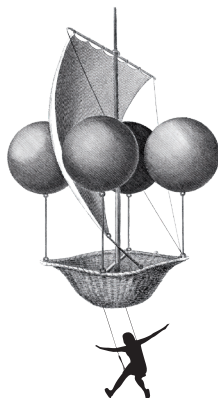


6^{EME} CONGRÈS

DE L'ASSOCIATION DES ÉQUIPES MOBILES EN PSYCHIATRIE

ÉQUIPES MOBILES : QUELS ACCORDAGES ?

PROGRAMME DES ATELIERS



MARSEILLE
LE 29 JUIN 2018

BÂTIMENT PÉDAGOGIQUE
FACULTÉ DE MÉDECINE, MARSEILLE



LES ATELIERS DU 29 JUIN

ATELIER 1 : ACCORDAGE 1 _____ ANIMÉ PAR PATRICK CHALTIEL / SALLE 407

- p 4-7**
- Équipe mobile et structures de secteur : entre diaphonie et symphonie
 - Pas de nouvelles, bonne nouvelle ?
 - Les accordages institutionnels et cliniques
 - Déploiement des équipes mobiles à Saint Etienne
 - CMP : amarrage d'une équipe en mouvement pour une clinique mobile

ATELIER 2 : ACCORDAGE 2 _____ ANIMÉ PAR GÉRALD DESCHIETÈRE / SALLE 107

- p 8-11**
- Soutenir sans envahir : quelles limites de l'accompagnement médico-social lors des premières rencontres ?
 - Entre maladie mentale, justice et sentiment d'impuissance du réseau
 - Une équipe multi-institutionnelle en création : des accordages nécessaires
 - Les préalables à la première visite : premiers accordages

ATELIER 3 : ADOLESCENTS _____ ANIMÉ PAR VINCENT GARCIN / SALLE 507

- p 12-15**
- Expérience d'une petite équipe mobile (ema) du ch de cambrai
 - Adolescents et parents en difficultés psychiques : quelle clinique ?
 - Ema, une équipe mobile pour adolescents, au fonctionnement si particulier ?
 - La mobilité a la rencontre des « ados », de leur famille et de leurs réseaux
 - La non-demande chez des préadolescents et adolescents en difficulté

ATELIER 4 : CRISE 1 _____ ANIMÉ PAR NICOLAS PASTOUR / SALLE 109

- p 16-20**
- Le travail avec les familles et les demandeurs dans une équipe mobile de crise
 - Équipe mobile de crise intra-familiale : fonctionnement et étude de cas
 - L'impact de la mobilité dans la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes adultes
 - A l'accordage d'ulice
 - Intérêt d'une équipe mobile de crise dans les situations de périnatalité

ATELIER 5 : CRISE 2 _____ **ANIMÉ PAR JEAN NAUDIN / SALLE 206**

- p 21-24**
- Équipe psychiatrique d'intervention et de crise (epic), ch Charles Perrens
 - Équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé (empaa)
 - Réflexion sur la place du psychiatre militaire en opération extérieure
 - Survivre au deuil traumatique : un travail d'équipe

ATELIER 6 : INNOVATIONS _____ **ANIMÉ PAR ERIC FAKRA / SALLE 209**

- p 25-29**
- Accompagnement des usagers par les professionnels des équipes mobiles
 - Équipe mobile d'urgence en milieu carcéral
 - Développer le soutien individuel à l'emploi en Europe francophone
 - Un projet innovant d'hospitalisation à domicile pour les adolescents
 - Télé psychiatrie et coopération entre professionnels

ATELIER 7 : ORGANISATION _____ **ANIMÉ PAR STÉPHANE QUILICHINI / SALLE 211**

- p 30-33**
- Modèle de coordination de l'accompagnement psychologique extrahospitalier des patients atteints d'un cancer en région paca
 - Sens et utilité d'une équipe mobile de pédopsychiatrie au sein des urgences
 - Le métier d'infirmier « à la rue » : un travail de lien
 - Constats et perspectives des équipes mobiles en psychiatrie 2018

ATELIER 8 : PRÉCARITÉ _____ **ANIMÉ PAR MARIANNE AUFFRET / SALLE 305**

- p 34-37**
- A la rencontre du « syndrome de Diogène »
 - S'accorder au secteur
 - Évaluation sanitaire, psychique et sociale dans le syndrome de Diogène
 - Empp Diogène : 20 ans de mobilité au service des usagers

ATELIER 9 : RÉTABLISSEMENT _____ **ANIMÉ PAR RAPHAËL BOULOUNINE / SALLE 308**

- p 38-40**
- Voyage entre les 4 dimensions en équipe mobile de soins psychiatriques
 - 3 Minutes pour comprendre les équipes mobiles
 - Travailleur pair libéral ?
 - Une expérience de cmt à Marseille

1 — ÉQUIPE MOBILE ET STRUCTURES DE SECTEUR : ENTRE DIAPHONIE ET SYMPHONIE

Au moment du décret sur l'HAD en psychiatrie, le Pôle Paris Centre a créé une équipe de soins à domicile.

Depuis quelques années nous avons fait évoluer cette pratique pour être au service de toutes les demandes du secteur, de la population, des soignants et des partenaires.

Cela a été possible par un changement de position : de l'attente de l'émergence de la demande à « l'aller vers » la situation avec une flexibilité permettant une réponse autant dans les situations d'impasse (individu dans un contexte familial ou professionnel) que dans des situations où la personne est déjà prise en charge par l'institution.

Cette disponibilité est facilitée par notre présence au sein de toutes les unités du pôle. (transversalité ou mobilité vers les autres UF).

Tant les différentes structures du pôle que les partenaires extérieurs peuvent nous solliciter pour une évaluation, et/ou une prise en charge singulière jusqu'au passage de relais.

Nous vous proposons de vous présenter l'histoire de notre équipe et son accordage au secteur au travers de quelques vignettes cliniques.

Equipe Mobile Paris Centre 116 A rue du temple, 75003 Paris
Contact : 01 48 87 26 46 / had.pariscentre@hopitaux-st-maurice.fr

2 — PAS DE NOUVELLES, BONNE NOUVELLE ?

Les équipes mobiles de psychiatrie en soins assertifs concernent généralement des situations cliniques marquées par leur caractère « complexe et chronique » justifiant un suivi des usagers de plusieurs mois à plusieurs années. L'approche développée au sein de notre équipe est quelque peu différente, en proposant aux usagers des séquences de maximum 3 mois, renouvelables après des périodes d'arrêt de minimum 1 mois.

Notre propos visera à analyser les raisons ayant justifié cette manière de faire et les conséquences sur le suivi des usagers, de leur entourage et leur réseau. En outre, nous tenterons de mettre en évidence les ressources mobilisées à cette occasion par les duos d'intervenants en illustrant nos propos par une situation clinique.

Hôpital Psychiatrique Saint-Jean de Dieu
Avenue de Loudun 126, 7900 Leuze-en-Hainaut, Belgique
Contact : +32 476 89 55 30 / slorriaux@yahoo.fr

AUTEURS PRINCIPAUX

- Sylvie CHENIVESSE (cadre)
- Laurence LE PAGE et Valérie BERTHELOT (infirmières)
- Dr Marie-Liesse de LANVERSIN et Dr Adrienne GOUZIEN (psychiatres)

AUTEURS ASSOCIÉS

- Julien LACROIX
- David WOTYNEC
- Marion ARMELLINO-VALLET (psychologue)
- Aliénor VALAT (interne en psychiatrie)

AUTEUR PRINCIPAL

- Sébastien LORRIAUX (psychologue, psychothérapeute systémicien, Équipe Mobile du projet 107 Région Hainaut-Leuze)

AUTEURS ASSOCIÉS

- Dr Jean-Marc VERDEBOUT (psychiatre)
- Delphine GONTON (infirmière en chef)
- Christelle DRUWEZ (assistante sociale)

3 — LES ACCORDAGES INSTITUTIONNELS ET CLINIQUES SONT-ILS DES AXES THÉRAPEUTIQUES MAJEURS DES ÉQUIPES MOBILES DE CRISE ?

Le service de psychiatrie dans lequel nous travaillons au sein du Centre Hospitalier Général de Grasse, a la particularité d'offrir un ambulatoire développé, avec sept unités fonctionnelles, dont quatre sont mobiles (centre médico psychologique, équipe mobile de crise, équipe mobile de psychiatrie et précarité, équipe de réhabilitation). Ces structures ont en commun de proposer des visites à domicile, dans des contextes différents et selon des modalités qui peuvent diverger.

Nous sommes souvent confrontés à devoir préciser au sein de notre secteur et à l'extérieur, les champs d'actions respectifs de ces unités mobiles, sachant qu'un même patient peut bénéficier de l'aide coordonnée de plusieurs d'entre elles. Cette coordination implique un accordage institutionnel qui tienne compte des points d'intersection et a contrario des spécificités, des indications, des méthodes d'interventions de chacune.

Dans notre équipe mobile de crise, d'évaluation et de suivi intensif psychiatrique (EMESIP), il nous apparaît que lorsque la mobilité est associée à la disponibilité, elle permet également d'être attentif à l'accordage clinique interrelationnel, c'est-à-dire à l'accordage émotionnel entre la personne qui fait appel à nous et la personne qui répond. Il s'agit de décoder les réelles attentes sous-tendues par la demande et d'y répondre de manière adaptée. Le professionnel va devoir prendre en compte les besoins du demandeur en y intégrant le contexte, la charge anxieuse et l'urgence ressentie. Il devra donc tâcher d'être précis dans sa formulation et apaisant au niveau de sa propre expression émotionnelle.

Nous formulons l'hypothèse qu'une des missions thérapeutiques importantes et des plus complexes de l'EMESIP est probablement d'être attentive aux accordages, et de prévenir les fausses notes, les malentendus.

Au travers d'études de cas, nous illustrerons nos réflexions sur les différents types d'accordages ou de désaccords (institutionnels, cliniques) que nous avons repérés dans notre pratique, aussi bien avec les professionnels qu'avec la personne suivie et ses proches.

AUTEUR PRINCIPAL

— Dr Emmanuelle CHENU
(psychiatre PH, chef de service et responsable de l'équipe mobile EMESIP)

AUTEURS ASSOCIÉS

Présentes sur place :

— Nadia MIR HASSAINE
et Laurence DERCKEL
(infirmières de l'EMESIP)

Autres contributeurs :

— Dr Philippe SCHLECHT (PH, psychiatre EMESIP),
— Amarante D'AGNOLO (psychologue EMESIP)
— Katell LETHUC (infirmière EMESIP)
— Magalie BERNON (infirmière EMESIP)

4 — DÉPLOIEMENT DES ÉQUIPES MOBILES À SAINT ETIENNE. LES OUTILS D'UNE DÉCONSTRUCTION ET D'UNE RECONSTRUCTION

En juin 2017, face aux difficultés du secteur de la ville de Saint-Etienne (Loire) à fournir une offre de soins adaptée aux caractéristiques de sa population, ce service s'est réorganisé.

