, et qui surviennent lors d'un changement majeur dans la vie de la personne,
- les crises « psychotraumatiques », après un évènement traumatique,
- les crises « psychopathologiques », c'est-à-dire les décompensations de troubles psychiatriques.

C'est à partir des travaux de Caplan que les premiers outils d'intervention de crise d'inspiration systémique ont été développés dans les années 70.

Entre la « crise » et l' « urgence », une distinction est souvent faite. Pour De Clerq, ce sont deux temps différents, avec des possibilités thérapeutiques différentes. Lors de la crise, une intervention au niveau du système est encore possible pour permettre son retour à l'équilibre. Lorsque la crise s'aggrave, nous arrivons à l'urgence, c'est-à-dire la nécessité de prise en charge immédiate de l'individu, seul, par les services de secours. Marie-Jeanne GUEJ nuance ce propos : pour elle, la différence réside dans le champ d'application des deux termes. « Urgence » renvoie à l'institution, au service dit « des urgences », alors que le mot « crise » décrit un état (5). Mais selon elle, quel que soit le lieu de prise en charge, l'intervention de crise est toujours possible.

Dans tous les cas, il existe un continuum entre crise et urgence, avec des étiologies et des présentations cliniques parfois similaires. La différence réside alors dans la réponse thérapeutique qui y est apportée. Cette réponse est conditionnée par plusieurs facteurs : sévérité du tableau, qualité de l'environnement du patient et offre de soins disponible.

Figure 1 : Crise et urgence psychiatrique (in DE CLERCQ (4), p.23)



3) Les équipes mobiles de crise

Comme nous le verrons, la modélisation des équipes de crise est hétérogène. Leur appellation même est variable, à l'international comme en France. Ici, nous avons retenu les équipes présentant trois caractéristiques :

- leur mobilité, telle que nous venons de la définir,
- leur possibilité d'intervention rapide (jusqu'à une semaine),
- une prise en charge courte et axée sur la crise.

Par souci de simplification, nous utiliserons le terme « **équipe mobile de crise** » (**EMC**) pour les désigner.

B) A l'international : quelle organisation pour les équipes mobiles de crise ?

La mise en œuvre des EMC est disparate à l'échelle internationale. Nous évoquerons ici plusieurs exemples. D'abord, nous nous intéresserons au modèle anglais, qui se distingue par la forte implication des pouvoirs publics dans son déploiement sur l'ensemble du territoire national. Dans un second temps, nous étudierons le modèle belge, marqué par des initiatives locales encouragées par le pouvoir central, et le modèle américain, où ces dispositifs sont élaborés localement et de manière hétérogène.

1) Le modèle anglais

(a) La mise en place des Crisis Resolution and Home Treatment Teams au Royaume-Uni

(i) Le développement des premières équipes mobiles dans l'après-guerre

L'une des premières expériences anglaises porte le nom de *Worthing Experiment*. Au début des années 50, le nombre d'admissions augmente. Les hôpitaux psychiatriques anglais sont saturés. La situation exige des mesures rapides. A Worthing, sur la côte méridionale de l'Angleterre, le Dr Carse et son équipe créent un service de traitement ambulatoire et à domicile. Rappelons qu'à l'époque, très peu de traitements médicamenteux sont disponibles. Les patients nécessitant un traitement (ECT, insulinothérapie, lobotomie préfrontale, psychothérapie ou chimiothérapie) sont admis de manière quasi-systématique à l'hôpital. Le *Worthing Experiment* se propose d'évaluer tous les patients ayant une indication d'hospitalisation, et de revoir leur prise en charge pour proposer une alternative à cette hospitalisation si cela est possible. Ce dispositif n'est pas spécifiquement dédié à la crise, il prend également en charge des patients au long cours.

A la surprise des auteurs eux-mêmes, une importante diminution des admissions est constatée après la création du service (6). Elle est respectivement de 59% et 77% dans chacun des deux hôpitaux du secteur. Autre surprise pour l'équipe : les patients présentant un trouble psychiatrique aigu ont pu eux aussi être pris en charge en ambulatoire ou à domicile. Par ailleurs, les patients et leurs proches semblent satisfaits du dispositif, ainsi que leur médecin généraliste. Au terme des deux années d'expérimentation (7), on constate une nette diminution de la tension sur les lits, un début de déstigmatisation des patients, ainsi que le développement progressif de différentes structures ambulatoires dans le secteur concerné.

Il semble dès lors préférable de soigner des patients, y compris en phase aiguë, ailleurs qu'à l'hôpital. Ce constat, étayé par de nombreuses expériences similaires dans les pays occidentaux, va encourager la multiplication de services de ce type au Royaume-Uni.

Les équipes créées jusqu'à la fin des années 80 se développent sur ce modèle. Elles s'inscrivent dans l'esprit plus global des soins communautaires, apparus dans les années 50 aux Etats-Unis (nous détaillerons ce point dans le chapitre consacré à la mobilité aux Etats-Unis). Elles ne distinguent pas la crise des troubles chroniques. Cette époque voit se multiplier les structures alternatives à l'hospitalisation : hôpitaux de nuit, lits de crise dans les centres de consultations, appartement thérapeutiques,... Les équipes mobiles ont alors vocation à faire le lien entre ces différentes structures et à traiter le patient, où qu'il se trouve. Toutefois, leurs missions et les structures auxquelles elles sont rattachées évoluent. Cette évolution est le fruit de retours d'expérience d'autres équipes, de nouvelles expérimentations à l'étranger et de décisions des autorités sanitaires.

Le *Barnet Family Service* (8) est un exemple de cette évolution. Il est créé en 1970 à Londres. Il s'inspire aussi bien d'équipes anglaises telles que celle de Worthing que d'expériences internationales. Il se donne pour mission d'évaluer dans l'heure, au domicile, par un psychiatre et un travailleur social, toute demande d'admission urgente à l'hôpital. Ce service s'appuie sur les travaux de Caplan sur le concept de « crise », sur la psychothérapie systémique et sur une approche communautaire des soins. Il dispose, entre autres, d'un réseau de familles volontaires et rémunérées qui peuvent accueillir jusqu'à deux personnes « en crise ». Il se donne comme mission principale une évaluation en urgence, avec comme objectif d'éviter l'hospitalisation. Il continue toutefois à suivre tous ces patients après résolution de la crise. La file active de cette équipe est donc importante, et cette activité réduit la possibilité d'entretien en urgence avec les patients « en crise ». A travers le Royaume-Uni, de nombreuses équipes se créent alors sur ce modèle dès le début des années 80. Ce sont les CMHT (*Community Mental Health Teams*). Cette dissémination des CMHT est alors appuyée par les autorités. Le manque de moyens humains et les horaires d'ouverture restreints sont toutefois un frein à une prise en charge adéquate des patients en crise.

Toutes ces expériences aboutissent à plusieurs constats :

- Il est plus efficace, plus économique et plus acceptable pour le patient de le traiter « dans la cité »,

- Les troubles psychiatriques aigus peuvent être traités dans la cité mais nécessitent une prise en charge intensive, et des structures dédiées (familles d'accueil thérapeutique de crise par exemple),
- Les services existants dans les années 80 prennent en charge des patients en urgence et au long cours. L'absence de moyens humains spécifiquement consacrés à la crise limite donc le nombre et la fréquence des entretiens pour les patients « en crise »,
- Il semble nécessaire de créer de nouvelles équipes de psychiatrie mobiles spécialisées dans l'intervention de crise, mais n'assurant aucun suivi au long cours.

(ii) *Les années 80 et la création des premières équipes de crise*

Ces évolutions ne se limitent pas au seul Royaume-Uni. Deux auteurs en particulier, Stein aux Etats-Unis (9) et Houlton en Australie (10), ont créé dans les années 70 des équipes fonctionnant selon un modèle proche du *Barnet Family Service*. Comme lui, ces équipes prennent en charge aussi bien les patients en phase aiguë qu'au long cours. Ils font un constat identique : le temps de la crise et celui du suivi requièrent des moyens différents. Dans le premier cas, la prise en charge doit être intensive et les soins immédiatement accessibles, le tout sur une période courte. En revanche, le suivi ultérieur du patient nécessitant moins de temps soignant, il peut se faire de manière plus espacée.

Ces deux auteurs vont, l'un dans le Wisconsin et l'autre dans le district de Victoria, créer deux types d'équipes : les *Crisis Resolution Team* (CRT) pour la crise, et ce qui deviendra les *Assertive Outreach Teams* (AOT) pour le suivi dans la cité. Ces premières CRT (11) fonctionnent 24h/24, 7j/7. Elles doivent pouvoir évaluer un patient dans l'heure suivant son adressage, et le prendre en charge à domicile si possible. Le nombre de professionnels y travaillant doit être suffisant pour permettre jusqu'à deux visites à domicile par jour.

Surtout, Stein et Houlton définissent deux fonctions pour ces équipes, fonctions cardinales aujourd'hui dans leur déclinaison au Royaume-Uni :

- Elles ont un rôle de *gate-keeper* (« portier ») de l'hôpital : toute personne avec une indication théorique d'hospitalisation doit être d'abord évaluée par une CRT, pour s'assurer que l'hospitalisation est bien la meilleure réponse. Cette fonction de *gate-keeper* peut correspondre au rôle de « portier » d'un service hospitalier d'urgence psychiatrique,

- Lorsqu'un patient est hospitalisé, la CRT reste en lien avec l'équipe intra-hospitalière pour permettre, si possible, une *early discharge* ou « sortie précoce ». Ainsi, l'équipe peut prendre en charge le patient à domicile de manière intensive dès que son état clinique le permet. Le but est ici très clairement de raccourcir au maximum l'hospitalisation, et de sécuriser le retour au domicile.

Nous l'avons vu, la nécessité d'équipes dédiées à la crise se fait sentir dès les années 80 au Royaume-Uni. Au début des années 90, quelques CRT s'y créent, inspirées par l'exemple australien. John Houlton, fondateur des CRT australiennes, émigre à Birmingham en 1993 et crée en 1995 ce qui deviendra le modèle des équipes britanniques actuelles. Son équipe (12), la *Yardley Psychiatric Emergency Team*, reprend les caractéristiques des CRT australiennes :

- Réponse dans l'heure qui suit la demande,
- Disponibilité avec une ouverture 24h/24, 7 jours/7,
- Rôle de *gate-keeper*,
- Implication dans les soins intra-hospitaliers pour permettre une *early discharge*.

Dans la foulée, d'autres centres à Londres reproduisent ce modèle. Leur succès et leur efficacité conduisent en 1999 à des recommandations nationales pour leur implantation sur l'ensemble du territoire anglais. Ainsi, le *National Service Framework for Mental Health* (13) établit cette même année deux priorités pour améliorer la prise en charge de la crise :

- Tout patient, quel que soit son lieu de vie, doit avoir accès 24h/24 à une évaluation psychiatrique en urgence,
- Un traitement à domicile comme alternative à l'hospitalisation doit pouvoir être proposé à tout patient, si son état clinique le permet.

Ces recommandations, et le succès des équipes existantes, mènent en 2000 à une vaste réforme du *National Health Service* (NHS) pour généraliser les CRT sur le territoire anglais.

(iii) *Le plan NHS en 2000 et la création des Crisis Resolution and Home Treatment Teams (CHRTT)*

En l'an 2000, le gouvernement britannique lance une vaste réforme du *National Health Service* (14). Il s'agit de réduire le délai d'accès aux soins et de pallier les inégalités territoriales. Elle prévoit la

création d'équipes mobiles de crise sur l'ensemble du territoire anglais appelées *Crisis Resolution and Home Treatment Teams* (CRHTT). Ces CRHTT s'inspirent très largement des *Crisis Resolution Teams* créées sous l'impulsion de J.HOULT. Le texte fixe comme objectifs généraux :

- la création de 335 CRHTT sur le territoire anglais,
- la prise en charge 100 000 patients par an à l'horizon 2004,
- une réduction de la « pression sur les lits des unités d'admission » de 30% d'ici à 2004.

En 2001, le NHS précise les missions des CRHTT (15) :

- Evaluer rapidement tout tableau psychiatrique aigu, et orienter ces patients vers le service le plus adapté (*gate-keeping*),
- Proposer des soins intensifs à domicile, 24h/24 et 7j/7,
- S'assurer que chaque patient est traité dans l'environnement le moins contraignant possible,
- Suivre le patient jusqu'à la résolution de la crise et s'assurer du relais vers les soins ambulatoires,
- En cas d'hospitalisation, s'impliquer dans la préparation de la sortie et dispenser des soins intensifs au domicile au décours pour en raccourcir la durée (*early discharge*),
- Prévention de la récurrence (voir **Tableau 2**).

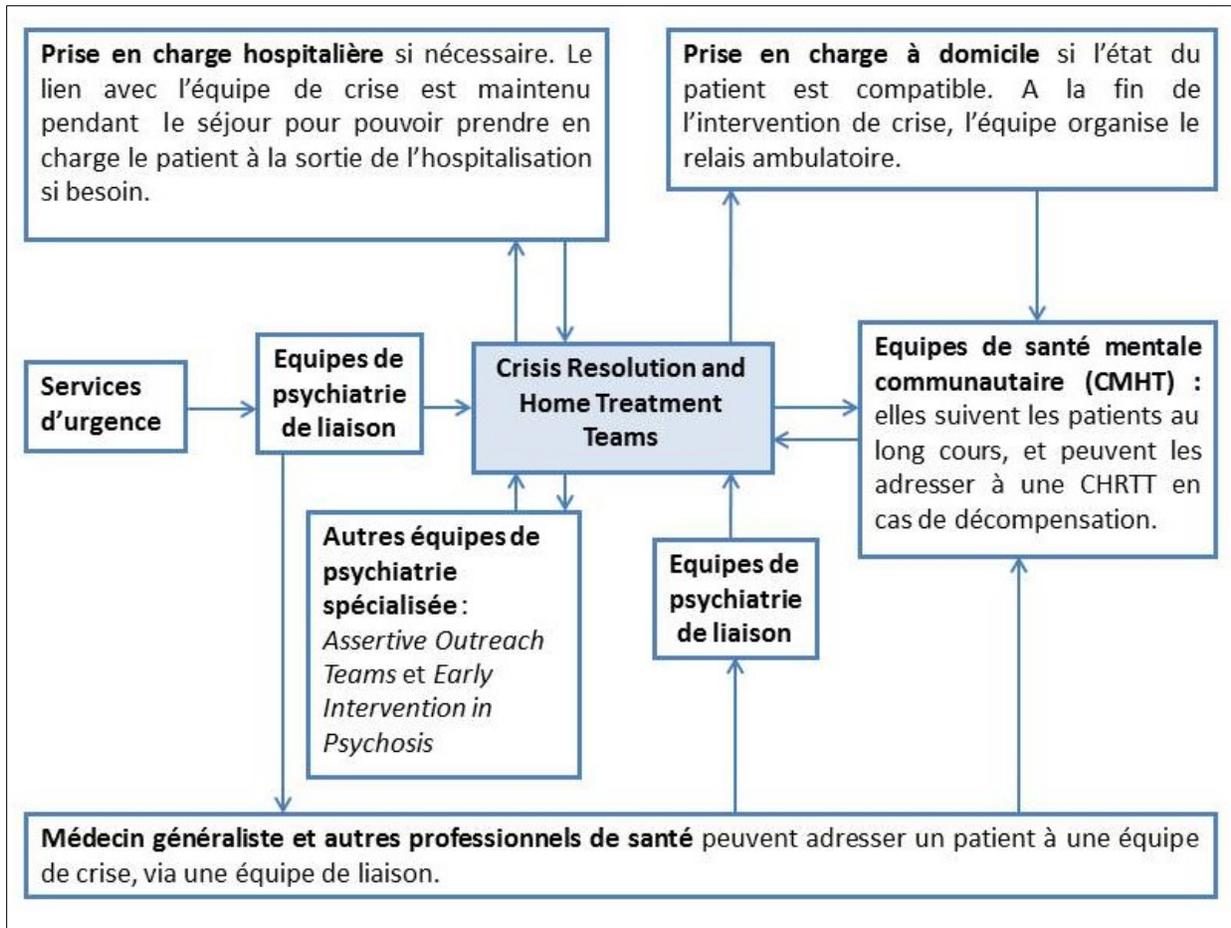
(b) Organisation actuelle des CRHTT

(i) Place dans le système de soins en santé mentale

Dans la réforme de 2000, les CRHTT occupent une place centrale (**Figure 2**). En plus des CRHTT, cette réforme a généralisé deux autres types d'équipes. Leurs rôles sont complémentaires à ceux des CRHTT :

- Les *Assertive Outreach Teams* prennent en charge au domicile des patients atteints de troubles sévères et chroniques. Leur intervention relève de la réhabilitation psychosociale.
- Les services *Early Intervention in Psychosis* prennent en charge au domicile des patients présentant des symptômes psychotiques *de novo*, ou à risque de transition psychotique.

Figure 2 : Place des Crisis Resolution and Home Treatment Teams dans le système de soins en santé mentale anglais. *Source : National Audit Office, 2007 (16)*



Lorsque ces services ne sont ouverts qu'en journée, ce sont les CHRTT qui assurent la permanence des soins pour leurs patients. A l'inverse, le *Department of Health* préconise la participation des professionnels de ces deux autres type d'équipes aux tours de garde des CRHTT (14).

Dans un document publié en 2001, le ministère de la santé anglaise précise les indications et contre-indications de la prise en charge par une CRHTT (**Tableau 1**).

Tableau 1 : Indications et contre-indications à la prise en charge par une CRHTT. *Source : Department of Health, 2001 (15)*

Indications	<ul style="list-style-type: none"> • Patients de 16 à 65 ans, • Trouble psychiatrique sévère, qui nécessiterait une hospitalisation en absence d'une CRHTT : manie, état dépressif sévère, épisode psychotique aigu,...
Contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble anxieux d'intensité modéré, • Trouble de la personnalité sans comorbidité psychiatrique, • Diagnostic principal de trouble de l'usage d'une substance, • Trouble organique au premier plan, dont les tableaux démentiels, • Conduites auto-agressives sans trouble psychotique ni épisode dépressif caractérisé, • Crise liée uniquement à des problèmes relationnels, • Trouble des apprentissages.

(ii) Organisation et composition des équipes

La réforme de 2000 donne peu de recommandations pour l'organisation et la composition des CRHTT. Elles sont laissées à l'appréciation des structures locales en fonction des besoins. L'objectif en moyens humains est évalué à 14 équivalents temps plein pour 100 000 habitants (toutes professions confondues). La file active doit être limitée à 20-30 patients par équipe, pour permettre des contacts fréquents avec chaque patient. L'équipe doit être pluridisciplinaire : psychiatre, psychologue et infirmiers ; et si possible assistant social, ergothérapeute,... Elle doit être capable de mobiliser deux professionnels, dont un médecin, pour une évaluation ou une visite à domicile en permanence. Tous les professionnels doivent être formés à l'évaluation du risque suicidaire mais également à la gestion de la violence et de l'hétéro-agressivité.

(iii) Intervention de crise

Le ministère de la santé anglais a précisé (15) ses recommandations sur le déroulé d'une intervention de crise par une CHRTT. Aucune durée n'est spécifiée, mais les objectifs de chaque étape sont détaillés. Dans le **Tableau 2**, nous avons résumé les différentes étapes préconisées. Ici aussi, ce travail s'appuie sur les travaux de Caplan et les méthodes théorisées par Stein et Hoult. On peut

souligner la réaffirmation des fonctions de *gate-keeping* (Etape 1) et d'*early discharge* (Etape 3). Mais on remarque aussi la place accordée au travail en réseau, l'accent mis sur des interventions sociales ciblées, et la prépondérance de mesures de prévention secondaire avec l'élaboration d'un *crisis plan*, comparable aux directives anticipées en plein essor en France depuis la loi du 2 février 2016 (17).

Tableau 2 : Déroulé et objectifs d’une intervention de crise par une CRT selon les recommandations du ministère de la santé anglais. *Source : Department of Health, 2001*

Etape	Objectifs	
1- Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluer la compatibilité du patient avec une prise en charge à domicile <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Si compatible : évaluation pluridisciplinaire des besoins de l’usager et des risques, ⇒ Si incompatible : réorientation vers un service, - Réaliser un examen somatique, - Impliquer les proches, le médecin traitant et les autres intervenants 	
2- Préparation de l’intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer un plan de soins (notamment la fréquence des visites), - Préparer, dès le début de la prise en charge, le relais ultérieur 	
3- Intervention	<i>Professionnel référent</i>	Désigner un soignant qui sera identifié comme interlocuteur privilégié.
	<i>Prise en charge intensive</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Contacts fréquents (par téléphone ou visite) - Réévaluer régulièrement les besoins et les risques
	<i>Traitement médicamenteux</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Accessible immédiatement, 24h/24, - Délivrance et administration par l’équipe si nécessaire, - Travail sur l’observance et éducation thérapeutique
	<i>Aide sur les tâches de la vie quotidienne</i>	Mise en place d’aides selon les besoins identifiés (entretien du logement, hygiène, garde d’enfants,...)
	<i>Aide aux proches</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer un soutien psychologique, - Expliquer les symptômes, le diagnostic, la prise en charge
	<i>Travail sur la résilience</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer des interventions ciblées (stratégie de gestion du stress, par exemple)
	<i>Plan de crise</i>	Assurer une accessibilité 24h/24 au service
	<i>Prévention de la rechute</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les signes d’alerte, - Identifier et réduire les facteurs déclenchants ou d’entretien, - Etablir une stratégie de soins en cas de signe d’alerte, ⇒ Ces trois points sont rédigés avec le patient et partagés avec le(s) professionnel(s) et proche(s) concerné(s).
	<i>Accueil temporaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Accès à des structures alternatives à l’hôpital et au domicile (accueil de jour, hôpital de nuit dans des structures résidentielles,..)
<i>Lien avec les patients hospitalisés</i>	<ul style="list-style-type: none"> - En cas d’hospitalisation, maintenir des contacts réguliers entre les équipes pour permettre une sortie la plus précoce possible, - Implication de la CRT dans la préparation de la sortie, - Proposer si besoin une prise en charge au domicile après la sortie 	
4- Résolution de la crise	<ul style="list-style-type: none"> - Informer les partenaires (médecin traitant, CMP,...) de la prise en charge et des stratégies de prévention de la rechute, - Assurer le relais vers la structure la plus adaptée 	

(iv) Mise en œuvre de la réforme du NHS sur le territoire anglais

Un audit mené en 2007 (16) a fait le point sur la mise en œuvre de la réforme. Dès 2005, l'objectif de 335 CRHTT a été atteint. Sur l'année 2006-2007, 95 397 épisodes de crise ont été pris en charge, pour un objectif de 100 000/an. Le coût sur cette année était de 183 millions de livres sterling. Concernant les moyens humains, 91% des équipes comportaient plus de 10 soignants, et 60% plus de 14. A l'échelle du territoire, 90% du nombre total de postes prévus étaient créés (18). Les résultats concernant les 3 objectifs principaux du plan NHS sont résumés dans le **Tableau 3**. Sur ces points, la mise en œuvre de la réforme s'approche donc des objectifs fixés. La notion de « pression sur les lits », elle, n'est pas clairement définie par le Ministère de la Santé. Le *National Audit Office* a considéré qu'il s'agissait d'un critère associant nombre d'admissions et nombre de journées d'hospitalisation. Sur ces deux points, la réduction est inférieure aux 30% attendus. Aucune évaluation plus récente n'est disponible.

Tableau 3 : Résultats en 2007 des CRHTT par rapport aux objectifs du *National Health Service Framework*

Source : *National Audit Office, 2007*

	Objectif	Résultat
Nombre de CHRTT sur le territoire	335	343
Nombre d'épisodes pris en charge (par an)	100 000	95 397
Réduction de la pression sur les lits	30%	Baisse de 21% du nombre d'admissions* Baisse de 11% du nombre de journées d'hospitalisations*

* Diminution observée à l'échelle de l'Angleterre entre 2001 et 2007, sans lien causal exclusif avec la création des CRHTT prouvé (NAO/North East Public Health Observatory analysis of Hospital Episode Statistics).

Plusieurs points négatifs sont soulignés dans le rapport du National Audit Office. Seulement 50% des patients admis à l'hôpital lors d'une crise ont été évalués par une CRHTT, alors que tous auraient dû l'être (18). Le rapport souligne aussi que 50% des équipes estiment être insuffisamment dotées en moyens financiers et humains. Enfin, Harrison (19) souligne que l'adressage fréquent par des services d'urgence ou des médecins généralistes augmente le nombre de troubles psychiatriques légers ou modérés pris en charge par les CHRTT, ce qui ne relève pourtant pas de leurs compétences.

2) Organisation des équipes mobiles de crise : autres exemples à l'international

Le système anglais se distingue par une politique de santé volontariste et verticale. Elle a permis la création rapide d'équipes identifiées et structurées, travaillant selon des standards communs. Nous allons ici nous intéresser à d'autres exemples d'équipes mobiles de crise et à leur organisation. Ils illustrent la diversité des politiques de santé.

(a) En Belgique : l'article 107

(i) Contexte de création des projets 107

En Belgique aussi, l'histoire des équipes mobiles de crise est indissociable de celle de la désinstitutionnalisation. Ce pays a décidé dans les années 80 de limiter l'offre de soins hospitalière pour investir dans des structures communautaires et ambulatoires. Malgré cela, en 2008, la Belgique restait le deuxième pays européen en termes de lits par habitant avec 152 lits d'hospitalisation en psychiatrie pour 100 000 habitants (20). Ce constat peut s'expliquer par son particularisme politique : pas moins de cinq niveaux d'autorité sont impliqués dans le financement des systèmes de soins. L'élaboration des politiques de santé se répartit de manière complexe et hétérogène entre les échelons fédéraux et régionaux (21). Au début des années 2000, il a paru nécessaire de favoriser les alternatives à l'hospitalisation et de fluidifier les parcours de soins. Dans ce contexte, dès 2002, les pouvoirs publics belges affichent leur intention de réorganiser le système de soins en santé mentale. Ils souhaitent créer des circuits et des réseaux centrés sur les soins extra-hospitaliers. Le 10 juillet 2008, un arrêté royal (22) ouvre la voie à la concrétisation de ce projet par son article 107. Cet article autorise la réallocation des budgets des hôpitaux à des projets expérimentaux.

Le gouvernement décide en 2009 – 2010 d'utiliser cet article 107 pour favoriser le « maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social d'origine par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés » (23). Cette réforme vise à instaurer des réseaux baptisés « projets 107 ». Ce sont des dispositifs expérimentaux et locaux, pilotés par un coordinateur – interlocuteur de l'Etat, et portés par des promoteurs – principalement les hôpitaux. Chaque projet se structure comme il le souhaite, en fonction des besoins et des moyens régionaux. Cette réforme veut faire émerger des initiatives locales. Les réseaux doivent assurer cinq fonctions (23) :

- 1- Prévention, détection précoce et diagnostic,

- 2- Mise en place d'équipes ambulatoires de traitement intensif, pour les troubles aigus et chroniques,
- 3- Mise en place d'équipes de réhabilitation visant à la réinsertion et à « l'inclusion sociale »,
- 4- Mise en place d'unités intensives de traitement résidentiel,
- 5- Développement d'habitats adaptés aux personnes atteintes d'handicap psychique.

Les projets 107 doivent donc créer des équipes mobiles de crise pour assurer la fonction 2, sans que les autorités ne définissent ces équipes dans leur composition ni leur fonctionnement. On note également que la Belgique, à l'instar du Royaume-Uni, met l'accent sur la détection précoce et la réhabilitation psycho-sociale.

Le deuxième axe de la réforme concerne le suivi de sa mise en œuvre. Le gouvernement belge a demandé à plusieurs universités d'évaluer régulièrement chacun des projets, sur la satisfaction des usagers et des professionnels, l'organisation des réseaux, la prise en compte des cinq fonctions et le public touché. En 2014, 19 « projets de réseaux » avaient vu le jour et couvraient l'ensemble du territoire (21). Ces nouveaux dispositifs passent progressivement du statut de projets expérimentaux à celui de dispositifs pérennes (24).

Contrairement au Royaume-Uni, la réforme belge s'est voulue incitative et progressive, en poussant les partenaires locaux à s'entendre pour réorganiser l'offre de soins. Si la méthode est différente, les fondements théoriques et les objectifs sont similaires. Nous allons maintenant voir comment les équipes de crise sont intégrées dans les projets 107.

