

## **COMPTE RENDU DE LA RENCONTRE DU 21 DECEMBRE 2009 avec l'équipe mobile psychiatrie et précarité de Nîmes**

Intervenants :

Dr Cécile Michot (Psychiatre CHU Nîmes)	Tél : 06 85 76 98 43
Me Carole Meuterlos (Infirmière)	Tél : 06 30 51 21 02
Mr Denis Beudard (Infirmier)	Tél : 06 76 45 49 04

Adresse du service : CHU CAREMEAU – Bât psychiatrie – Rez de Chaussée

### **et les membres du Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents du Gard**

*A l'origine de cette rencontre, des structures adhérentes au REAAP du Gard qui se trouvent démunies face à certaines situations familiales et à des offres de soin qui leur paraissent inadaptées.*

### **Objectifs de la rencontre**

- Développer un travail de prévention ; d'éducation, de lien entre le secteur psychiatrique et le secteur social
- Valoriser et renforcer le rôle de chacun afin de mieux répondre aux besoins en santé mentale

27 personnes ont participé à cette rencontre qui a été riche en échanges.

Remerciements à l'Equipe Mobile de Psychiatrie et Précarité d'avoir accepté notre invitation avec spontanéité.

### **Création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie (novembre 2005) :**

- Mieux répondre aux besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion (*cf Circulaire DHOS/02/D65/6C/DGAS/LA/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005, relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie – en annexe*)
- Favoriser l'accès aux soins et la prise en charge de ces personnes

### **Les constats**

Cloisonnement entre le secteur psychiatrique et social : 2 secteurs qui travaillent parallèlement, sans passerelle avec une méconnaissance mutuelle

Difficulté d'accès aux soins :

- Offre déficitaire, diminution des lits de psychiatrie
- Offre de soins inadaptée face à certaines situations, apparaissant complexe, rendez-vous lointains, non remboursement des cs des psychologues...

Forte prévalence de troubles psychiatriques dans les populations en situation de précarité:

- Travailleurs sociaux souvent désarmés face à la détresse psychique, peu formé , peu soutenus
- Difficultés à mesurer la souffrance psychique, à la repérer d'autant que :

souvent pas demande de soins manifestes

représentation souvent négative de la santé mentale au sein de cette population, crainte de la stigmatisation

### **Publics visés**

Les personnes en situation de précarité et d'exclusion :

- pathologie psychiatrique avérée (antérieure ou conséquente)
- souffrance psychique générée par la situation d'exclusion

Les acteurs de première ligne (travailleurs sociaux, éducatifs ou bénévoles)

### **Missions et principes d'action**

Aller au devant des publics démunis, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés, afin de faciliter :

- la prévention
- le repérage précoce et l'identification des besoins en santé mentale
- l'orientation et l'accès au dispositif de soins si nécessaire

Assurer la fonction d'interface entre le secteur psychiatrique et social :

- développer un travail de prévention, d'éducation, de lien entre les 2 secteurs : partenariat, meilleure articulation entre le sanitaire et le social
- faciliter l'élaboration de prises en charges coordonnées autour d'un projet sanitaire et social

### **Fonctionnement**

L'équipe est constituée de :  
-2 IDE temps plein : Me Carole Meuterlos, Mr Denis Beudard  
-1 psychiatre mi-temps : Dr Cécile Michot  
-1 psychologue mi-temps : Me Valérie Boissin

Locaux fixes au sein du bâtiment de psychiatrie à l'hôpital de Caremeau

Lieux d'intervention :

- Centre d'hébergement et de réadaptation sociale : Henry Dunant, Mas d'Alesti, Les Glycines
- Accueil d'urgence : 115 N° d'urgence, Samu Social, SAOI
- Centres d'accueil pour demandeurs d'asile : CADA Croix Rouge, CADA Epérido
- Foyers de Jeunes Travailleurs : Maurice Albaric, Charles Gide
- Maisons relais : La Margeride
- Centre Maternel Départemental