Ainsi, les moyens d'une unité d'hospitalisation complète ont été pratiquement entièrement redéployés pour la création d'équipes mobiles de psychiatrie. C'est donc autour d'une évolution de paradigme tendant vers les philosophies de rétablissement que s'est construit le projet. Les modèles choisis sont l'assertive community treatment (suivi intensif dans le milieu), le case management de transition et l'intervention de crise au domicile.

Les premières observations mettent en exergue certaines difficultés en lien avec la fermeture du service d'hospitalisation, fermeture dont la cause principale était le déficit médical. Mais cette réorganisation a permis de proposer, pour un accompagnement dans un projet de vie au domicile, une autre possibilité de prise en charge de la crise, ainsi qu'un soutien et une remobilisation de l'entourage.

La mise en œuvre de ce projet a nécessité de la part de cette équipe, une évolution de la conception des troubles psychiques, du regard porté aux usagers de psychiatrie et donc de l'accompagnement à leur proposer, désormais, dans la communauté. Ce changement de paradigme a bien sûr impacté le fonctionnement des autres services, mais aussi de la communauté.

Comment remettre en question les pratiques sans opposer les philosophies de soin ? Quels sont les outils de cette évolution ? Quelle démarche pour une tentative de co construction avec les usagers, leur famille et les autres services de soin ? Quels accordages pour une équipe mobile ayant trois programmes distincts ?

Rester en lien, sera un objectif important de cette reconstruction en cours.

AUTEUR PRINCIPAL
— Yvonne QUENUM
(infirmière)

AUTEUR ASSOCIÉ
— Pr Éric FAKRA

CHU Saint-Etienne Av. Albert Raymond, 42270 Saint Priest En Jarez
Contact : 04 77 12 77 22 /qayaba@gmail.com

5 — CMP : AMARRAGE D'UNE ÉQUIPE EN MOUVEMENT POUR UNE CLINIQUE MOBILE

De par sa place spécifique dans le travail de secteur, ses missions, sa philosophie du soin, son histoire et les changements profonds qu'il a su accompagner et anticiper... de par son organisation toute collective, le CMP est une équipe mobile

Mobile parce que mobilisé, mobilisable, attentif à l'évolution de son environnement, des besoins parfois nouveaux qui émergent. Mobile car non immobile, solide mais non immuable ancré mais pas à l'arrêt quand tout bouge autour...Mais pour être mobile, il faut pouvoir se repérer, connaître un peu sa position et parfois aussi s'amarrer, se ravitailler. Il nous faut pour cela une théorie, un langage, des outils et un collectif. Toutes choses indispensables pour que le mouvement ne soit pas hiératique, pour être créatifs plus que réactifs pour éviter, à vouloir être partout que nous ne soyons plus nulle part...Nous qui sommes déjà de l'institution mais hors de l'hôpital, dans la cité mais souvent à sa marge.... Et pour proposer à ceux vers qui nous allons un espace singulier, clinique, qui ne soit ni figé ni mouvant, ni dogmatique ni inconsistant un lieu construit ensemble dans les coordonnées du soin ; un lieu sûr.

AUTEUR PRINCIPAL

— Amandine CASTRIEN
(infirmière)

AUTEURS ASSOCIÉS

— Isabel FERNANDEZ
(psychologue)
— Frédérique LAGIER
(PH en psychiatrie)

CH Valvert Secteur 8 Bd des libérateurs, 13011 Marseille
Contact : 04 91 87 67 57 / amandine.robles@ch-valvert.f

1 — SOUTENIR SANS ENVAHIR : QUELLES LIMITES DE L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL LORS DES PREMIERES RENCONTRES ?

Le SAMSAH 78-Œuvre Falret est un service mobile d'accompagnement médico-social pour les personnes en situation de handicap psychique. Il a pour mission de contribuer à la réalisation du projet de vie de la personne en veillant à la coordination des soins, en soutenant et développant l'autonomie et en favorisant les relations sociales.

Depuis l'ouverture, il y a un an et demi, l'équipe s'interroge régulièrement sur ses modalités d'entrer en relation avec les futurs bénéficiaires. En effet, les premières rencontres s'avèrent particulièrement délicates. Il s'agit de faire connaissance avec la personne tout en s'ajustant à son rythme et à ses souhaits, pas à pas. Dans certaines situations, la personne se trouve déjà soutenue par un entourage ou par les professionnels adresses. Dans d'autres en revanche, la personne apparaît très isolée, en difficulté majeure, et l'implication de notre équipe revêt un caractère d'urgence.

C'est le cas pour Mme C, 27 ans, qui nous interpelle peu de temps avant sa sortie de l'hôpital afin de soutenir son retour dans un appartement qu'elle a jusqu'ici eu beaucoup de mal à investir. Elle montre rapidement des signes d'instabilité psychiatrique et annule plusieurs de nos rendez-vous.

De même dans le cas de Mme J, bientôt 21 ans, nous sommes interpellés par l'équipe de l'Aide Sociale à l'Enfance dans le cadre d'un contrat jeune majeur sur le point de s'interrompre. Nous faisons connaissance de la jeune femme dans un contexte où il faut en urgence l'aider à trouver un logement. Après des premiers contacts constructifs, elle se montre de plus en plus distante.

Comment, dans ces situations où le temps de l'accordage est déjà celui de l'accompagnement, établir un lien qui soit soutenant sans être envahissant ?

AUTEUR PRINCIPAL

— Dr Julien FOUSSON
(psychiatre)

AUTEURS ASSOCIÉS

— Amélie COUDRAY
(aide soignante)
— Sandra GIRARDEAU
(aide-soignante)
— Aurore PARISOT
(psychologue)

SAMSAH 78-OF 19 rue du Moulin, 78690 Les-Essarts-le-Roi
Contact : 01 61 39 55 10 / contact.samsah78@oeuvre-falret.asso.fr

2 — ENTRE MALADIE MENTALE, JUSTICE ET SENTIMENT D'IMPUISSANCE DU RÉSEAU

Madame B est connue de nos services depuis plus de 6 ans. Au début, totalement hermétique, elle s'ouvre après une hospitalisation de plus d'un an parsemée de concertations avec son réseau.

Aucun diagnostic clair n'est avancé, on évoque juste des traits « borderline », ou « psychotiques ». Certes, elle parlait mais n'allait pas mieux pour autant. Tout au plus formulait-elle la raison de son alcoolisme : s'anesthésier, elle exprimait enfin son mal-être par des mots.

Mme a un fils, J, âgé alors de 3 ans qui fut placé en institution lors de l'hospitalisation de celle-ci, J est sous contrôle des services de protection de l'enfance : elle continue à voir régulièrement. Mme est alors placée sous tutelle financière.

Le papa de J, absent depuis des années, réapparaît et obtient de le recevoir régulièrement chez lui, à Paris. Il ne le laissera jamais revenir en Belgique. La justice belge est interpellée. La justice française entre également en scène pour des suspicions de maltraitance et autres faits reprochés au papa. J reste en famille mais sous la surveillance des services français d'aide à la jeunesse. Un bel imbroglio sur fond de querelles parentales, maladie mentale, secret de l'instruction, et autres problèmes de communications.

Bientôt 3 ans que Mme n'a plus de contact avec son fils.

Elle refuse désormais tout accompagnement médical psychiatrique ou psychologique (ne gardant à ses côtés que sa maman, sa maison médicale – en souffrance de ne pouvoir l'aider – et moi-même) et rêve de reprendre la gestion de ses biens. Mme m'envoie régulièrement des sms.

Que faire ? Que devient mon rôle dans cette situation ? Comment travailler la non demande ? Présence et rôle du réseau ?

AUTEUR PRINCIPAL

— Philippe DELAVALLÉE
(infirmier en EMSA,
équipe mobile soins
assertifs, 2B)

CRP les Marronniers 94 rue Despars, 7500 Tournai, Belgique
Contact : +32 (0) 69 53 27 85 / philippe.delavallee@marronniers.be

3 — UNE ÉQUIPE MULTI-INSTITUTIONNELLE EN CRÉATION : DES ACCORDAGES NÉCESSAIRES

S'accorder : un constat, des besoins, une vision politique et complexe du territoire.

Le secteur dans sa vision idéale, a une philosophie du soin qui par la prise en compte de la globalité du territoire et des personnes permet d'adapter les décisions et les interventions en fonction du contexte. Or aujourd'hui, nous faisons le constat qu'il existe de moins en moins de lien autour de la personne ou bien que ces liens sont superposées, en miroir avec l'individualisme vécu dans la société.

La population jeunes adultes (16-25 ans) est dans les interstices du soin et cette phase de transition n'est pas accompagnée de manière optimale dans le système actuel. Une place relative dans le secteur pédo-psy et pas intégrée complètement dans le secteur adulte, ce manque de liant fait écho à différentes pathologies du lien qui se développent à cette période. Ces jeunes adultes sont absents et peu mobilisables par le secteur.

De ce constat, une réflexion est née entre 3 institutions (2 centres hospitaliers et une association de prévention) pour créer une équipe mobile en proximité.

Notre propos consistera à exposer comment fort de ce constat nous avons traversé les difficultés de l'accordage, travaillé sur nos besoins respectifs et intérêts communs au bénéfice de cette population.

Une nécessaire (r)évolution des représentations et des pratiques de chacun.

AUTEUR PRINCIPAL

— Dr Marc ANTONI
(psychiatre,
chef de service UMA 7)

AUTEUR ASSOCIÉE

— Verena SABATINO
(directrice Espace Santé
Jeunes Aubagne et vallée
de l'Huveaune)

CH Valvert Bd des libérateurs, 13011 Marseille

Contact : marc.antoni@ch-valvert.fr

4 — LES PRÉALABLES À LA PREMIERE VISITE : PREMIERS ACCORDAGES

Comment construire l'intervention à domicile de l'équipe mobile ? Avec quels partenaires ? Avec quelle logique ?

L'équipe mobile est sollicitée quand les proches, famille, voisins, les services sociaux ou les partenaires sanitaires, s'inquiètent de la souffrance psychique d'une personne qui, malgré les conseils répétés, refuse d'aller vers les soins. L'expression de cette souffrance met en crise le système dans lequel elle évolue, interpelle l'entourage, qui adresse à l'équipe mobile une demande pour sortir de cette impasse.

Quel travail préalable avec ces « signaleurs » devons-nous faire pour inventer une proposition de rencontre acceptable par le patient ? Quelle place les CMP occupent-ils dans ces stratégies ? L'équipe mobile de psychiatrie générale EMILI présentera à travers quelques vignettes cliniques ces modalités de co-construction de la mise en place de soins à domicile et, in fine, de l'accordage avec le patient.