(ii) Les équipes d'intervention de crise depuis l'article 107

Sous l'impulsion de l'application de l'article 107, de nombreux dispositifs mobiles de soins dits intensifs ont vu le jour sur l'ensemble du territoire. Leur but commun est de traiter les patients dans un environnement le moins contraignant possible. Elles couvrent aujourd'hui les grandes aires urbaines, et une large partie du territoire national. La liberté accordée lors de leur création a abouti à des équipes au fonctionnement disparate.

La plupart des « projets 107 » ont choisi de distinguer les équipes de crise, pour les troubles aigus, des équipes de suivi intensif, pour les troubles chroniques. Chacune de ces équipes a défini son propre fonctionnement : horaires, composition, indications, contre-indications varient localement. Ainsi, dans la région Hainaut, l'équipe de psychiatrie 2A opère 24h sur 24, toute la semaine, sur le modèle des

CRHTT (25). A Liège, l'équipe de traitement ambulatoire de la crise (ETAC) fonctionne en journée, avec des visites de 9h à 20h tous les jours et une permanence téléphonique de 7h à 00h (26). Elle prend en charge uniquement des patients adressés par un médecin ou un partenaire conventionné, et répond à la demande dans les 48h.

D'autres équipes se sont organisées différemment pour assumer la fonction 2. Dans la région Centre, les équipes ont été créées en fonction des populations cibles et non de la temporalité du trouble (27). Elles prennent donc en charge au domicile aussi bien les situations aiguës que chroniques. Par exemple, nous y avons retrouvé :

- Une équipe dédiée aux troubles du comportement chez les patients atteints de retard mental avec comorbidité psychiatrique,
- Une équipe prenant en charge les conduites addictives,
- Une équipe s'occupant des adultes présentant des troubles psychiatriques sévères.

On le voit, cette réforme a accéléré et généralisé l'implantation d'équipes mobiles de crise sur le territoire belge. Il faut souligner l'hétérogénéité des EMC, créées selon les besoins, les pratiques et les ressources locales. Ceci rend difficile une évaluation fiable et standardisée de leur efficacité à l'échelle du pays. Elle nourrit toutefois une réflexion sur les pratiques, car la réforme encourage le partage d'expérience entre équipes et la réévaluation régulière de chaque « projet 107 ».

(b) Dispositifs mobile de crise aux USA

(i) Spécificités politiques et historiques des Etats-Unis

Pour comprendre l'organisation actuelle des équipes de crise américaines, il est nécessaire de rappeler certaines particularités de ce pays. Sur le plan politique, il se caractérise par une organisation fédérale. Le gouvernement fédéral a un pouvoir législatif restreint, concentré sur la politique étrangère, la défense et le commerce extérieur. Historiquement, le domaine de la santé et des affaires sociales relevait exclusivement des Etats. Ce principe est hérité de la première loi sur les malades mentaux, en 1854. Cette loi, la *Bill for the Benefit of the Indigent Insane*, prévoyait la cession de terrains fédéraux pour la construction d'asiles. Elle fut votée par le Congrès mais le président Franklin Pierce y opposa son veto (28), considérant qu'il s'agissait là de la compétence exclusive des Etats. Ce faisant, il créa un précédent qui fit jurisprudence pendant 70 ans. Il faudra attendre la Grande Dépression pour que le gouvernement fédéral légifère à nouveau dans le domaine de la santé et de la protection sociale.

Actuellement, on peut schématiser la répartition des rôles ainsi : les autorités fédérales définissent des standards minimum de protection sociale et participent à leur financement. C'est l'exemple de l'*Affordable Care Act* ou « Obamacare » en 2010. Elles s'occupent également de la recherche publique. Les Etats définissent eux-mêmes leurs politiques de santé dans la limite des contraintes édictées par Washington.

Concernant la santé mentale, les Etats-Unis se distinguent par :

- un accent mis sur la prévention et la recherche,
- un système de santé majoritairement privé,
- une sensibilisation de l'opinion publique aux troubles psychiatriques, en particulier chez les vétérans de guerre.

Le système asilaire a prévalu jusqu'à la fin des années 40. A cette époque, le pays a vu revenir d'Europe de nombreux soldats atteints de troubles psychiatriques. La visibilité soudaine de ces troubles, le statut social des personnes touchées – des vétérans de guerre, et la demande pressante des familles et des patients poussent le gouvernement à s'emparer de la question. A la même époque, la communauté scientifique prend conscience de l'importance du diagnostic et du traitement des maladies mentales pour une prise en charge efficace. Dans ce contexte, en 1946, le Congrès vote le *National Mental Health Act* (29). Il crée ainsi le *National Institute of Mental Health*, un institut fédéral de recherche. Il débloque aussi des fonds pour la formation de professionnels supplémentaires afin d'améliorer la détection et la prise en charge de ces troubles. En 1963, sous l'administration Kennedy, un pas considérable vers la désinstitutionalisation est fait avec le vote du *Community Mental Health Act* (30). Cette loi débloque des fonds pour financer des structures de soins communautaires, et de nouvelles structures de recherche. Par la suite, sous l'administration Clinton puis Obama, les efforts législatifs porteront surtout sur la prise en charge par les assurances des frais de santé en psychiatrie. Ils introduiront la notion de *parity*, à savoir l'obligation faite aux assureurs d'inclure les soins psychiatriques dans leurs prestations, au même titre que les soins MCO (31). Cette notion de *parity* reste toutefois politiquement controversée, et est fragilisée par les orientations de l'administration Trump.

(ii) *La mobilité aux USA : le rôle de la psychiatrie communautaire*

Dans le monde anglo-saxon, la création des équipes de crise est indissociable du concept de psychiatrie communautaire. Nous avons vu comment, au Royaume-Uni, l'apparition des *crisis resolution*

teams puis des CRHTT s'est faite par la spécialisation progressive de services communautaires. Nous allons détailler ici cette évolution, puisque c'est surtout aux Etats-Unis que s'est structuré le concept de psychiatrie communautaire (3).

La psychiatrie communautaire est définie par Ramonet comme « *le passage du soin à l'hôpital vers [la] communauté, dans une approche globale de l'utilisateur en tant que citoyen et non plus uniquement en tant que patient* » (32). Elle s'intéresse avant tout à la prise en charge du sujet dans son environnement, en prenant largement en compte la dimension sociale. Le terme « communautaire », traduction de *community*, désigne l'environnement social du patient et ne doit pas être entendu au sens sociologique, ethnique ou religieux. Les premières initiatives se développent dans les années 50, dans le contexte de désinstitutionnalisation. On voit alors apparaître de nombreuses structures dans la communauté telles que des hôpitaux de jour, des maisons de convalescence, des centres de réhabilitation psychosociale,... Mais c'est dans les années 60 que ces programmes vont pleinement se développer, sous l'impulsion du *Community Mental Health Act* (30) voté en 1963. Cette loi modifie profondément et rapidement l'offre de soins grâce, notamment, au financement qu'elle propose. A l'époque, les hôpitaux psychiatriques sont financés par les Etats. Or, cette loi prévoit un financement fédéral des structures communautaires. En développant ces dernières, les Etats n'augmentent donc pas leur budget alloué à la santé mentale, ou même le diminuent en fermant des lits d'hospitalisation.

Le modèle de Madison, dans le Wisconsin, est un programme pionnier de la psychiatrie communautaire, et déterminant dans l'apparition des équipes de crise (33). Il est élaboré à l'hôpital de Mendota par Test et Stein. Dans un premier temps, dès 1965, ces auteurs vont développer des programmes à destination de patients vivant au long cours à l'hôpital sans perspective de sortie, dits « institutionnalisés ». L'objectif est de combattre les effets de l'institutionnalisation en développant les facultés psychosociales de cette population. Ainsi, ces patients peuvent sortir de l'hôpital et réintégrer la communauté, où l'équipe de Mendota les prend en charge de manière intensive. Dans un second temps, les auteurs vont choisir d'appliquer ces programmes de réhabilitation non plus avant la sortie de l'hôpital, mais immédiatement au décours. En effet, ils font l'hypothèse que l'environnement social habituel du patient est plus efficace pour la restauration des facultés sociales que le milieu hospitalier. Plus tard, ils vont s'attacher à prévenir les ré-hospitalisations en élargissant leur champ d'intervention : disponibilité jour et nuit, aide sociale plus fournie pour pallier les besoins primaires, suivi prolongé avec intensification des programmes de réhabilitation. Enfin, devant l'efficacité du modèle, il sera élargi aux patients les plus jeunes, aux patients opposants aux soins, et aux situations de crise. Il sera répliqué

largement dans le monde anglo-saxon, donnant naissance aux concepts d'*Assertive Community Treatment*, de *Case Management* et d'*Intensive Care Management*. Ces programmes ont montré leur efficacité à travers de nombreuses publications (32), devenant une référence dans la prise en charge de patients atteints de troubles psychiatriques sévères et chroniques (34), (35), (36).

Dès les années 70, des services travaillant dans la communauté et au domicile essaient donc dans le monde anglo-saxon, à l'instar du Royaume-Uni (*Barnett Family Service*, (8)), ou en Australie (*District of Victoria*, (10)). Par la suite, comme nous l'avons vu dans le cas britannique, ces services créeront des équipes exclusivement centrées sur la gestion de la crise. Elles s'inscrivent pleinement dans le courant de psychiatrie communautaire, mais nécessitent des moyens dédiés.

(iii) Organisation actuelle des équipes de crise aux Etats-Unis

Comme nous l'avons vu, la mise en œuvre des politiques de santé relève des Etats et non du gouvernement fédéral. Par conséquent, l'organisation des dispositifs mobiles de crise est très disparate sur le territoire états-unien. Certaines caractéristiques communes se dessinent toutefois, avec une organisation héritée de la psychiatrie communautaire d'une part, et de la médecine d'urgence d'autre part.

Prenons l'exemple de l'Etat de New York. Dans cette localité, dès 1989, le gouvernement a créé le *Comprehensive Psychiatric Emergency Program* (CPEP). Il s'agit d'établir des entités regroupant tous les services jugés nécessaires pour répondre à l'urgence psychiatrique. A ce jour, il existe 19 CPEP, chacun composés de quatre structures (37) :

- Un service d'intervention de crise hospitalier, basé aux urgences générales, avec pour mission le triage comprenant l'évaluation psychiatrique et somatique, puis l'orientation du patient,
- Des lits d'observation dédiés en milieu hospitalier, pour une période de 72h, permettant une observation prolongée et une stabilisation clinique,
- Des équipes mobiles de crise communautaires, visant à l'évaluation et la gestion de la crise dans la communauté,
- Des services de crise « résidentiels » (*Crisis Residential Service*), permettant un accueil pour quelques jours, dans des structures communautaires, de patients en crise.

Il est intéressant de souligner la présence dans ces programmes intégrés de deux filières distinctes bien qu'articulées au sein du CPEP :

- D'une part, la psychiatrie d'urgence qui s'est développée sur le modèle de la médecine d'urgence, comme le souligne Julien CAVANAGH DE CARVALHO (38) : prise en charge aux urgences générales permettant un triage avec avis spécialisé, stabilisation puis orientation.
- D'autre part, l'intervention de crise menée par des structures communautaires. Les équipes mobiles de crise appartiennent à cette seconde filière, en ce sens qu'elles ne sont pas adossées à des structures hospitalières.

L'exemple de l'Etat de New York illustre bien la place des EMC dans le système de soins en santé mentale américain. Pour schématiser, on peut dire que les équipes proposant une prise en charge de la crise au domicile relèvent principalement de la psychiatrie communautaire. Elles concernent donc plutôt les patients connus de la psychiatrie, pris en charge au long cours dans le cadre de programmes type *Assertive Community Treatment* ou *Case Management*. Elles mettent l'accent sur une prise en charge globale, avec la présence notable d'assistants sociaux en santé mentale (*Mental Health Social Workers*). Comme le souligne CAVANAGH, les équipes mobiles sont d'autant plus nombreuses que la zone concernée est faiblement peuplée (zones rurales). Ce constat, nous le verrons, ne s'applique pas à la France.

En passant de la côte Est à la côte Ouest des Etats-Unis, on peut s'attarder sur l'exemple californien. La psychiatrie communautaire y est tout aussi prévalente, mais la filière de prise en charge de la crise n'est pas structurée à l'échelle de l'Etat. Le *Department of Mental Health* de Californie préconise que « tout adulte ou personne âgée atteint de trouble psychiatrique sévère ainsi que leur famille, ou enfant atteint de trouble psychiatrique sévère ainsi que sa famille devrait avoir accès à une intervention de crise dans les 24 heures » (39). Les modalités de cette intervention ne sont pas développées. En pratique, on recense en Californie des équipes mobiles de crise similaires aux équipes new-yorkaises, c'est-à-dire des équipes communautaires non adossées à des structures hospitalières. Mais il existe un autre type d'équipes mobiles de crise, ou plutôt d'urgence (40). En voici quelques exemples dans le comté de Los Angeles :

- Les *Psychiatric Mobile Response Teams* interviennent dans l'heure suivant un appel, pour une évaluation axée sur la présence ou non d'une indication à une hospitalisation sous contrainte. Elles sont composées de psychiatres hospitaliers employés par l'Etat,

- Plusieurs équipes, comme les *Law Enforcement Teams* (40), ou les récentes *Mental Evaluation Teams* (41) interviennent en première ligne avec les forces de l'ordre, sur des situations de crise suspectées d'impliquer une personne atteinte de troubles psychiatriques. Elles sont déclenchées de manière concomitante à l'envoi d'une patrouille de police. Leur rôle est double : aider les forces de police dans la gestion de l'agitation ou de l'agressivité, et permettre une orientation rapide vers les soins si nécessaire.

On le voit, la Californie, bien que proche politiquement de l'Etat de New York, s'organise différemment. Les équipes mobiles de crise y sont présentes, et opérées comme à New York par le réseau de soins communautaires. En revanche et à la différence de New York, les services publics dont les hôpitaux ont aussi des équipes mobiles axées, elles, sur les situations urgentes et la psychiatrie médico-légale. La coopération forte entre la police et la psychiatrie y est un choix politique datant des années 1990. Ce choix a pour origine un taux élevé d'incarcération combiné à un mauvais accès aux soins psychiatriques des personnes détenues, ce qui aboutit à un grand nombre de personnes souffrant de troubles sévères dans les prisons (42).

Les Etats-Unis sont donc un pays pionnier dans la création d'équipes mobiles de crise. Le développement de la psychiatrie communautaire, impulsé en 1963 par le Président Kennedy, a conduit dès les années 70 à la création des premières *Crisis Resolution Teams*. Aujourd'hui, cette intégration des CRT à l'offre de soins communautaires est toujours présente. En revanche, l'offre de soins elle-même varie d'un Etat à l'autre pour des raisons historiques et politiques. On note la présence d'autres types d'équipes mobiles, dont celles intervenant en urgence et/ou de manière simultanée avec d'autres services de secours. Ces équipes sont rares dans les autres pays occidentaux, notamment en France. Il n'y a pas de données satisfaisantes sur l'efficacité propre des équipes de crise américaines. Les études sur le sujet s'attachent en effet à une évaluation globale des programmes dans lesquels elles sont intégrées (43) : *Assertive Community Treatment, Case Management, Intensive Case Management,...*

C) Les équipes mobiles de crise en France

1) Mobilité et urgence en France, de l'après-guerre à nos jours.

(a) Mobilité et urgence en psychiatrie : de l'instauration du secteur à 2008

(i) Désinstitutionnalisation et politique de secteur

Comme ailleurs, le mouvement de désinstitutionnalisation français prend son essor après la Seconde Guerre Mondiale. Nait alors une conjoncture particulière : l'horreur des camps nazis génère un rejet massif de l'asile, perçu comme système concentrationnaire (44). Le sort des internés, morts de faim par dizaines de milliers (45), renforce ce rejet. Puis en 1952, le premier neuroleptique, la Chlorpromazine, est découvert à l'hôpital Saint Anne de Paris. Il bouleverse la prise en charge des troubles psychiatriques et permet des soins ambulatoires. Dans ce contexte, Bonafé, Tosquelles, Daumézon et bien d'autres psychiatres militent au sein du courant dit « désaliéniste ». Ce mouvement ouvre la voie à la politique du secteur décrite dans un texte de mars 1960 (46). En 1972, cette politique entre en application par une simple circulaire (47).

La sectorisation vise à « soigner les malades d'une collectivité dans son contexte, afin de préserver leur intégration sociale » (3). Elle s'appuie sur un découpage du territoire en secteurs de 70 000 habitants, disposant chacun de 210 lits d'hospitalisation. Ce calcul repose sur les recommandations de l'OMS, qui propose à l'époque 3 lits d'hospitalisation pour 1000 habitants. L'objectif est de transposer les soins psychiatriques « hors les murs » de l'hôpital. Le secteur se compose d'une équipe qui assure les soins hospitaliers, mais aussi et surtout ambulatoires. Sur son territoire se développent des CMP, des hôpitaux de jour, des CATTP, des appartements thérapeutiques, et des unités d'hospitalisation au sein de ce qu'il convient désormais d'appeler les « Centres Hospitaliers Spécialisés ». Ce maillage doit permettre la prise en charge dans la cité, par une équipe unique, de tous les patients du territoire concerné. Le but est d'améliorer l'accès aux soins et leur continuité sur l'ensemble du pays. Les autorités souhaitent ainsi diminuer le recours à l'hospitalisation. 88 000 lits seront fermés dans les années qui suivent, concomitamment à une nette réduction de la durée moyenne de séjour sur la période 1970-1990 (32).

Cette politique du secteur, marqueur de l'histoire de la psychiatrie française, prévaut toujours aujourd'hui.

(ii) Evolution de 1972 à 2008

Avec l'avènement du secteur, l'accent est donc mis sur les soins « hors les murs ». Les CMP sont le pivot de cette organisation. Dès leur création, les équipes de secteur s'organisent localement pour intervenir à domicile. Le 14 mars 1986, un arrêté détaille les missions du CMP (48) et évoque l'intervention à domicile (IAD) : « [Les CMP] sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile ». Il ne propose toutefois pas de cadre réglementaire pour ces IAD. Dans les faits, elles dépendent de l'organisation locale des soins et des moyens disponibles. Elles ciblent des patients en général déjà connus du secteur et sont le plus souvent programmées. Les CMP ont rarement les moyens d'intervenir à domicile en urgence ou semi-urgence.

L'organisation des soins psychiatriques n'intègre pas la notion d'urgence avant la fin des années 70. L'idée même qu'il existe des « urgences psychiatriques » a longtemps fait débat parmi les psychiatres français. Devant le constat irréfutable qu'il existe des situations relevant de la psychiatrie et « dont la réponse ne peut pas être différée » (49), les pouvoirs publics légifèrent à partir de 1979 sur le sujet. Une circulaire de Simone VEIL, alors Ministre de la Santé, donne un premier cadre réglementaire à l'accueil des urgences en psychiatrie (50). Elle demande la mise en place :

- d'une permanence téléphonique pour les demandes urgentes relevant de la psychiatrie,
- d'interventions de psychiatres sur le lieu de la crise (à l'époque, les services d'urgences des hôpitaux généraux),
- d'une permanence psychiatrique permettant le transport et l'accueil des patients en urgence dans les hôpitaux psychiatriques.

Comme nous allons le voir, ce texte sera ensuite étoffé et modifié à plusieurs reprises (48), (49). La « mobilité » en urgence est introduite par l'arrêté de 1986, qui mentionne la possibilité de « soins d'urgence ambulatoires ou à domicile ». Toutefois, force est de constater que l'urgence continue à être gérée à l'hôpital. D'après Robin (51), cela s'explique par la taille du secteur. A cette échelle, l'incidence des situations de crise est en effet faible, et les moyens sont insuffisants pour proposer des alternatives à l'hospitalisation en urgence. La prise en charge de la crise consiste donc en l'intervention de psychiatres aux urgences générales et/ou la création de Centres d'Accueil de Crise psychiatriques. Ceci ne permet souvent que deux orientations :

- un retour à domicile, avec un suivi psychiatrique si nécessaire,
- une hospitalisation à temps plein en psychiatrie.

Devant ce constat, et dans le cadre d'une réflexion sur la chronicité hospitalière, le Dr Serge KANNAS et ses collègues créent en 1994 l'Equipe Rapide d'Intervention de Crise, ERIC (51). Ils s'inspirent des exemples internationaux décrits précédemment. Basé à l'hôpital Charcot dans les Yvelines, ERIC est créé par mutualisation des moyens de deux secteurs adultes. L'équipe a pour but de diminuer le recours à l'hospitalisation. Contrairement à la majorité des équipes aujourd'hui en place, ERIC peut travailler en urgence, grâce à une articulation avec le SAMU - Centre 15. Des hospitalisations brèves (48h) sur des lits-portes et la possibilité d'un suivi post-urgence complètent son offre de soins. ERIC est une équipe pionnière en France, par l'originalité de sa démarche à l'époque, mais également par la réflexion et l'analyse menées par ses membres depuis sa création. Cette expérience a nourri de nombreux articles et communications.

Malgré la notoriété d'ERIC, peu de centres lui emboîtent le pas dans les années 90. La prise en charge des situations de crise fait alors l'objet de plusieurs textes (49), (52). Ils visent à développer les soins d'urgence psychiatrique à l'hôpital et à les articuler avec les soins généraux. En plus de cette réorganisation, les autorités vont développer la « mobilité » en psychiatrie, pour deux situations particulières :

- les catastrophes : les attentats du RER B à Paris en 1995 mettent brutalement en lumière l'absence de réponse organisée des acteurs de la santé mentale quant à la prise en charge des victimes. Ils entraineront la création des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP), coordonnées à l'échelon régional et national (53) .
- la précarité : la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 demande aux régions d'allouer des moyens spécifiques pour répondre aux besoins de santé de cette population (54). Elle s'appuie sur un double constat : la difficulté de prendre en charge ces patients à l'hôpital, et la prévalence importante des troubles psychiatriques parmi eux. La circulaire du 23 novembre 2005 (55) vient compléter cette mesure en créant les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP), qui disposent d'un financement fléché. Leurs missions incluent explicitement la réponse à l'urgence, même si dans les faits peu d'EMPP remplissent cette fonction. Cette impulsion politique a permis la création ou la restructuration de 92 équipes entre 2005 et 2008. En 2011, on en recensait 126 sur le territoire national (56).

A la fin des années 90 et dans les années 2000, de nombreuses équipes mobiles voient le jour. Beaucoup sont dédiées à la crise, mais elles ciblent des publics variés. Elles ne font pas l'objet d'une réglementation nationale, et disposent de peu de visibilité.

En mars 2008 se tient le premier Congrès National des Equipes Mobiles en Psychiatrie à Lille (57). Il débouche sur la création de l'Association des Equipes Mobiles en Psychiatrie. Cette association veut notamment permettre un échange sur les pratiques, et effectuer un recensement des équipes existantes.

(b) Place de la mobilité dans les politiques de santé aujourd'hui

La psychiatrie, et plus largement la santé mentale, ont fait l'objet de multiples rapports ces dernières années, à la demande des gouvernements successifs. Sur la période 2000 – 2009, on en recense, par exemple, pas moins de 15 (58). Ceci a eu pour conséquence la multiplication de textes législatifs ou réglementaires, que ce soit à l'occasion de réformes globales comme la loi Santé de 2016, ou de mesures ciblées telles que les Plans Autisme, les Plans Psychiatrie et Santé Mentale,... Ces textes évoquent surtout la question du financement en psychiatrie et en fixent les objectifs généraux. Trois axes communs s'en dégagent :

- la réaffirmation du rôle central du secteur dans l'organisation des soins,
- la volonté affichée de réformer cette politique du secteur pour aboutir à un « secteur rénové ». Il se définit, d'après MM.Robiliard (58) et Laforcade (59), par la création ou le renforcement de dispositifs intersectoriels spécialisés. Ces dispositifs, permettant de fluidifier le parcours de soins et de favoriser l'égalité d'accès aux soins, sont pensés à l'échelle d'un territoire. C'est donc localement que les politiques vont être définies via les ARS au moyen de plusieurs outils : les Projets Territoriaux de Santé Mentale, les Contrats Territoriaux de Santé Mentale, les Conseils Locaux de Santé Mentale,...
- la création de dispositifs nationaux sur des sujets jugés prioritaires : les Centres Ressources Autisme, les EMPP ou les Centres Experts, par exemple.

Par ailleurs, les politiques de santé insistent depuis plusieurs années sur le développement des activités ambulatoires, dans toutes les spécialités. C'est le « virage ambulatoire », qui est au cœur de la Loi Santé de 2016. Comme l'expliquait alors le gouvernement Valls (60), « *la loi recentre le système de santé sur les soins de proximité et engage le « virage ambulatoire » que les professionnels demandent depuis longtemps* ». En psychiatrie, ce « virage ambulatoire » a en fait été initié avec la politique de

secteur, qui visait déjà à développer les soins en-dehors de l'hôpital. Dans la loi de 2016, l'augmentation de la part des soins ambulatoires concerne surtout la chirurgie. Les articles concernant la psychiatrie, notamment l'article 69, se concentrent sur l'organisation territoriale. Les besoins en santé mentale, et les réponses à y apporter, doivent être définis localement avec tous les acteurs. Le développement de l'ambulatoire en psychiatrie n'est pas évoqué, il s'agit plutôt d'améliorer le « parcours de soins ». En résumé, la Ministre de la Santé souhaite améliorer l'accès aux soins psychiatriques, et charge les territoires de développer les outils pour y parvenir. L'article 69 n'apporte donc aucune précision concernant la « mobilité », et n'évoque pas les soins de crise et d'urgence. Il se borne à réaffirmer le rôle du secteur dans les mêmes termes que dans les années 70 :

« Au sein de cette activité, la mission de psychiatrie de secteur, qui concourt à la politique de santé mentale définie à l'article L. 3221-1, consiste à garantir à l'ensemble de la population [...] un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, assuré par des équipes pluriprofessionnelles, en coopération avec les équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et les communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 ».

Pourtant, les rapports successifs abordent la nécessité de développer les alternatives à l'hospitalisation, et font des propositions précises en ce sens. Citons par exemple le rapport Laforcade (59) : « *Le centre de gravité du dispositif de soins doit devenir le domicile, l'hôpital l'exception.* » L'auteur détaille ensuite des exemples d'équipes mobiles en France et à l'étranger, en évoquant l'impact positif aussi bien sur le plan clinique qu'économique. Il souligne que « *la question de l'intervention à domicile pourrait faire l'objet d'un référentiel destiné à prioriser les interventions et harmoniser les pratiques* ».

En résumé, les équipes mobiles de crise pourraient donc répondre à plusieurs objectifs nationaux en matière de santé mentale : proposer des alternatives à l'hospitalisation, améliorer l'accès aux soins, développer la prévention en santé mentale, concourir à la déstigmatisation des troubles psychiatriques, entre autres. De multiples rapports insistent, depuis des années, sur l'intérêt de développer les équipes mobiles, dont certaines dédiées à la crise. Mais force est de constater que ce diagnostic clair, partagé et répété n'a toujours pas eu de traduction politique à ce jour.

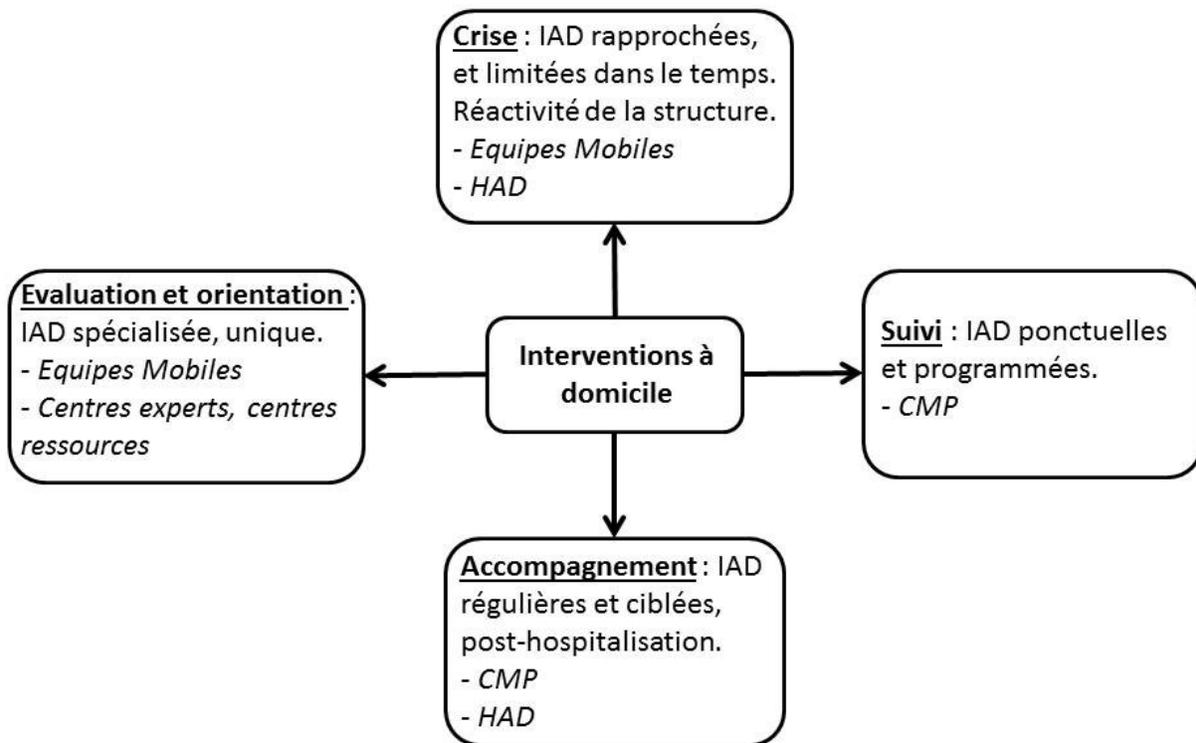
2) Les équipes mobiles de crise en France

Nous allons maintenant nous intéresser aux différents types d'intervention à domicile qui existent aujourd'hui, avant d'étudier le fonctionnement actuel des équipes de crise en France.