## Actions mises en oeuvre

En direction des personnes en situation de précarité:

- permanences (infirmiers, psychologue) dans les lieux fréquentés par les personnes en difficulté = réintroduire parole et écoute
- participation à des interventions mobiles ou dans la rue
- entretiens et suivis individuels : soutien / évaluation des besoins / identification de troubles mentaux

En direction des partenaires sociaux:

- dédramatiser la rencontre avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale
- travail de soutien des équipes sociales : écoute du travailleur social
- formation au dépistage des troubles psychiques

## Les modalités d'hospitalisation

Les modalités d'hospitalisation en milieu psychiatrique sont régies par la Loi du 27 Juin 1990. Il est important de retenir que cette loi est relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et a pour objectif de protéger les libertés individuelles.

Cette loi précise donc les droits généraux des malades mentaux quel que soit le mode d'hospitalisation (hospitalisation libre, hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office) instaurant un meilleur contrôle des conditions d'admission de ces patients en milieu spécialisé psychiatrique.

Qu'il s'agisse d'une hospitalisation libre ou sous contrainte, les droits du patients demeurent intacts en ce qui concerne l'information sur la situation juridique et les droits, la communication avec les autorités, l'émission et la réception de courrier, consultation du règlement intérieur de l'établissement...

Modes d'hospitalisation :

Hospitalisation libre :

L'hospitalisation libre est le régime habituel d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux publics. L'état de santé du patient justifie des soins en hospitalisation. Le malade est consentant aux soins, il signe lui même son admission à l'entrée à l'hôpital et donne l'autorisation éclairée de soins. Le consentement du malade est recevable car l'altération éventuelle de ses capacités mentales ne n'altère pas son libre arbitre. Il peut comprendre les soins proposés et l'information donnée sur sa maladie. Le médecin généraliste rédige éventuellement un certificat médical préconisant l'hospitalisation et présentant la pathologie du patient : c'est là une pratique confraternelle souhaitable mais qui n'est pas obligatoire pour une hospitalisation libre. Si le médecin estime que le malade court un risque, il demande au malade de signer une décharge avec une sortie contre avis médical ; si le malade refuse de signer sa sortie, ce refus est constaté par deux témoins qui peuvent appartenir au personnel soignant. Toute personne hospitalisée, même en HL dispose des mêmes droits que ceux prévus par la loi du 27 juin 1990 et repris par l'article 3211-3 du Code de la santé publique.

Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)

L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) s'applique quand le malade n'est pas consentant aux soins ou n'a pas les capacités pour consentir à ceux-ci. L'HDT est justifiée quand les troubles mentaux du patient rendent son consentement impossible et quand son état rend indispensables des soins immédiats avec surveillance en milieu hospitalier. Dans ce cas, un tiers signe la demande manuscrite d'admission.

Le tiers peut être un membre de la famille, un proche ou personne agissant dans son intérêt (à l'exclusion des personnels soignants ou de direction de l'établissement hospitalier). Par contre l'assistante sociale peut être acceptée comme tiers. Dans le cas d'un mineur la procédure d'HDT n'a pas de support légal : il appartient au titulaire de l'autorité parentale de prendre la responsabilité de l'hospitalisation.

*Quels sont les certificats nécessaires pour hospitaliser un patient en HDT ?*

Une hospitalisation à la demande d'un tiers impose la rédaction de plusieurs pièces administratives :

- *Demande émanant d'un tiers* : il s'agit d'une demande manuscrite et signée d'une tierce personne, membre de la famille du patient ou personne agissant dans l'intérêt de celui-ci. Cette demande doit comprendre nom, prénom, âge, profession et domicile de la tierce personne demandant l'hospitalisation sous contrainte du patient ainsi que la nature de ces relations avec ce dernier.
- *Deux certificats médicaux* : datant de moins de 15 jours, rédigés par des médecins thésés, non obligatoirement psychiatres et inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins.