AUTEUR PRINCIPAL

— Dr Isabelle ANDREU
(PH en psychiatrie)

AUTEURS ASSOCIÉS

— Dr Anne-Louise POT
— Johana SIBONI
— Annabelle PLESSIS-AMAR

CH Sainte-Anne, EMILI 26 boulevard Brune, 75014 PARIS

Contact : 01 45 65 62 55 / i.andreu@ch-sainte-anne.fr

1 — EXPÉRIENCE D'UNE PETITE ÉQUIPE MOBILE (EMA) DU CH DE CAMBRAI

2013 : création d'une petite Équipe Mobile Adolescents (Financement ARS : 170 000 Euros) Après réflexion initiale importante au sein du service, décision d'intervenir sur les collèges et lycées (11 - 18 ans). Notre structure d'hospitalisation temps plein pour adolescents « LE PASSAGE » permet de prendre en charge des adolescents en souffrance psychique (TS, dépression, épisode de décompensation psychopathologique grave). Intervention en amont dans le cadre de la prévention afin « d'éviter » l'hospitalisation.

Objectif de l'EMA : débiter un travail d'évaluation et d'orientation à partir des appels des collèges et lycées. Principaux interlocuteurs : assistantes sociales et infirmières scolaires, CPE qui repèrent une souffrance psychique chez l'adolescent au sein de l'établissement. Intervention avec l'accord des parents.

L'EMA se déplace dans les collèges, lycées et dans les familles permettant de rencontrer plus facilement l'adolescent. (Secteur constitué d'environ 163 000 habitants, situation de pauvreté, taux de chômage important, transport insuffisamment développé, taux de tentatives de suicide important).

Depuis 2013, interventions en constante augmentation. De graves situations psychopathologiques ont pu être repérées. Des tentatives de suicide ont pu également être évitées. Interventions importantes auprès des adolescents déscolarisés.

Travail important avec les professionnels : UTPAS, justice. Rencontre annuelle avec les différents partenaires de l'éducation. Interpellations parfois par les écoles primaires. Il peut y avoir une véritable souffrance des équipes pédagogiques face aux difficultés de jeunes enfants. Cependant notre intervention devrait se faire dès l'école maternelle. La carence des psychologues scolaires, médecins scolaires, médecins de PMI est grande dans notre secteur.

Maillon entre l'adolescent, sa famille et son lieu scolaire l'EMA est un espace transitionnel thérapeutique entre l'adolescent en souffrance psychique et les soins dont il a besoin en CMP.

AUTEUR PRINCIPAL

— Dr FERRARO
(pédopsychiatre)

Centre Hospitalier de Cambrai

516, avenue de Paris 59407 Cambrai Cedex

Contact : 03 27 85 64 90 / sec.cmpe.caudry@ch-cambrai.fr

2 — ADOLESCENTS ET PARENTS EN DIFFICULTÉS PSYCHIQUES : QUELLE CLINIQUE ?

L'InterFAS : Equipe mobile pour adolescents du Centre Hospitalier Alpes Isère.

Notre équipe mobile peut-être interpellée par des services d'urgence, des services de protection de l'enfance, et d'autres partenaires travaillant auprès d'adolescents.

Les adolescents en difficultés psychiques pour lesquels l'équipe mobile de l'InterFAS intervient ne sont pas demandeurs d'aide. Ils sont dans le refus, ou trop en difficultés pour accéder à des soins : déscolarisation, désocialisation, repli, troubles anxieux-dépressifs, décompensations psychotiques.

Les parents de ces jeunes apparaissent eux-mêmes souvent en grandes difficultés : difficultés de santé somatique et/ou psychique, difficultés sociales, histoires traumatiques. L'absence de demande de leur enfant apparaissant alors en écho avec leur propre ambivalence ou méfiance par rapport à la psychiatrie.

Nous cherchons à rencontrer ces jeunes en difficulté, établir un contact avec eux, leur parler, évaluer leur souffrance psychique, mais aussi leurs ressources, les perspectives qu'ils peuvent avoir.

Ce travail clinique implique les parents quand ils l'acceptent : Les deux parents, même quand il y a séparation et coupure. Ce travail permet parfois un accordage avec les thérapeutes, ce qui va alors ouvrir des portes pour leur enfant.

Certains parents, pour différentes raisons, tendent à mettre en échec toutes les aides qui leur sont proposées. Le fonctionnement familial apparaît clôt. La problématique de l'adolescent venant exprimer une demande impossible.

Nous cherchons alors un tiers social : un professionnel, une institution qui puisse porter une demande pour l'adolescent, qui puisse la porter dans le temps, et sur laquelle nous puissions nous appuyer pour entendre l'adolescent et sa famille. Nous présenterons deux vignettes cliniques illustrant cet accordage difficile et nécessaire. Nous proposerons aux personnes présentes de participer à un échange à partir de leurs questions ou de leur expérience personnelle.

AUTEUR PRINCIPAL

- Alain MARIN
(psychologue clinicien,
coordinateur de l'InterFAS)

AUTEURS ASSOCIÉS

- Dr Pascale FRANCONY
VALVERDE
(psychiatre responsable
médical de l'InterFAS)
- Laurette JOUNENC-SOLER
(cadre de santé)
- Maëlle SOUCHON
(infirmière)
- Catherine HOTTELLIER
(infirmière)

3 — EMA, UNE ÉQUIPE MOBILE POUR ADOLESCENTS, AU FONCTIONNEMENT SI PARTICULIER ?

Afin de répondre dans les plus brefs délais et de manière efficiente et coordonnée aux situations d'urgence, un processus d'intervention transversale a été mis en place depuis 2009, au bénéfice des adolescents, des familles et des partenaires. Adossé à l'unité pour adolescents, ce dispositif est activé principalement dans le cadre d'une demande de prise en charge hospitalière. L'équipe est constituée d'un psychiatre, d'un psychologue (sans temps dédié) et d'une IDE (½ ETP), qui assurent respectivement les consultations d'évaluation au CMP et les interventions à domicile. Les modalités d'intervention varient en fonction du contexte clinique, de l'intensité et des répercussions des troubles et du suivi en ambulatoire. Les principes fondamentaux sont la réactivité, l'interactivité, l'adaptabilité, la prise d'initiatives, dans le respect des compétences de chacun, du cadre de travail et des objectifs d'interventions définis. Les objectifs de ce travail sont de présenter le champ d'intervention, l'intérêt, et les limites de cette organisation pluridisciplinaire.

AUTEUR PRINCIPAL

— Dr Marie-Sabine GUILLON
(PH en psychiatrie, responsable de l'unité pour adolescents et coordinateur de l'équipe mobile)

AUTEURS ASSOCIÉS

— Christine GAUTHIER
(ISP, référente de l'équipe mobile pour adolescents)
— Daniel WURMBERG,
(psychologue, unité pour adolescents)
— Vanessa FRIDELMEYER,
(infirmière, équipe mobile pour adolescents)

CH de Rouffach 27 rue du IVème RSM, 68 250 Rouffach
Contact : ms.guillon@ch-rouffach.fr

4 — LA MOBILITÉ A LA RENCONTRE DES “ADOS”, DE LEUR FAMILLE ET DE LEURS RÉSEAUX : ACCOMPAGNEMENT D'UNE MÉTAMORPHOSE

Telle une chrysalide, symbolisant le passage de l'enfance à l'âge adulte, l'adolescent d'aujourd'hui est porté par une autonomie demandée de plus en plus précocement par sa famille, la société et lui-même.

La crise familiale vise à ramener un cadre sécure, tel un cocon d'où pourra s'envoler « le papillon ».

La prise en charge des adolescents au sein du service ERIC (Équipe Rapide d'Intervention de Crise) s'articule autour d'un carrefour « éducatif/psychiatrie ».

AUTEUR PRINCIPAL

— C. SUBIRAT et A. LAIR/
BOUVIER
(infirmières)

Hôpital CHARCOT, Service ERIC 30 avenue Marc Laurent, 78370 Plaisir
Contact : 01 30 81 87 87 / claude.subirats@ch-charcot78.fr

5 — LA NON-DEMANDE CHEZ DES PRÉADOLESCENTS ET ADOLESCENTS EN DIFFICULTÉ : IDENTIFICATION ET MOBILISATION

Le concept de non-demande renvoie à une absence de demande explicite d'aide et plus largement à l'impossibilité pour certains individus pourtant en souffrance psychique d'accéder à une aide adaptée. Depuis sa création en 2005, l'Equipe Mobile pour Enfants et Adolescents (EMEA) propose d'aller vers des préadolescents/adolescents non-demandeurs en difficulté afin de leur permettre, après évaluation, un éventuel accès aux soins. Ce travail est facilité par les liens étroits tissés entre l'EMEA et les différents acteurs des structures scolaires, sanitaires et socio-éducatives qui assurent un rôle de médiateur entre l'EMEA, l'adolescent et sa famille. Au fil des ans, il semble se dessiner une mutation de cette non-demande. Dans le paysage sociétal actuel, la souffrance psychique paraît moins stigmatisée, accompagnant une plus faible réticence des jeunes à aller vers le soin. Les médiateurs, sensibilisés au fil de nos rencontres au repérage de cette souffrance, ont pu développer divers dispositifs de prévention au sein de leurs structures permettant une intervention précoce et un apaisement rapide des difficultés, sans recourir au soin. Il nous faut cependant composer avec une autre non-demande bien spécifique, celle portée par les parents des adolescents que nous rencontrons. Cette non-demande parentale prend racine, au moins en partie, dans l'histoire du parent et sa propre souffrance psychique, souvent non reconnue. Elle représente l'obstacle le plus important à la mise en place d'un accompagnement pérenne – quand bien même le jeune en serait demandeur. En effet, comment un jeune peut-il investir un espace de suivi sans le soutien de son propre parent ? Sur quel levier s'appuyer pour lever cette non-demande parentale sans toutefois basculer dans la contrainte, se substituer aux parents, et les priver de leur libre-arbitre ? Nous étayerons notre propos par une vignette clinique illustrant les difficultés présentées dans l'accompagnement de ces parents non-demandeurs.

AUTEUR PRINCIPAL

— Dr Gaëlle KEROMNES
(psychiatre)

AUTEURS ASSOCIÉS

— Pamela DUVAL
(éducatrice spécialisée)
— Katell L'HERMITE
(psychologue)
— Alain MARCHAND
(infirmier)
— Catherine SIQUET
(assistante sociale)
— Henry FAGON
(cadre de santé)
— Pr Sylvie TORDJMAN
(PU-PH en psychiatrie)

CH Guillaume Régnier, CMP 154 rue de Châtillon, 35200 Rennes
Contact : 02 99 51 06 04 / g.keromnes@ch-guillaumeregner.fr

1 — LE TRAVAIL AVEC LES FAMILLES ET LES DEMANDEURS DANS UNE ÉQUIPE MOBILE DE CRISE

Nous proposons une réflexion concernant l'intégration des familles dans les prises en charge d'une équipe mobile de crise. Nous partons du concept de "patient désigné" pour aboutir à celui de "patientsymptôme". Autour de ces concepts nous définissons notre façon de travailler, d'intégrer les familles, selon un setting de dispositif à géométrie variable. Nous souhaitons formaliser des modalités cohérentes de prises en charge tout en étant dans la créativité afin de répondre au mieux à chaque demande.