(a) La « mobilité », un terme unique pour des pratiques multiples

Les interventions à domicile (IAD) en France recourent une grande hétérogénéité de pratiques. On peut les répartir en quatre grandes catégories en fonction de leur but, comme le propose l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). La **Figure 3** reprend cette classification en mentionnant, en italique, les services les plus fréquemment impliqués dans ces différentes IAD.

Figure 3 : Classification des IAD de psychiatrie en France (selon ANAP, 2015)



Les deux grands pourvoyeurs d'IAD sont les CMP et les équipes mobiles. Le dispositif d'HAD, ouvert à la psychiatrie depuis 2004, est également un cadre intéressant pour proposer des soins intensifs à domicile. Il pourrait donc être utilisé à la fois pour des interventions de crise et/ou d'accompagnement en sortie d'hospitalisation. Toutefois, plusieurs auteurs soulignent que le cadre réglementaire de l'HAD,

trop rigide et qui n'a pas été initialement conçu pour la psychiatrie, est un frein à son développement (43).

Les CMP ont développé des IAD depuis la création du secteur. Ils proposent surtout des interventions de suivi ou d'accompagnement. Peu d'entre eux ont les moyens de répondre en urgence ou semi-urgence, et ceux qui le font se concentrent sur l'évaluation et l'orientation. Leurs pratiques en matière de « mobilité » sont hétérogènes. L'ARS Pays de la Loire a mené en 2015 une étude illustrant cette hétérogénéité. La proportion de patients ayant bénéficié d'au moins une IAD en 2014 variait ainsi de 2 à 75% selon les CMP étudiés (61).

Les équipes mobiles sont, elles, adaptées pour des IAD d'évaluation et d'orientation, et/ou des interventions de crise. Certaines assurent aussi les IAD de suivi et d'accompagnement. Comme les CMP, elles s'organisent de manière disparate. Leurs missions sont définies en fonction des besoins et moyens locaux. Les équipes mobiles de psychiatrie présentent des plus-values par rapport aux IAD des CMP, comme le relève l'ARS Pays de la Loire (61):

- des interventions précoces permettant des actions de prévention,
- des interventions auprès de patients non connus ou perdus de vue,
- une fonction d'expertise par la spécialisation des équipes et leur caractère pluridisciplinaire,
- une réactivité permettant la gestion de la crise pour les équipes qui en font le choix,
- une plus grande souplesse dans la prise en charge
- une approche globale des situations,
- un travail en réseau,
- une plus grande fluidité apportée au parcours de soins,
- un travail auprès des familles et sur l'insertion dans le milieu ordinaire de vie.

(b) Des équipes mobiles peu visibles

Pour mieux décrire les équipes mobiles de crise françaises, nous avons utilisé deux moyens. Dans un premier temps, nous avons cherché à collecter les informations issues de la littérature sur le sujet. Néanmoins, il est rapidement apparu qu'elle était pauvre et parcellaire. Nous avons donc décidé de contacter directement un maximum d'équipes mobiles de crise afin de compléter cet état des lieux. Nous avons donc recueilli les réponses à un questionnaire créé pour ce travail (**Annexe XX**), envoyé à

une quinzaine d'équipes. Il visait à déterminer leur organisation, leur activité et leur avis sur le fonctionnement des équipes mobiles de crise en général.

Nous avons contacté les équipes remplissant les critères suivants :

- Possibilité d'intervention au domicile des patients,
- Réactivité de la réponse (inférieure à une semaine),
- Travail axé sur les situations de crise.

Nous les avons identifiées par des recherches Internet, par des informations issues d'autres équipes mobiles, et par la littérature scientifique sur le sujet. Citons notamment le recensement effectué par Nelly Jeannin dans son travail de thèse en 2017 (44), qui a retrouvé 164 équipes mobiles de psychiatrie, qu'elles soient dédiées ou non à la crise.

La principale difficulté rencontrée lors de l'étude des équipes mobiles de crise françaises fut celle de leur identification. Ce problème se pose également pour l'étude des équipes mobiles au sens large. Comme le souligne Jeannin (44), deux raisons expliquent cette difficulté :

- l'absence de base de données ou de source d'informations fiables sur le sujet. Les ARS, par exemple, ne disposent pas de liste des équipes mobiles opérant sur leur territoire. L'Association des Equipes Mobiles en Psychiatrie tente, elle, de recenser ces équipes, mais ce travail n'a pas encore abouti à ce jour,
- l'absence de dénomination commune, avec parfois l'absence de mention du caractère mobile de l'équipe, ou de son travail sur la crise. On retrouve des noms aussi divers que : ERIC (Equipe Rapide d'Intervention de Crise), ULICE (Unité Locale d'Intervention de Crise et d'Evaluation), Psy'mobile,...

Plus encore que le nom des équipes, c'est aussi la manière dont elles se définissent qui rend leur identification difficile. Il n'existe en effet pas de définition française consensuelle des équipes mobiles de crise. Comme nous allons le détailler, ces équipes ciblent des publics souvent différents, avec des objectifs variables, bien qu'on puisse dégager des caractéristiques communes. Comme le constatait le Haut Conseil de la Santé Publique en 2016 : « *Il s'agit encore d'initiatives ponctuelles dont certaines semblent efficaces mais [...] on est loin d'une systématisation et d'un suivi régulier* » (62).

(c) Equipes mobile de crise en France : les points communs

(i) Les apports de la littérature

Nous nous sommes appuyés notamment sur le travail de l'ANAP (63), qui s'est intéressé à la mobilité en psychiatrie. Les caractéristiques communes des équipes françaises sont :

- un objectif commun de maintien à domicile comme alternative à l'hospitalisation,
- un rôle d'évaluation rapide des situations (risque suicidaire, hétéro-agressivité) afin de favoriser l'orientation du patient,
- un rôle de lien entre les différentes structures, qu'elles soient sanitaires, médico-sociales ou sociales. Ces équipes sont en effet à l'interface entre l'hôpital et la communauté et constituent donc une porte d'entrée bien identifiée vers les soins psychiatriques,
- un manque d'informations sur l'activité effective des équipes, le RIM-P n'étant pas adapté à ce type de pratique.

Il est frappant de constater que la prise en charge de la crise n'est pas une caractéristique commune aux équipes mobiles de crise. Dans les faits, toutes les équipes proposent une évaluation en urgence ou semi-urgence, mais elles n'assurent pas forcément un suivi intensif au domicile.

(ii) Retours d'expérience

Les équipes pour lesquelles les informations étaient disponibles et la manière dont elles sont organisées sont résumées dans l'**Annexe 1**. Sur les 13 équipes identifiées, 7 ont répondu à notre questionnaire. Nous avons pu obtenir les informations manquantes pour 2 autres équipes, EMIS et ERIC, par des publications ou communications qu'elles ont réalisées ((64), (65)).

Leur création est récente, à l'exception notable d'ERIC. La majorité des équipes sont apparues dans les années 2000-2010, dans le contexte de la création des EMPP (2005) et de l'Association des Equipes Mobiles en Psychiatrie (2008). Leur objectif est de faciliter l'accès aux soins.

Plusieurs caractéristiques communes se dégagent dans leur fonctionnement :

- leurs horaires d'ouverture sont restreints. Hormis ERIC, ces équipes ne sont ouvertes qu'en journée, les jours de semaine. En dehors de ces horaires, la permanence téléphonique est assurée le plus souvent par les services intra-hospitaliers,

- elles sont implantées dans des agglomérations, avec des interventions majoritairement en secteur urbain,
- elles interviennent auprès de patients connus et non connus,
- elles proposent une évaluation systématique et rapide des situations. Pour reprendre la classification de l'ANAP, toutes assurent des IAD « d'évaluation et d'orientation ».

(d) Equipes mobiles de crise en France : une grande disparité

(i) Les apports de la littérature

La littérature française met en avant l'hétérogénéité des équipes mobiles de crise françaises sur deux points principaux.

En premier lieu, on note une implantation inégale sur le territoire. L'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) s'est intéressé en 2014 à la disparité de l'offre de soins en psychiatrie (66). Dans ce rapport, les équipes mobiles de crise ne sont pas étudiées spécifiquement, mais dans le cadre des « équipes mobiles spécialisées ». Il distingue 5 « classes » de territoires (**Tableau 4**) :

- Les territoires de classe 1 et 2 proposent peu d'équipes mobiles spécialisées et peu de soins à domicile. Cela vient soit d'un manque de moyens, soit d'un déploiement prioritaire de ces moyens en direction de l'intra-hospitalier.
- Les territoires de classe 3 regroupent les grandes zones urbaines. Ils se caractérisent par une offre de soins importante, publique et privée, de nombreuses structures spécialisées et une bonne accessibilité des structures ambulatoires. La proportion de soins à domicile y est inférieure à la moyenne nationale. Il n'y a pas de présence significative d'équipes mobiles spécialisées.
- Les territoires de classe 4 et 5 regroupent des zones rurales et des pôles urbains de petite ou moyenne taille. Ils sont, à l'inverse des territoires de classe 1 et 2, bien dotés en personnel et en structures de soins. Dans ces territoires, le taux de soins à domicile et le nombre d'équipes mobiles spécialisées sont supérieurs à la moyenne.

Tableau 4 : Disparité territoriale des équipes mobiles spécialisées de psychiatrie et des soins à domicile en France, selon IRDES 2014.

Territoire <i>(% de la population française)</i>	Principales caractéristiques	Equipes mobiles spécialisées	Soins à domicile
Classe 1 <i>(11%)</i>	- Faible dotation en personnel, - Faible dotation en équipements, - Faible taux de recours global à la psychiatrie.	Rares	Peu développés
Classe 2 <i>(16%)</i>	- Ressources concentrées sur l'intra-hospitalier.		
Classe 3 <i>(46%)</i>	- Territoires urbains, - Offre privée importante, - Organisation des soins adaptée au milieu urbain.	Rares	Peu développés
Classe 4 <i>(18%)</i>	- Bonne dotation en personnel, - Bonne dotation en équipements, - « Approche globale » des soins.	Nombreuses	Bien développés
Classe 5 <i>(10%)</i>	- Territoires ruraux, - Faible recours à l'hospitalisation, - Offre sanitaire et médico-sociale importante.		

Selon l'IRDES, les grandes villes se caractérisent donc par un faible taux de soins à domicile et un faible nombre « d'équipes mobiles spécialisées ». Ce constat semble contradictoire avec l'implantation majoritairement urbaine des équipes de crise que nous avons contactées. Cela peut toutefois s'expliquer par le rôle que se donnent les équipes mobiles de crise : elles sont axées sur l'évaluation et l'orientation, et dispensent rarement des soins à domicile. De plus, on peut penser que la bonne accessibilité des structures hospitalières et ambulatoires dans les grandes villes n'incite pas à y développer des soins à domicile. A l'inverse, le taux important de soins à domicile et d'équipes mobiles dans les territoires de classe 4 et 5 peut s'expliquer par l'éloignement des établissements de soins. Toutefois, nous n'avons pas identifié d'équipes de crise dans ces territoires. Cela suggère que les soins à domicile y sont fournis dans le cadre d'un suivi et que la gestion de la crise est confiée aux structures hospitalières.

Bien que cette étude ne distingue pas les équipes mobiles de crise des autres, on peut donc en tirer les constats suivants :

- Le développement de la « mobilité » et des soins à domicile semble favorisé par une faible densité de population et des moyens humains importants,
- Dans les zones faiblement peuplées, même celles où les équipes mobiles sont nombreuses, la prise en charge de la crise semble se faire plutôt à l'hôpital,
- Les équipes mobiles de crise s'implantent surtout dans des zones fortement peuplées. Elles pourraient ainsi être plus réactives, car les distances y sont réduites,
- Nous avons vu que les équipes de crise françaises assurent peu de soins à domicile. La forte concentration de structures sanitaires dans les zones urbaines où elles opèrent pourrait expliquer qu'elles y soient peu incitées.

En second lieu, les équipes mobiles de crise françaises regroupent différents modèles théoriques. La Fédération de Recherche en Santé Mentale 59 – 62 a étudié les différentes « philosophies » présentes dans les équipes mobiles de crise (3). Elle en dégage quatre grands modèles :

- Le modèle « Rennes/ERIC » vise à favoriser l'accès aux soins de personnes qui n'en sont pas en demande. Le travail consiste donc à aller au-devant de ces personnes, travailler la demande de soins, pour ensuite les orienter vers les structures adéquates.
- Le modèle « clinique de la non-demande et travail sur le tiers » est une variante du précédent, inspiré de l'équipe pour adolescents du Dr Vincent Garcin (Lille). En plus du travail sur la demande de soins, les équipes accompagnent les institutions demandeuses. Le but est de les aider à repérer les situations de crise et à les former aux principes élémentaires de prise en charge. Cela nécessite un travail de réseau important. Ce modèle s'applique tout particulièrement aux patients vivant en institution.
- Le modèle « travail intensif dans la cité » peut rappeler les CRHTT anglaises. Il ne s'agit pas d'amener la personne vers les soins classiques, mais d' « *amener le soin au domicile* ». Dans cette optique, « *l'équipe n'est pas un dispositif d'accès aux soins, mais le soin lui-même* ».
- Le modèle dit « Médecins du Monde », illustré notamment par l'équipe ULICE à Marseille, propose lui aussi un « travail intensif dans la cité ». Mais à la différence des CRHTT, ces équipes ne sont pas issues de l'institution psychiatrique. Elles se sont développées à partir du milieu associatif, en direction des populations précaires, avant de créer des liens forts avec le milieu sanitaire. Comme le dit Demailly (3), ce modèle pourrait être qualifié de « *petit secteur autonome et entièrement voué au soin de la précarité* ».

Pour synthétiser, on peut dire que les deux premiers modèles sont axés sur l'accès aux soins « classiques ». C'est le cas de la grande majorité des équipes mobiles de crise françaises. Les deux derniers modèles proposent une prise en charge de la crise au domicile ou à son substitut, et se rapprochent en ce sens plutôt des équipes anglaises.

(ii) Retours d'expérience

D'après les réponses reçues suite à l'envoi de notre questionnaire et aux informations disponibles sur chaque équipe, nous avons pu relever les différences suivantes :

- sur les caractéristiques du public cible:
 - l'âge : certaines équipes prennent en charge indifféremment mineurs et majeurs (ULICE), beaucoup interviennent chez les grands adolescents et adultes (à partir de 16 ans). Certaines, comme Psy'mobile, ne prennent pas en charge les personnes âgées. Ces différences s'expliquent par l'offre de soins dans le territoire concerné (présence d'une équipe mobile de psychogériatrie, d'une équipe mobile pour adolescents,...),
 - la situation sociale : plusieurs équipes ne prennent pas en charge les publics précaires, qui relèvent souvent des EMPP. A l'inverse, certains territoires non dotés d'une EMPP, ou avec des EMPP n'intervenant pas sur la crise, ont vues se créer des équipes mobiles de crise axées sur ce public (ULICE à Marseille, par exemple). Citons aussi la démarche originale de l'Equipe Mobile Prévention Précarité à Besançon, qui résulte de la fusion d'une équipe de crise et d'une équipe spécialisée dans l'accompagnement des personnes en grande précarité,
 - les situations cliniques : par exemple, l'EMPS, dans la Sarthe, est axée sur les problématiques suicidaires. ERIC, elle, cible les situations d'urgence relevant des services de secours, en plus des situations de crise.
- sur les moyens alloués.
 - Certaines équipes mobiles de crise disposent d'une équipe et de moyens matériels spécifiquement dédiés (ERIC, ULICE, EMIC, Psy'mobile,...).
 - D'autres ont une équipe dédiée, mais des moyens matériels communs à d'autres services (généralement un CMP). C'est le cas d'EMAP ou d'EMIS.

- Enfin, pour certains comme l'UMES, les moyens humains et matériels sont mis en commun avec le CMP. Cette organisation génère des tensions institutionnelles.
 - Par ailleurs, l'**Annexe 1** montre que la composition des équipes, en nombre et en professions représentées, varie fortement.
- sur la durée et la nature de l'intervention proposée. Nous l'avons vu, toutes les équipes proposent une évaluation de crise. Après cette évaluation, chacune a ses propres modalités d'intervention : orientation rapide, suivi ambulatoire dans les locaux, suivi intensif au domicile voire suivi au long cours.

(e) Difficultés rencontrées par les équipes et pistes d'amélioration

(i) Difficultés relevées par les équipes

Les équipes étaient invitées à décrire en texte libre les difficultés qu'elles rencontrent pour remplir leurs missions. Toutes ont rempli cet item. A partir des réponses fournies, nous avons identifié quatre difficultés principales :

- le manque de moyens, notamment humain, rapporté par quatre équipes. Cela peut les contraindre à réduire leurs interventions et/ou à ne pas pouvoir respecter les règles de fonctionnement qu'elles se sont initialement données. Une équipe déplore ainsi être amenée à faire des IAD avec un seul professionnel, alors que son projet médical exigeait des visites en binôme.
- une mauvaise articulation avec les autres structures de soins. Deux équipes pointent la difficulté à organiser un relais adapté aux patients qu'elles rencontrent, soit par l'absence de structure ad hoc, soit par des délais d'attente trop importants.
- une mauvaise compréhension du rôle de ces équipes par les partenaires et les usagers. La notion « d'intervention de crise » est souvent confondue avec « intervention en urgence », et les équipes sont parfois assimilées à un « SAMU psychiatrique ». Cette vigilance nécessaire contre une confusion des rôles fut même illustrée dans notre travail. Une équipe, par exemple, a tenu à insister sur le fait qu'elle ne travaille pas en urgence avant d'accepter de remplir le questionnaire.
- une incompréhension du rôle des équipes de crise par l'institution psychiatrique. Deux équipes rapportent ainsi des tensions institutionnelles, car les IAD sont chronophages et peuvent être perçues comme inutiles, leur étant opposé parfois que cela ne servait qu'à

orienter des patients vers le CMP, par exemple. Cela a même abouti à la réduction du personnel de l'une des équipes.

(ii) Pistes d'amélioration suggérées

Nous avons voulu connaître les suggestions des équipes de crise pour améliorer leur visibilité, et leur efficacité. A partir des réponses reçues, nous pouvons dégager trois pistes d'amélioration principales :

- une adaptation des pratiques professionnelles par la formation. Le travail à domicile, qui plus est dans un contexte de crise, nécessite des compétences particulières. Citons par exemple la gestion des risques (suicidaire, dangerosité), l'amorce de l'alliance thérapeutique ou encore le travail avec la famille et l'entourage.
- une communication soutenue et renouvelée au niveau local. Les équipes citent l'information aux médecins libéraux (généralistes ou spécialistes), aux psychiatres hospitaliers, à la population, aux associations d'usagers, ainsi que la participation aux CLSM.
- une harmonisation des pratiques au niveau national. Deux équipes soulignent que cela pourrait être favorisé par une évaluation médico-économique poussée, ainsi que par la création d'indicateurs adaptés.

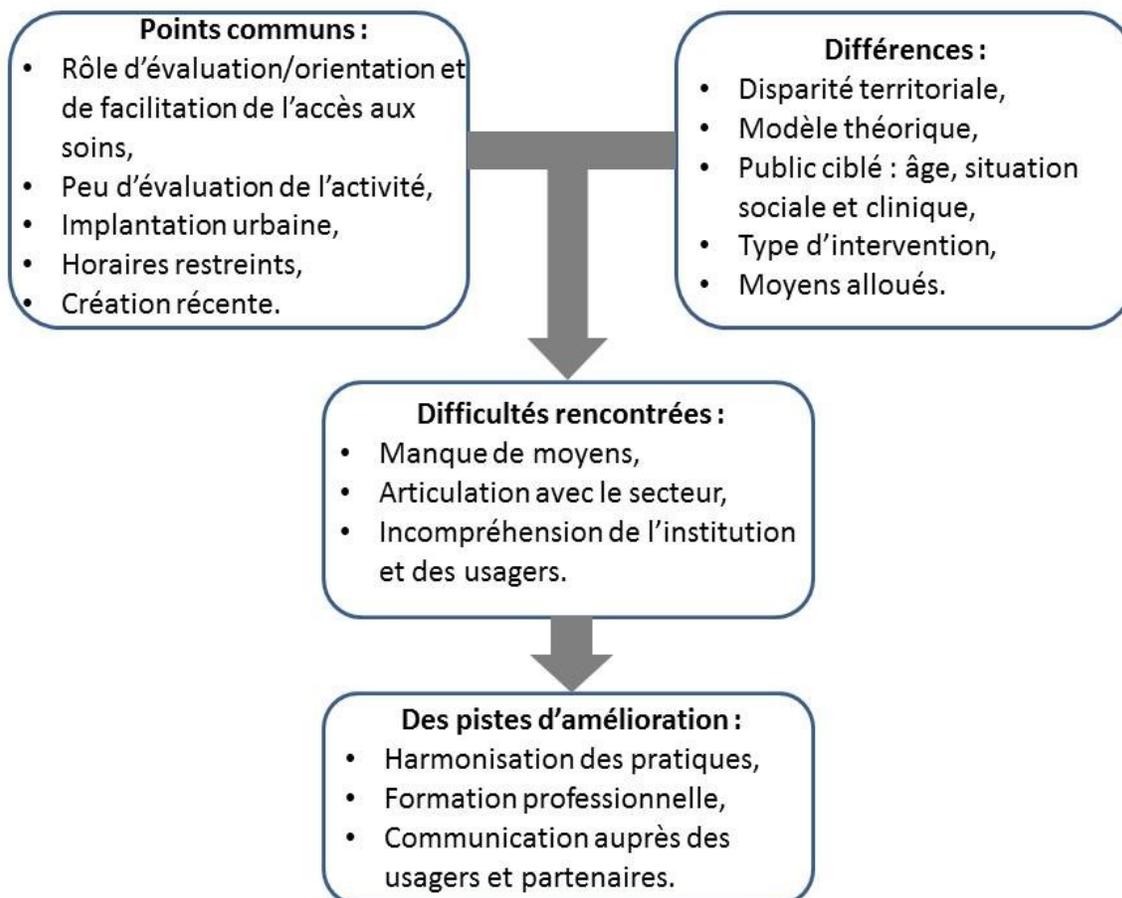
(f) Synthèse

Ce travail, basé sur les quelques données disponibles dans la littérature et le retour d'équipes concernées met en évidence un paradoxe. D'un côté, elles sont capables de répondre à des besoins de santé publique bien identifiés. Dans les faits, elles sont peu nombreuses, disparates et rencontrent des freins à leur développement. Elles peinent à trouver leur place dans la politique de secteur actuelle. Il semble donc que leur essor pourrait être favorisé par une impulsion nationale forte, et dans le cadre de dispositifs intersectoriels.

Il faut également souligner que les équipes françaises ne remplissent pas le même rôle que leurs homologues anglo-saxonnes, au premier rang desquelles les CRHTT. Elles assurent principalement une fonction d'évaluation et d'orientation, plus qu'une prise en charge intensive à domicile.

Dans la **Figure 4**, nous résumons leurs caractéristiques, leurs difficultés et leurs suggestions d'amélioration.

Figure 4 : Résultats de l'enquête sur les équipes mobiles d'intervention de crise en France :



III) Equipes mobiles de crise : bilan d'activité et résultats

A) Activité et résultats des équipes au Royaume – Uni

Nous n'aborderons pas ici les résultats des équipes de crise étrangères autres que les CRHTT. En effet, la littérature sur ce sujet est très pauvre. A l'inverse, au Royaume – Uni, la mise en place simultanée d'équipes homogènes a permis de conduire plusieurs études sur leurs résultats.

On peut citer une exception avec la Norvège qui a conduit une étude longitudinale (67–69). Les norvégiens ont transposé le dispositif anglais dans leur pays avec des CRHTT maillant le territoire. Pour cette raison, nous avons intégré ces résultats à ceux des CRHTT anglaises.

Nous l'avons vu, les objectifs des CRHTT sont multiples. Pour les autorités, il s'agit d'abord de trouver un dispositif alternatif à l'hospitalisation, qui soit efficace et moins coûteux. Pour les équipes et les usagers, il s'agit plutôt d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins et de diminuer la stigmatisation des patients. Nous allons ici résumer les principaux résultats concernant chacun des critères étudiés.

1) Nombre d'admissions

L'efficacité des CRHTT sur la réduction du nombre d'admission est le critère le plus étudié. Il reflète la fonction de *gate-keeper* des CRHTT. Le **Tableau 5** liste les huit principales études sur le sujet. La majorité de ces études retrouve une diminution significative des admissions. La plupart d'entre elles sont observationnelles et rétrospectives. Il existe toutefois une étude contrôlée randomisée. Six de ces études retrouvent une diminution significative des admissions, de 22,7% à 37,5%. Les deux autres ne retrouvent pas de différence significative. Il semble donc clair que la présence des CRHTT sur un territoire y réduit le nombre d'admissions. Toutefois, les niveaux de preuve restent faibles, la réalisation d'études contrôlées et randomisées étant méthodologiquement compliquée.

Plusieurs auteurs nuancent la causalité entre le travail de ces équipes et cette réduction des admissions (70). De nombreux facteurs confondants potentiels existent : par exemple, les secteurs créant des CRHTT sont potentiellement déjà impliqués dans d'autres politiques de réduction des hospitalisations. On peut également voir parfois des fermetures de lits concomitantes à l'ouverture d'une CRHTT, ce qui diminue mécaniquement les admissions.

Tableau 5 : Efficacité des CRHTT sur la réduction du nombre d'admissions en service de psychiatrie en Angleterre.

Etude	Type d'étude	Résultats
Paton, 2016 (71)	<i>Méta-analyse d'études britanniques (1 méta-analyse, 6 revues de littérature, 15 études)</i>	Diminution significative de la probabilité d'admission à 3, 6 et 12 mois : RR = 0,4, IC95% [0,31-0,51], Diminution significative de la probabilité d'admission à 24 mois : RR = 0,32, IC95% [0,22 – 0,46].
Barker, 2011 (72)	<i>Comparaison avant / après, Edimbourg</i>	Diminution significative du nombre d'admission l'année suivant la création de l'équipe par rapport à la moyenne des 5 années précédentes, -28,58%, p<0.0001.
Jacobs et Barrenho, 2011 (70)	<i>Etude avant / après, multicentrique</i>	Pas de différence significative.
Johnson, 2005a (73)	<i>Etude avant / après à Islington, Londres</i>	Diminution significative du nombre d'admission à 6 semaines après création de l'équipe : OR = 0,38, IC95% = [0,21 – 0,70].
Johnson, 2005b (74)	<i>Essai contrôlé randomisé, Islington, Londres</i>	Diminution significative du nombre d'admission à 8 semaines dans le groupe CRHTT : OR = 0,19, IC95% = [0,11 – 0,32].
Tyrer, 2010 (75)	<i>Etude avant/après, pays de Galles</i>	Pas de différence significative.
Glover, 2006 (76)	<i>Analyse d'activité rétrospective de 229 secteurs</i>	- Toutes équipes mobiles de crise : diminution significative de 9,9% des admissions, p = 0,02 - CRHTT répondant aux critères de la NHS : diminution significative de 22,7%, p = 0,008.
Jetwah, 2007 (77)	<i>Etude avant/après, Leeds</i>	Réduction significative du nombre mensuel d'admission de 37,5%, p < 0,0001 après ajustement.