Le premier certificat est rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement hospitalier où le patient sera admis en HDT. Ce médecin ne peut être parent ou allié au 4<sup>ième</sup> degré avec le patient, la tierce personne demandant l'hospitalisation, le directeur de l'établissement d'accueil ou le deuxième médecin certificateur. Il décrit dans ce certificat les particularités de la maladie et la nécessité de traiter et de maintenir hospitalisé le patient.

Le second certificat médical doit être rédigé par un médecin thésé, inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins mais non obligatoirement psychiatre et qui peut être attaché à l'établissement qui accueille le patient. Il est à noter que les 2 médecins ne peuvent être parents ou alliés, au 4<sup>ième</sup> degré inclus, ni entre eux, ni des directeurs de l'établissement, ni du tiers demandeur, ni de la personne hospitalisée.

A titre exceptionnel et uniquement en cas de péril imminent pour la santé du patient, le directeur de l'établissement qui reçoit le patient peut prononcer son admission au vu d'un seul certificat (Art. L. 3212-3).

Les deux certificats constatent l'état mental du patient (sans nécessairement donner le diagnostic), précisent l'évolution de sa maladie en attestant que le consentement est impossible, qu'il y a nécessité de soins immédiats et d'une prise en charge en milieu hospitalier.

#### Hospitalisation d'office (HO)

L'hospitalisation d'office (HO) : concerne les malades mentaux compromettant l'ordre public et la sécurité des personnes. Il s'agit alors d'une mesure administrative prise par le préfet du département (préfet de police à Paris). Deux procédures sont possibles :

dans la procédure courante le médecin rédige un certificat médical circonstancié et le préfet prononce, au vu de celui-ci, l'hospitalisation d'office. Un médecin de l'établissement ne peut pas être certificateur. (*cf certificat HO*)

dans la procédure d'urgence, en cas de danger imminent, pour la sûreté des personnes, le médecin atteste de la dangerosité du patient et le maire peut alors prendre des mesures d'urgence.

La loi du 4 mars 2002 subordonne l'hospitalisation d'office à trois conditions : l'existence d'un trouble mental, la nécessité de soins de ce trouble, et une atteinte grave à l'ordre public.

Le maire de la commune et les commissaires de polices des grandes métropoles signent un arrêté provisoire sur lequel le préfet statue sous 24 heures. Faute de confirmation préfectorale, l'arrêté provisoire du maire ou du commissaire de police est caduque au bout de 48 heures.

Un certificat immédiat est établi dans les 24 heures par le psychiatre de l'établissement hospitalier, constatant la pathologie et justifiant l'hospitalisation ; un certificat confirme la nécessité du placement tous les 15 jours.

La sortie est prononcée après arrêté préfectoral abrogeant l'HO.

- *la procédure courante (Art. L. 3213.1)* nécessite un certificat médical circonstancié par un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le patient. Au vu de ce certificat, le préfet de police à Paris et les préfets dans les départements prononcent par arrêté cette hospitalisation.
- Toutefois, dans le cas d'un *danger imminent pour la sûreté des personnes*, (Art. L. 3213.2), l'hospitalisation d'office peut être décidée par les commissaires de police à Paris ou les maires dans les autres départements au vu d'un avis médical (et non pas un certificat). Dans ce cas, le préfet en est informé dans les 24 heures et statue sans délai. Faute de décision préfectorale, ces mesures provisoires sont caduques au bout de 48 heures.

## **Intervention de Madame BESSAC, Présidente de l'Union Nationale des Familles et Amis de Malades et Handicapés Psychiques du Gard**

### **Madame BESSAC rappelle les principes de l'UNAFAM et les actions menées**

Il existe un certain nombre de lieux et d'espaces pour les patients souffrant de maladies mentales, mais alors même que ces pathologies ont nécessairement un impact sur l'entourage, il existe relativement peu de lieux d'échanges pour en parler et d'espace de réflexion pour les proches.

Les groupes de parole de l'UNAFAM en font partie.