Nous travaillons dans une équipe mobile de crise basée au sein d'une clinique psychiatrique, à Liège en Belgique. Il s'agit de rencontrer des patients, en crise dans leur milieu de vie, avec éventuellement certains membres de leur entourage. Lorsqu'une demande de prise en charge nous parvient elle peut être portée par le patient lui-même ou par tout membre de l'entourage.

Nous souhaitons pouvoir réfléchir à la manière d'intégrer les familles dans nos prises en charge, mais nous nous sommes rendu compte que notre réflexion devait commencer en amont, dès la demande. En effet, lors de la demande un patient est désigné par lui ou par d'autres. Comment allons-nous accueillir cette désignation, allons-nous accéder à la demande telle quelle ou la reformuler. Quel est le risque d'accepter la formulation du problème et quel est le risque de le reformuler ?

Au-delà de ces réflexions théoriques comment pouvons-nous intégrer concrètement cela dans notre travail, lors des premiers contacts téléphoniques, au niveau administratif, puis lors de la rencontre avec le patient et son entourage.

Nous décrirons deux situations cliniques que nous avons traitées et qui nous ont permis entre d'autres situations, peu à peu de définir notre cadre de travail.

AUTEUR PRINCIPAL

— Dr Alice MUSELLE
(psychiatre)

AUTEURS ASSOCIÉS

— Dr Pascale DUMONT
(psychologue)
— Antoine BERLEMONT
(psychologue)

CHC Clinique Saint-Vincent

Rue François Lefèbvre, 4000 Rocourt (Liège), Belgique

Contact : 0032 42394980 - 0032 478240048 / alice.muselle@chc.be

2 — ÉQUIPE MOBILE DE CRISE INTRA-FAMILIALE : FONCTIONNEMENT ET ÉTUDE DE CAS

L'Équipe Mobile de Crise Intra-Familiale (CRIFEM) est née d'un partenariat innovant entre la Gendarmerie Nationale, le Parquet de Rennes et le Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes, et dont la première convention a été établie en 2010. Il s'agit d'un dispositif d'évaluation et d'accès aux soins pour les jeunes exposés à des situations de crises intrafamiliales potentiellement traumatiques (violences conjugales, tentatives de suicide, décès volontaires ou accidentels, fugues itératives, ...). Un travail centré sur la dynamique familiale est également systématiquement réalisé par le CRIFEM avec un accompagnement, soutien, et si nécessaire projet de soins pour les membres de la famille qui en auraient besoin. Cette équipe pluriprofessionnelle (médecin, psychologue, infirmiers, assistante sociale, éducatrice spécialisée) est inspirée de l'expérience américaine de plus de vingt ans de Steven Marans, Professeur en Pédopsychiatrie au Yale Child Study Center, sur un travail d'articulation entre les services de pédopsychiatrie et de la police de New Haven. Le CRIFEM a une mission de prévention à long terme des conduites de victimisation et/ou d'agression des jeunes exposés à des violences intrafamiliales directes et/ou indirectes. Cette équipe mobile et le partenariat avec la gendarmerie permettent d'établir des liens avec des familles qui n'ont habituellement pas recours aux services de pédopsychiatrie. L'intervention du CRIFEM permet notamment de venir évaluer l'impact de la situation traumatique et les ressources de chacun des membres de la famille dans la perspective de ne pas psychiatriser de façon systématique ces indications. Après avoir exposé en premier lieu le fonctionnement de l'équipe mobile et les spécificités du partenariat, nous présenterons une situation clinique représentative de notre pratique qui ouvrira la discussion et les questions avec la salle.

AUTEUR PRINCIPAL

- Dr Cécile ORIOL
(PH en pédopsychiatrie)

AUTEURS ASSOCIÉS

- Emilie MOGUEN
(psychologue clinicienne)
- Hélène ALLIOT
(assistante sociale)
- Charline JULIEN
(éducatrice)
- Alain MARCHAND
(infirmier)
- Jean-Michel ROUSSAIN
(infirmier)
- Henry FAGON
(cadre de santé)
- Marylène VALVERDE
(secrétaire médicale)
- Pr Sylvie TORDJMAN
(PU-PH en
pédopsychiatrie)

CH Guillaume Régnier, CMP 154 rue de Châtillon, 35200 Rennes
Contact : 02 99 51 06 04 / c.oriol@ch-guillaumeregrier.fr

3 — L'IMPACT DE LA MOBILITÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES JEUNES ADULTES : L'EXPÉRIENCE DE L'ÉQUIPE MOBILE DE CRISE

L'Équipe Mobile de Crise (EMC) constitue un dispositif innovant de l'actuelle réforme de la santé mentale belge appelée communément « projet 107 ». Une telle équipe, en lien avec les différents lieux de soin présents sur le territoire, permet de répondre de façon rapide et intensive à des situations de crise en les appréhendant dans leur contexte naturel : le domicile ou le lieu d'hébergement de la personne en souffrance psychique ou en crise relationnelle.

L'EMC a une composition pluridisciplinaire et se réfère à un modèle d'analyse de la crise et de la demande qui prend en compte la complexité du contexte, des enjeux relationnels, des ressources du milieu et du nouvel équilibre à trouver.

Comment rencontrer la demande vulnérable et ambivalente du jeune adulte qui peut s'énoncer aux travers de passages à l'acte, de comportements d'isolement, de fuite dans une claustration... C'est dans ces situations de « non demande » relative ou de « demande vulnérable » que notre dispositif semble intéressant.

Souvent il permettra, par une intervention rapide et intensive de comprendre les enjeux de la crise en évitant ainsi la montée d'une violence à laquelle trop souvent seule la contrainte peut répondre. Notre équipe aura le plus souvent dans l'intention de tisser, avec l'aide des proches désorientés et ne sachant où s'adresser, le fil d'un début de relation de confiance qui sortira le jeune adulte de sa claustration et débouchera sur un soin, si cela s'avère nécessaire.

Nous exposerons les indications essentielles de notre intervention mobile et de leurs spécificités. Nous montrerons combien l'analyse de la demande avant notre intervention et la prise en compte du contexte relationnel et de soin est fondamentale pour l'avenir de la prise en charge.

AUTEUR PRINCIPAL

— Vanessa GEERAERT,
Noémie VAN SNICK
(psychologues)

AUTEURS ASSOCIÉS

— Dr J-P HEYMANS
(psychiatre)
— Dr Gérald DESCHIETÈRE
(psychiatre)

Équipe Mobile de Crise - Cliniques Universitaires St Luc - Centre Hospitalier Jean Titeca Avenue Hippocrate, 1200 Bruxelles, Belgique
Contact : 02 764 21 21 / vanessa.geeraert@107bxl-est.be / noemie.vansnick@107bxl-est.be

4 — À L'ACCORDAGE D'ULICE

Il est curieux que la culture occidentale ait associé à l'adolescence, la notion de crise. Si nous nous référons à l'étymologie grecque, nous découvrons que Krisis signifie décision, choix, jugement. Mais tout aussi curieux, ces concepts que notre culture s'est inventée. Ce sont ceux de pré-adolescent et de post-adolescent et nous ne savons pas quand ils commencent et quand ils finissent (le film Tanguy l'illustre parfaitement). Nous avons créé un paradoxe, celui de se plaindre d'une certaine immaturité au-delà des 18-20 ans, tout en rallongeant le temps pour acquérir la maturité de l'adulte. Nous travaillons dans une équipe psychiatrique (ULICE) qui intervient dans les familles en situation de crise. Crise provoquée parfois par la crise d'un adolescent qui présente des troubles psychiatriques. Ces troubles sont alors à considérer comme une crise dans la crise de l'adolescence.

L'organologie nous renseigne sur l'accordage. Ce mot qui désigne à la fois l'action et le résultat comme d'autres tels que : composition, montage, choix, préparation, enregistrement... Bien que ce mot apparait dès 1853 et son acceptation est celle de l'opération consistant à accorder un instrument et non l'accord lui-même (le suffixe « age » est un suffixe d'action). Si nous faisons une analogie avec cette notion, il ne s'agit pas de trouver un accord ou le bon accord car il nous semble que nous ne jouons pas le même style de musique mais de reconnaître que la musique est dans son essence composé de différents styles. La musique ne se définit pas par un style.

"La musique offre aux passions le moyen de jouir d'elle-même." Friedrich Nietzsche

ULICE 40 Rue Sainte-Baume, 13010 Marseille
Contact : 04 91 38 54 62 / ruddy.mendzat@ap-hm.fr

AUTEUR PRINCIPAL

— Ruddy MENDZAT
(infirmier)

AUTEUR ASSOCIÉ

— Nicolas FERRIER
(psychologue)

5 — INTÉRÊT D'UNE ÉQUIPE MOBILE DE CRISE DANS LES SITUATIONS DE PÉRINATALITÉ

Les troubles psychiatriques sont particulièrement fréquents en période périnatale, qu'il s'agisse d'un premier épisode aigu ou d'une décompensation d'une maladie chronique. Il est estimé notamment que 12.4% des femmes souffrent de dépression pendant leur grossesse, et 9.6% dans l'année suivant leur accouchement. Les troubles mentaux maternels ont un impact majeur sur les interactions mère-bébé et sont ainsi à risque de conséquences négatives sur le développement de l'enfant. Un suivi pluridisciplinaire doit donc être mis en place le plus précocement possible.

Une équipe mobile d'urgence psychiatrique paraît être un rouage intéressant dans le système de soins dans le cas d'un trouble psychiatrique en période périnatale, permettant un suivi mère-bébé, intensif, à domicile, et facilitant l'articulation avec les équipes de périnatalité. A l'aide d'un cas clinique, nous illustrerons comment une telle prise en charge permet de porter une attention accrue non seulement à la dyade mais aussi au père et à l'ensemble de la famille, en s'accordant avec ceux-ci pour offrir un soutien de qualité à la jeune mère et favoriser des interactions mère-bébé précoces de qualité. Nous aborderons également la nécessité d'un accordage précis entre une équipe mobile d'urgence psychiatrique et les autres professionnels pour garantir un suivi pluridisciplinaire.

AUTEUR PRINCIPAL

— Dr Céline CHAUVIN
(PH en psychiatrie)

AUTEUR ASSOCIÉ

— Dr Virginie GUILLARD
(PH en psychiatrie)

Hôpital CHARCOT 30 avenue Marc Laurent, 78370 Plaisir
Contact : 06 87 95 99 17 / celine.chauvin84@gmail.com

1 — ÉQUIPE PSYCHIATRIQUE D'INTERVENTION ET DE CRISE (EPIC), CH CHARLES PERRENS

EPIC est un dispositif intersectoriel, venant renforcer l'offre de soins ambulatoire de la Métropole Bordelaise par le CHCP, dans le cadre de situations de crise ou de semi-urgence.

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.

EPIC intervient auprès d'une population :

- ≥ 16 ans, sans limite supérieure d'âge (hors institution)
- En situation de souffrance psychique
- Opposée ou non-désireuse de soins
- Domiciliée sur la Métropole Bordelaise
- Sans suivi psychiatrique en cours.