2) Nombre de journées d'hospitalisation

La réduction de la durée d'hospitalisation est un autre objectif important des CRHTT. Elle procède théoriquement de la possibilité d'*early discharge*, et à plus long terme des stratégies de prévention secondaire. Les cinq études listées dans le **Tableau 6** retrouvent une diminution du nombre de jours d'hospitalisation. Elle est significative pour trois d'entre elles, de 8,6 à 11 jours. Comme l'a montré S.Johnson, cet effet est plus marqué pendant et immédiatement après l'intervention de crise, mais s'estompe avec le temps. On peut alors avancer l'hypothèse que la fonction d'*early discharge* est efficace

pour raccourcir l'hospitalisation, mais que les stratégies de prévention secondaire n'influent pas significativement sur les durées des hospitalisations ultérieures.

Tableau 6 : Efficacité des CRHTT sur la réduction du nombre de journées d'hospitalisation en service de psychiatrie en Angleterre.

Etude	Type d'étude	Résultats
Johnson, 2005a (73)	<i>Etude avant / après à Islington, Londres</i>	Diminution significative de 8,6 jours, IC95% = [-13,7 ; -3,6], dans les 6 semaines, Pas de différence significative à 6 mois.
Johnson, 2005b (74)	<i>Essai contrôlé randomisé, Islington, Londres</i>	Diminution significative de 11,0 jours, p <0,0005, dans les 8 semaines.
Barker, 2011 (72)	<i>Comparaison avant / après, Edimbourg</i>	Diminution significative de 9,21 jours, p <0,0001, dans l'année après introduction d'une CRHTT.
Tyrer, 2010 (75)	<i>Etude avant/après, pays de Galles</i>	Diminution non significative de 27,3%, p=0,073.
Glover, 2006 (76)	<i>Analyse d'activité rétrospective de 229 secteurs</i>	Diminution non significative de 11,6%, p = 0,157.

3) Satisfaction des usagers

Très tôt, la satisfaction des usagers envers les interventions de crise au domicile a été constatée de manière empirique, puis établie objectivement (7). Sur les quatre études principales listées dans le **Tableau 7**, trois montrent une différence significative en faveur des patients pris en charge par une CRHTT. De manière plus large, de nombreux articles sur des EMC à l'international (non inclus ici) corroborent ces résultats. Ce résultat est attendu et peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- Le séjour en hôpital psychiatrique, générateur de représentations négatives et de stigmatisation, est évité dans la plupart des cas,
- Le patient étant pris en charge sur son lieu de vie, il bénéficie d'une autonomie accrue et d'un contact permanent avec son environnement habituel. Le confort perçu est donc plus grand,
- Les professionnels de santé intervenant à domicile adoptent une posture globalement moins directive, plus collaborative, et insistent plus sur l'alliance thérapeutique que leurs collègues intra-hospitaliers.

Tableau 7 : Satisfaction des usagers des CRHTT par rapport à celle des usagers ne bénéficiant pas d'une prise en charge par une CRHTT en Angleterre.

Etude	Type d'étude	Résultats
Paton, 2016 (71)	<i>Méta-analyse d'études britanniques</i>	Différence significative en faveur des CRHTT à 6, 12 et 20 mois, <i>SMD 1,21</i> , IC95% = [0,85-1,58].
Tyrer, 2010 (75)	<i>Etude avant/après, pays de Galles</i>	Pas de différence significative.
Jonhson, 2005a (73)	<i>Etude avant / après à Islington, Londres</i>	CSQ-8 : différence significative de 5,7 points, $p < 0,0005$, en faveur du groupe CRHTTT.
Johnson, 2005b (74)	<i>Essai contrôlé randomisé, Islington, Londres</i>	CSQ-8 : différence significative de 3,0 points, $p = 0,002$, en faveur du groupe CRHTTT.

4) Réduction des soins sans consentement

Les autorités sanitaires espéraient une diminution des soins sans consentement (SSC) grâce aux CRHTT. Dans cette hypothèse, les équipes mobiles intervenant en amont seraient en mesure de travailler l'adhésion aux soins et de préparer le patient à une hospitalisation lorsque celle-ci est jugée nécessaire. Dans les faits, comme le montre le **Tableau 8**, aucune réduction des soins sans consentement n'a été observée. Deux facteurs pourraient expliquer ces résultats :

- La mise en place d'une mesure de contrainte se fait par définition dans des situations requérant des soins immédiats et intensifs, ce qui ne permet pas un travail de préparation à l'hospitalisation,
- Une hypothétique diminution du nombre d'admissions en SSC pourrait être masquée par la diminution des admissions en soins libres. La proportion de SSC serait ainsi identique ou supérieure.

Il faut enfin souligner que les données à l'échelle nationale sur le nombre de SSC ne sont pas exploitables, comme le soulignent Jacobs et Barrenho (70), ce qui rend difficile la mise en évidence d'un potentiel effet des CRHTT sur l'ensemble du territoire.

Tableau 8 : Impact de la présence d'une CRHTT sur le nombre de soins sans consentement en Angleterre.

Etude	Type d'étude	Résultats
Paton, 2016 (71)	<i>Méta-analyse d'études britanniques</i>	Réduction non significative, RR = 0,65, IC95% = [0,31 – 1,35].
Johnson, 2005a (74)	<i>Etude avant / après à Islington, Londres</i>	Pas de différence significative.
Johnson, 2005b (73)	<i>Essai contrôlé randomisé, Islington, Londres</i>	Pas de différence significative.
Barker, 2011 (72)	<i>Comparaison avant / après, Edimbourg</i>	Pas de différence significative.

5) Coût

Le coût des prises en charge par les CHRTT est un autre facteur particulièrement scruté par les autorités sanitaires. Seuls trois articles de Mc Crone ont étudié ce critère. Une prise en charge à domicile par une équipe mobile a un coût inférieur à une prise en charge classique, à 28 jours et à 6 mois. La probabilité que les CRHTT soient plus performantes économiquement que les prises en charge « classiques » est estimée à plus de 99%, dans l'hypothèse où le gain pour la société de chaque journée d'hospitalisation évité est de 100£.

Tableau 9 : Comparaison des coûts entre une prise en charge par une CRHTT et une prise en charge classique.

Etude	Type d'étude	Résultats
Mc Crone, 2009a (78)	<i>Etude randomisée contrôlée, Islington</i>	- A 6 mois, économie moyenne de 2438£ par patient en faveur du groupe CRHTT, IC90% = [937 – 3922], - probabilité que les CRHTT soient plus performantes en terme de coût > 99%, si on évalue le gain pour la société d'une journée d'hospitalisation évitée à 100£.
Mc Crone, 2009b (79)	<i>Essai contrôlé randomisé, Islington</i>	- Différence non significative
Mc Crone, 2007 (80)	<i>Rapport (données NHS)</i>	- Sur une période de 28 jours, coût de 2200£ par patient CHRTT versus 2900£ par patient hospitalisé

6) Risque suicidaire

Le risque suicidaire est une préoccupation majeure des équipes mobiles d'intervention de crise. Lors d'études observationnelles monocentriques (**Tableau 10**), aucune majoration du risque suicidaire n'a été observée. Cette absence de différence est très probablement due au faible nombre d'évènements observés. While a étudié l'évolution du taux de suicide en Angleterre et au Pays de galle en fonction de l'application des recommandations du NHS (81). Il montre que l'application des recommandations sur l'intervention de crise diminue significativement le taux de suicide parmi l'ensemble de la population en contact avec la psychiatrie. Hunt, lui, a étudié rétrospectivement l'ensemble des suicides en Angleterre de 2003 à 2011 (82). Il met en évidence un taux de suicide presque deux fois plus élevé pour les patients pris en charge par une CRHTT par rapport aux patients hospitalisés. La présence de CRHTT sur un territoire permettrait donc une diminution globale du taux de suicide parmi l'ensemble des patients suivis, mais la file active des CRHTT semble, elle, plus à risque de décès par autolyse. Le nombre de suicides devrait donc être une piste prioritaire d'amélioration pour les équipes. Hunt souligne que parmi les suicides aboutis chez les patients pris en charge par une CRHTT, 44% vivaient seuls, et 49% avaient subi un évènement de vie négatif les trois mois précédant le décès. La présence d'un de ces deux facteurs devrait donc être prise en compte lors de l'évaluation initiale.

Tableau 10 : Comparaison du risque de décès par suicide en fonction du type de prise en charge.

Etude	Type d'étude	Résultats
Hunt, 2014 (82)	<i>Analyse rétrospective des décès par suicide, 2003-2011</i>	Taux de suicide plus élevé avec les CRHTT : - 14,6/10000 prise en charge CRHTT, IC95% = [13,8 ; 15,4], - 8,8/10000 admissions en hôpital, IC 95% = [8,2 ; 9,5].
Johnson, 2005a (73)	<i>Etude avant / après à Islington, Londres</i>	Pas de différence significative avant et après introduction d'une CRHTT.
Tyrer, 2010 (75)	<i>Etude avant/après, pays de Galles</i>	Diminution non significative.
While, 2012 (81)	<i>Etude rétrospective des décès par suicide, 1997 - 2006</i>	Diminution significative du nombre de suicide /10 000 contacts avec la psychiatrie après création d'une CRHTT, de 11,44/10 000 à 9,32/10 000, p < 0,0001.

B) Activité et résultats en France

Comme nous l'avons vu, les équipes de crise françaises sont hétérogènes dans leur composition, leur champ d'action et leur fonctionnement. Elles répondent localement à des besoins spécifiques. Certaines ont réalisé des descriptions de leur activité. Quelques ARS ont aussi recensé et décrit l'activité des équipes de leur territoire. L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a également identifié plusieurs équipes de crise (63). Mais il n'existe pas d'étude multicentrique sur l'efficacité des équipes mobiles de crise. Il serait d'ailleurs difficile de réaliser une telle étude, eu égard à leur diversité qui empêche toute comparaison. Nous allons ici nous appuyer sur la littérature disponible, puis sur l'enquête menée pour ce travail de thèse. Nous tenterons d'identifier les points communs concernant l'activité et l'efficacité.

1) Données issues de la littérature

(a) Taux d'admission, durée d'hospitalisation et taux de réadmission

Nous n'avons retrouvé qu'un seul article de Robin et al. (83) étudiant ces critères. Il s'agit d'une étude prospective de type « exposés / non exposés » conduite entre 1995 et 2000. Dans cette étude :

- le taux d'admission était plus bas dans le groupe « ERIC » (57% à J0, 32% à J4) que dans le groupe contrôle (100% à J0 et 82% à J4),
- la durée d'hospitalisation était significativement plus courte dans le groupe ERIC que dans le groupe contrôle (16,0 jours contre 21,9, $p < 0,0001$),
- le taux de réadmission a été étudié sur cinq années. Il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes, sauf au cours de la cinquième année. Le groupe ERIC présentait alors un taux de réadmission significativement plus élevé. En revanche, la durée des hospitalisations après réadmission était significativement plus courte dans le groupe ERIC.

Ces résultats sont cohérents avec les études menées en Angleterre. Cependant, ils ne sont pas généralisables à l'ensemble des équipes françaises. Cette étude date en effet d'une vingtaine d'années, et porte sur une équipe au fonctionnement singulier en France : ouverture 24h/24, interventions en urgence, articulation avec le SAMU,...

(b) Satisfaction des usagers

Nous n'avons pas non plus retrouvé d'études comparatives sur ce point. Les deux études listées dans le **Tableau 11** évaluent la satisfaction avec un même questionnaire, créé par l'équipe ERIC. Le taux global de satisfaction est élevé. Dans les deux cas les premiers motifs d'insatisfaction étaient :

- une durée de prise en charge perçue comme trop courte,
- une mauvaise organisation et/ou un manque d'informations concernant le relais avec les structures d'aval.

Nous pouvons supposer que ces deux points sont liés. La prise en charge par les équipes de crise est très investie par les usagers, car elle est intensive, dans une logique « d'aller vers », et donc avec un important travail d'alliance thérapeutique. La fin de prise en charge peut être vécue comme un abandon, avec un relais vers des équipes perçues comme moins disponibles (CMP) ou des prises en charge dans un cadre beaucoup moins personnalisé (hospitalisation). Cette difficulté à organiser le relais était d'ailleurs déjà soulignée dans les retours d'expériences des équipes françaises.

Tableau 11 : Satisfaction des usagers et des aidants

Etude	Type d'étude	Résultats
Chauvin, 2013	Etude rétrospective (ULICE), auto-questionnaire de satisfaction*	Usagers : 79,4% de satisfaction globale Aidants : 82,9% de satisfaction globale
Ampelas, 2005	Etude rétrospective (ERIC), auto-questionnaire de satisfaction*	Usagers : 83,9% de satisfaction globale Aidants : 84,1% de satisfaction globale

*Auto-questionnaire adapté aux équipes mobiles de crise, élaboré par Ampelas en 2005 (84)

2) Retours d'expérience

Dans le questionnaire envoyé aux équipes françaises (voir plus haut), nous avons recueilli :

- La file active,
- Les caractéristiques de la population,
- Le diagnostic principal retenu au terme de la prise en charge,
- L'impact de l'ouverture de l'équipe sur le fonctionnement de l'établissement.

Les réponses sont synthétisées dans le **Tableau 12**. Certaines réponses sont approximatives, les équipes concernées ne disposant pas de données chiffrées. Nous avons ensuite complété ce recueil avec d'autres sources d'informations (rapports d'activité, articles, communications).

(a) Nombre de patients

Le nombre de patients pris en charge chaque année varie de 160 (UMES) à 388 (EMPP). Intuitivement, le nombre de professionnels semble corrélé au nombre de patients dans la file active.

(b) Caractéristiques de la population

Sur ce point, nous avons peu de données chiffrées. La typologie des patients pris en charge semble différer en fonction du projet médical de l'équipe. Ce projet devant faire en sorte que les différentes équipes d'un territoire ne se concurrencent pas, les critères d'admission reflètent l'offre de soins locale. Par exemple, en présence d'une EMPP prenant en charge la crise, l'équipe mobile de crise ne prendra pas en charge les personnes précaires (EMAP, Psy'mobile). L'EMPI, elle, ne prend pas en charge les migrants puisqu'il existe un service dédié.

En l'absence de données plus précises, il est difficile de comparer plus finement ces populations.

(c) Diagnostic

Les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques représentent les deux catégories diagnostiques les plus rencontrées, loin devant les autres. Seule l'Equipe Mobile de Prévention du Suicide, dans la Sarthe, prend spécifiquement en charge un type de pathologie.

(d) Impact

L'impact décrit par les équipes n'est pas chiffré et est empirique. Parmi les effets rapportés, nous notons la diminution des admissions, particulièrement des soins sans consentement. Notons que deux équipes décrivent une fermeture de lits concomitante à l'ouverture du service. L'impact réel sur le nombre d'admissions est donc difficile à objectiver dans ce cas. Ce constat pourrait traduire :

- que l'effet attendu et même anticipé par les directions et/ou les ARS de la création d'une équipe de crise est la réduction des hospitalisations,
- une anticipation du virage ambulatoire par redéploiement de moyens de l'intra- vers l'extra-hospitalier.

Tableau 12 : Activité et impact des équipes de crise françaises, d'après les réponses au questionnaire.

Equipe	Nombre de patients par an	Caractéristiques de la population	Diagnostic	Impact constaté
EMAP	112,4 (moyenne entre 2012 et 2016)	- Majoritairement entre 30 et 65 ans - Sex-ratio : 1 - Pas de précaires (équipe dédiée)	- F3 = 28% - F4 = 25% - F2 = 11% - F0 = 10% - F1 = 6% - F6 = 3%	- Diminution des hospitalisations sous contrainte, - Amélioration du travail en réseau, - Orientations plus adaptées.
EMIS	300 environ	- Patients de 16 - 70 ans - Sex-ratio : 1	- F3 = 35 % - F2 = 21 % - F4 = 17 % - F6 = 11% - F1 = 6% - Autres = 5% - F0 = 1%	Diminution concomitante du nombre de lits
EMPP	388 (en 2017)	- Majeurs - Pas de migrants (équipe dédiée) - Sex-ratio : 1,15	- F3 = 37,3 % - F2 = 23,4 % - F1 = 15,2% - F4 = 10,8 % - F6 = 10,1% - F9 = 1,3% - F0 = 1,3% - F7 = 0,6%	Diminution des hospitalisations (non chiffrée)
EMPS	300 environ	- Pas de limite d'âge - Population plutôt rurale	- Crise suicidaire - Postvention - Prise en charge des endeuillés	Diminution concomitante du nombre de lits et développement de l'ambulatoire : impact non évaluable
Psy'mobile	292 en 2016	- Patients de 18 à 65 ans, - Pas de précaires (équipe dédiée)	- F2 = 34% - F6 = 20% - Autres = 19% - F3 = 14 % - F4 = 6% - F1 = 5% - F8 = 1% - F9 = 1%	- Inconnu - Probable augmentation des hospitalisations
ULICE	271 en 2014	- Pas de limite d'âge - Sex-ratio : 1,5	- F2 = 44,7% - F3 = 28,9% - F4 = 9,6% - F6 = 2,6% - Z63 = 7% - Autre = 3,7% - F1 = 3,5%	Inconnu
UMES	Entre 60 et 160	- Sex ratio : 1,36 - Age moyen : 43 ans	Inconnu	Inconnu

3) Synthèse

Bien que les données exposées ici soient d'un faible niveau de preuve, elles semblent cohérentes avec les études anglaises sur les CHRTT. Ce type de dispositif pourrait réduire le nombre d'admissions, les soins sans consentement mais aussi et surtout augmenter la satisfaction des usagers.

Dans un contexte où les politiques de santé cherchent à développer les soins ambulatoires et favoriser le travail en réseau, il paraît donc nécessaire de faire une évaluation robuste sur un plan méthodologique des équipes mobiles de crise afin de les modéliser.

IV) Equipe Psychiatrique d'Intervention de Crise : étude observationnelle d'une nouvelle équipe bordelaise

A) Contexte de l'étude : évaluation d'un nouveau dispositif

1) Les missions d'EPIC

EPIC est un dispositif intersectoriel, venant renforcer l'offre de soins ambulatoire de la Métropole Bordelaise par le Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP), dans le cadre de situations de crise ou de semi-urgence. Elle a été créée en décembre 2016. Elle est constituée d'une équipe pluridisciplinaire ayant, entre autres, pour mission de réaliser des interventions à domicile, pour prévenir, désamorcer ou encadrer la crise. Ceci repose sur une approche la plus globale possible de toute situation rapportée par le demandeur, en vue :

- de proposer la prise en charge la plus adaptée, en favorisant, autant que faire se peut, une alternative à une hospitalisation
- de conseiller l'entourage de la personne.

Précédemment, existait une consultation dédiée aux familles appelée « Consultation Famille Sans Patient » ou CFSP, inspirée du modèle en place au CPOA (Hôpital Sainte-Anne, Paris). Cette consultation ne bénéficiait d'aucun moyen dédié. Reposant sur le bouche-à-oreille, elle accueillait des familles en demande d'aide. Ces familles se présentaient souvent après avoir sollicité sans succès différentes structures de soins au sujet d'un proche en refus de soins et/ou dans le déni des troubles. Cette situation était mal vécue par l'entourage du patient. Il arrivait fréquemment qu'il se heurte au refus d'intervention du SAMU et/ou de la police. Chaque année, la CFSP accueillait entre 40 et 50 familles.

La création d'EPIC figurait dans le volet « urgences » du projet d'établissement 2012-2017 du Centre Hospitalier Charles Perrens. Ce projet avait été priorisé dans le cadre de la réflexion menée autour des alternatives à l'hospitalisation classique, dans le but de diminuer le nombre d'admissions. Des contacts réguliers et une rencontre avec l'Equipe Mobile d'Intervention de Crise (EMIC) du Centre Hospitalier Marchant de Toulouse ont notamment permis un précieux partage d'expérience.

Concernant le financement, l'ARS a participé à hauteur d'un poste de praticien hospitalier et d'un mi-temps de psychologue. L'équipe infirmière a été constituée par redéploiement de moyens de l'ensemble des pôles du CHCP.

2) Organisation d'EPIC

(a) Composition et fonctionnement de l'équipe

Depuis sa création en novembre 2016, EPIC se compose de :

- 1 ETP de psychiatre,
- 0,2 ETP de cadre de santé,
- 6 ETP d'infirmiers,
- 0,5 ETP d'assistant médico-administratif,

Peuvent également intervenir en fonction des situations :

- L'assistant social affecté au SECOP, le service d'urgence psychiatrique de l'hôpital. Toutefois, il a clairement été fait le choix de ne pas intégrer un tel professionnel au sein de l'équipe afin d'avoir recours aux dispositifs sociaux déjà nombreux dans la cité (CCAS, Plateforme Vulnérabilité Senior, MDSI, MAIA, Coordination d'un Réseau d'Interventions Spécifiques et Transversales pour tout public en grande précarité - CoRIST).
- Le pharmacien : des entretiens de pharmacie clinique sont proposés sur indication médicale, en particulier aux patients :
 - de moins de 25 ans, qui s'inscrivent pour la première fois dans une démarche de soins,
 - pour lesquels un traitement de fond va être instauré,
 - ayant des conduites addictives associées.

Le service est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 20h, et le week-end de 12h15 à 20h. Les visites à domicile se font préférentiellement la semaine, entre 9h et 18h.

Sur le plan logistique, EPIC dispose :

- de locaux dédiés, adjacents à ceux du SECOP par souci d'articulation,
- d'un numéro de téléphone unique pour les usagers et les partenaires,
- d'une adresse mail dont les patients et leur famille ont aussi connaissance,
- d'un véhicule électrique.

L'**Annexe 3** présente la plaquette descriptive du service.

(b) Indications et objectifs de la prise en charge par EPIC

La prise en charge par EPIC est limitée à deux mois. Sa mission première est l'intervention au domicile pour prévenir, désamorcer ou encadrer la « crise ».

EPIC intervient pour les patients :

- de 16 ans ou plus,
- ne vivant pas en institution,
- en situation de souffrance psychique,
- opposés ou non-demandeurs de soins,
- domiciliés sur la métropole bordelaise,
- sans suivi psychiatrique en cours.

Les objectifs de la prise en charge sont les suivants :

- amener aux soins des patients opposés à la prise en charge proposée par l'entourage en raison d'une incapacité à y consentir et/ou d'une absence de conscience des troubles,
- réduire le délai d'accès aux soins,
- intervenir en amont du recours aux urgences psychiatriques afin d'éviter une hospitalisation sans consentement.

(c) Modalités d'intervention

(i) Repérage des situations

Il existe trois modes de repérage des situations relevant d'EPIC :

- permanence téléphonique infirmière, avec une ligne directe dédiée,
- Consultation Famille Sans Patient (CFSP) qui s'adresse à tout entourage en demande d'aide au sujet d'un proche présentant des troubles d'allure psychiatrique. Son but est de :
 - donner une information claire sur les pathologies et les psychotropes,
 - informer sur les modalités des soins psychiatriques,
 - présenter les différentes prises en charge possibles au vu du dispositif bordelais,
 - faire tiers dans la relation patient-entourage,
 - le cas échéant, travailler la demande de la famille.
- signalement en urgence par l'ARS.

(ii) Première évaluation

Elle est faite par un infirmier à partir d'un recueil de données exhaustif effectué auprès du demandeur et après prise de contact avec tous les professionnels ayant connaissance de la situation.

(iii) Interventions proposées

EPIC peut proposer, en fonction des situations, les interventions suivantes :

- Prise en charge ambulatoire intensive et limitée dans le temps,
- Intervention au domicile du patient,
- Hospitalisation programmée (secteur hospitalier ou structure privée) ou en urgence avec, dans tous les cas, une préparation en amont et un accompagnement sur le lieu même de l'hospitalisation.

(iv) Fin de prise en charge :

Quelle que soit la durée de prise en charge (2 mois maximum), une rencontre est organisée avec le demandeur pour :

- dresser un bilan des actions menées
- évaluer sa satisfaction.

B) Objectifs de l'étude

Dès le projet de création d'EPIC, la réalisation d'une étude descriptive a paru nécessaire. L'ouverture de ce service suscitait en effet de nombreuses attentes, aussi hétérogènes que :

- une réduction du nombre d'admissions,
- une réduction des hospitalisations sans consentement
- une réduction du nombre de passages au SECOP,
- une possibilité d'évaluation psychiatrique à domicile en réponse à l'attente des familles,
- une médicalisation du transport des patients hospitalisés sans consentement, EPIC étant alors considérée comme un SAMU psychiatrique.

Il est primordial pour une telle équipe d'être parfaitement identifiée par tous ses partenaires, afin que ses missions et son champ d'intervention soient clairement définis et compris de tous. Par ailleurs, soulignons que le RIM-P n'est pas adapté à la valorisation d'une telle activité. Il était donc important de pouvoir la décrire, tant sur un plan quantitatif que qualitatif afin de savoir si la population prise en charge correspondait bien à la population cible.

1) Objectif principal

L'objectif principal était d'analyser la réponse d'EPIC aux demandes de prise en charge reçues. Cette étude pourrait ainsi fournir des données objectives sur l'activité du service, permettant d'illustrer ses missions, et le cas échéant d'affiner les indications et le fonctionnement d'EPIC.

2) Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires reposaient sur l'évaluation :

- des caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population prise en charge,
- du délai d'accès aux soins dans cette population,
- du taux de recours à l'hospitalisation,
- du devenir des patients pris en charge.

C) Matériel et Méthode

1) Méthode

Nous avons réalisé une étude descriptive, longitudinale et prospective, du 1^{er} janvier 2017 au 31 juillet 2017. Nous avons inclus toutes les sollicitations reçues par EPIC pendant cette période, et pour lesquelles la prise en charge était terminée avant le 30 août 2017.

Nous avons créé un recueil de données spécifique pour cette étude (présenté en **Annexe 4**). Ce questionnaire devait être renseigné pour toute sollicitation d'EPIC, même si celle-ci se résumait à un simple contact téléphonique. Il était rempli par un membre de l'équipe, infirmier ou médecin, après le premier contact avec le demandeur, sur la base des éléments apportés, puis complété en fin de prise en charge.

2) Recueil des données

Le **Tableau 13** présente chaque item renseigné dans le questionnaire, organisé en quatre chapitres. Les items pour lesquels plusieurs réponses étaient admises sont en italique. Certains items n'ont pas été renseignés pour tous les patients. Nous détaillons ensuite les définitions retenues pour certains.

(a) Motif de la sollicitation

Pour distinguer les différents motifs, nous nous sommes appuyés sur les demandes reçues en 2016. Ils ne correspondaient pas à des tableaux cliniques, mais à des « termes » ou « inquiétudes » fréquemment exprimés par les demandeurs. « Menaces suicidaires » désignait ainsi toute situation pour laquelle le demandeur craignait un suicide, indépendamment de toute évaluation médicale du risque suicidaire. Autre exemple, l'item « bizarrerie » ne signifiait pas « bizarrerie de contact » au sens psychiatrique, mais un ressenti du demandeur pouvant désigner des idées délirantes, une modification du cycle nyctéméral, une désorganisation, ou plus largement toute modification comportementale ressentie comme anormale.

(b) Demande d'aide exprimée

Nous souhaitons voir si les missions d'EPIC étaient bien identifiées par ses usagers, et évaluer leurs attentes vis-à-vis de cette nouvelle équipe. Nous avons donc listé trois items qui correspondent pleinement aux temps d'intervention d'EPIC : « information sur la conduite à tenir », « évaluation

diagnostique » et « prise en charge à domicile », ainsi que trois items qui ne relèvent de prime abord pas d'EPIC : « hospitalisation », « prise en charge sociale » et « autre ».

(c) Dépendance financière vis-à-vis du demandeur

Cette notion de dépendance financière était entendue au sens strict : aide directe financière ou en nature (hébergement, nourriture). En pratique, cela ne concernait que les patients pour lesquels la famille était le demandeur.

(d) Délai d'accès aux soins

Pour les patients sans antécédent de prise en charge psychiatrique, nous avons considéré qu'il s'agissait du délai entre l'apparition des premiers symptômes et la date du premier appel à EPIC. Pour ceux ayant déjà été pris en charge en psychiatrie, nous avons considéré qu'il s'agissait du délai entre le dernier contact ou la date d'arrêt du traitement, et la date du premier appel à EPIC. Cette donnée n'était pas renseignée pour les patients avec un suivi en cours.