Ils vous donnent rendez-vous chaque mois durant 2h pour échanger avec d'autres familles vivant une situation similaire, écouter, parler de vos ressentis, de vos interrogations, prendre du recul, mettre du sens sur certains comportements ou symptômes qui paraissent ne pas en avoir a priori.

Les groupes de parole sont animés par une psychologue clinicienne qui vous propose de partir à chaque séance de situations vécues, de vos questions, de vos ressentis, pour avancer avec son éclairage et avec l'expérience de chaque participant, dans la compréhension de la logique interne à l'oeuvre dans les psychoses.

Plus on comprend ces maladies et leurs symptômes, plus on peut s'adapter au plus juste au proche qui en est atteint, et plus la relation au proche s'en trouve alors préservée.

Une personne de l'UNAFAM assure la coordination entre les participants et l'intervenante.

### **Les conditions matérielles**

Une première séance d'essai a lieu en début d'année avant que le groupe débute (soit en septembre soit en Janvier).

Ensuite l'engagement est pris pour les séances suivantes (soit 9 séances) avec le règlement par chèque de préférence.

\* Les lieux, jours et horaires :

**A Nîmes**, les 2<sup>ème</sup> jeudi de chaque mois de 18h à 20 heures

Local de l'UNAFAM au centre Pablo Neruda

Place Hubert Rouger

30900 NIMES

**A Alès**, les 1<sup>er</sup> mercredi de chaque mois de 12h à 14h

Chez RESEDA

9, rue du Docteur Serres

30100 Alès

\* Les intervenants en 2010 :

Sur Nîmes, Caroline SARTRE psychologue clinicienne

Sur Alès, Patrick Faugeras psychologue clinicien et Simone Gacond pour l'UNAFAM

EXTRAIT SITE UNAFAM

<http://www.unafam30.org/>

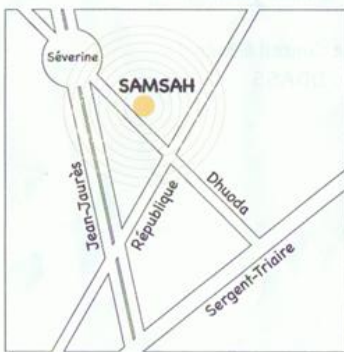
### Les horaires:

Lundi, Mardi, Jeudi, Vendredi:  
9h30-12h30 13h30-17h  
Mercredi:  
13h30-17h  
Permanence téléphonique Assistante  
Sociale Jeudi de 9h 30 à 12h30

### Accès:

Bus:  
Lignes: A, B, D, G, H, 7 Arrêt Jaures  
G, D Arrêt De Seynes  
L, G Arrêt La République

Plan:



## Le SAMSAR



## SAMSAR

(Service d'Accompagnement Médico-  
Social pour Adulte Handicapé)

### SAMSAR Gard'Espoir

13 Bis Rue Dhuoda  
30900 NIMES

Tél : 04 66 67 13 03

Email  
gardespoir.samsar@orange.fr

### Public :

Le SAMSAR accompagne les personnes  
adultes, âgées de 18 à 50 ans, souffrant  
de handicap psychique et habitant le  
bassin Nîmois.

### Objectifs:

Permettre à chacun de :

- Bénéficier de l'écoute dont il a besoin
- Elaborer un projet personnel
- Mettre en place des actions en vue d'une insertion sociale et professionnelle
- Améliorer les conditions de vie à domicile
- Participer à des ateliers d'expression
- Acquérir plus d'autonomie

### Conditions d'admission:

Etre bénéficiaire d'une notification  
d'orientation en SAMSAR délivrée par la  
Maison Départementale des Personnes  
Handicapées

### Le SAMSAR :

L'équipe du SAMSAR vous  
aide à :

- Evaluer vos besoins et attentes
- Elaborer un projet individualisé d'accompagnement

Vous propose

- Des entretiens individuels
- Des ateliers d'expressions
- Des ateliers thématiques
- Des rencontres à votre domicile,
- Suivant vos besoins, à des activités à l'extérieur pour des démarches dans la cité