Objectifs :

- 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 ;
- Travailler sur les représentations sociales associées aux troubles psychiques afin de dé-stigmatiser les personnes qui en souffrent.

Deux modes de repérage des situations :

- Permanence téléphonique IDE (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
- > 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.

AUTEUR PRINCIPAL

- Boris NICOLLE
(interne)

AUTEURS ASSOCIÉS

- Dr Chantal BERGEY
- Dr Kevin ROSSINI
- Dr Catherine SARLANGUE

2 — ÉQUIPE MOBILE DE PSYCHIATRIE DE L'ÂGE AVANCE (EMPAA)

Le nombre de personnes âgées dans le canton de Vaud, Suisse, aujourd'hui de 126'000, atteindra 220'000 en 2040. Le Service de la Santé Publique (SSP) pilote le développement d'un dispositif de dispensation de soins aigus dans le lieu de vie des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques en collaboration avec le Service Universitaire de Psychiatrie de l'Âge avancé.

Objectif > Décrire les données sociodémographiques, état de santé et clinique des patients pris en soins par l'EMPAA en 2016 et 2017 dans la région lausannoise.

Méthode > Analyse rétrospective des données cliniques et administratives des patients (n=339) durant la période d'avril 2016 à décembre 2017 des dossiers papier et lettres de sortie.

Résultats > 102 hommes (30%) et 236 femmes (70%) ont été pris en soins par l'EMPAA. L'âge moyen est de 83 ans (min = 54 – max = 101). La majorité des consultations ont été réalisées à domicile (n=183), 42% (n=140) dans les établissements médicaux sociaux (EMS) et le restant du collectif dans des cliniques privées (n=15). Les troubles du comportement étaient le motif le plus formulé (>70%), suivi des exacerbations des troubles psychiatriques existants et enfin, des risques suicidaires et évaluations de discernement pour différentes raisons. La majorité des patients (n=212) ont pu être soignés dans leur lieu de vie, environ un cinquième a été hospitalisé (n=68) et le restant du collectif a été orienté vers un suivi dans l'EMS ou des services de psychiatrie / gériatrie ambulatoire. Deux patients sont décédés durant la période d'interventions. Un total de 884 interventions a été effectué avec une moyenne 2.62 (Écart Type= 2,6 ; médiane= 2) et un maximum de 17 interventions par patient.

Ce dispositif montre un potentiel substantiel pour traiter les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques dans leur lieu de vie et de diminuer les hospitalisations.

AUTEUR PRINCIPAL

— Alcina MATOS QUEIROS
(adjoindue à la Direction de Soins du Département de Psychiatrie du CHUV, Chargée de mission pour le Service de la Santé Publique, Vaud)

AUTEURS ASSOCIÉS

— Armin VON GUNTEN
— Estelle de PÉLICHY
— Patrizia CLIVAZ
— Henk VERLOO

Service de la santé publique du canton de Vaud

Avenue des Casernes 2, 1014 Lausanne (Suisse)

Contact : 076 615 29 37 / alcina.matos-queiros@vd.ch

3 — RÉFLEXION SUR LA PLACE DU PSYCHIATRE MILITAIRE EN OPÉRATION EXTÉRIEURE

Dans le cadre de son métier, le psychiatre militaire est amené à quitter son bureau et son activité classique de consultations à l'hôpital pour soutenir au plus près les forces militaires en opération extérieure (OPEX), sur le terrain. Actuellement, le soutien médico-psychologique se fait principalement au Mali, où les forces françaises sont projetées depuis 2013, employées dans la lutte contre le terrorisme.

Le psychiatre en opération extérieure est amené à prendre en charge des troubles psychiques post-traumatiques en lien avec des événements graves survenus sur le terrain, mais aussi d'autres tableaux cliniques, dans le registre du stress, du deuil, mais aussi des troubles de l'adaptation, liés à la perte des repères habituel, à l'éloignement. Ainsi, il est parfois amené à se déplacer en dehors de l'hôpital médico-chirurgical auquel il est rattaché, en allant au plus près des militaires éprouvés, en soutien des équipes médicales de proximité. Les conditions de cette pratique ont la particularité de se faire au sein d'un environnement parfois extrême et instable. La question du soin ouvre quasi immédiatement sur celle de l'expertise, c'est-à-dire l'aptitude pour un sujet en souffrance à rester sur le terrain, alors qu'il exerce une activité à risque. Cette pratique atypique, sur le terrain, dans une proximité voire une promiscuité avec les militaires combattants, nécessite de poser un cadre souple et une posture adaptable en fonction des circonstances. Dans le cadre d'une mission récente au Mali, marquée par plusieurs événements graves, nous vous proposons un retour d'expérience sur notre pratique clinique.

AUTEURS PRINCIPAUX

- Dr Maréva CALTEAU
(PH en psychiatrie)
- Dr Frédéric PAUL
(médecin chef, chef du service de psychiatrie, HIA Laveran, Marseille)

AUTEURS ASSOCIÉS

- Dr Frédérique GIGNOUX-FROMENT
(PH en psychiatrie)
- Dr Marianne DAUDIN
(PH en psychiatrie)

Hôpital Desgenettes 108 Bd Pinel, 69275 Lyon

Contact : 04 72 36 61 37 / mareva.calteau@intradef.gouv.fr / frederic1.paul@intradef.gouv.fr

4 — SURVIVRE AU DEUIL TRAUMATIQUE : UN TRAVAIL D'ÉQUIPE

La prise en charge de victimes d'attentat dans un contexte médiatique pesant, présente un risque de fragilisation du cadre d'exercice des soignants au moment de la crise. La prise de conscience de ce risque permet d'adapter les distance et alliance thérapeutiques aux victimes, à leurs familles et amis.

L'exposition à « la vulnérabilité » est à prendre en compte. Les soignants pourront être tuteurs de résilience pour les familles, si l'équipe « fait enveloppe » et protège les processus d'élaboration pour eux-mêmes, le sujet-victime et ses réseaux.

Le travail d'accordage entre équipes mobiles et secteurs (social, psychiatrique, associatif) est primordiale pour permette une répartition réfléchie des prises en charge à mettre en place, tant la propagation vicariante du traumatisme peut s'étendre à tous les réseaux de la victime.

L'équipe ERIC, équipe mobile de crise, a pu être dispositif d'aval pour la CUMP78 lors des attentats de Paris. Une vignette clinique de prise en charge d'une famille endeuillée étayera ces propos.

AUTEUR PRINCIPAL

— Philippe STEFANT
(psychologue)

AUTEURS ASSOCIÉS

— Catherine LUTENBACHER
(psychologue)

Hôpital CHARCOT, Service ERIC 30 avenue Marc Laurent, 78370 Plaisir
Contact : 01 30 81 87 87 / secreteriat-eric@hopitaux-plaisir.fr

1 — PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS PAR LES PROFESSIONNELS DES ÉQUIPES MOBILES

Nous avons envisagé le travail d'accompagnement des usagers par les professionnels des équipes mobiles comme un **processus** qui voit se succéder plusieurs phases.

Dès la réception de la demande, une phase d'analyse de la demande précède une phase d'accompagnement (ou prise en charge) ou un travail de réorientation. Toute fin de suivi se déroulera par une phase de clôture de l'accompagnement (ou fin de prise en charge).

Remarque : à chaque phase, nous avons fait correspondre les documents appartenant aux dossiers de l'utilisateur (code couleur), cf ci-dessous.

Ce processus d'accompagnement vient, de façon complémentaire et collaborative, s'impliquer dans l'entourage de l'utilisateur pour un temps donné dans son parcours de soins, sans se substituer, mais plutôt en renforçant les ressources déjà présentes ou en les développant si elles sont inexistantes.

Grâce à la mise en forme de ce processus d'accompagnement via le logiciel «mindview» et via une formation de gestion des processus (par la firme Consultis dans le cadre des formations de la Région wallonne) pour le fond, nous avons pu mettre en lien le sens clinique d'un accompagnement par les équipes mobiles avec la gestion du dossier de soins, les tâches à effectuer et l'encodage de données pour mesurer l'activité des équipes.

L'approche processus est basée sur le BPR (Business Process Reengineering) inventé par Hammer et Champy.

Il permet de structurer le travail clinique que les professionnels effectuent au quotidien.

Un processus est un ensemble cohérent d'actions qui utilise des moyens pour transformer des entrants (usagers en demande d'un accompagnement par nos équipes) en sortants (usagers ayant été suivis par nos équipes, pour qui les objectifs de soins proposés sont atteints).

AUTEUR PRINCIPAL

— Marie ENGELBIENNE
(cadre en santé)

AUTEURS ASSOCIÉS

— Nicolas BERGUES
(cadre en santé)

2 — ÉQUIPE MOBILE D'URGENCE EN MILIEU CARCÉRAL : PRÉSENTATION ET ANALYSE D'UN DISPOSITIF INNOVANT DÉVELOPPÉ SUR LE CENTRE PÉNITENTIAIRE DE LILLE-ANNOEULLIN

Contexte > Les services de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire font l'objet de nombreuses demandes d'intervention : demande d'écoute, nécessité de soutien, crise psycho-sociale, crise suicidaire etc..., quelle est la place du soignant dans l'évaluation clinique de ces situations urgentes souvent complexes et multiples ?

Description/méthode > Au sein du centre pénitentiaire de Lille-Annoeullin, la mission de liaison et d'évaluation de l'urgence psychiatrique a été réorganisée depuis août 2014 par la mise en poste de deux référents infirmiers. Nous proposons une présentation et une analyse du dispositif depuis sa mise en place. Ses missions visent une approche holistique du patient par l'exploration de la sphère psychique, physique, sociale et culturelle. Elles consistent en : des entretiens de soutien, d'aide et de réassurance, l'évaluation infirmière du risque suicidaire, la transmission d'informations et la coordination entre les différents acteurs du soin (psychiatre, psychologue, médecin généraliste, assistant socio-éducatif...) et les acteurs non soignants concernés (administration pénitentiaire, Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation...). La notion de mobilité est sous-tendue par la démarche de « l'aller-vers » qui comporte deux composantes 1- le déplacement physique vers le patient-détenu et son lieu de vie, soit en bâtiment dans l'enceinte du centre pénitentiaire ; 2- l'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité sans jugement et avec respect.

Résultats > Ce dispositif est désormais identifié comme un dispositif de soins autonome, il vise une prise en charge réactive et personnalisée, adaptée aux situations de crise. Les indicateurs d'activité relèvent à ce jour une baisse significative des demandes d'hospitalisation depuis le CP d'Annoeullin.

Conclusion > L'équipe d'Urgence-Liaison propose une pratique innovante permettant une intervention réactive et individualisée au plus près du patient incarcéré. Les limites et les perspectives du projet seront discutées à la lumière des résultats observés et de la littérature existante.