(e) Diagnostic principal posé au terme de la prise en charge

Nous avons utilisé la Classification Internationale des Maladies (CIM 10). Nous avons regroupé les diagnostics selon les 9 grands sous-chapitres (par exemple « F30 – F39 : Troubles de l'humeur [affectifs] »).

Tableau 13 : Synthèse du recueil de données utilisé pour l'étude EPIC.

Chapitre	Données recueillies
Demandeur EPIC	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Qualité du demandeur,</i> - <i>Motif de la demande,</i> - <i>Demande d'aide exprimée.</i>
Evaluation et réponse EPIC	<ul style="list-style-type: none"> - Existait-il une indication à une prise en charge par EPIC ? - La prise en charge a-t-elle pu être menée à bien ? (renseigné uniquement si l'indication a été validée par l'équipe), - Le patient a-t-il été rencontré ?
Données sociodémographiques	<ul style="list-style-type: none"> - Age, - Genre, - Statut marital, - Logement, - Mesure de protection, - Statut professionnel, - Niveau d'études, - Source de revenus, - Dépendance financière vis-à-vis du demandeur, - Médecin traitant déclaré.
Antécédents psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédent personnel de consultation en psychiatrie, - Antécédent personnel d'hospitalisation, et sous quelle mesure, - Antécédents psychiatriques familiaux, - Antécédent de traitement psychotrope, prescription actuelle de psychotropes, observance actuelle.
Délai d'accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> - Délai d'accès aux soins (en mois)
Prise en charge EPIC	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Orientation après la prise en charge par EPIC</i> (renseigné uniquement si la prise en charge a été menée à bien), - <i>Symptomatologie constatée lors de l'évaluation EPIC,</i> - Diagnostic principal au terme de la prise en charge. - Nombre et nature des actes effectués, - Durée de la prise en charge.

(f) Nombre et nature des actes effectués

Nous avons formulé l'hypothèse que le Rim-P n'était pas suffisamment exhaustif pour traduire au mieux l'activité d'une telle équipe. Nous avons donc, en plus du Rim-P, recueilli de manière déclarative auprès de l'équipe médico-soignante les différents actes.

Soulignons que le Rim-P autorise l'enregistrement d'entretiens au nom du patient lorsqu'un membre de l'équipe médico-soignante rencontre la famille ou un proche, à la condition que le patient soit connu (85).

Nous distinguons ici les actes :

- faits dans les locaux d'EPIC de ceux effectués à domicile,
- réalisés avec le tiers demandeur de ceux réalisés avec le patient,
- en fonction de la catégorie professionnelle et du nombre des intervenants.

(g) Durée de la prise en charge

Elle était définie comme le délai entre la première sollicitation d'EPIC et le dernier entretien (avec le patient et/ou le demandeur). Dans le cas des perdus de vue, il s'agissait de la durée entre la première sollicitation et la clôture du dossier décidée en staff.

3) Analyse statistique

Nous avons étudié dans cette étude l'ensemble de la population prise en charge. Nous avons également cherché à savoir s'il existait des différences significatives :

- Entre le groupe des patients pour lesquels l'indication de prise en charge par EPIC a été retenue, dit « EPIC », et celui pour lesquels il n'en existait pas, dit « Non-EPIC ».
- Selon le genre.

La description des échantillons a été réalisée à l'aide des moyennes, médianes et écart-types pour les variables continues, et des proportions pour les variables qualitatives ou catégorielles. Les comparaisons de proportions ont été réalisées au moyen du test du chi-deux ou du test exact de Fisher en fonction de la taille des effectifs. La comparaison de moyennes a été faite au moyen du test t de Student. Les analyses statistiques ont été réalisées avec les logiciels Epi Info (version 7) et XLStat. Le seuil de significativité statistique était fixé à 5% pour toutes les comparaisons.

D) Résultats

1) Descriptif et devenir des sollicitations

(a) Sollicitations d'EPIC

Le détail des demandes de prise en charge, des dossiers créés et des recueils remplis est exposé dans le **Tableau 14**. Entre le 1^{er} janvier et le 31 juillet 2017, EPIC a reçu 240 sollicitations de prise en charge.

60 n'ont pas fait l'objet d'un recueil de données, et ce pour deux raisons :

- 48 prises en charge étaient encore en cours au 30/08/2017,
- 12 n'ont pas donné lieu à l'ouverture d'un dossier papier. Il s'agit de sollicitations téléphoniques immédiatement réorientées en raison d'absence manifeste d'indication, en particulier vers les services de secours.

Au total, 180 recueils de données ont pu être analysés, soit 75,00% des sollicitations enregistrées sur la période.

Tableau 14 : Nombre de demandes de prises en charge, de dossiers créés et de recueils de données sur la période 01/01/2017 – 31/07/2017, service EPIC.

Mois	Nombre de sollicitations	Nombre de dossiers ouverts	Nombre de recueils remplis	Prises en charge en cours au 30/08
Janvier	19	18	18	1
Février	37	33	31	3
Mars	46	45	38	5
Avril	51	47	40	7
Mai	26	24	22	2
Juin	36	36	20	16
Juillet	25	25	11	14
Total	240	228	180	48

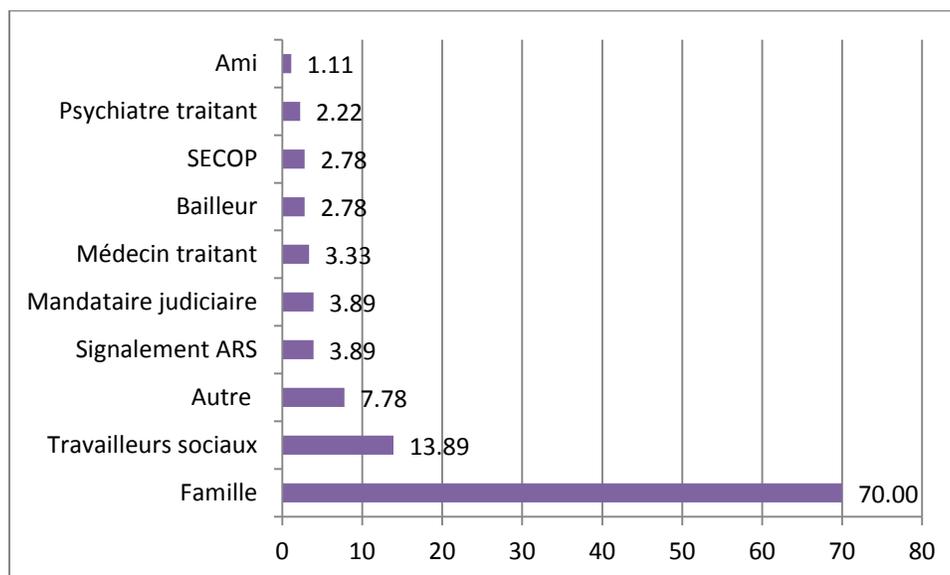
(b) Demandeur EPIC

(i) Qui sollicite EPIC ?

Plusieurs réponses étaient possibles. Nous en avons comptabilisé 201, soit une moyenne de 1,11 demandeur par dossier, avec un maximum de 2. Dans 70,00% des situations, la famille était à l'origine de la demande (**Figure 5**). Les travailleurs sociaux en formulaient 13,89%. Les médecins et psychiatres traitants ne représentaient que respectivement 3,33% et 2,22% du total.

Notons que pour 7,78%, les demandeurs étaient aussi variés que : des médecins spécialistes autres que des psychiatres, des infirmières, des établissements scolaires, des unités d'hospitalisation ou la police.

Figure 5 : Répartition en % des tiers demandeurs.



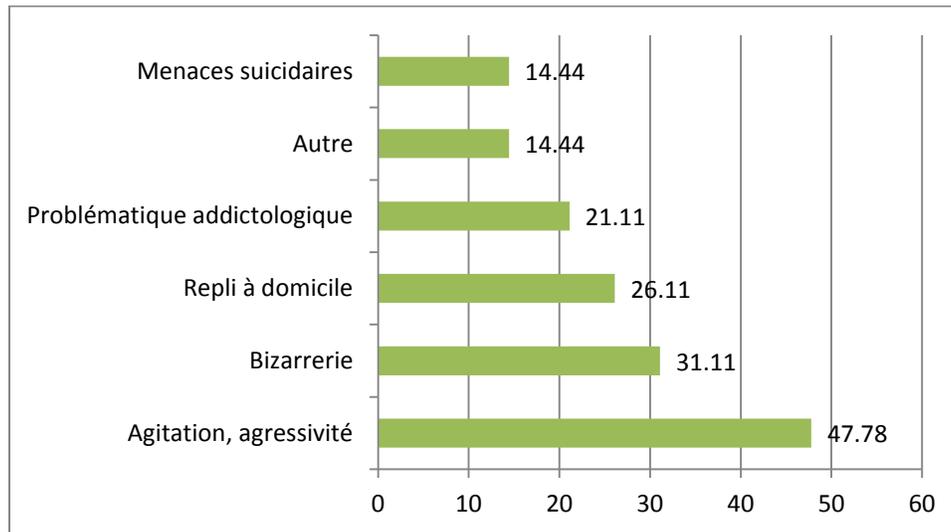
(ii) Quel est le motif de la demande ?

Ici aussi, plusieurs réponses étaient admises. Nous en avons recensé 279, soit 1,55 par situation. Le nombre de motifs par patient était compris entre 1 (95 patients) et 3 (10 patients).

Le premier motif de sollicitation d'EPIC était l'agitation ou l'agressivité (47,78% des situations), devant la bizarrerie (31,11%), le repli au domicile (26,11%), les troubles liés à l'usage d'une substance (21,11%) et enfin les menaces suicidaires (14,44%).

14,44% des demandes avaient un autre motif. Parmi eux, les plus fréquents étaient la déscolarisation avec 5 cas, mais également les mises en danger non associées à un autre motif, avec également 5 cas.

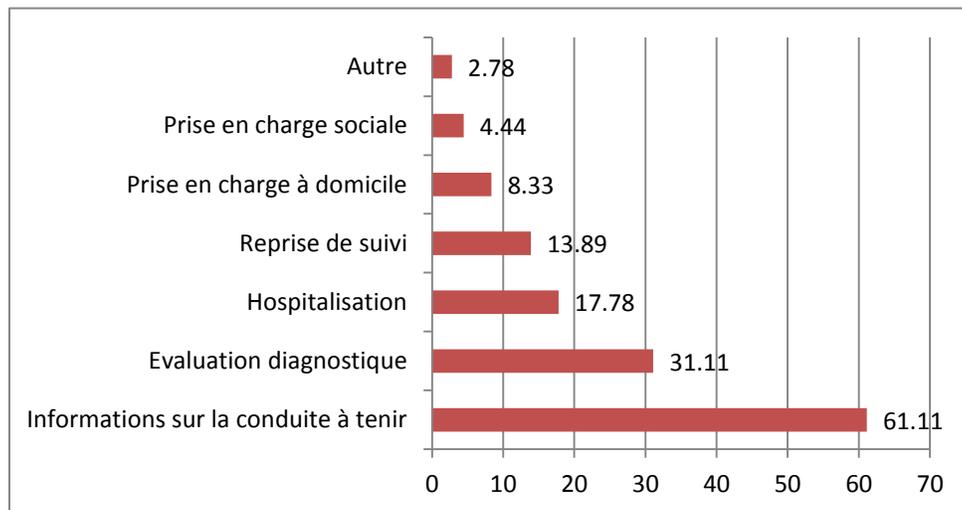
Figure 6 : Fréquence en % des motifs de sollicitations d'EPIC.



(iii) Quelle est la demande d'aide exprimée ?

Il existait en moyenne 1,39 demande par situation, les extrêmes étant 1 et 4. Les personnes sollicitant EPIC étaient en premier lieu en recherche d'informations et de conseils quant à la conduite à tenir. Ceci correspondait à plus d'une situation sur deux (61,11%, **Figure 7**). 31,11% d'entre elles demandaient une évaluation diagnostique, et seulement 8,33% une prise en charge à domicile. Dans 17,78% des cas, l'hospitalisation était demandée dès la sollicitation d'EPIC. Dans 5 cas, soit 2,78% des demandes, le motif était autre. Il s'agissait pour deux d'entre eux d'une demande d'expertise, et pour les trois autres d'un suivi ambulatoire au long cours.

Figure 7 : Demande d'aide exprimée par le tiers lors de la sollicitation d'EPIC, en %.



(c) Evaluation et réponse EPIC

(i) Indication à une prise en charge EPIC

Sur les 180 patients inclus, l'indication à une prise en charge EPIC a été retenue dans 131 cas, soit 73,45%. Les motifs de non-indication des 49 autres sont explicités dans le **Tableau 15**. Parmi ces situations, 7 présentaient plusieurs motifs de non-prise en charge (de 2 à 4 motifs par patient).

Relevons qu'un patient n'a pas été pris en charge car âgé de moins de 16 ans. Toutefois, pour deux autres, l'indication a malgré tout été retenue. L'un d'entre eux a été pris en charge de manière concomitante à un autre membre de la fratrie, le second au regard de l'urgence de la situation.

Tableau 15 : Répartition des motifs de non-indication à la prise en charge par EPIC.

Absence d'indication	n	%
Suivi en cours	19	38.78
Eloignement géographique	11	22.45
Situation relevant des services d'urgence	9	18.37
Problématique somatique	6	12.24
Absence de situation de crise	3	6.12
Demande d'ordre social	3	6.12
Prise en charge en institution	1	2.04
Situation relevant de la médecine préventive universitaire	1	2.04
Age inférieur à 16 ans	1	2.04
Total (plusieurs réponses possibles)	54	110.20

(ii) Prise en charge menée à bien

Sur les 131 prises en charge assurées par EPIC, 72 ont pu être menées à bien, soit 54,96%. 59 prises en charge n'ont pu l'être, soit 45,04% des situations. Le **Tableau 16** en liste les principales raisons. Sur les 15 situations où le patient a été pris en charge par une autre structure, il s'agissait en premier lieu des urgences psychiatriques avec 9 cas, avant l'hôpital général (2 cas), le médecin traitant (2 cas), les forces de l'ordre (1 cas) et la Cellule d'Accueil d'Urgence des Victimes d'Aggressions (1 cas).

Tableau 16 : Motifs des prises en charges non menées à bien (plusieurs réponses possibles), du 01/01/2017 au 31/07/2017.

Motif	n	%
Plus de nouvelles du demandeur avant rencontre du patient	15	25.42
Prise en charge intercurrente par une autre structure	15	25.42
Impossibilité d'établir un contact avec le patient	12	20.34
Refus de la prise en charge par le demandeur	9	15.25
Refus de la prise en charge par le patient	7	11.86
Refus de la prise en charge par la famille, qui n'est pas le demandeur	3	5.08
Patient perdu de vue	3	5.08
Autre	2	3.39
Total (plusieurs réponses possibles)	66	111.86

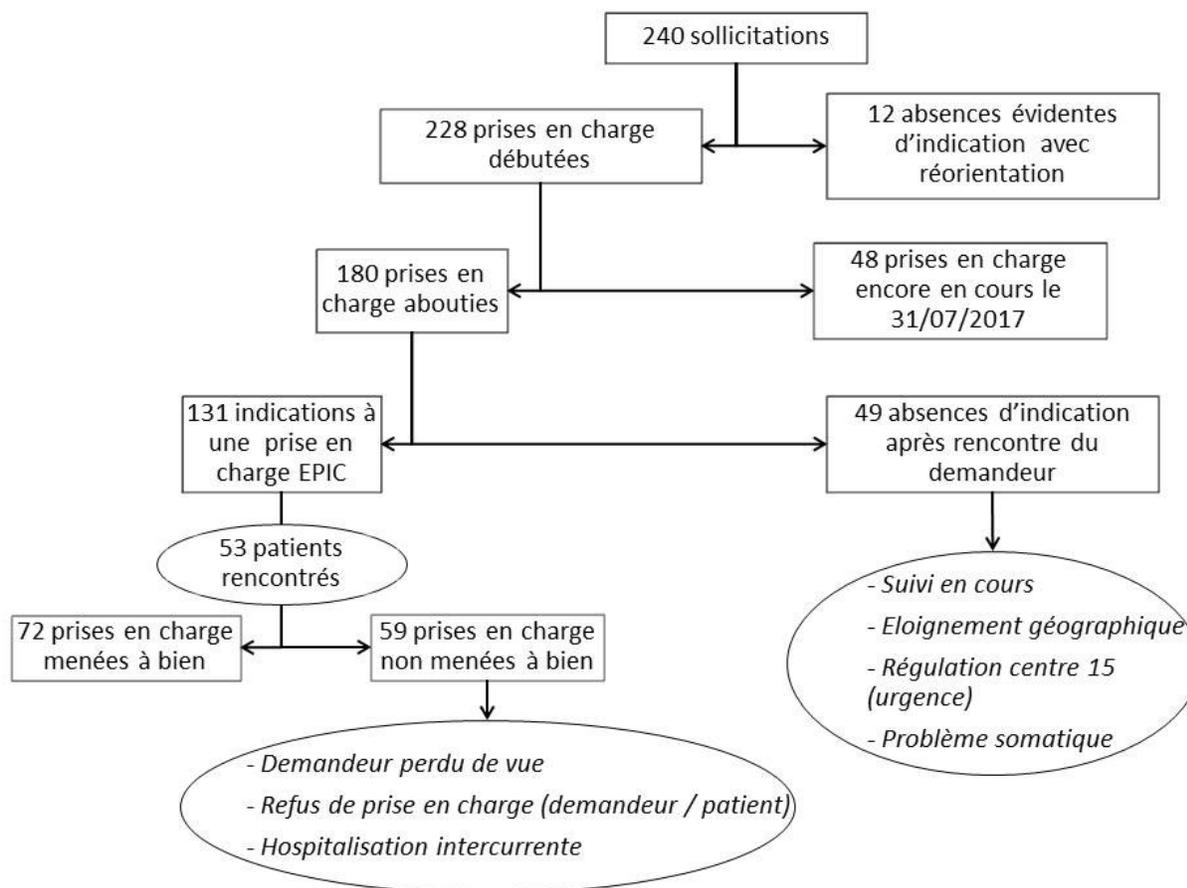
(iii) Patients rencontrés

Parmi les 131 situations relevant d'EPIC, 53 patients ont été rencontrés, soit 40,46% (**Figure 8**). 41 d'entre eux ont bénéficié d'une prise en charge menée à bien.

(iv) Synthèse

La **Figure 8** résume la réponse donnée aux sollicitations d'EPIC, la présence d'indication à une prise en charge, le nombre de prises en charge menées à bien et le nombre de patients rencontrés.

Figure 8 : Devenir des 240 sollicitations d'EPIC pour la période du 01/01/2017 – 31/07/2017.



(d) Caractéristiques sociodémographiques de la population sollicitant EPIC

(i) Genre

La population de l'étude était majoritairement masculine, avec 114 hommes, soit 63,33%, contre 66 femmes, soit 36,67%.

(ii) Age

L'âge moyen de la population était de 38,96 ans (**Tableau 17**). EPIC a été sollicitée pour 21 mineurs sur la période, dont 19 de sexe masculin. Cette information n'était pas connue pour 2 patients.

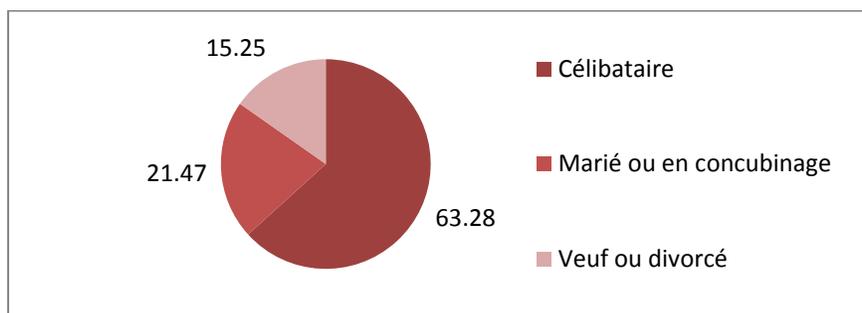
Tableau 17 : Age de la population de l'étude, n = 178.

	Moyenne	Médiane	Mode	Ecart-type
Age (années)	38,96	35,00	18,00	19,57

(iii) Statut marital

Comme nous pouvons le voir dans la **Figure 9**, une majorité de patients étaient célibataires (63,28%). Les données n'étaient pas disponibles pour 3 patients.

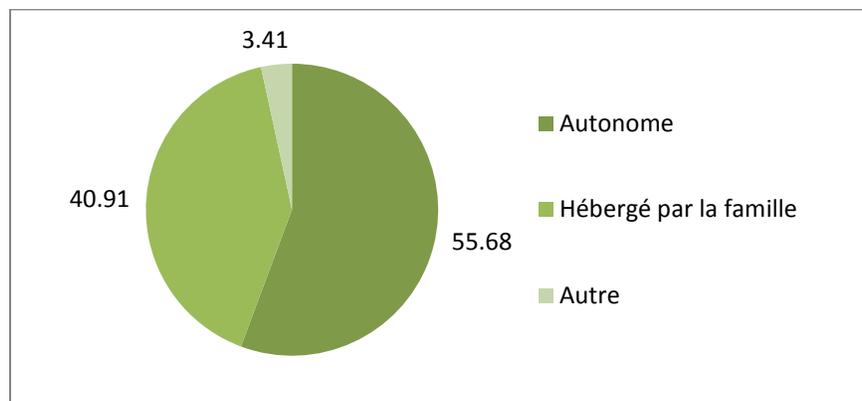
Figure 9 : Statut marital de la population de l'étude, en %, n = 177.



(iv) Logement

Les patients de l'étude habitaient à 55,68% un logement autonome. 40,91% étaient hébergés par leur famille (**Figure 10**). 6 patients, soit 3,41%, n'étaient pas dans ce cas de figure : 3 étaient sans domicile, 2 hébergés par des amis et le dernier, mineur, était en foyer en alternance avec une famille d'accueil. Cette donnée n'était pas renseignée pour 4 patients.

Figure 10 : Logement de la population de l'étude, en %, n = 176.



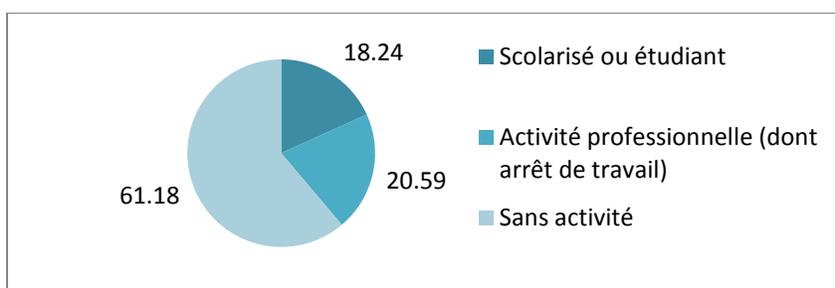
(v) Mesure de protection

Seuls 7,56% des patients bénéficiaient d'une mesure de protection. Cette donnée n'était pas connue pour 8 patients.

(vi) Statut professionnel

La **Figure 11** montre la répartition du statut professionnel dans la population de l'étude. Une majorité de patients (61,18%) était sans activité. Seuls 35 avaient une activité professionnelle, dont 8 étaient en arrêt maladie lors de la sollicitation d'EPIC. Le reste des patients était scolarisé. Les données manquaient pour 10 patients.

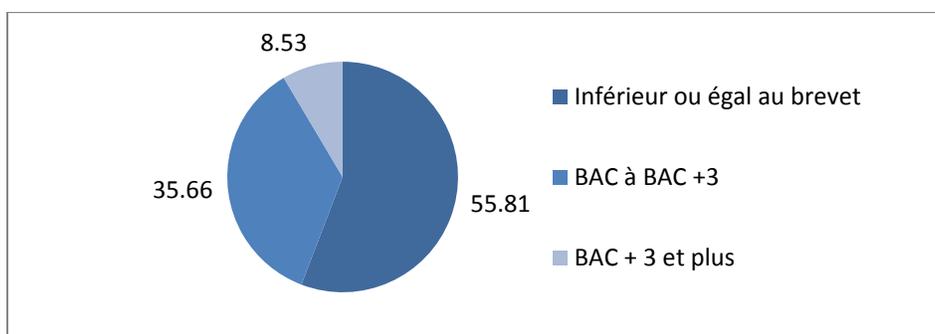
Figure 11 : Statut professionnel des patients de l'étude, en %, n = 170.



(vii) Niveau d'études

55,81% des patients avaient un niveau d'études inférieur ou égal au brevet, et seuls 8,53% un niveau supérieur à la licence. Soulignons que le niveau d'étude n'était pas renseigné pour une part importante de la population : 51 patients, soit 28,33% (**Figure 12**).

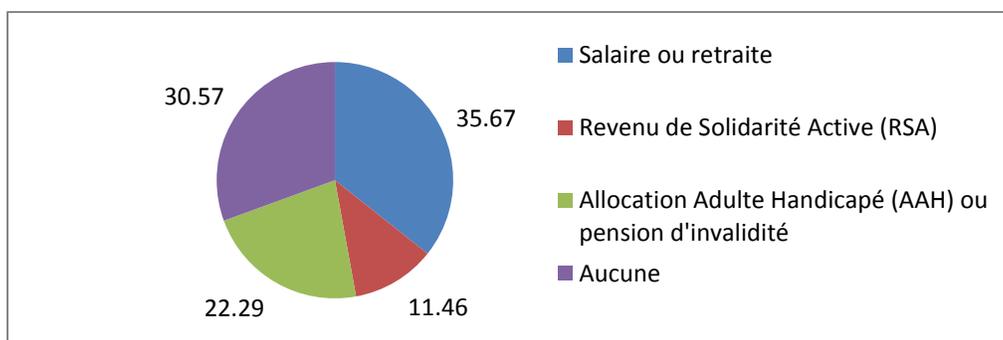
Figure 12 : Niveau d'études dans la population de l'étude, en %, n = 129.



(viii) Source de revenus

La **Figure 13** expose la répartition des sources de revenus. Notons que 30,57% des patients ne disposaient d'aucun revenu au moment de la sollicitation d'EPIC. 21 disposaient d'une retraite, et 31 d'un salaire. Les données manquaient pour 23 patients.

Figure 13 : Source de revenus des patients de l'étude, en %, n = 157.



(ix) Dépendance financière vis-à-vis du demandeur

50,92% des patients de l'étude dépendaient financièrement du demandeur et 49,08% n'en étaient, a contrario, pas dépendant. L'information n'était pas disponible pour 17 patients.

(x) Médecin traitant déclaré

76,47% des patients de l'étude avaient un médecin traitant déclaré, 23,53% n'en déclaraient aucun. Pour 27 patients, cette donnée n'était pas renseignée.

(e) Antécédents psychiatriques et délai d'accès aux soins

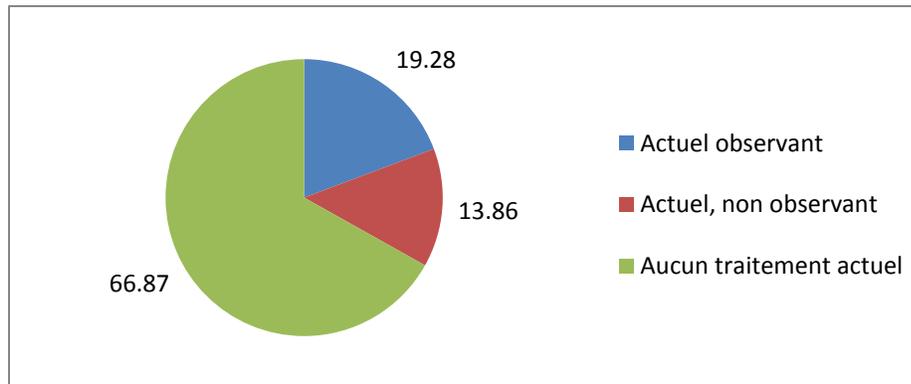
(i) Antécédent personnel de consultation en psychiatrie

Parmi la population de l'étude, 122 patients soit 68,93% avait déjà eu au moins une consultation en psychiatrie au cours de leur vie, 55 soit 31,07% n'en avaient jamais eu, et l'information n'était pas disponible pour 3 patients.

(ii) Traitement psychotrope

La **Figure 14** montre la répartition des patients en fonction de la prise actuelle ou passée d'un traitement psychotrope. 111, soit 66,87% d'entre eux n'avaient pas de traitement prescrit au moment de la sollicitation. Parmi ces patients non traités, 43 avaient déjà bénéficié d'une prescription de psychotrope dans leur vie.