Le SAMSAR est un lieu qui  
vise à favoriser les relations  
sociales

### L'équipe:

- Didier GOETHALS  
Responsable
- Muriel KRALJ  
Assistante Sociale
- Agnès MOUCADEL  
Psychomotricienne
- Marie Claude CRESPIN  
Animatrice
- Dany THOMASSIN  
Secrétaire Comptable

L'équipe travaille en partenariat  
avec les services sanitaires et  
médico-sociaux

### Financement par:

- Le Conseil Général
- La DDASS

Echanges entre les différents intervenants

Dans l'immédiat, l'EMPP ne peut intervenir directement auprès des personnes accompagnées par les structures adhérentes au REAAP faute de moyens suffisants ; par contre si le besoin est évalué, et l'EMPP sollicitée ,la demande sera transmise au CHU et aux institutions concernées ;

Il sera toutefois possible de solliciter ponctuellement l'EMPP pour intervenir auprès des équipes en cas de besoins ponctuels en terme de formations

La rencontre aura permis, non seulement une inter connaissance, un « décloisonnement » entre le sanitaire et le social mais surtout une compréhension du dispositif de soins qui permettra une orientation adaptée.

REMERCIEMENTS A L EQUIPE MOBILE DE PSYCHIATRIE ET PRECARITE

REMERCIEMENTS A L ENSEMBLE DES PARTICIPANTS et notamment à Mme BESSAC pour les adresses utiles transmises

Amal COUVREUR

Coordinatrice REAAP du GARD

6 JANV 2009

## ANNEXE

Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en oeuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

NOR : SANH0530523C

Date d'application : immédiate.

Références :

Circulaire DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV no 2001-393 du 2 août 2001 d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale ;

Circulaire DHOS/O2 no 507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération.

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

Le comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE - fiche no 21) du 6 juillet 2004 a souhaité améliorer les réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité, par le développement d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie (« les équipes mobiles » mentionnées dans la présente circulaire). Cette mesure constitue, en outre, l'une des priorités gouvernementales annoncées par M. le Premier Ministre lors de son discours à l'Assemblée nationale, le 8 novembre 2005, afin d'améliorer la vie quotidienne dans les quartiers et les zones urbaines.

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

Le caractère prioritaire de ce thème est réaffirmé dans le cadre de l'élaboration des volets psychiatrie et santé mentale des SROS de troisième génération (circulaire DHOS/O2 no 507 du 25 octobre 2004). Plus récemment, le plan psychiatrie et santé mentale (PPSM) a intégré la mesure annoncée lors du CILE, afin de réaffirmer le caractère incontournable de cette action. Elle l'inscrit dans un logique d'action cohérente entre les champs sanitaires et sociaux.

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

### 1. Enjeux de l'action

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

#### 1.1. Des publics différenciés

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

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

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

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

Les personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes.

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

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

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

Le rôle des équipes de psychiatrie dans le champ de la précarité et de la lutte contre l'exclusion est justifié par :

- l'importance de réintroduire la parole et l'écoute. Celle-ci ne s'opère pas toujours de façon directe en présence de l'utilisateur, mais peut s'opérer dans l'aide apportée aux intervenants de première ligne, en leur permettant de se resituer dans leurs relations aux publics exprimant une souffrance ;
- la possibilité, par le soutien et la formation des intervenants sociaux, de favoriser le repérage précoce des troubles psychiques et des besoins d'intervention, une orientation et un accompagnement adéquats vers le dispositif spécialisé ou non ;
  - l'identification d'une pathologie psychosociale (dépersonnalisation, pathologies de la dépendance et de l'alcool, tentatives de suicide, états abandonniques et dépression) ;
  - l'existence de situations aiguës, dans lesquelles la restauration de la dimension de la vie psychique est pour certains « grands exclus » la condition même de leur survie ;
  - la présence de pathologies psychiatriques avérées dans les dispositifs sociaux ou en dehors de toute prise en charge.