AUTEURS PRINCIPAUX

- Tommy DELBECQUE
(interne en psychiatrie)
- Frédéric BOUCHER
(infirmier d'urgence)

AUTEURS ASSOCIÉS

- Claire GIBOUR
- Dr Déborah SEBBANE
- Dr Laurane LE PEN

SMPR, CHRU de LILLE - Centre Pénitentiaire de Lille-Annoeullin
59112 Annoeullin

Contact : 03 28 03 65 20 / frederic.boucher@chru-lille.fr

3 — DÉVELOPPER LE SOUTIEN INDIVIDUEL À L'EMPLOI EN EUROPE FRANCOPHONE : L'EXPÉRIENCE DU RÉSEAU MARSEILLE – LAUSANNE – CHARLEROI

3 équipes mobiles de Suisse, de France et de Belgique utilisent un même modèle d'accompagnement à la réinsertion professionnelle, Individual Placement and Support (IPS).

RESSORT est une équipe intégrée à la psychiatrie publique vaudoise (Suisse), WorkingFirst est associée à la psychiatrie marseillaise, l'Espace Socrate est associée à la psychiatrie de Charleroi.

En contact depuis plusieurs années, ces équipes se sont organisées en réseau pour développer la formation du modèle et effectuer des audits de fidélité réciproques et des échanges de pratiques.

Le soutien individuel à l'emploi de type IPS est la méthode la plus efficace pour aider les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique sévère à s'intégrer en emploi. Le modèle a fait ses preuves d'abord aux Etats-Unis, puis dans plusieurs pays d'Europe. Le degré de fidélité au modèle original détermine en grande partie l'efficacité de l'intervention, raison pour laquelle Marseille, Lausanne et Charleroi se visitent mutuellement pour s'évaluer sur une échelle de fidélité.

Ces rencontres et les analyses de pratiques révèlent que si les principes de base du modèle IPS sont respectés, on observe des différences intéressantes liées à l'environnement : ancrage institutionnel ou associatif, particularités des marchés de l'emploi, activités annexes des équipes, etc. L'expérience d'IPS dans ces trois régions permet de rendre compte des opportunités et des obstacles du développement du modèle en Europe francophone. A partir de situations vécues, les éléments discutés comprendront notamment les adaptations nécessaires du modèle d'intervention au contexte européen, l'articulation des cultures médicales et sociales autour du paradigme de rétablissement. Un objectif de cet atelier est d'élargir le réseau, nécessaire pour développer une culture commune et consolider l'implantation du modèle IPS en Europe francophone.

AUTEUR PRINCIPAL

— Danièle SPAGNOLI
(psychologue,
coordinatrice RESSORT)

AUTEURS ASSOCIÉS

— Raphaël BOULODNINE
(WF13)
— Silvano GUELI (Socrate)
— Jonathan MORATAL
(RESSORT)

CHU Vaudois Place Chauderon 18, 1003 Lausanne, Suisse
Contact : +41 79 556 01 86 / danielle.spagnoli@chuv.ch

4 — UN PROJET INNOVANT D'HOSPITALISATION À DOMICILE POUR LES ADOLESCENTS : EXPÉRIENCE DE L'UMSAD (UNITÉ MOBILE DE SOINS À DOMICILE)

Le dispositif UMSAD (Unité Mobile de Soins A Domicile) s'inscrit au sein d'une dynamique sanitaire axée vers l'ambulatoire dans le champ de la pédopsychiatrie. Il cible les adolescents de 14 à 18 ans. Il s'agit de diminuer le recours à l'hospitalisation en préservant l'inscription des patients dans leur environnement familial et social. Pour les jeunes qui n'ont jamais été hospitalisés en psychiatrie mais qui présentent des troubles évoquant une pathologie psychiatrique, l'UMSAD peut réaliser une prise en charge ambulatoire dans un but d'observation diagnostique. Elle constitue une alternative à l'hospitalisation qui peut être source de rupture de soins et/ou d'insertion sociale et contribuer également à une chronicisation des symptômes avec l'institutionnalisation du jeune. Le projet s'adresse aussi à des patients qui, du fait de leurs troubles, sont inaccessibles aux soins (repli au domicile, par exemple) ou n'y accèdent que par le biais d'hospitalisations itératives et dans un contexte d'urgence (passages à l'acte répétitifs). Ils ne peuvent s'inscrire dans un processus de soins ambulatoires réguliers. L'UMSAD permet dans ces situations souvent complexes un accès au soin et nécessite souvent des prises en charge coordonnées entre professionnels et institutions du champ sanitaire, social, éducatif, médico-social voire judiciaire. Dans les situations où une hospitalisation est indispensable, l'UMSAD peut y travailler en amont avec une évaluation clinique du jeune (observation diagnostique) et une préparation familiale à ce temps de soin. L'UMSAD peut aussi intervenir en aval d'une hospitalisation afin de réduire le temps d'hospitalisation et ainsi limiter les temps de rupture (une déscolarisation trop longue, par exemple). La présence d'un partenaire ayant un rôle de tiers est un préalable nécessaire à l'intervention de l'UMSAD qui travaille en réseau afin d'intervenir en synergie et en complémentarité avec les actions d'accompagnement, de soutien et d'insertion sociale mises en œuvre dans le champ socio-éducatif, médico-social et associatif.

AUTEUR PRINCIPAL

- Dr Annaëlle CHARRIER
(chef de clinique, assistant
en pédopsychiatrie)

AUTEURS ASSOCIÉS

- Charline JULIEN
(éducatrice)
- Gabriel KESTLER
(psychologue clinicien)
- Bérangère LEFEVRE
(infirmière)
- Henry FAGON (cadre)
- Pr Sylvie TORDJMAN
(PU-PH en pédopsychiatrie)

PHUPEA 154 Rue de Châtillon 35000 Rennes

Contact : 02 99 51 06 04 / a.charrier@ch-guillaumeregnier.fr

5 — TÉLÉ PSYCHIATRIE ET COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS

Créée depuis 20 ans et labélisée en 2007, l'équipe mobile de psychiatrie pour personnes âgées (EMPPA) apporte une réponse spécialisée et multidisciplinaire dans 27 EHPAD de l'agglomération rouennaise, du pays de Caux et du pays de Bray, soit un territoire de 4000km². Afin d'améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des patients dans le secteur médico-social, un dispositif de télé médecine a été développé en 2006, permettant des consultations de suivi et en urgence, à distance. Celui-ci s'appuie notamment sur la collaboration entre professionnels.

Ce dispositif protocolisé en 2014, s'applique pour les patients nécessitant une téléconsultation avec le médecin psychiatre, sans avoir été jamais vu auparavant en consultation sur place.

Dans ce cas, après une demande écrite du médecin traitant, l'infirmier de l'équipe mobile est amené à réaliser une première évaluation psychiatrique infirmière.

Dans un premier temps, l'infirmier de l'EMPPA recueille auprès de l'équipe de l'EHPAD les éléments biographiques, les antécédents et les symptômes présentés. Il réalise ensuite un entretien infirmier avec le patient, en utilisant des échelles standardisées et des arbres décisionnels adaptés à la symptomatologie. Cette évaluation débouche ensuite, soit vers des conseils non médicamenteux permettant de différer la consultation lors du prochain passage du psychiatre dans l'EHPAD, soit vers une téléconsultation dans de brefs délais.

Ce dispositif innovant permet d'une part de mettre en avant le travail infirmier, et d'autre part, d'optimiser le temps médical et la prise en charge des patients en EHPAD.

AUTEURS PRINCIPAUX

— Dr Caroline QUEINNEC

AUTEURS ASSOCIÉS

— Dr Hélène GRES

— Dr Gwendoline QUILICI

— Dr Marie DESBORDES

— Dr Sadeq HAOUZIR

CH du Rouvray 4 rue Paul Eluard, 76300 Sotteville-Les-Rouen

Contact : 02 32 95 10 45 / caroline.queinnec@ch-lerouvray.fr

1 — MODÈLE DE COORDINATION DE L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE EXTRAHOSPITALIER DES PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER EN REGION PACA

CONTEXTE

Depuis le Plan Cancer, un psychologue est disponible au sein de l'équipe multidisciplinaire hospitalière. Il peut aider à répondre à certaines questions ou angoisses et fournir un soutien au patient et à sa famille proche. Pour autant, les personnes en « non demande » au moment de leur retour à domicile, celles dont les souffrances psychosociales n'ont pas été repérées, ou non renseignées entre professionnels du champ de la santé, trouvent peu de réponses face à l'organisation sanitaire et sociale actuelle.

OBJECTIFS

- Faciliter l'accès aux consultations psychologiques des patients de la région PACA atteints d'un cancer et de leur entourage ;
- Permettre une continuité du soin psychique entre la ville et l'hôpital, durant toutes les étapes du parcours de soin du patient ;
- Repérer les besoins psychosociaux nécessitant l'intervention d'autres professionnels spécialisés en soins de support.

MÉTHODE

Une coordination psychologique accessible par téléphone pour :

- Informer et orienter vers l'offre de consultation psychologique de proximité (CMP, CMS, CMPP, CAMSP, Psychiatres, Hôpital...) ;
- Accompagner ponctuellement vers 4 consultations psychologiques, par téléphone ou en face à face avec un psychologue formé à la maladie ;
- Aider au financement des consultations de ville en fonction des revenus du foyer (financement ARS PACA) ;
- Mettre en lien les professionnels de ville et de l'hôpital impliqués dans le parcours.

RESULTATS 2017

150 demandes d'informations et d'orientation
(39 patients / 36 proches / 75 professionnels).
85 accompagnements psychologiques
(128 patients / 57 proches)

CONCLUSION

ILHUP propose un dispositif permettant de répondre au plus près des nouvelles exigences en matière de sécurisation du parcours de soin (DGOS, HAS, ARS, Plan CancerIII) et d'accompagner les personnes, malades ou proches, quels que soient leur situation, y compris, celles dont les besoins seraient plus complexes, celles qui aujourd'hui sont en « non-demande » ou en situation de rupture de parcours.

AUTEUR PRINCIPAL

— Marie SCHUHMACHER
(psychologue coordinatrice
RSP ILHUP)

AUTEURS ASSOCIÉS

— Mailis LEROY
— Stéphane FABRIES
— Xavier BARBAUD

ILHUP, Hôpital Salvator
249, Bd Sainte Marguerite
13009 Marseille
Contact : 04 91 52 13 69 /
marie.schuhmacher
@ilhup.com

2 — SENS ET UTILITÉ D'UNE ÉQUIPE MOBILE DE PÉDOPSYCHIATRIE AU SEIN DES URGENCES PÉDIATRIQUES

Pourquoi se présente-on aux urgences pédiatriques ? Il s'agit bien souvent de trouver un lieu et des personnes pour entendre l'expression de troubles à l'acmé d'une crise. Les urgences, malgré leur agitation et saturation, restent un lieu de rencontre et de soins dans lequel il s'agit de procéder à une évaluation somatique, psychique et psychosociale de chaque situation.

A l'issu d'une étroite collaboration entre les services de pédiatrie et de psychiatrie, une équipe mobile intersectorielle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a été mise en place au sein des urgences pédiatriques de Rennes en 2011.