Figure 14 : Antécédent de traitement psychotrope et traitement actuel parmi la population de l'étude, en %, n = 166.

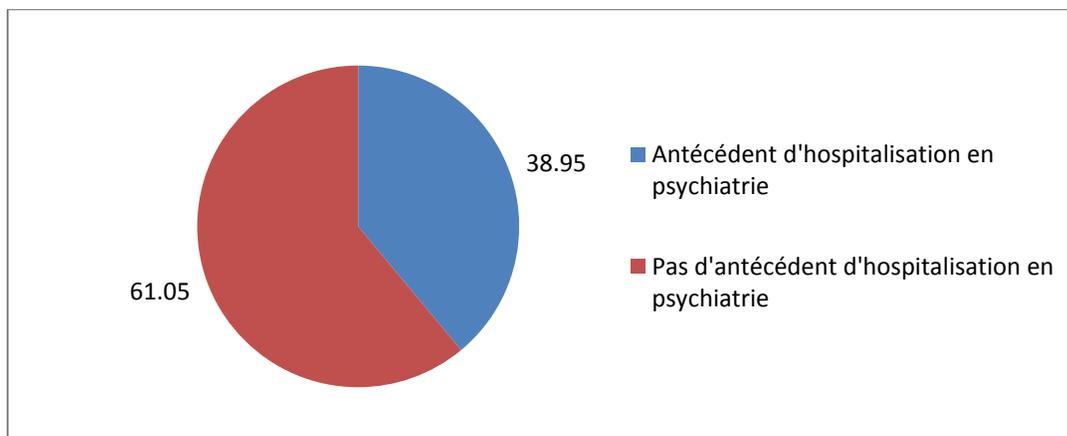


(iii) Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie

La **Figure 15** montre qu'une majorité de patients n'avait pas d'antécédent d'hospitalisation en psychiatrie. Parmi les patients déjà hospitalisés par le passé, 50,72% l'avaient été en soins psychiatriques libres, 27,54% en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, 18,84% en soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état, et pour 2,90% la mesure de soins n'était pas connue.

Cette donnée était inconnue pour 8 patients.

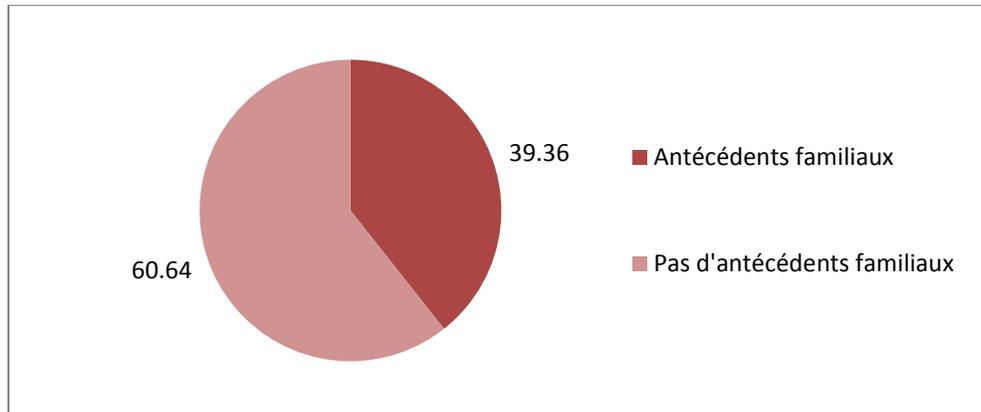
Figure 15 : Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie parmi la population de l'étude, en %, n = 172.



(iv) Antécédents psychiatriques familiaux

La **Figure 16** expose la présence d'antécédents psychiatriques familiaux parmi la population de l'étude. On note une proportion importante (47,78%) de patients pour lesquels l'information n'était pas connue.

Figure 16 : Antécédents psychiatriques familiaux parmi la population de l'étude, en %, n = 94.



(v) Délai d'accès aux soins

Nous avons ici distingué deux cas : les patients en rupture de suivi, et les patients non connus de la psychiatrie. Sur les 180 situations étudiées :

- 84 patients, soit 46,67% du total, étaient connus de la psychiatrie. Parmi ces 84 patients, 57 étaient en rupture de soins, dont 55 avec une durée de rupture de soins connue,
- 67 patients soit 37,22% n'étaient pas connus de la psychiatrie. Nous avons pu déterminer le délai d'accès aux soins pour 63 d'entre eux,
- Pour 29 patients soit 16,11%, nous ne disposons d'aucune information.

Le **Tableau 18** présente les délais d'accès aux soins pour chaque cas de figure.

Tableau 18 : Délai d'accès aux soins en fonction de la présence antérieure d'un suivi, en mois.

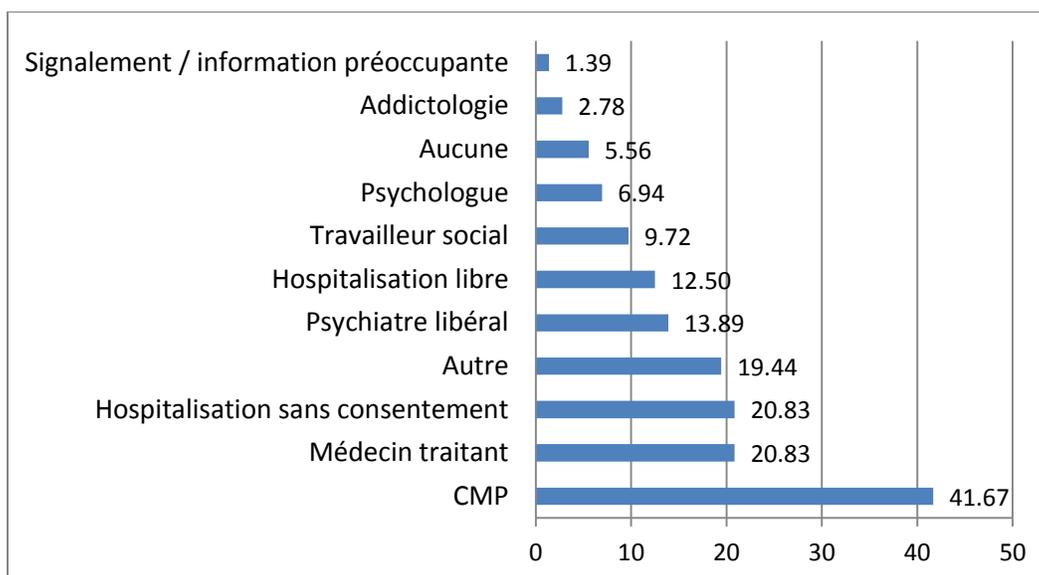
	Patients non connus de la psychiatrie, n = 63	Patients en rupture de soins, n = 55
Moyenne	23.12	32.15
Médiane	6.11	12.00
Mode	24.02	12.00
Ecart-type	35.72	38.96

(f) Prise en charge EPIC

(i) Orientation après prise en charge

Dans la **Figure 17**, nous pouvons observer l'orientation des patients au terme d'une prise en charge menée à bien. Cet item concerne donc 72 patients, qui ont pu bénéficier de plusieurs orientations simultanées (par exemple, « Travailleur social » et « Psychiatre libéral »). Le nombre total d'orientations est ici de 112. Notons que parmi les 15 hospitalisations sans consentement initiées par EPIC, 12 l'étaient dans le cadre d'une mesure d'ASPDT et 3 d'ASPDR. Parmi les 14 orientations « autre », 6 concernaient une équipe mobile spécialisée (équipe mobile de géronto-psychiatrie ou équipe mobile psychiatrie-précarité).

Figure 17 : Orientation des patients ayant bénéficié d'une prise en charge menée à bien, en %.



(ii) Symptomatologie constatée lors de la prise en charge

La **Figure 18** détaille la fréquence des symptômes ou syndromes relevés lors de l'évaluation des patients par EPIC. Cet item concernait uniquement le groupe « EPIC ». Les 4 patients présentant une symptomatologie évocatrice d'une pathologie somatique se répartissaient ainsi : 3 d'entre eux présentait une désorientation temporo-spatiale avec des symptômes psycho-comportementaux d'une probable pathologie démentielle méconnue ; le dernier présentait un syndrome frontal. Les symptômes « autres » sont détaillés dans le **Tableau 19**.

Figure 18 : Symptomatologie constatée lors de l'évaluation par EPIC, en %, n = 53.

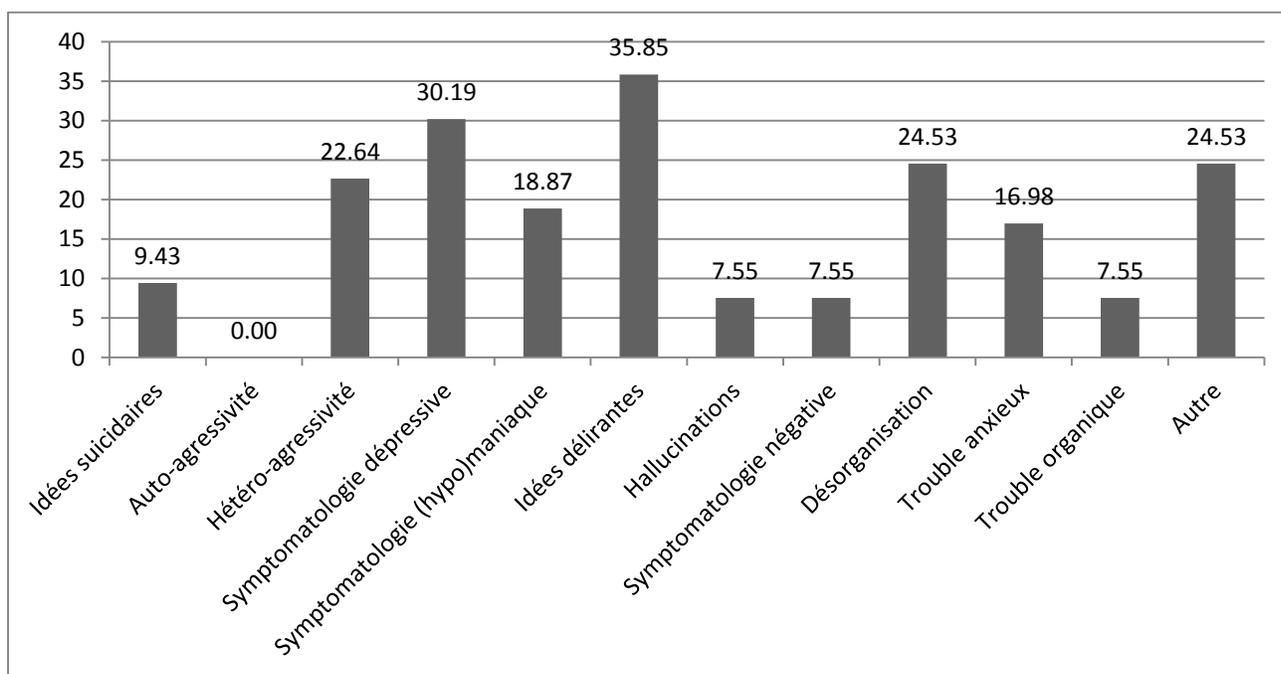


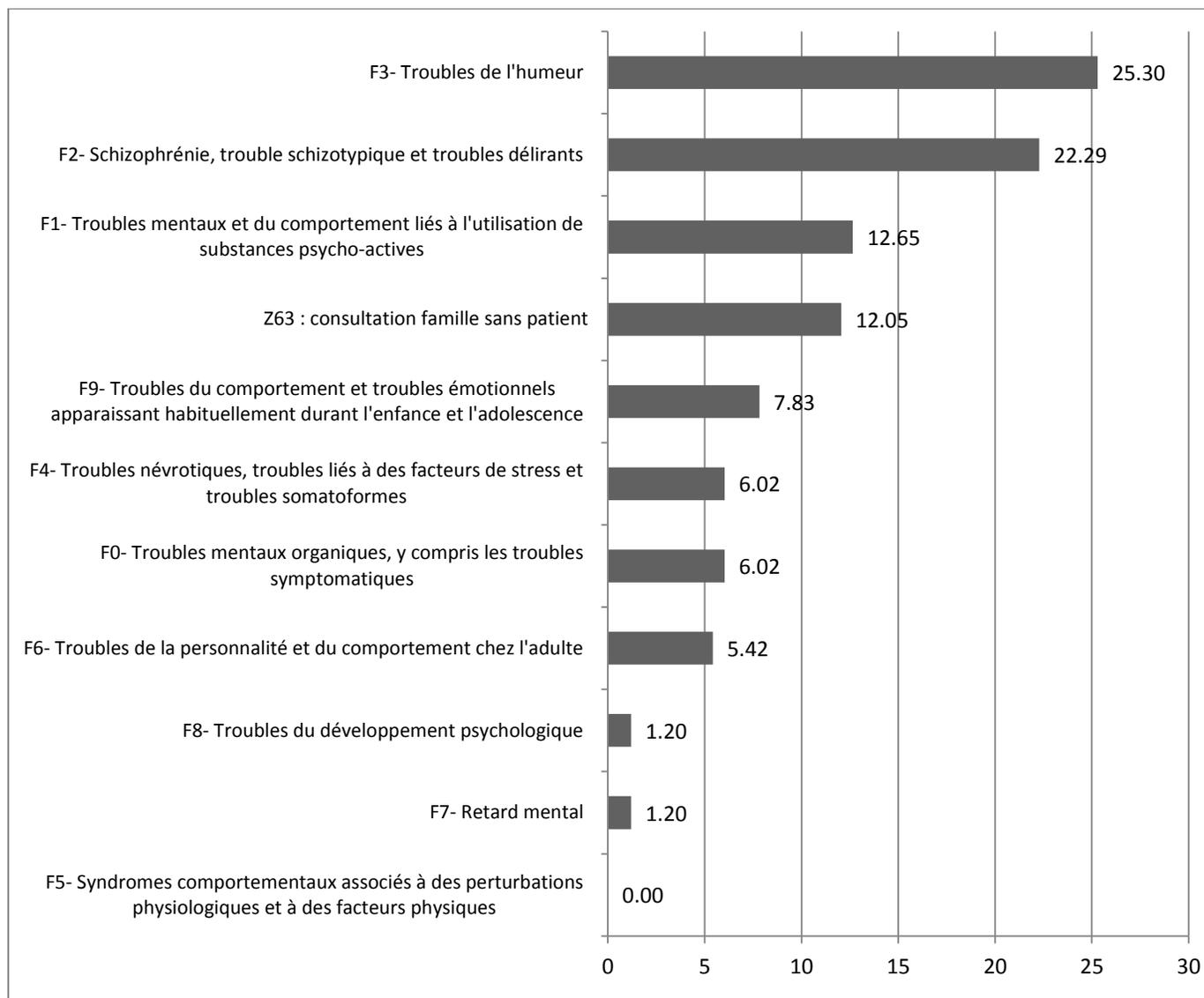
Tableau 19 : Autre symptomatologie constatée lors de l'évaluation par EPIC, en effectif, n = 13.

Symptomatologie autre : détail	n
Absence de symptomatologie psychiatrique	4
Traits de personnalité sans tableau aigu	2
TUS	4
Trouble du spectre autistique	1
Retard mental	1
Mises en danger	1
Total	13

(iii) Diagnostic principal au terme de la prise en charge

La **Figure 19** expose la répartition des diagnostics principaux pour les situations rencontrées. Pour 14 patients, cette donnée n'était pas disponible. 12,05% des situations relevaient d'une consultation famille sans patient : la prise en charge était axée sur le soutien et le conseil à la famille sans intervention nécessaire auprès du patient.

Figure 19 : Répartition des diagnostics principaux après sollicitation d'EPIC, en %, n = 166.



(iv) Nombre d'actes réalisés

Cet item nécessitait un décompte précis, au fur et à mesure, des actes effectués. Nous avons constaté une sous-estimation évidente du nombre d'actes renseignés dans le dossier, et une description incomplète des actes (notamment la profession des professionnels impliqués dans chaque acte). La recherche dans les dossiers du nombre et de la nature des actes n'a pas permis de retrouver des informations fiables. La prise d'information a posteriori auprès des infirmiers référents concernant les actes non tracés présentait un risque de biais déclaratif important. Pour ces raisons, les données récoltées n'ont pas été analysées.

(v) *Durée de la prise en charge*

La durée moyenne de prise en charge était de 23,36 jours. Elle était significativement inférieure dans le groupe « Non-EPIC ». L'information n'était pas renseignée pour 6 situations (3 dans chaque groupe).

La durée moyenne dans le groupe « EPIC » était de 30,59 jours. Pour 16 situations, la prise en charge a duré un jour, contre 30 dans le groupe « Non-EPIC ».

Tableau 20 : Durée de la prise en charge EPIC en jour pour la population totale, le groupe « EPIC » et le groupe « Non-EPIC », n = 174

Durée de la prise en charge (jours)	n = 174	n = 128	n = 46	p-value
	Tous	EPIC	Non EPIC	
Moyenne	23,86	30,59	5,15	< 0.0001**
Médiane	12,50	21,50	1,00	
Mode	1,00	1,00	1,00	
Ecart-type	28,57	30,24	8,48	
Maximum	135,00	135,00	36,00	
Minimum	1,00	1,00	1,00	

** : *Test de Student*

2) Comparaison des groupes « EPIC » et « Non-EPIC »

(a) **Demandeur EPIC**

Cette première partie du recueil a fait l'objet d'une comparaison entre les groupes « EPIC » et « Non-EPIC », détaillée dans le **Tableau 21**. Le but était ici de savoir si la qualité du demandeur, le motif de sa demande et la nature de celle-ci étaient corrélés à la présence d'une indication de prise en charge.

Les deux groupes étaient comparables sur ces critères, hormis la fréquence de la demande d'évaluation diagnostique. Sur ce point, les demandeurs du groupe « Non-EPIC » étaient significativement moins nombreux à en demander une ($p=0,003$).

Tableau 21 : Comparaison des groupes « EPIC » et « Non-EPIC » sur la sollicitation de l'équipe.

	EPIC, n = 131		Non-EPIC, n = 49		p-value
	n	%	n	%	
Demandeur					
Famille	90	68,70	36	73,47	0.257
Travailleurs sociaux	21	16,03	4	8,16	0.329 *
Signalement ARS	6	4,58	1	2,04	0.680 *
Mandataire judiciaire	4	3,05	3	6,12	0.378 *
Bailleur	5	3,82	0	0	0.330 *
SECOP	5	3,82	0	0	0.330 *
Médecin traitant	4	3,05	2	4,08	0.650 *
Psychiatre traitant	3	2,29	1	2,04	1.000 *
Ami	1	0,76	1	2,04	0.451 *
Autre	10	7,63	4	8,16	0.760 *
Motif					
Agitation, agressivité	63	48,09	23	46,94	0.426
Bizarrie	44	33,59	12	24,49	0.644
Repli à domicile	37	28,24	10	20,41	0.659
Problématique addictologique	32	24,43	6	12,24	0.212
Risque suicidaire / symptomatologie dépressive	18	13,74	7	14,29	0.600
Autre	19	14,50	8	16,33	0.449
Demande d'aide					
Informations sur la conduite à tenir	80	61,07	30	61,22	0.254
Evaluation diagnostique	51	38,93	5	10,20	0.003
Hospitalisation	20	15,27	12	24,49	0.051
Reprise de suivi	20	15,27	5	10,20	0.643
Prise en charge sociale	7	5,34	1	2,04	0.685 *
Prise en charge à domicile	9	6,87	6	12,24	0.226
Autre	12	9,16	3	4,84	0.725*

* : Test exact de Fisher. Les autres analyses ont été menées avec le test du chi-deux. Les résultats significatifs sont indiqués **en gras**.

(b) Caractéristiques sociodémographiques

Le **Tableau 22** détaille la comparaison des patients ayant une indication à une prise en charge EPIC avec ceux dont l'indication n'a pas été retenue pour tous les items relatifs aux caractéristiques sociodémographiques. Comme nous pouvons le voir, il n'existait aucune différence significative entre les groupes « EPIC » et « Non-EPIC ».

Tableau 22 : Comparaison des groupes « EPIC » et « Non-EPIC » sur les caractéristiques socio-professionnelles.

	EPIC, n = 131		Non-EPIC, n = 49		p-value
	n	%	n	%	
Genre					
Femme	46	35,11	20	40,82	0.480
Homme	85	64,89	29	59,18	
Statut marital					
Célibataire	86	67,19	26	53,06	0.121
Marié ou en concubinage	24	18,75	14	28,57	0.134
Veuf ou divorcé	18	14,06	9	18,37	0.439
Logement					
Autonome	70	54,69	28	58,33	0.657
Hébergé par la famille	55	42,97	17	35,42	0.374
Autre	3	2,34	3	6,25	0.347 *
Mesure de protection					
Oui	7	5,60	6	12,77	0.113
Statut professionnel					
Scolarisé ou étudiant	25	20,00	6	13,33	0.279
Activité professionnelle	27	21,60	8	17,78	0.518
Sans activité	73	58,40	31	68,89	0.362
Niveau d'études					
Inférieur ou égal au brevet	56	57,14	16	51,61	0.218
BAC à BAC +3	33	33,67	13	41,94	0.854
BAC + 3 et plus	9	9,18	2	6,45	0.730
Source de revenus					
Salaires / retraite	42	35,59	14	35,90	0.653
RSA	15	12,71	3	7,69	0.289
AAH / pension d'invalidité	22	18,64	13	33,33	0.142
Aucune	39	33,05	9	23,08	0.124
Dépendance financière vis-à-vis du demandeur					
Oui	65	53,28	18	43,90	0.299
Médecin traitant déclaré					
Oui	85	74,56	33	84,62	0.197

* : Test exact de Fisher

Les autres analyses ont été menées avec le test du chi-deux
Les résultats significatifs sont indiqués **en gras**.

(c) Antécédents psychiatriques et délai d'accès aux soins

(i) Antécédents psychiatriques

Le **Tableau 23** présente les résultats des comparaisons entre les deux groupes sur les antécédents psychiatriques. On note que les patients « Non-EPIC » sont significativement plus nombreux à suivre actuellement un traitement psychotrope, et à avoir un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie. Ils sont à l'inverse significativement moins nombreux à n'avoir aucun traitement actuel. Il faut souligner une différence significative entre les deux groupes sur la proportion de données manquantes concernant le traitement ($p = 0,046$). Les deux groupes ne présentaient pas de différence significative sur les autres critères.

Tableau 23 : Comparaison des groupes « EPIC » et « Non-EPIC » sur les antécédents psychiatriques.

	EPIC, n = 131		Non-EPIC, n = 49		p-value
	n	%	n	%	
Antécédent de consultation en psychiatrie					
Oui	87	66,92	35	74,47	0.338
Traitement psychotrope					
Actuel observant	14	11,29	18	36,73	< 0.0001
Actuel, non observant	15	12,10	8	16,33	0.383
Aucun traitement actuel	95	76,61	16	32,65	< 0.0001
Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie					
Oui	43	34,13	24	52,17	0.032
Antécédents psychiatriques familiaux					
Oui	29	41,43	8	33,33	0.484

Les analyses ont été menées avec le test du chi-deux.

*Les résultats significatifs sont indiqués **en gras**.*

(ii) Délai d'accès aux soins

Nous avons ici comparé les délais d'accès aux soins de chaque groupe. Lorsqu'on distingue les patients connus de la psychiatrie de ceux qui n'ont jamais eu de prise en charge, il n'y a pas de différence significative entre les groupes « EPIC » et « Non-EPIC ». En revanche, sur l'ensemble des patients, le groupe « Non-EPIC » présente un délai d'accès aux soins significativement inférieur au groupe « EPIC » avec respectivement 11,04 mois contre 29,58 mois, $p < 0,0001$ (**Tableau 24**).

Tableau 24 : Comparaison des groupes « EPIC » et « Non-EPIC » sur le délai d'accès aux soins.

	EPIC, n = 105	Non-EPIC, n = 13	p-value
Délai d'accès aux soins, patients non connus de la psychiatrie, n = 63			
Moyenne, en mois	25.50	10.36	0.159**
Délai d'accès aux soins, patients connus de la psychiatrie, n = 55			
Moyenne, en mois	34.08	12.80	0.248**
Délai d'accès aux soins, tous patients confondus, n = 118			
Moyenne, en mois	29.58	11.04	< 0.0001**

** : Test de Student

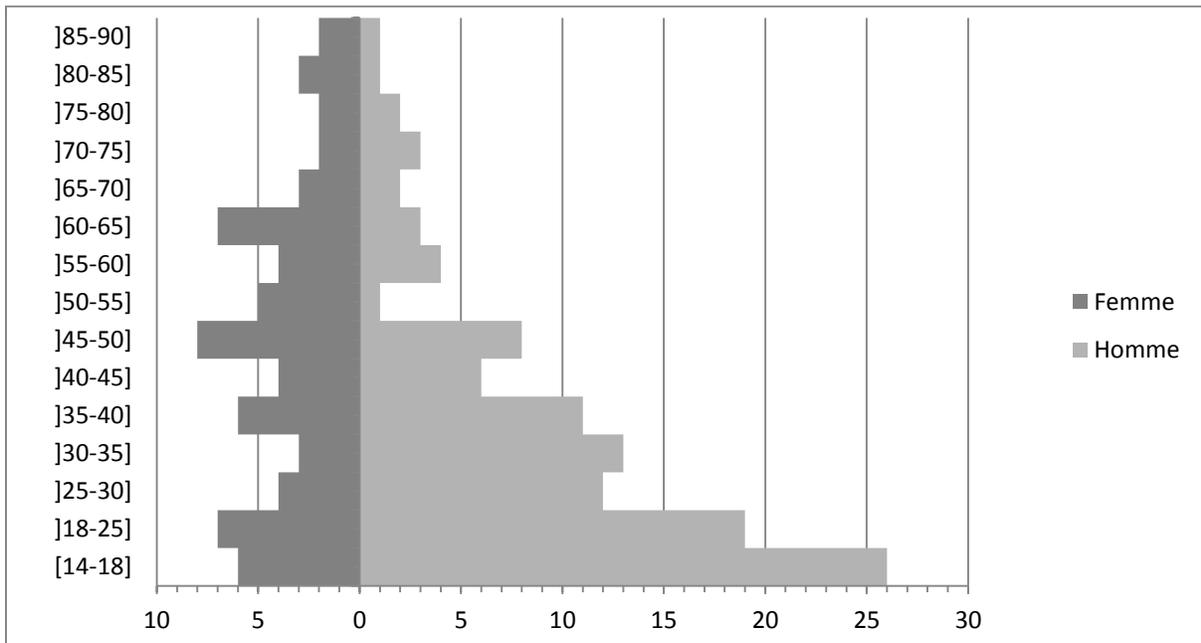
3) Comparaison en fonction du genre

Nous avons empiriquement constaté une différence d'âge entre les hommes et les femmes. Nous avons donc comparé les deux groupes sur ce critère. L'âge moyen des femmes était significativement plus élevé que celui des hommes à 47,15 ans contre 34,13 respectivement ($p < 0,0001$). Cette comparaison a été réalisée au moyen d'un test de Student bilatéral. La **Figure 20** montre la répartition des effectifs en fonction de l'âge et du sexe. On constate que les patients de moins de 50 ans pris en charge par EPIC étaient majoritairement masculins. Cette répartition était encore plus marquée pour la tranche 14-35 ans. A partir de 50 ans, cette tendance s'inverse et la population est alors majoritairement féminine.

Tableau 25 : Age de la population étudiée en fonction du genre, en années.

	Moyenne	Médiane	Mode	Ecart-type	Nombre de mineurs	Patients sans âge renseigné
Hommes, n=114	34,13	30,00	17,00	17,62	19	2
Femmes, n = 66	47,15	48,50	18,00	20,10	2	0
Total, n = 180	38,96	35,00	18,00	19,57	21	2

Figure 20 : Pyramide des âges en fonction du genre, n = 180.



E) Discussion

1) Objectif principal de l'étude

Nous avons analysé lors de cette étude la réponse apportée par EPIC aux demandes reçues.

(a) Demandes de prise en charge

Les concernant, trois constats principaux s'imposent.