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

Les modalités d'élaboration des réponses aux besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion sont nécessairement adaptées à l'hétérogénéité des situations, des lieux

d'intervention (rue, associations, institutions sanitaires, sociales ou médico-sociales, quartiers) et des publics ciblés précédemment.

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

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

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

### 2.1. Des principes prioritaires

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

#### a) Aller vers les publics

S'agissant de la réponse aux personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes (qu'il s'agisse de publics très désocialisés et/ou de malades mentaux en situation de précarité), ce principe répond au fait que la dimension du travail pré-thérapeutique est essentielle et requiert une disponibilité à toute sollicitation là où elle se présente, au moment où elle peut s'exprimer, donc la plupart du temps hors du champ propre à la psychiatrie.

La première mission des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie vise donc l'identification des besoins non repérés ou non pris en charge dans les dispositifs de « droit commun » tel le CMP, afin d'envisager l'orientation, les modalités d'accueil et l'aménagement de compétences spécifiques en faveur de ces publics. En réponse aux besoins des acteurs de première ligne, l'action d'aller vers les publics positionne l'équipe mobile spécialisée en psychiatrie sur une fonction de tiers. Le soutien aux travailleurs sociaux ou d'équipes médico-sociales, confrontés à des situations de vulnérabilité sociale et psychique et insuffisamment formés, constitue, de ce fait, une mission essentielle de ces équipes mobiles spécialisées. Ces interventions permettent une amélioration des connaissances des acteurs de première ligne. Elles les mettent en compétence de se repérer face aux problèmes concernés, de décoder et analyser les demandes, de mettre en oeuvre les premiers stades d'écoute et de soutien. La mise en oeuvre de ces objectifs s'appuie sur des actions d'information, de sensibilisation, de formation. La psychiatrie peut alors se resituer dans son travail, dans la mesure où ses interventions agissent sur la prévention de l'aggravation de troubles psychiques et des conduites de rupture.

#### b) La nécessité d'un partenariat dense et structuré

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

La nécessité de structurer des articulations autour des équipes mobiles spécialisées se situe alors à plusieurs niveaux :

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

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

Les formes de ces collaborations peuvent aller du simple protocole ou convention à des formes plus abouties comme une fédération intersectorielle.

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

Les intervenants sociaux ne sont donc pas exclusivement en position de demandeur auprès des équipes de psychiatrie.

## 2.2. Modalités de pilotage et de mise en oeuvre de ce dispositif

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

### a) La déclinaison de cette priorité dans la planification régionale

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

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

politiques, l'établissement d'un diagnostic partagé, puis, dans la phase de mise en oeuvre, le croisement des priorités repérées dans ces différents domaines.

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

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

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

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

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

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

Les moyens dédiés à cette priorité dans le cadre du PPSM sont des crédits d'assurance maladie pérennes, au titre de l'ONDAM hospitalier, destinés donc au soutien des établissements de santé supports de ces équipes, sans préjudice des partenariats et des co-financements qui peuvent être favorisés dans les conditions définies ci-après. Afin d'abonder vos dotations régionales au plus près des besoins de financement correspondant aux priorités établies dans le cadre des SROS, la répartition des moyens sera réalisée sur la base d'un appel d'offres national. Pour l'année 2005, l'ensemble des régions a répondu à un premier appel à projets, en mai 2005. Cette première année constitue une phase d'impulsion (cf. circulaire DHOS-F2/DSS-1A/2005 no 356 du 26 juillet 2005).

Aussi, la priorité a été accordée au renforcement d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie existantes et à la pérennisation d'actions financées jusque-là par des crédits d'État, notamment dans le cadre des PRAPS, sous réserve que les demandes s'inscrivent dans la trame du futur cahier des charges. En revanche, le financement des projets qui ne sont pas immédiatement opérationnels a été reporté.