La place et le fonctionnement d'une équipe mobile de pédopsychiatrie aux urgences pédiatriques nécessitent un accordage à la fois au sein de l'équipe, avec les partenaires de soins, mais également avec le patient et son entourage. Elle ne se contente pas de donner un avis aux urgences mais propose une évaluation globale et approfondie d'une situation à travers des entretiens dans différents lieux et des regards croisés. Cette équipe mobile a des missions d'évaluation et d'accès aux soins.

Au fil des années, nous constatons une augmentation du nombre de passages aux urgences et de notre activité. Ceci nous amène à nous interroger sur la notion d'urgence et de crise ainsi que sur l'accessibilité et le parcours de soin du patient.

C'est à travers un cas clinique que nous allons illustrer le travail réalisé par l'équipe et les liens avec le service de pédiatrie. Nous aborderons également la place, l'intérêt et les limites d'une équipe mobile de pédopsychiatrie aux urgences pédiatriques dans le parcours de soins.

AUTEUR PRINCIPAL

— Dr Cédric de LAURENS
(pédopsychiatre)

AUTEURS ASSOCIÉS

— Dr Paul GUILLEMOT
(pédopsychiatre)
— Tu-Ahn LÊ (infirmière)
— Sébastien FERLEY
(infirmier)
— Marie-Agnès HALLET
(infirmière)
— Florence ROBIN
(infirmière)
— Frédéric JUMEL (infirmier)
— Henry FAGON (cadre)
— Sylvie TORDJMAN (PU-PH
en pédopsychiatrie)

Équipe Mobile des Urgences Pédopsychiatriques

154, rue de Chatillon, 35000 Rennes

Contact : 06 46 42 51 52 / emup@ch-guillaumeregner.fr

3 — LE MÉTIER D'INFIRMER « À LA RUE » : UN TRAVAIL DE LIEN

L'Équipe Mobile Sociale et de Santé de Toulouse a la particularité de fonctionner en binômes à la fois pluridisciplinaires (un travailleur social et un infirmier) et mixtes (une femme et un homme).

Fin 2016, il a été souhaité par l'équipe de travailler à la formalisation du métier d'« infirmier à la rue », qui concerne la moitié de l'équipe environ. Il s'agissait de pouvoir spécifier la pratique infirmière des professionnels de santé de l'EMSS dans un double souci :

- s'accorder en interne sur les activités et compétences de l'infirmier à la rue, dans un objectif de cohésion et de socialisation organisationnelle des nouveaux entrants (identification pour soi) ;
- pouvoir communiquer sur sa pratique (identification pour autrui).

Cela a donné lieu à un travail de formalisation du référentiel d'activités et de compétences du métier d'« infirmier à la rue » bâtie à partir d'éléments recueillis dans le référentiel national du métier d'infirmier, dans le projet de service de l'EMSS et au cours des entretiens collectifs avec l'ensemble de l'équipe.

Dans ce travail collectif de formalisation, nous avons tenté de mettre en exergue cinq dimensions constitutives de la pratique infirmière au sein de l'EMSS :

- l'aller vers ;
- l'intrication avec le social ;
- la médiation personnes - institutions ;
- la veille des personnes ;
- la militance et la contribution au changement de l'environnement des personnes à la rue.

Il s'agit de mettre en exergue cette activité particulière des infirmiers, de montrer sa plus-value pour les publics en situation de précarité et d'en faire une évaluation tangible.

AUTEUR PRINCIPAL

— Françoise IZAAC
(infirmière)

AUTEUR ASSOCIÉ

— Nathalie LEMONIER
(éducatrice)

PASS Mobile - Cité de la santé

20-24 rue du pont St Pierre, 31052 Toulouse

Contact : 05 61 77 83 39 - 06 19 51 72 82 / emss@ccas-toulouse.fr / buerba.a@chu-toulouse.fr

4 — CONSTATS ET PERSPECTIVES DES ÉQUIPES MOBILES EN PSYCHIATRIE 2018

Recherche de type sociologique quantitative et qualitative sous google'forms auprès de 200 équipes mobiles en psychiatrie française, à partir du fichier structure du Dr L.Zeltner .

Ce travail met à jour de manière transversale l'organisation, le financement, le réseau, l'historique et les perspectives d'avenir des EM. Recherche réalisée de janvier à Mars 2018, l'échantillon est significatif, représentant 40% des requêtes adressées

La présentation de cette recherche est sous forme d'un diaporama, les données font l'objet d'une analyse succincte qui pourra lancer l'échange avec les professionnels.

Questionnaire > <https://goo.gl/forms/m20k5TpE19gghzOq1>

AUTEUR PRINCIPAL

— Jean-Pierre BURNICHON

EPSM St Cyr au Mt d'Or

Rue Jean Baptiste Perret, 69450 St-Cyr-au-Mt d'or

Contact : 06 89 31 88 48 / jpburnichon@ch-st-cyr69.fr

1 — À LA RENCONTRE DU « SYNDROME DE DIOGÈNE »

L'Équipe Mobile Prévention Précarité du CH de Novillars a la spécificité de regrouper deux axes d'intervention permettant « d'aller vers » les personnes en souffrance psychique, non demandeuses de soins, à travers les missions de « prévention » et de « précarité ».

Ces activités partagent des valeurs communes de travail afin de mobiliser à nouveau ces patients autour du soin et leur permettre d'accéder et d'être accompagnés dans cette démarche. Une coordination de qualité entre les différents partenaires intervenant auprès de ce public est indispensable pour pouvoir proposer une prise en charge globale.

Alors que la « mission précarité » dispense des soins psychiques à une population exclue socialement, « la mission prévention » se déplace au domicile des patients présentant des symptômes psychiatriques inquiétants, rapportés lors d'un signalement téléphonique, par l'entourage familial ou médico-social.

Les interventions à domicile sont pensées avec « les signalants » pour établir un premier contact avec le soin, permettre une évaluation psychiatrique et faire émerger une demande de soin.

Dans le cadre de cette mission, nous rencontrons fréquemment des patients présentant un « syndrome de Diogène ». Ces interventions mettent en avant l'impossibilité, pour ces personnes, à se prendre en charge, sur leur lieu de vie, depuis des années. Ils sont d'ailleurs souvent dans le déni de la dégradation de leur situation et mettent à distance toutes personnes susceptibles de leur apporter une aide.

Comment les prendre en charge ? Par quel moyen ? Comment accéder à cette souffrance souvent cachée ? Ce syndrome est-il le symptôme d'une pathologie psychiatrique sous-jacente ?

Tous ces questionnements sont partagés par les différents services (sanitaires, sociaux, municipaux), qui se retrouvent mobilisés autour de ces situations complexes. Un accordage interdisciplinaire coordonné entre ces partenaires est nécessaire pour aider le patient à trouver la meilleure des solutions envisageables.

AUTEUR PRINCIPAL

— Dr Céline MORGADINHO
(psychiatre EMPP)

AUTEURS ASSOCIÉS

— Dr Christian NETILLARD
(chef du Pôle B du CH
Novillars, PH en psychiatrie)
— Dr Thierry FRANCOIS
(PH en psychiatrie, EMPP)
— Jérôme PILLOT
(cadre supérieur de santé)
— Françoise LABLE-ROBERT,
(cadre EMPP)

Equipe infirmière EMPP :

— Coraline MUSSARD
— Stéphanie MYSSON
— Sylvain JEUNET
— Thierry GILLIARD

Equipe Mobile Prévention Précarité (EMPP)

Espace Jules Verne, 2 rue de l'industrie, 25000 Besançon

Centre Hospitalier de Novillars

4 rue du Docteur Charcot, 25220 Novillars

Contact : 03 81 40 38 05 / celine.morgadinho@ch-novillars.fr

2 — S'ACCORDER AU SECTEUR

L'Équipe Mobile de Psychiatrie Précarité (EMPP) est un service psychiatrique dans la rue. Elle rencontre des personnes sans-abri présentant des troubles psychiatriques sévères et exclus du système de soin et des prises en charge sociale. Ses deux principes d'action sont « d'aller vers » et de travailler en partenariat avec le secteur social.

Ce travail directement dans la rue est une pratique de la psychiatrie nouvelle en France. Elle permet de mieux connaître les conditions concrètes d'existence des personnes, de mieux appréhender leurs besoins et de mieux comprendre leurs logiques. Avec sa fonction d'interface entre les institutions sanitaires et sociales, l'EMPP se déplace directement auprès du public afin d'inventer et de créer un espace de parole dans l'environnement choisi de la personne.

Lors de la fermeture des asiles, la mise en place de programmes de santé communautaire permettant une intégration dans la cité, n'a été que partiellement faite. Et au contraire d'une visée d'inclusion sociale dans la cité, la prise en charge ambulatoire a créé de l'exclusion en enfermant les personnes dans la rue. Ne correspondant à aucun critère de prises en charges, les patients errent d'institution en institution.

Faire évoluer la prise en charge ambulatoire et rénover la sectorisation hospitalière qui ne fonctionne pas pour ce type de population très spécifique est un moteur de travail pour l'équipe.

Les modalités d'affiliation des personnes sans logement personnel aux soins ambulatoires en psychiatrie sont conditionnées par leurs dates de naissance.

L'EMPP effectue de nombreux accompagnements vers les CMP. Elle a ainsi pour objectif, au-delà de l'accès aux soins du patient, de travailler directement avec le secteur sur l'accueil spécifique de ce public ainsi que sur la coordination d'un parcours de soin souvent chaotique.

La multiplicité des secteurs et des pratiques, souvent antagoniste, nous demande de construire des pratiques insolites. Nous les détaillerons par des vignettes cliniques.

AUTEUR PRINCIPAL

— Émilie LABEYRIE
(psychologue clinicienne,
coordinatrice)

AUTEUR ASSOCIÉ

— René DIOUABA
(psychiatre)

EMPP 9 rue dragon, 13006 Marseille

Contact : 06 78 73 99 75 / emilie.labeyrie@club-internet.fr

3 — ÉVALUATION SANITAIRE, PSYCHIQUE ET SOCIALE DANS LE SYNDROME DE DIOGÈNE, COMMENT S'ACCORDER ?

L'équipe Mobile d'Intervention et de Crise (EMIC) de l'Hôpital Marchant de Toulouse s'adresse à une population âgée de plus de 16 ans en situation de souffrance psychique, en rupture ou en non demande de soins. Elle permet de mobiliser une équipe soignante spécialisée composée de 5 infirmiers et 2 psychiatres au plus près des personnes relevant de soins psychiatriques et n'en faisant pas la démarche. Un de ses objectifs est de conseiller et accompagner l'entourage. Toute personne agissant dans l'intérêt de l'individu peut contacter l'EMIC.

Elle est un des signataires du protocole d'accord pour le traitement des situations présentant un syndrome de Diogène entre la ville de Toulouse et le conseil départemental de la haute Garonne. Depuis sa création en 2012, 161 situations ont été traitées par le service communal d'hygiène et de santé.

Nous présenterons l'articulation et les missions des différents partenaires qui s'accordent lors des réunions de synthèse. Elles sont des temps d'échanges clés pour développer une bonne connaissance de la problématique et ainsi optimiser la prise en charge pluridisciplinaire des personnes avec un syndrome de Diogène.