Tout d'abord, les demandes émanent très majoritairement des familles et/ou d'acteurs de la cité, notamment les travailleurs sociaux. A l'inverse, les acteurs médicaux ou paramédicaux sont peu représentés parmi les demandeurs, en particulier les médecins généralistes. Ce premier constat peut être expliqué par le plan de communication d'EPIC. Le dispositif a en effet d'abord été présenté, début 2017, aux secteurs médico-social et social, ainsi qu'aux usagers via l'UNAFAM. Il s'agit de la période durant laquelle notre étude a été menée. Dans un second temps, il a fait l'objet d'une publication dans la revue du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (juillet 2017), et la plaquette de présentation est envoyée systématiquement au médecin et au psychiatre traitant des patients pris en charge. Cette stratégie s'est faite en accord avec le schéma régional de santé de Nouvelle-Aquitaine (86), qui préconise « *d'organiser et de rendre lisibles et accessibles les filières de soins et l'offre d'accompagnement aux usagers, professionnels et plateformes territoriales d'appui, avec des actions de communication adaptées* ».

Quant au motif de sollicitation, l'« agitation / agressivité » est de loin le plus fréquent, suivi par l'item « bizarrerie ». Il s'agit de motifs que l'on pourrait qualifier de « bruyants », dont l'impact sur le fonctionnement familial est plus élevé. Le seuil de tolérance de l'entourage vis-à-vis de ces symptômes est donc plus bas que, par exemple, pour le repli à domicile ou des symptômes dépressifs. Il est intéressant de relever qu'il n'y avait pas de différence significative entre les groupes « EPIC » et « Non-EPIC » sur ces motifs. Ils n'influencent pas, a priori, l'indication à une prise en charge par EPIC. Pour affiner ce constat, il serait intéressant de pouvoir comparer, pour chaque patient, ces motifs à une évaluation clinique par un professionnel. Leur libellé peut recouper en effet différentes situations : symptômes psychiatriques ou non, voire absence d'état pathologique.

Enfin, nous avons relevé que seulement 8,33% des demandeurs attendaient d'EPIC des soins à domicile. A contrario, les deux tiers souhaitaient des informations quant à la conduite à tenir. Si on reprend la classification de l'ANAP détaillée plus haut (63), les interventions à domicile demandées sont

donc principalement de type « évaluation / orientation », ce qui est cohérent avec l'activité de la majorité des équipes de crise françaises. On peut noter le contraste avec la forte satisfaction des patients et de leur entourage lorsqu'une prise en charge à domicile est réalisée, comme en Angleterre. Le fait que les demandeurs n'attendent pas ce type de soins peut ici signifier qu'ils n'ont pas connaissance de cette possibilité.

(b) Evaluation de la demande et réponse EPIC

Sur cet aspect, nous dégagons également trois grands constats.

Parmi les situations pour lesquelles EPIC a été sollicitée, l'indication n'a été retenue que pour les trois quarts (73,45%), sans compter les 12 situations non analysées dans cette étude, pour lesquelles une réorientation immédiate par téléphone a été faite. Les deux principales contre-indications étaient le caractère d'urgence et l'existence d'un suivi psychiatrique. Cette proportion de situations ne relevant pas a priori d'EPIC est importante. Dans les faits, même lorsque l'indication n'est pas retenue, une réponse est systématiquement apportée. Si l'intervention à domicile est l'activité la mieux identifiée du service, son but est avant tout de proposer des alternatives à l'hospitalisation. La création d'EPIC et de son numéro unique en a fait une interface privilégiée entre les acteurs de la cité et les soins psychiatriques hospitaliers. Tous les appels sont donc traités, et EPIC peut donner des informations ou des conseils aux demandeurs, voire proposer une orientation. Pour ces situations, un simple entretien téléphonique avec un tiers inquiet peut permettre de désamorcer une situation de crise. Il s'agit d'une des trois fonctions d'EPIC, que nous avons appelée « Information – Conseil – Orientation » (**Figure 20**).

Lorsque l'indication était confirmée par EPIC, seuls 54,96% des patients bénéficiaient d'une prise en charge menée à bien. On peut regrouper les motifs d'interruption de la prise en charge en trois catégories :

- Dans la majorité des cas (45,75% des interruptions de prise en charge), il s'agit d'un motif lié au demandeur et/ou à l'entourage : perte de contact, refus de la prise en charge par le demandeur, ou par la famille alors qu'elle n'est pas demandeuse. Ce chiffre pourrait questionner la qualité du travail avec les demandeurs. Toutefois, nous avons vu que les attentes des demandeurs correspondent bien à la prise en charge réalisée par EPIC. De la même manière, nous avons pu constater empiriquement une forte satisfaction de l'entourage, même lorsqu'ils interrompaient la prise en charge. A notre sens, ce chiffre illustre plutôt l'ambivalence de la demande. Comme nous l'avons vu en

introduction, la « crise » est un ressenti subjectif qui appelle des actions rapides de désamorçage, pas uniquement à l'endroit du « patient désigné », mais auprès de tout le système familial. Pour certaines situations, l'amorce d'un travail avec EPIC, c'est-à-dire l'implication d'un acteur extérieur dans la crise, permet un retour à l'équilibre de la cellule familiale qui ne ressent alors plus le besoin de poursuivre les soins (voire qui peut retrouver son fonctionnement antérieur par le rejet collectif de la prise en charge). Ce retour à l'équilibre n'est pas forcément pérenne, et l'interruption de la prise en charge peut être vécue comme un échec par l'équipe. Mais dans ce cas de figure, l'amorce des soins peut donc être en elle-même bénéfique, et/ou faciliter ultérieurement un nouveau recours à EPIC.

- Dans 25,42% des interruptions de prise en charge, une autre structure a pris le patient en charge sans coordination avec EPIC. Trois hypothèses peuvent l'expliquer :
 - Le recours au médecin traitant avec arrêt de la prise en charge EPIC, constaté dans deux situations, peut être rattaché au point précédent,
 - Le recours aux services d'urgences, majoritaire avec 9 cas, peut s'expliquer par des horaires d'ouverture en journée uniquement. En cas d'acutisation des symptômes en-dehors des plages d'ouverture, la prise en charge se fait donc via les structures classiques,
 - Ce recours aux services d'urgences sans orientation par EPIC peut également signifier une inquiétude de l'entourage. Il entre alors en contradiction avec la prise en charge proposée par l'équipe. Si cela peut être vécu comme un échec (nous l'avons d'ailleurs défini ainsi dans cette étude), soulignons que ce recours permet tout de même un accès aux soins.
- Dans 32,20% des interruptions de prise en charge, l'échec vient du refus par le patient de la prise en charge, ou de l'impossibilité de le contacter. Ceci semble logique, puisqu'EPIC prend en charge des personnes en non-demande ou refus de soins. Toutefois, l'expérience que va acquérir EPIC au fil des ans et ses échanges avec d'autres équipes mobiles de crise pourrait diminuer ce taux à l'avenir.

Le terme « interruption de prise en charge » correspond à une vision soignante et contient implicitement la notion d'échec. Or nous venons de voir que, dans tous les cas, la mission « d'aller vers » est remplie. Ce premier contact est parfois suffisant et satisfaisant pour les usagers. Dans tous les cas, il

facilite un recours ultérieur aux soins. Lors du Congrès des Equipes Mobiles 2018, à Marseille, le Professeur Sylvie TORDJMAN, qui dirige une équipe mobile pour adolescents, évoquait ce point. Elle retenait le terme de « **Mise à disposition** » de l'équipe pour ces interruptions de prise en charge. Il nous paraît effectivement beaucoup plus pertinent, en plaçant les usagers comme acteurs du parcours de soins.

Troisième constat : la majorité des patients « EPIC » n'ont pas été rencontrés (59,54%), que la prise en charge ait été menée à bien ou non. Ainsi, parmi les 72 prises en charge menées à bien, 31 patients n'ont pas été rencontrés. Ceci correspond à l'activité « Consultation Famille Sans Patient » (CFSP), la seconde fonction d'EPIC (**Figure 20**). La CFSP est aussi bien un mode de repérage et d'évaluation des situations qu'un outil dans la résolution de la crise. Dans certains cas, le seul travail avec la famille peut suffire à désamorcer la crise.

(c) Nombre et nature des actes effectués

Comme expliqué précédemment, nous n'avons pas pu analyser cet item, car il n'a pas été rempli de manière fiable. Cette étude a donc rencontré un obstacle par ailleurs connu dans la littérature et décrit dans les retours des autres équipes en France, comme décrit dans le chapitre qui leur est consacré : la difficulté de quantifier et de mettre en valeur leur activité réelle. Le RIM-P ne permet pas de valoriser les actes de l'équipe mobile (durée des actes, acte à plusieurs professionnels, question récurrente des entretiens téléphoniques avec un patient, interventions auprès de l'entourage, pas de création possible d'un IPP antérieure au premier contact physique avec le patient...). Il aurait fallu ici que tous les membres de l'équipe notent en temps réel leur activité.

Ces données auraient pu permettre, entre autres, de pouvoir décrire les différents types de prise en charge. Il aurait été intéressant, par exemple, de distinguer les interventions « évaluation / orientation » des interventions type « soins intensifs à domicile » pour mettre en perspective EPIC parmi les équipes mobiles de crise françaises. Nous aurions pu aussi étudier le travail fait avec l'entourage, puisque nous venons de voir qu'il s'agit d'une part non négligeable du dispositif.

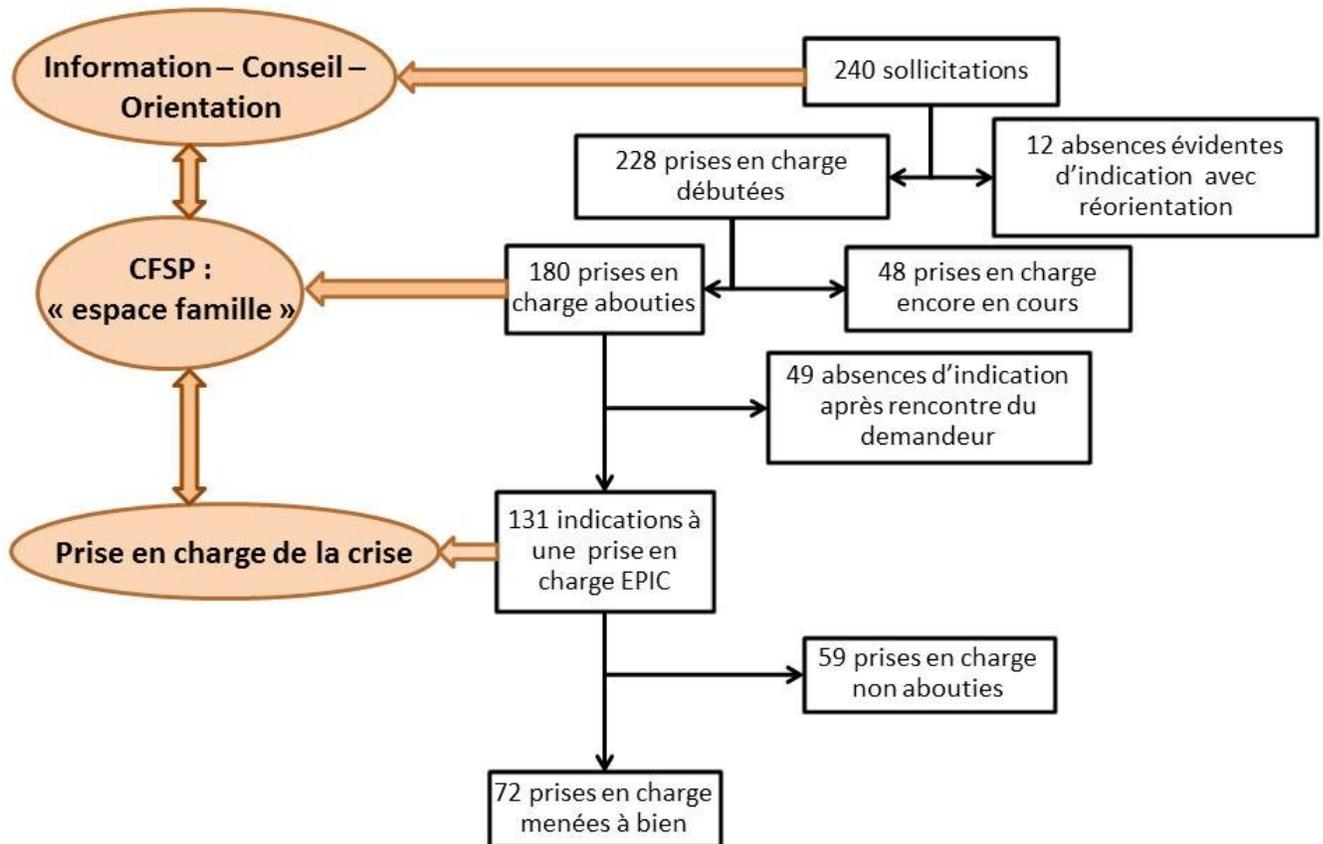
(d) Synthèse

Dans cette étude, nous nous sommes concentrés sur la « prise en charge EPIC » comme réponse aux sollicitations. Cette prise en charge, comme nous l'avons définie, correspond à une intervention de crise ambulatoire, rapide et intensive. Mais nous venons de voir que cette forme de prise en charge de la

crise ne représente qu'une partie de l'activité d'EPIC (ici, 131 sur 240 sollicitations). Dans le détail, on peut distinguer trois fonctions complémentaires de l'équipe (**Figure 20**) :

- Une fonction « Information – Conseil – Orientation » : pour toute personne sollicitant EPIC, une première réponse par téléphone est apportée. Le positionnement d'EPIC, avec un réseau aussi bien dans la cité qu'en intra-hospitalier permet de conseiller et d'orienter la personne.
- Une fonction « Consultation Famille Sans Patient » : en plus de son rôle initial de soutien, d'information et d'orientation, la CFSP est désormais un outil de repérage des situations nécessitant une prise en charge intensive de la crise. Elle permet de travailler la demande des familles et de faire tiers dans la relation avec le patient désigné. Lors d'une prise en charge de la crise, elle est un levier précieux de résolution des situations.
- Une fonction « Prise en charge de la crise » : il s'agit de soins ambulatoires intensifs et limités dans le temps, avec un recours possible à une hospitalisation programmée si nécessaire.

Figure 20 : Les trois fonctions d'EPIC (Information – Conseil – Orientation ; CFSP ; Prise en charge intensive à domicile)



2) Objectifs secondaires de l'étude

(a) Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population de l'étude

(i) Caractéristiques sociodémographiques

La population étudiée était majoritairement masculine, à 64,89%. Près de 7 patients sur 10 étaient célibataires, et plus de la moitié vivait en logement autonome. Si seulement 1 sur 20 bénéficiait d'une mesure de protection, 58,40% d'entre eux n'avaient aucune activité professionnelle, et un tiers n'avait aucun revenu. Le niveau scolaire était faible, avec 42,85% de la population titulaire du baccalauréat. Il s'agit donc d'une population avec une autonomie préservée et un faible niveau socio-économique. Il n'y avait aucune différence significative entre les groupes « EPIC » et « Non – EPIC ».

Si on met en parallèle ces données avec les caractéristiques des patients hospitalisés en psychiatrie en France, telles que décrites par Chapireau (87), on retrouve des tendances similaires :

- Population majoritairement masculine (56%) et célibataire (61%),
- Vivant en logement autonome (47%),
- Ayant un faible niveau d'étude avec 46% de diplômés, et un faible taux d'actifs (13%).

La répartition du genre en fonction de l'âge est également similaire à celle de notre population, avec une nette majorité d'hommes jusqu'à 39 ans, puis une inversion progressive de la tendance.

EPIC a été sollicitée pour 21 mineurs, souvent pour une problématique de réclusion au domicile avec troubles du comportement. La tranche d'âge 14 - 25 ans représente, elle, 58 patients, dont 43 dans le groupe « EPIC ». Cette tendance semble se confirmer sur les premières données de l'année 2018. Il s'agit d'une population spécifique, avec des besoins distincts. Devant ce constat, et dans le cadre d'une réflexion en cours à l'échelle du territoire, un projet de dispositif dédié à cette tranche est en cours d'élaboration.

La population prise en charge par EPIC semble donc similaire sur le plan sociodémographique à la population des patients hospitalisés en psychiatrie. Toutefois, la comparaison directe est impossible et il convient donc d'être prudent sur ce constat. Il serait intéressant de pouvoir comparer la population EPIC avec la population hospitalisée durant la même période au Centre Hospitalier Charles Perrens.

(ii) Caractéristiques cliniques

Les patients pris en charge étaient connus de la psychiatrie pour les deux tiers, mais seul un tiers avait déjà été hospitalisé. Sans surprise, seul un sur dix prenait un traitement psychotrope au moment de la sollicitation d'EPIC. Dans ce cas, il s'agissait la plupart du temps d'un traitement prescrit par un psychiatre à l'occasion d'un contact antérieur, et renouvelé depuis par le médecin traitant. Il existait significativement moins de patients observant un traitement psychotrope dans le groupe EPIC, ce qui était attendu, puisque le service s'adresse à des patients en rupture de soins.

Notons que les antécédents familiaux n'étaient pas connus dans près de la moitié des cas. Lorsqu'ils étaient connus, le diagnostic exact était rarement rapporté. Le recueil des antécédents familiaux fut compliqué en pratique, car il revenait souvent à demander les antécédents personnels des individus sollicitant EPIC. Cette question pouvait donc rencontrer une certaine réticence, voire induire chez la famille un sentiment de mise en cause ou de culpabilité. Nous considérons par conséquent les résultats pour cet item comme peu fiables.

Lors de l'évaluation des patients par EPIC, 22,64% présentaient un comportement hétéro-agressif. Il s'agit là d'une proportion importante, mais cohérente. En effet, EPIC s'adresse à des personnes non-demandeuses ou en refus de soins, qui peuvent donc manifester de l'hostilité lors des contacts avec la psychiatrie. Nous avons vu aussi que l'agitation et/ou l'agressivité sont citées comme motif de sollicitation dans près de la moitié des situations. Cette proportion est également cohérente avec la part de soins sans consentement initiés par EPIC (20,83% à l'issue d'une prise en charge menée à bien). Bien que ces résultats soient plutôt attendus, cela souligne l'importance de la gestion du risque de passage à l'acte hétéro-agressif par des actions de formation et de prévention. Ce constat est particulièrement important lors des interventions à domicile.

S'agissant du diagnostic principal, que nous avons renseigné quel que soit le groupe auquel appartient le patient, on constate que les trois catégories les plus fréquemment retrouvées sont respectivement les troubles de l'humeur (F30 – F39, 25,30%), les troubles psychotiques (F20 – F29, 22,29%) et les troubles de l'usage d'une substance (F10 – F19, 12,65%). Cela renvoie à l'étude publiée en 2017 par le Ministère de la Santé, qui visait à décrire la population suivie en psychiatrie en France sur l'année 2015 (88) et retrouve une répartition similaire. Ces résultats sont également similaires à ceux rapportés par les équipes de crise françaises (voir plus haut).

(b) Délai d'accès aux soins dans cette population

Le délai d'accès aux soins était élevé dans la population étudiée. Dans le groupe « EPIC », il s'établissait à près de deux ans et demi (29,59 mois), ce qui était significativement supérieur au groupe « Non – EPIC » (11,04 mois, $p < 0,0001$). Les patients du groupe « Non – EPIC » qui étaient déjà suivis n'ont, par définition, pas été pris en compte dans ce calcul. En revanche, nous avons vu que dans ce groupe, 9 situations ont été orientées vers les urgences psychiatriques. Nous pouvons donc penser qu'il s'agissait de situations plus aiguës, avec une installation plus rapide des symptômes. Pour les autres patients « Non – EPIC », on peut formuler l'hypothèse que la sollicitation du service s'est faite en première intention, pour des personnes qui n'étaient pas nécessairement opposées aux soins et pouvaient donc bénéficier d'une orientation vers des soins ambulatoires classiques.

(c) Taux de recours à l'hospitalisation

Parmi les 72 patients ayant bénéficié d'une prise en charge menée à bien, 33,33% ont été hospitalisés, dont 20,83% sans consentement. On peut distinguer deux types d'hospitalisations proposées par EPIC :

- Des hospitalisations « classiques » en unité d'admission, après évaluation au SECOP,
- Des hospitalisations brèves, programmées, sur des lits protégés au SECOP.

Cette seconde modalité était plutôt utilisée pour des patients en soins libres, présentant au cours la prise en charge ambulatoire une exacerbation symptomatique (idées suicidaires, symptomatologie anxieuse sévère,..). Dans ce cas, EPIC poursuivait les entretiens pendant l'hospitalisation et reprenait la prise en charge à la sortie.

Le taux de recours à l'hospitalisation sans consentement est relativement faible, considérant que l'ensemble de la population prise en charge est en situation de crise et en refus de soins. Il est important de souligner qu'ici, ce taux ne prend en compte que les patients avec une prise en charge menée à bien.

(d) Devenir des patients pris en charge

Sur ce point aussi, nous n'avons pu analyser que les orientations faites à l'issue d'une prise en charge menée à bien. Nous constatons que les relais se sont fait majoritairement vers le CMP (41,67% des patients), puis vers les hospitalisations sans consentement (20,83% des patients). Il existe par ailleurs une grande variété de professionnels impliqués après une prise en charge EPIC : des équipes de soins spécialisés en psychiatrie (réseau de périnatalité, équipe mobile de géronto-psychiatrie), des travailleurs sociaux, mais également une bonne implication des médecins traitants (20,83% des patients). Cela renforce l'idée d'un réseau diversifié de partenaires, aussi bien dans la cité qu'à l'hôpital. Ces données montrent aussi que deux tiers des patients bénéficient de soins ambulatoires, sans nécessité de recours à une hospitalisation.

Toutefois, comme nous l'avons mentionné lors du point précédent, ces données ne concernent que les 72 patients ayant bénéficié d'une prise en charge menée à bien. Il serait utile d'évaluer également les deux autres fonctions d'EPIC sur ce point (« Information – Conseil – Orientation » et « CFSP »).

3) Limites et biais

(a) Analyse des actes

Nous avons vu que les actes effectués n'ont pas pu être recueillis comme prévu. Il a donc été impossible d'étudier finement les différents types de prise en charge (suivis exclusivement au domicile, suivis dans les locaux, place des entretiens téléphoniques,...). Deux facteurs expliquent cela :

- les professionnels n'ont pas rempli de manière exhaustive le recueil de données. Le recueil lui-même, qui impliquait de renseigner en temps réel chaque acte, était sans doute trop chronophage. Il aurait donc fallu imaginer un autre mode de collecte de ces données,

- comme évoqué plus haut, le RIM-P n'est pas adapté aux pratiques des équipes mobiles. Il n'en décrit que très partiellement l'activité. L'adaptation de ce système paraît plus que nécessaire, à l'heure où le développement de l'ambulatoire et de la mobilité est prôné par tous les acteurs, afin de valoriser au mieux ce type d'équipe. Cela sera nécessaire dans tous les cas si un changement de financement de la psychiatrie est envisagé.

(b) Population de l'étude

(i) Période de l'étude

Cette étude a été menée à l'ouverture du service, soit pendant ses 7 premiers mois de fonctionnement. Nous pensons que cette nouvelle offre de soins a drainé des situations complexes et anciennes auxquelles l'offre de soins antérieure ne pouvait répondre. Dans cette hypothèse, EPIC aurait pris en charge plus de tableaux sévères et initié plus d'hospitalisations sans consentement durant l'étude que maintenant.

Le recrutement semble avoir évolué par la suite du fait de la publicité faite autour de l'équipe. A l'ouverture du service, la communication avait été faite auprès des travailleurs sociaux, des associations d'usagers et des professionnels de l'hôpital Charles Perrens. Désormais, la connaissance du dispositif par les médecins généralistes, les psychiatres libéraux et les autres centres hospitaliers a pu permettre de toucher un public plus large. Cette publicité est amplifiée par le bouche-à-oreille parmi la population générale et les professionnels.

(ii) Prises en charge en cours au 31 juillet 2017

A la clôture du recueil de données, il restait un nombre important (48) de patients dont la prise en charge n'était pas terminée. Ils n'ont donc pas été inclus dans l'étude, ce qui représente un biais potentiel de sélection.

(c) Diagnostic

Sur les 180 prises en charge abouties, 166 diagnostics ont été posés (92,33%). Ce pourcentage est élevé, dans la mesure où de nombreux patients n'ont pas été rencontrés. De nombreux diagnostics

ont donc été faits uniquement sur les dires des proches ou de professionnels non-psychiatres. D'autres ont dû être déterminés sur des évaluations très courtes. Dans ces circonstances, un diagnostic précis, affiné, était difficile à obtenir.

Nous avons donc utilisé les chapitres de la CIM 10 plutôt que des diagnostics plus précis. Cela n'évite pas le risque d'erreur diagnostique. Nous avons fait ce choix car le type de pathologie rencontré est une caractéristique importante de la population. Toutefois, dans le contexte d'une équipe de crise, il serait peut-être plus pertinent d'utiliser les motifs de recours aux soins que les catégories diagnostiques (comme nous avons pu le faire avec le code Z63).

(d) Délai d'accès aux soins

Il était assez aisé de déterminer le délai d'accès aux soins pour les patients connus de la psychiatrie. La date de rupture de suivi était la plupart du temps rapportée avec précision par les usagers et/ou confirmée précisément avec le dossier médical.

En revanche, pour les patients non connus, l'estimation est moins fiable. Il existe un biais déclaratif important. Les proches rapportaient plus volontiers les symptômes « bruyants » (agitation, idées délirantes, passages à l'acte auto- ou hétéro-agressifs). Il était beaucoup plus difficile d'obtenir, par exemple, le début des symptômes négatifs pour les jeunes patients atteints de schizophrénie. La tolérance des proches pour les symptômes tels que le repli, la tristesse, le ralentissement psychomoteur est en effet plus grande.

(e) Synthèse

Au vu des remarques ci-dessus, il semble intéressant de répliquer cette étude après quelques années de fonctionnement du service. La population prise en charge pourrait être différente, et l'expérience acquise a certainement conduit à une évolution des pratiques. L'amélioration du recueil des actes précis réalisés pourrait permettre d'affiner le rôle et le fonctionnement de l'équipe.

Il serait également intéressant de pouvoir étudier l'efficacité d'EPIC :

- l'efficacité intrinsèque, avec une comparaison de la sévérité des troubles et leur impact entre le début de la prise en charge et la fin, voire à distance sur plusieurs années,
- l'efficacité comparée à celle de la prise en charge classique, c'est-à-dire avec des patients avec indication d'hospitalisation vus au service d'urgences psychiatriques.

V) Conclusion

Les EMC semblent être un outil efficace de prise en charge de la crise. Dans leur déclinaison anglaise, nous avons vu qu'elles permettent notamment de réduire le recours à l'hospitalisation et d'augmenter la satisfaction des usagers. Si nous n'avons pas retrouvé de données claires sur la déstigmatisation ou le pronostic à long terme, nous pouvons toutefois supposer que leur impact médico-économique est positif et leur acceptabilité importante. A Bordeaux, nous avons pu constater une diminution des passages aux urgences psychiatriques de près de 11% en 2018, soit deux ans après l'ouverture d'EPIC. Cette diminution survient dans un contexte de développement de l'offre ambulatoire et en particulier de l'HAD sur l'ensemble de l'établissement. On peut suggérer que l'essor des soins intensifs à domicile a contribué à éviter le recours aux urgences, même si l'impact exact d'EPIC reste à déterminer.

Comment rendre une équipe mobile de crise efficace ? Les rares articles sur le sujet, issus du Royaume-Uni et de la Norvège, soulignent surtout de larges plages d'ouverture (24 heures sur 24, 7 jours sur 7). Ils évoquent aussi la nécessité d'autonomie des professionnels paramédicaux, qui implique un effort en terme de formation (89,90). Citons notamment la gestion du risque suicidaire, les approches systémiques ou les stratégies de désescalade. L'intégration d'Infirmiers en Pratiques Avancées dans les EMC pourrait donc être intéressante.

En France, de nombreux acteurs soulignent le besoin de poursuivre l'évaluation de ces dispositifs. Les CHRTT anglaises ont montré leur efficacité mais il n'est pas possible de transposer leurs résultats aux équipes françaises pour deux raisons.

Premièrement, il n'y a pas de cadre commun aux EMC en France. Du fait de l'absence de modélisation sur laquelle pourrait s'appuyer une EMC en construction, chaque équipe a dû « inventer » son organisation et sa pratique. Certes, elles sont réunies au sein de l'Association des Equipes Mobiles, mais celle-ci regroupe tout type d'équipe mobile.