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

Ce financement devra, enfin, s'inscrire dans une logique de co-financement, définie localement. Il convient de veiller à ce que chaque source de financement (PRSP, action sociale menée par les conseils généraux et

les services déconcentrés de l'État, dotation régionale de développement des réseaux) contribue, dans son champ propre, à des actions de formation, au développement des prestations sociales et de réinsertion, au développement des réseaux. Si l'existence de cofinancements n'est pas un préalable indispensable à la création des équipes mobiles, elle est essentielle à leur pérennité et à une plus juste rémunération de la diversité de leurs activités et de la densité du partenariat qu'elles mettent en œuvre. S'ils ne sont pas immédiatement opérationnels, les cofinancements seront recherchés au gré de la montée en charge de l'activité des équipes.

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

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

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins,

J. Castex

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,

Pr D. Houssin

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur général de l'action sociale,

J.-J. Trégoat

**REUNION DU 21 DECEMBRE 2009 EQUIPE MOBILE DE PSYCHIATRIE ET PRECARITE REAAP**

NOM	STRUCTURE	TELEPHONE	E-MAIL
PONZO Sandrine	Centre Maternel	06.18.09.62.30	<a href="mailto:lesponzo@neuf.fr">lesponzo@neuf.fr</a>
BOUIX-CREYMEY Simone	SOS DI NIMES Lou Cantou	04.66.04.19.31	
RIGAL Véronique		04.66.04.06.22	capitelles@sosdinimes.org
FELGEIROLLES Christian		04.66.67.80.53	
BASSET	PASEO	06.06.60.95.19	<a href="mailto:messandie@cegetel.net">messandie@cegetel.net</a>
FAUVILLE Claudine	PASEO	04.66.36.81.34	<a href="mailto:claudinefauville@yahoo.fr">claudinefauville@yahoo.fr</a>
HECUETSWEILEN Sylvie	PASEO	04.66.83.28.93	
DARRAS Sylvie	PASEO PRE	06.03.11.68.89	<a href="mailto:sylvie-darras@wanadoo.fr">sylvie-darras@wanadoo.fr</a>
BESSAGUET Catherine	Paseo	06.22.04.66.72	<a href="mailto:catherine.bessaguet@laposte.net">catherine.bessaguet@laposte.net</a>
DUPONT Martine	PASEO	06.98.91.21.24	dtmartine@.fr
Nathalie POULIN	La yourte aux histoires	06.45.16.78.26	etienne.poulin568@orange.fr
Annie COURDESSE	Préfecture	06.69.19.99.80	
RELIN Laurence	PASEO	06.23.62.11.35	<a href="mailto:Laurence.relin@paseo-asso.org">Laurence.relin@paseo-asso.org</a>
CRENET AUTIN Dominique	APA	04.66.58.25.27	dautin@hotmail.fr
GASC Jean-Louis	Asso les 3 pins	04.66.38.19.78	<a href="mailto:lestroispins@wanadoo.fr">lestroispins@wanadoo.fr</a>
Jamel FEKI-GARAN		06.85.42.18.38	
DELENNE joseph	Président carrefour Associatif	04.66.84.12.08	delenne.joseph@neuf.fr
IBARS Corinne	Conseil Général 30	04.6676.75.99	ihars-fischer-c@cg30.fr
JOUBERT Marc	Samuel Vincent MECS	04.66.38.84.15	mjoubert@samuelvincent.fr
MICHOT Cécile	EMPP	06.85.76.98.43	<a href="mailto:cecmichot@hotmail.fr">cecmichot@hotmail.fr</a>
MEUTERLOS Carole	EMPP	06.30.51.21.02	
BEUDARD Denis	EMPP	06.76.45.49.04	<a href="mailto:denis.beudard@orange.fr">denis.beudard@orange.fr</a>
BESSAC Roselyne	UNAFAM	06.25.32.09.74	
DEVINE Nadine	A.V.I.S	04.66.29.28.68	<a href="mailto:nadevinet@wanadoo.fr">nadevinet@wanadoo.fr</a>
GEIDER Francine	PASEO	06.07.50.60.95	