En 2017, l'EMIC est intervenue pour 22 situations.

Dans ces situations de crise, notre équipe réalise une évaluation psychiatrique au domicile et tente de créer une alliance auprès de la personne, dans un logement encombré. Nous sommes d'abord souvent amenés à soutenir la personne au cours de la réalisation des travaux de désencombrement ainsi que les différents partenaires. L'orientation vers des soins psychiatriques a souvent lieu dans un second temps.

Nous illustrerons au travers de situations concrètes la clinique du syndrome de Diogène et comment l'EMIC s'accorde à la fois à la personne et aux partenaires.

AUTEUR PRINCIPAL

— Marie LESCURE
(infirmière)

AUTEURS ASSOCIÉS

— Vincent FAOU
(infirmier)
— Dr Emilie REFFAY

EMIC31 8 Port Saint Sauveur 31500 Toulouse
Contact : 05 61 43 45 46 / emic31@ch-marchant.fr

4 — EMPP DIOGÈNE : 20 ANS DE MOBILITÉ AU SERVICE DES USAGERS EN CONDITION DE GRANDE PRÉCARITÉ

Trois mots-clés illustrent le travail de cette EMPP :

Mobilité. L'équipe Diogène, depuis sa naissance, est mobile. La mobilité oblige à la flexibilité : être capable d'adapter les actions aux besoins, multiples et changeants, de la population desservie, tout en sachant qu'un service qui « attend » la demande est inefficace.

« Aller vers » est le quotidien des intervenants, un quotidien qui nous permet de connaître les conditions de vie des personnes à accompagner vers les soins. Cela nous permet d'anticiper l'action et de ne pas rester passif. La mobilité est primordiale et inspire notre pratique.

Accompagnement. Le terme vient de « cum panis » « partager le pain ». Pour partager le pain quotidien, on doit avoir confiance et avoir établi un lien avec l'accompagnateur.

Ceci est le plus difficile. Pour les personnes SDF, en itinérance, les migrants économiques ou les réfugiés, la méfiance, envers ceux qui essaient de les approcher, est la règle.

Accompagner vers les soins signifie aussi pouvoir détecter si et quand les conditions de santé des personnes accompagnées nous obligent à agir sans une vraie demande. Il faut savoir assumer la responsabilité d'accompagner vers les soins, parfois contre le gré du patient.

Partenariat. Aucune action contre la précarité n'est possible en solitude autarcique.

Le partenariat nous confronte à la diversité des opinions, tout en étant orientés vers les mêmes objectifs. Les différents points de vue sont une richesse qui renforce les identités des différents partenaires, médicaux, médico-sociaux et sociaux.

L'ensemble de mobilité, accompagnement et partenariat donnent à notre travail une plus-value unique qui est celle produite par la remise en jeu des personnes. Seule action qui permet de développer et de multiplier le capital humain et social de la communauté, en redonnant valeur à tous ceux mis à l'écart et qui vivent dans l'échec.

AUTEUR PRINCIPAL

— Dr Massimo MARSILI
(psychiatre, coordinateur
dispositif DIOGÈNE)

1 — VOYAGE ENTRE LES 4 DIMENSIONS EN ÉQUIPE MOBILE DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Notre équipe mobile « INUK » s'adresse aux personnes adultes présentant un trouble psychiatrique diagnostiqué, dans un territoire circonscrit dans un rayon de plus moins 50 km.

Notre inscription dans le milieu de vie nous met en contact avec les multiples dimensions de ce qui fait l'existence, au-delà de la configuration individuelle ou psychologique : les faits (logement, précarité...), les relations dans leur dimension systémique mais surtout dans cette dimension de l'éthique relationnelle telle qu'elle se déploie entre les membres de la famille mais aussi avec - et entre - les professionnels.

Largement inspirés par la Thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy, nous nous appuyons également dans notre travail sur les principes du Travail Thérapeutique de Réseau, conceptualisés dans la « Clinique de Concertation » par le Dr Jean-Marie Lemaire.

Pour chaque prise en charge se constitue un trio regroupant un infirmier, un ergothérapeute et un psychologue, ce croisement de point de vue est une des clés de voûte de notre fonctionnement qui donne une place importante au débat entre professionnels et avec le dit « patient », et parfois aussi les proches : Donner à voir nos questions, les partager et se mettre au travail ensemble, dans une recherche partagée des ressources, de manière à augmenter la « psycho-socio-disponibilité » de nos « remèdes ». Choisir la bonne échelle de travail, au bon moment, bouger et accompagner la personne vers des personnes et des lieux connus ou inconnus d'elle et(ou) de nous professionnels.

Tisser une trame entre familles et professionnels, faite de trajectoires multiples, de lieux, de proximité. Partager la fragilité (on peut toujours se heurter à une porte fermée après un long trajet, ou on a peur des chiens... !) et « tenir » (pour une durée théorique maximale de 2 ans) , le temps que se tissent des liens et d'autres configurations...ou pas.

Se perdre et chercher, et mesurer ce que l'on y a gagné. Prendre goût au nomadisme.

AUTEUR PRINCIPAL

- Eliane BAILLY
(psychologue)

AUTEURS ASSOCIÉS

- Dr Mahmood MORTAZI
(psychiatre, chef de l'équipe INUK)
- Dominique FIVET
(coordinatrice de l'équipe INUK)
- Bénédicte DECHENE
(ergothérapeute dans l'équipe INUK)

Equipe Mobile INUK - Initiative CHS Notre-Dame des Anges

Rue Félix Vandersnoeck 46, 4000 Liège (Belgique)

Contact : +32 476 86 85 48 - +32 475 46 16 42

eliane.bailly@cnda.be / dominique.fivet@cnda.be

2 — STAND-UP DESIGN OF INSTRUCTION (STUDI) : 3 MINUTES POUR COMPRENDRE LES EQUIPES MOBILES

L'apprentissage de la psychiatrie nécessite de développer une relation de sujet à sujet avec la personne malade afin de comprendre son vécu. Le stand-up design of instruction (STUDI) est un modèle d'enseignement qui utilise de brèves séquences vidéo pour partager une expérience sous forme de stand-up. Le format vise à favoriser l'identification de l'apprenant à l'expérience vécue du sujet souffrant de troubles psychiques. La vidéo est précédée par des objectifs pédagogiques et suivie par des exercices pour apprendre à décrire la situation vécue, à l'analyser à l'aide d'outils et de connaissances, et à discuter des options cliniques. Le but de l'atelier est de présenter des situations inspirées des équipes mobiles de Lausanne et Marseille et de susciter la discussion à partir de ce modèle d'enseignement.

AUTEUR PRINCIPAL

— Pr Charles BONSACK
(médecin-chef)

AUTEURS ASSOCIÉS

— Aurelie TINLAND
— Raphaël BOULODNINE
— Emma BEETLESTONE
— Jean NAUDIN

CHU Vaudois Service de psychiatrie communautaire

1005 Lausanne

Contact : 06 95 28 4775 / +41 79 556 83 50 / charles.bonsack@chuv.ch

3 — TRAVAILLEUR PAIR LIBÉRAL ?

Il s'agit de proposer un mouvement de reconnaissance du travail pair indépendant permettant aux équipes de psychiatrie mobiles de faire appel, à la pigne à des usagers expert formés pour divers types d'interventions.

Le spectre d'intervention irait de la prise en charge de la crise à la participation aux synthèses en passant par la visite à domicile.

AUTEUR PRINCIPAL

— Alain KARINTHI

AUTEURS ASSOCIÉS

— Claude LEFÈVRE
— Iannis MCKLUSKEY
— Claire ANTOINE

Contact : alain.betterdaysrecovery@gmail.com

4 — UNE EXPÉRIENCE DE CMT A MARSEILLE

Alors que persistent les logiques de cloisonnement entre les prises en charge hospitalières et ambulatoires, alors que les sorties d'hospitalisation se font plus tôt et les ressources médico-sociales moins nombreuses, comment assurer une continuité entre les interventions de l'aigu et le suivi au long cours, comment maintenir les liens entre le dispositif hospitalier médico-centré, les acteurs sociaux et les familles ?

S'inspirant du dispositif innovant de Case Management de Transition de l'équipe de Lausanne, une équipe s'est détachée de l'unité ULICE pour proposer aux usagers de psychiatrie des hôpitaux sud un accompagnement de transition au décours de l'hospitalisation.

S'appuyant sur la disponibilité et la flexibilité d'intervention d'une « Unité Locale d'Intervention de Crise et d'Evaluation » et axant son travail sur la mobilisation des ressources communautaires et le soutien au réseau primaire du patient, ce dispositif pilote a tenté de combiner une nouvelle offre de soin, validée par les études internationales, aux spécificités du terrain marseillais pour accompagner les personnes par un suivi court et intensif, selon leurs besoins, vers la reprise de pouvoir et le rétablissement.

A travers quelques vignettes cliniques, l'équipe revient sur les observations marquantes de cette brève expérience pour tenter d'en tirer des conclusions, en vue d'une implémentation locale.

AUTEURS PRINCIPAUX

- Jean CAPORAL
(infirmier)
- Nadia RAHAL
(infirmière)

AUTEUR ASSOCIÉ

- Martin FRITSCH
(interne en psychiatrie)

ULICE 40 rue Ste Baume 13010 Marseille

Contact : 04 91 38 54 60 / jean.caporal@ap-hm.fr



BULLETIN D'ADHÉSION 2018

Trésorerie Dr C. de Laurens
154, rue de Chatillon
35000 RENNES

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Equipes Mobiles en Psychiatrie dont je souhaite devenir un membre adhérent.

NOM :

PRENOM :

QUALITE/FONCTION :

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

TELEPHONE PROFESSIONNEL :

MAIL PROFESSIONNEL :

ADRESSE PERSONNELLE (facultatif) :

TELEPHONE PERSONNEL (facultatif) :

MAIL PERSONNEL (facultatif) :

Je règle ce jour ma cotisation d'un montant de :

- ☐ 20 euros (adhésion personnelle)
- ☐ 50 euros (adhésion institutionnelle)

Je souhaite recevoir les informations par mail :

- ☐ professionnel
- ☐ personnel

☐ Je serais intéressé(e) pour intégrer le prochain Conseil d'Administration lors de son prochain renouvellement.

Je travaille dans :

- ☐ un service de psychiatrie publique
- ☐ un service Hospitalo-Universitaire
- ☐ une Maison des Adolescents

- ☐ une association (laquelle)
- ☐ un service de psychiatrie privée
- ☐ autre (précisez) :

Domaine(s) :

- ☐ je travaille actuellement dans une équipe mobile
- ☐ je participe à la création d'une équipe mobile
- ☐ je serais intéressé(e) de créer une équipe mobile

- ☐ Périnatalité
- ☐ Petite enfance
- ☐ Enfants
- ☐ Adolescents
- ☐ Adultes
- ☐ Précarité
- ☐ Personnes Agées

Fait le :

Signature :



Organisateurs



Partenaires