Deuxièmement, la question de l'articulation et de la complémentarité entre EMC et secteur se pose de manière récurrente. Actuellement, leur rôle d'évaluation et d'orientation prime sur le soin à domicile. Elles sont donc plutôt une interface entre le secteur et la cité, là où les équipes anglo-saxonnes se concentrent sur la prise en charge au domicile. Cette place accordée aux équipes dans le parcours de soins conditionne de fait leur activité. Comme Demailly et al. le soulignent, en évoquant la mobilité au sens large : « *pour perdurer, ces initiatives nécessitent d'organiser le secteur autour de la mobilité* » (3).

Donner un rôle de « pivot » aux EMC requiert beaucoup de communication et de travail en réseau, comme l'a illustré la création d'EPIC. Certains préconisent même des modifications structurelles parallèlement à leur ouverture, comme par exemple la réduction du nombre de lits d'hospitalisation (32). Le développement d'un tel dispositif implique donc une réflexion globale sur l'organisation des soins, à l'échelle d'un ou de plusieurs secteurs. C'est d'ailleurs surtout à l'échelle intersectorielle que ces équipes sont pensées (51). Nous rejoignons là le concept de « secteur rénové », qui facilite la coopération entre secteurs sur des problématiques ciblées, et que de nombreux acteurs promeuvent (58,59).

Les EMC pourraient assurer des fonctions de repérage, d'intervention précoce, de maintien à domicile, de déstigmatisation, mais pour y parvenir il faudrait donc une implication de l'ensemble des acteurs concernés. Des pratiques professionnelles à la cotation des actes, en passant par d'autres dispositifs complémentaires (lits dédiés à la crise ? Articulation avec des équipes de réhabilitation, ou d'HAD ?), les moyens à engager sont conséquents. Il paraît nécessaire qu'ils le soient par une politique de santé au niveau régional, si ce n'est national.

Dans la perspective d'un développement des EMC, de nombreuses questions se posent. Quels moyens pour assurer la confidentialité lors d'une prise en charge intensive au domicile ? Comment concilier au mieux travail en réseau et secret partagé ? Comment gérer le risque ? Quelle stratégie pour ne pas devenir un outil de coercition au domicile, ou pour ne pas être perçu comme assurant une fonction de contrôle social ?

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux équipes mobiles de crise françaises

Annexe 2 : Organisation des équipes de crise en France, d'après les réponses au questionnaire.

Annexe 3 : Plaquette de présentation EPIC

Annexe 4 : Recueil de données étude EPIC 2017

Annexe 5 : Support de la communication orale du 28 juin 2018 au Congrès des Equipes Mobiles

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux équipes mobiles de crise françaises

Questionnaire sur les équipes mobiles d'intervention de crise en France

- 1) Année de création de l'équipe
- 2) Horaires et jours d'ouverture :
- 3) Composition de l'équipe (en équivalent temps-plein) :
 - a. Psychiatre :
 - b. Infirmiers :
 - c. Psychologue :
 - d. Assistant social :
 - e. Secrétaire :
 - f. Cadre de santé :
 - g. Autres :
- 4) Moyens matériels spécifiques alloués (véhicules, locaux, téléphone,..) :
- 5) Durée maximale de la prise en charge (si définie) :
- 6) Secteur d'intervention (zone géographique et/ou nombre d'habitants) :
- 7) Nombre de prises en charge par an :
- 8) Caractéristiques de la population prise en charge (si connues):
 - a. Age :
 - b. Sexe :
 - c. Répartition des motifs de prise en charge (diagnostic) :
 - d. Autres caractéristiques notables de la population prise en charge :

9) L'ouverture de votre équipe a-t-elle eu un impact sur le nombre d'admissions dans les hôpitaux du secteur et si oui, lequel?

10) Rencontrez-vous des difficultés pour remplir vos missions, et si oui, lesquelles ?

11) Selon vous, quelles actions pourraient être menées, localement ou nationalement, pour améliorer la visibilité et l'efficacité des équipes mobiles de crise ?

Annexe 2 : Organisation des équipes de crise en France, d'après les réponses au questionnaire.

Equipes	Création	Horaires	Composition de l'équipe (en ETP)	Moyens matériels	Durée	Secteur couvert
ERIC	1994	24/7	- 17 IDE - 3,8 psychiatres - 1 cadre - 1 psychologue - 1 secrétaire	Non connus	1 mois	Yvelines, 300 000 habitants
UMES (Unité Mobile d'Evaluation et de Soins)	2002	Lundi - Vendredi 9h-16H30 ou 19h 2/semaine	- 1 psychiatre - 2 IDE - secrétaire et cadre du CMP	- 1 portable - véhicules du CMP	Non définie	Val-de-Marne, secteur 94G17, 80 000 habitants
ULICE (Unité Locale d'Intervention et d'évaluation de crise)	2008	Lundi - Vendredi, 9h-18h30	- 1 psychiatre - 1 interne - 1 psychologue - 1 secrétaire	- vélo / bons transport	2 mois	Marseille, 610 000 habitants
EMIS (Equipe Mobile Intersectorielle)	2009	Lundi - Vendredi, 9h-17h	- 1 psychiatre - 3,8 IDE - 0,3 assistant social - 0,3 secrétaire - 1 cadre - 1 interne	- 2 véhicules - 3 portables - 4 bureaux (CMP)	1 - 2 mois	Brest Métropole (environ 200 000 habitants)
EMIC (Equipe Mobile d'Intervention de Crise)	2010	Lundi - Vendredi, 9h-18h30	- 1 psychiatre - 5 IDE	Non connus	1 mois	Toulouse et première couronne (environ 900 000 habitants)
EMAP (Equipe Mobile d'Argelès en Psychiatrie)	2011	Lundi - Vendredi, 9h à 17h	- 0,5 psychiatre - 0,5 psychologue - 1 IDE - 0,5 interne	- 1 véhicule - 3 portables, - 1 ligne fixe - 1 bureau (CMP)	Non définie	Thuir, secteur 66G04 : 47 687 habitants
Psy'mobile	2012	Lundi - Vendredi 9h-17h	- 1,25 psychiatre - 0,5 interne - 2 IDE - 0,25 psychologue - 0,25 secrétaire - 0,25 cadre	- 1 véhicule - 1 portable - bureaux dédiés	Non définie	Partie sud du Rhône, environ 1,5 million habitants
EMPS (Equipe Mobile de Prévention du Suicide)	2014	Lundi - Vendredi 9h-17h, flexible SB	- 0,5 psychiatre - 0,5 psycho - 2,5 IDE - 0,5 secrétaire - 0,5 cadre	- 3 véhicules - 3 portables - 3 bureaux	10 consultations	Sarthe, 570 000 habitants
EMPP (Equipe Mobile Prévention Précarité)	2017	Lundi - Vendredi 9h-12h30 et 13h - 17h.	- 2 x 0,5 psychiatres - 0,85 interne - 3,8 IDE - 0,8 cadre - 0,5 secrétaire - assistant social du CCAS	- 1 portable par IDE - 1 ligne fixe - 2 véhicules - 1 tablette avec accès au DPCI - 1 antenne au CMP - 1 antenne au CCAS	Non définie	Besançon et ses environs, environ 250 000 habitants

Annexe 3 – Plaquette de présentation EPIC

Équipe Psychiatrique d' Intervention et de Crise Consultation Famille Sans Patient

est opérationnelle du **lundi au vendredi de 9h à 20h,**
et le **weekend de 12h à 20h.**

EPIC - CFSP peut être sollicitée par :

- toute personne (personnel médical, social, famille...),
- agissant dans l'intérêt d'une personne âgée de plus de 16 ans en situation de souffrance psychique,
- en rupture ou en non demande de soins.

EPIC - CFSP a pour objectifs :

- d'évaluer et d'analyser une situation,
- de mettre en place la prise en charge la plus adaptée tant pour la personne concernée que pour son entourage.

En fonction de la situation, **EPIC - CFSP** pourra :

- conseiller,
- orienter,
- amorcer un suivi (soit dans ses locaux, soit à domicile),
- accompagner la personne vers une adhésion aux soins puis une prise en charge spécialisée.

EPIC - CFSP est également présente pour la famille ou l'entourage :

- une écoute,
- un soutien,
- un accompagnement .

Pour nous joindre :

secrétariat : 05.56.56.35.05

infirmiers : 05.56.56.67.33

epic-cfsp@ch-perrenns.fr



EPIC

Centre Hospitalier Charles Perrenns
121 rue de la Béchade - CS 81285 - 33076 Bordeaux

Annexe 4 – Recueil de données étude EPIC 2017

	<p>Centre Hospitalier Charles Perrens Pôle PUMA Recueil de données patients EPIC 33</p>
---	--

Numéro patient : Secteur :

Date de la demande de prise en charge EPIC :/...../201....

*Les 3 premières pages (jusqu'à l'item antécédents psychiatriques) sont à remplir au début de la prise en charge.
 Les 2 suivantes sont à remplir en fin de prise en charge.*

1) Demandeur EPIC

1. Qui sollicite EPIC ? (plusieurs réponses possibles, exemple : famille + CFSP, ou voisin + SAMU,...) :

Famille	<input type="checkbox"/>	Voisin	<input type="checkbox"/>	Ami	<input type="checkbox"/>
Médecin traitant	<input type="checkbox"/>	Psychiatre traitant	<input type="checkbox"/>	CFSP	<input type="checkbox"/>
Mandataire judiciaire	<input type="checkbox"/>	SAMU/Service d'urgence	<input type="checkbox"/>	SECOP	<input type="checkbox"/>
Signalement ARS	<input type="checkbox"/>	Travailleur social	<input type="checkbox"/>	Bailleur	<input type="checkbox"/>
Autre (.....) <input type="checkbox"/>					

2. Motif(s) de la demande (plusieurs motifs possibles):

Agitation, agressivité ; Repli à domicile ; Menaces suicidaires ;
 Problématique addictologique ; Bizarrie ; Autre ;
 (préciser :.....)

3. Quelle est la demande d'aide exprimée par le demandeur ?

- Informations ou conseils sur la conduite à tenir concernant le patient
- Évaluation diagnostique
- Hospitalisation
- Prise en charge à domicile
- Reprise de suivi
- Prise en charge sociale (recherche d'un assistant de service social, demande MDPH,...)
- Autre (préciser :.....)

2) Évaluation et réponse EPIC

1. Indication à une prise en charge EPIC : OUI NON

2. Prise en charge menée à bien (patient et demandeur sont d'accord avec l'orientation proposée) :
OUI NON

Si non, préciser le motif de rupture de suivi :

- plus de nouvelles du demandeur
- refus du demandeur quant à la prise en charge proposée
- impossibilité d'établir un contact avec le patient désigné
- autre (préciser :.....)

3. Patient rencontré : OUI NON

3) Caractéristiques du patient

1. Données socio-professionnelles :

a) Âge	Mineur <input type="checkbox"/>	
b) Sexe	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	
c) Statut marital	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Concubinage ou marié	<input type="checkbox"/> Divorcé ou veuf
d) Logement	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Hébergé par la famille	<input type="checkbox"/> Autre, préciser :
e) Mesure de protection	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON
f) Statut professionnel	Scolarisé / étudiant <input type="checkbox"/>	Activité professionnelle <input type="checkbox"/> <i>(si arrêt de travail, cocher la case : <input type="checkbox"/>)</i>	Sans activité <input type="checkbox"/>
			Invalidité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
g) Niveau d'études	Niveau inférieur ou égal au brevet <input type="checkbox"/>	BAC à BAC +3 <input type="checkbox"/>	BAC + 3 et plus <input type="checkbox"/>
h) Source de revenus	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Salaire / retraite	<input type="checkbox"/> AAH/ Pension d'invalidité
			<input type="checkbox"/> RSA
i) Dépendance financière vis-à-vis du demandeur	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>
j) Médecin traitant déclaré	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>

2. Antécédents psychiatriques :

a) Consultation en psychiatrie	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	
b) Traitement psychotrope	Actuel, non observant <input type="checkbox"/>	Actuel, observant <input type="checkbox"/>	Antérieur <input type="checkbox"/>	Aucun <input type="checkbox"/>
c) Hospitalisation en psychiatrie	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	
Si oui :	<input type="checkbox"/> HL	<input type="checkbox"/> ASPDRE	<input type="checkbox"/> ASPDT/ASPDTu	<input type="checkbox"/> ASPPI
d) Antécédents psychiatriques familiaux	<input type="checkbox"/> OUI			<input type="checkbox"/> NON
	<i>Préciser :</i>			

3. Orientation après prise en charge (plusieurs réponses possibles) :

Hospitalisation libre	Structure publique <input type="checkbox"/>		Structure privée <input type="checkbox"/>
Hospitalisation sans consentement	ASPDRE <input type="checkbox"/>	ASPD ou ASPDTu <input type="checkbox"/>	ASPPI <input type="checkbox"/>
Travailleur social	<input type="checkbox"/>		
Médecin traitant	<input type="checkbox"/>		
CMP	<input type="checkbox"/>		
Psychiatre libéral	<input type="checkbox"/>		
Psychologue	<input type="checkbox"/>		
Addictologie	<input type="checkbox"/>		
Signalement / information préoccupante (mineur)	<input type="checkbox"/>		
Autre, préciser	<input type="checkbox"/>		
		

4. Délai d'accès aux soins :

a) Patient non connu de la psychiatrie :

- date de début des troubles :

- date du premier contact avec le patient :

b) Patient connu : rupture de suivi au moment de la prise en charge EPIC : OUI NON

Si oui, préciser la durée de la rupture de suivi : mois

5. Symptomatologie constatée lors de l'évaluation par EPIC (plusieurs items possibles):

- a) Idées suicidaires,
- b) Auto-agressivité (sans intention suicidaire),
- c) Hétéro-agressivité,
- d) Symptomatologie dépressive,
- e) Symptomatologie (hypo)maniaque,
- f) Idées délirantes,
- g) Hallucinations,
- h) Symptômes négatifs,
- i) Désorganisation,
- j) Trouble anxieux
- k) Symptomatologie évocatrice d'un trouble organique (préciser :.....)
- l) Autre (préciser :.....)

6. Diagnostic principal au terme de la prise en charge :

- Coté :

- En clair :

4) Prise en charge EPIC

1. **Modalités de la prise en charge** (*indiquer le nombre d'actes pour chaque catégorie*) :

	Tiers demandeur	Patient (<i>avec ou sans la famille</i>)
Entretien téléphonique IDE		
Entretien téléphonique médical		
Entretien IDE dans les locaux		
Entretien médical dans les locaux		
Visite à domicile avec médecin		
Visite à domicile IDE		
Entretien pluridisciplinaire		
Entretien psychologue dans les locaux		
Entretien psychologue à domicile		
Entretien assistante sociale dans les locaux		

2. **Durée de la prise en charge** (*du premier appel à EPIC au dernier entretien*) :

Bibliographie

1. Querido A. The shaping of community mental health care. *Br J Psychiatry*. 1968;114:293-302.
2. Reding GR, Raphelson M. Around-the-clock mobile psychiatric crisis intervention: Another effective alternative to psychiatric hospitalization. *Community Ment Health J*. avr 1995;31(2):179-87.
3. Analyse d'innovations dans les secteurs psychiatriques : augmenter la mobilité et la disponibilité [Internet]. [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: <http://docplayer.fr/14788776-Analyse-d-innovations-dans-les-secteurs-psychiatriques-augmenter-la-mobilite-et-la-disponibilite.html>
4. De Clercq M. Urgences psychiatriques et intervention de crise. De Boeck Université. 1997. 275 p. (Oxalis).
5. Guedj M-J. Introduction. 2016 déc 15; DU Urgences Psychiatriques, Faculté Paris Descartes.
6. Carse J. A district mental health service : the Worthing Experiment. *Lancet*. 4 janv 1958;
7. Spingarn ND. The Worthing Experiment. *Psychiatr Serv*. nov 1959;10(9):24-9.
8. Scott D, Starr I. A 24-hour family orientated psychiatric and crisis service. *J Fam Ther*. 1981;(3):177-86.
9. Stein L, Test M. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*. 1980;
10. Houlst J. Home Treatment in New South Wales. *Clos Ment Hosp Eds P Hall Brockington*. 1991;(107-14).
11. Carroll A. Service innovations: an Australian approach to community care -- the Northern Crisis Assessment and Treatment Team. *Psychiatr Bull*. 1 nov 2001;25(11):439-41.
12. Johnson S. Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. *Adv Psychiatr Treat*. 1 mars 2013;19(2):115-23.
13. NHS. A national service framework for mental health. 1999.
14. NHS, Secretary of State for Health. The NHS Plan :A plan for investment, A plan for reform. juill, 2000.
15. Department of Health. Mental Health Policy Implementation Guide. 2001.
16. National Audit Office. Helping people through mental health crisis. 2007.
17. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. 2016-87 févr 2, 2016.

18. Onyett S, Linde K, Glover G, Floyd S, Bradley S, Middleton H. Implementation of crisis resolution/home treatment teams in England: national survey 2005-2006. *Psychiatr Bull*. 1 oct 2008;32(10):374-7.
19. Harrison J, Rajashankar S, Davidson S. From home treatment to crisis resolution: the impact of national targets. *The Psychiatrist*. 1 mars 2011;35(3):89-91.
20. World Health Organization. Policies and practices for mental health in Europe. [Internet]. Denmark: WHO : Stylus; 2008 [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: <http://site.ebrary.com/id/10268623>
21. Lorant V, Grard A, Van Audenhove C, Helmer E, Vanderhaegen J, Nicaise P. Assessment of the priority target group of mental health service networks within a nation-wide reform of adult psychiatry in Belgium. *BMC Health Serv Res* [Internet]. déc 2016 [cité 6 août 2017];16(1). Disponible sur: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1434-2>
22. service public federal sante publique, securite de la chaine alimentaire et environnement. Arrêté royal portant coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins. 2008024327 oct 7, 2008.
23. Conférence interministérielle. Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins - Wallonie [Internet]. Wallonie, Belgique; 2010 avr p. 37. Disponible sur: http://consultativebodies.health.belgium.be/sites/default/files/documents/interministeriele_conferentie_volksgezondheid-fr/2010_04_26_guide_-_vlaanderenwallonie_fr.pdf
24. Grard A, Nicaise P, Lorant V. Evaluation de la réforme « Vers de meilleurs soins en santé mentale » – Résultats 2014. *Acta Psychiatr Belg*. 2015;115:40.
25. Equipe mobile de psychiatrie 2A et 2B du Projet 107 - Région Hainaut [Internet]. [cité 8 août 2017]. Disponible sur: <http://www.bernissart.be/bottinsocial/index.php/sante/equipe-mobile-de-psychiatrie>
26. CHR Citadelle, Intercommunale de Soins Spécialisés Liège. Présentation de l'ETAC, équipe de traitement ambulatoire de la crise. DOSSIER DE PRESSE. 2012 juin 18; Liège.
27. Centre Hospitalier Jolimont Lobbes, Hôpital Saint Bernard. Projet de Réseau Santé Mentale du Centre [Internet]. 2011 nov 17; Belgique. Disponible sur: <http://www.cp-st-bernard.be/qui-sommes-nous/projet%20de%20Reseau%20Sant%C3%A9%20Mentale%20du%20Centre.pdf>
28. Pierce: Veto Message [Internet]. LONANG Institute. [cité 6 sept 2017]. Disponible sur: <https://lonang.com/library/reference/1854-pvm/>
29. the 79th United States Congress. National Mental Health Act. 79-487 juill 3, 1946.
30. 88th United States Congress. Community Mental Health Act. 88-164 oct 31, 1963.
31. Executive Office of the President of the United States. The Mental Health & Substance Use Disorder Parity Task Force - Final Report [Internet]. White House; 2016 oct p. 34. Disponible sur:

<https://www.hhs.gov/sites/default/files/mental-health-substance-use-disorder-parity-task-force-final-report.pdf>

32. RAMONET M. Soins intensifs à domicile : Modèles internationaux et discussion critique [Internet]. 2012 [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.chameaupsy.com/images/stories/systeme/doc-archives/memoires-theses/ramonet-these-soins-intensifs-domicile.pdf>
33. Thompson KS, Griffith EEH, Leaf PJ. A historical review of the Madison Model of community care. *Hosp Community Psychiatry*. juin 1990;41(6):625-34.
34. Organization WH. International Consultation to Review Community-Based Rehabilitation (CBR): Helinski 25-28 May 2003. 2003;
35. Organisation mondiale de la santé, Organisation mondiale de la santé. Réadaptation à Base Communautaire guide de RBC. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2011.
36. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [cité 23 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
37. New York State Office of Mental Health. 2012 Annual report to the governor and legislature of New York State on Comprehensive Psychiatric Emergency Programs [Internet]. New York State; p. 7. Disponible sur: https://www.omh.ny.gov/omhweb/statistics/cpep_annual_report/2012.pdf
38. CARVALHO-D D, Carvalho DJ de. *Psychiatrie D'Urgence: Une Perspective Franco-Américaine*. Editions universitaires europeennes EUE; 2011. 280 p.
39. California Mental Health Planning Council. California Mental Health Master Plan : a vision for California [Internet]. 2003 mars. Disponible sur: <http://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Documents/CA%20Master%20Plan.pdf>
40. Los Angeles, California Emergency Services Los Angeles County, California [Internet]. [cité 12 déc 2017]. Disponible sur: <http://losangeles.networkofcare.org/mh/emergency-services.aspx>
41. Los Angeles County Department of Mental Health. Board of supervisors approves measure expanding mental evaluation teams. *Mental Health News*. :2.
42. Husted JR, Charter RA, Perrou B. California law enforcement agencies and the mentally ill offender. *J Am Acad Psychiatry Law Online*. 1995;23(3):315–329.
43. Ramonet M, Roelandt J-L. Soins intensifs à domicile : modèles internationaux et niveau de preuve. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. sept 2013;171(8):524-30.
44. Jeannin N, Ayme C. *Equipes mobiles de psychiatrie et alliance thérapeutique*. Université de Franche-Comté, département des sciences médicales & pharmaceutiques; 2017.
45. Chapiro F. [Mortality of psychiatric inpatients in France during World War II: a demographic study]. *L'Encephale*. avr 2009;35(2):121-8.

46. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. 1960;
47. Ministère de la santé publique et de la sécurité sociale. Circulaire 431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies. [Internet]. 1972. Disponible sur: http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire431_14mars1972.pdf
48. Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement. | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072756>
49. Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques. juill 30, 1992.
50. Circulaire 896 AS 2 du 15 juin 1979 relative à l'accueil des urgences en psychiatrie [Internet]. 1979. Disponible sur: legifrance.gouv.fr
51. Robin M, Pochard F, Ampelas J-F, Kannas S, Bronchard M, Mauriac F, et al. Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France. *Thérapie Fam.* 2001;22(2):133.
52. Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 [Internet]. avr 16, 2003. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_15832.pdf
53. Direction générale des soins. CIRCULAIRE . DH E04-DGS SQ2 n° 97.383 du 2 Mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe [Internet]. 1997. Disponible sur: <http://archive.wikiwix.com/cache/?url=http%3A%2F%2Fsamu16.free.fr%2F02mai1997.htm>
54. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
55. Ministère, de, la, Santé, et, des, et al. Circulaire N°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/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 oeuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.
56. HCSP. Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2011 oct [cité 17 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=228>
57. Association des équipes mobiles en psychiatrie [Internet]. [cité 17 févr 2018]. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/equipesmobilesenpsychiatrie/>
58. ROBILIARD Denys. Santé mentale : quand la démocratie soigne. Rapport d'information [Internet]. Assemblée Nationale; 2013 [cité 3 févr 2018] p. 133. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1662.pdf>
59. Laforcade M. Rapport relatif à la santé mentale. p. 190.

60. La loi de santé [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>
61. Guilloux K, Baudot V, Seguela H. Evaluation de la valeur ajoutée des équipes mobiles dans les interventions à domicile des secteurs de psychiatrie adulte des Pays de la Loire. ARS Pays de la Loire; 2015 déc p. 64.
62. HCSP. Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars [cité 18 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>
63. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Intervention à domicile des équipes de psychiatrie - Retour d'expériences [Internet]. 2015 [cité 13 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/intervention-a-domicile-des-equipes-de-psychiatrie-retour-dexperiences/>
64. Fabre D, Lescure M. Présentation d'EMIC [Internet]. Rencontre UNAFAM; 2013 avr; Cente Hospitalier Gérard Marchant, Toulouse. Disponible sur: <https://www.slideserve.com/sai/presentation-emic-dr-fabre-m-lescure-quipe-emic>
65. Mauriac F, Beaugé J, Polus M-C. Le travail d'ERIC. 2005 mars 31; Lausanne.
66. Coldefy M, Le Neindre C, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France: d'une vision segmentée à une approche systémique. Paris: IRDES; 2014.
67. Biong S, Ness O, Karlsson B, Borg M, Kim H. A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 3. Changes in morbidity and clinical problems from admission to discharge. *Int J Ment Health Syst.* 2012;6(1):17.
68. Karlsson B, Borg M, Biong S, Ness O, Kim H. A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 2. Provision of professional services. *Int J Ment Health Syst.* 2012;6(1):14.
69. Ness O, Karlsson B, Borg M, Biong S, Hesook SK. A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 1. Patient characteristics at admission and referral. *Int J Ment Health Syst.* 2012;6(1):18.
70. Jacobs R, Barrenho E. Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. *Br J Psychiatry.* 1 juill 2011;199(1):71-6.
71. Paton F, Wright K, Ayre N, Dare C, Johnson S, Lloyd-Evans B, et al. Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. *Health Technol Assess.* janv 2016;20(3):1-162.
72. Barker V, Taylor M, Kader I, Stewart K, Le Fevre P. Impact of crisis resolution and home treatment services on user experience and admission to psychiatric hospital. *The Psychiatrist.* 28 févr 2011;35(3):106.

73. Johnson S, Nolan F, Hoult J, White IR, Bebbington P, Sandor A, et al. Outcomes of crises before and after introduction of a crisis resolution team. *Br J Psychiatry*. 1 juill 2005;187(1):68-75.
74. Johnson S. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *BMJ*. 17 sept 2005;331(7517):599-0.
75. Tyrer P, Gordon F, Nourmand S, Lawrence M, Curran C, Southgate D, et al. Controlled comparison of two crisis resolution and home treatment teams. *The Psychiatrist*. 1 févr 2010;34(2):50-4.
76. Glover G, Arts G, Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *Br J Psychiatry*. 1 nov 2006;189(5):441-5.
77. Jethwa K, Galappathie N, Hewson P. Effects of a crisis resolution and home treatment team on inpatient admissions. *Psychiatr Bull*. 1 mai 2007;31(5):170-2.
78. McCrone P, Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, et al. Economic evaluation of a crisis resolution service: a randomised controlled trial. *Epidemiol Psichiatr Soc*. mars 2009;18(1):54-8.
79. McCrone P, Johnson S, Nolan F, Sandor A, Hoult J, Pilling S, et al. Impact of a crisis resolution team on service costs in the UK. *Psychiatr Bull*. 2009;33:17-9.
80. Mc Crone, P. K M. Model to assess the Economic Impact of integrating CRHT and Inpatient Services. 2007.
81. While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *The Lancet*. 17 mars 2012;379(9820):1005-12.
82. Hunt IM, Rahman MS, While D, Windfuhr K, Shaw J, Appleby L, et al. Safety of patients under the care of crisis resolution home treatment services in England: a retrospective analysis of suicide trends from 2003 to 2011. *Lancet Psychiatry*. juill 2014;1(2):135-41.
83. Robin M, Bronchard M, Kannas S. Ambulatory care provision versus first admission to psychiatric hospital: 5 years follow up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. juin 2008;43(6):498-506.
84. Ampelas J, Robin M, Caria A, Basbous I, Rakowski F, Mallat V, et al. Évaluation de la satisfaction des patients et de leurs proches vis-à-vis d'une prise en charge de crise ambulatoire par un service mobile d'urgence et de post-urgence psychiatrique. *L'Encéphale*. '31:127-41.
85. ATIH. Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie. 2017.
86. ARS Nouvelle-Aquitaine. Schéma régional de santé 2018 - 2023. 2018 févr p. 235.
87. Chapiro F. Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et en 2000. *Etudes et résultats*. déc 2002;
88. DREES. Les patients suivis en psychiatrie [Internet]. Ministère des Solidarités; 2017 p. 4. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/19-3.pdf>

89. Hasselberg N, Grøava RW, Johnson S, Šaltytė-Benth J, Ruud T. Psychiatric admissions from crisis resolution teams in Norway: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry*. 2013;13(1):1.
90. Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchar A, Fitzgerald C, Fullarton K, Mosse L, et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry* [Internet]. déc 2015 [cité 11 déc 2016];15(1). Disponible sur: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0441-x>