Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé et des Solidarités
Ministère délégué à la Cohésion sociale et à la Parité

Direction générale de la santé
Sous-direction santé et société
Bureau de la santé mentale (6C)

Direction générale de l'action sociale
Sous-direction des politiques
D'insertion et de lutte contre les exclusions

Direction de l'hospitalisation et
de l'organisation des soins
Sous-direction de l'organisation
du système de soins
Bureau de l'organisation régionale des
soins et populations spécifiques (O2)

Le ministre de la santé et des solidarités
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)

CIRCULAIRE N°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

Date d'application : Immédiate
NOR :SANH0530523C (texte non paru au journal officiel)
Classement thématique : protection sanitaire

Mots-clés : schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), précarité et exclusion, santé mentale, psychiatrie, accessibilité, qualité et continuité des soins, équipes mobiles spécialisées, réseaux.
Textes de référence : • Circulaire DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV n° 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 n° 507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération
Annexe : Cahier des charges technique des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie pour la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Le comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE – fiche n°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 monsieur 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 n° 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 œuvre 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'usager, 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. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DES REPONSES PSYCHIATRIQUES EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE 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 œuvre 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 œuvre les premiers stades d'écoute et de soutien. La mise en œuvre 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 œuvre 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'€ 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 œuvre 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 œuvre 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 œuvre, le croisement des priorités repérées dans ces différents domaines.

La mise en œuvre 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 n°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 projets 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 co-financements 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 activité et de la densité du partenariat qu'elles mettent en œuvre. S'ils ne sont pas immédiatement opérationnels, les co-financements 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.

	Pour le ministre et par délégation	Pour le ministre et par délégation
Le Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins	Le Directeur général de la santé	Le Directeur général de l'action sociale
Signé	Signé	Signé
Jean CASTEX	Professeur Didier HOUSSIN	Jean-Jacques TREGOAT

ANNEXE : CAHIER DES CHARGES TECHNIQUE DES ÉQUIPES MOBILES SPÉCIALISÉES DE PSYCHIATRIE DESTINÉES À FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ET D'EXCLUSION

1. LES PUBLICS VISES.

Le champ d'intervention des équipes mobiles spécialisées de psychiatrie destinées à favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion comporte :

- **les personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes**, qu'elles souffrent d'une pathologie psychiatrique avérée ou d'une souffrance psychique générée par la situation de précarité et d'exclusion ;
- **les acteurs de première ligne** exprimant des difficultés face à des manifestations de souffrance ou de troubles psychiques des usagers suivis et nécessitant un étayage, un soutien et une formation pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes, la mise en œuvre des premiers stades de l'écoute et du soutien.

2. LES MISSIONS ET LES PRINCIPES D'ACTION.

Ces équipes n'ont pas vocation à se substituer aux missions de droit commun des équipes de psychiatrie publique dans le champ de la prévention, du diagnostic, du soin, de la réinsertion et la réadaptation sociale.

Compte tenu des difficultés spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de précarité et d'exclusion, elles sont chargées :

- d'aller au-devant de ces publics, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue…), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire ;

- d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité.

A cet effet, il importe de veiller à l'intégration de leur action dans un partenariat dense et formalisé, associant les secteurs de l'établissement de rattachement, les établissements de santé généraux, les praticiens libéraux et les intervenants sociaux et médico-sociaux du territoire couvert par l'équipe mobile spécialisée.

3. LA PALETTE D'ACTIONS MISES EN ŒUVRE.

Outre un rôle essentiel auprès des institutions pour le repérage des besoins et l'aménagement de réponses institutionnelles, les actions développées doivent prendre en compte les deux publics identifiés, sur la base d'actions prenant les formes suivantes :

3.1. En direction des personnes en situation de précarité et d'exclusion :

- Permanences dans des lieux sociaux repérés et fréquentés par les personnes en difficulté (CHRS, hébergement d'urgence, lieux de vie, accueils de jours…) voire participation à des interventions mobiles ou dans la rue (type maraude du SAMU social) ;
- Entretiens individuels contribuant notamment à l'évaluation des besoins, y compris en urgence ;
- Accueil, orientation et accompagnement vers des prises en charge de « droit commun » (dont préparation à l'hospitalisation et aux sorties d'hospitalisation) ;
- Prises en charge dans le cadre de groupes d'échanges ou de parole, d'ateliers thérapeutiques.

3.2. En direction des acteurs de première ligne :

- Actions de formation (notamment formations croisées de professionnels de santé et de travailleurs sociaux) sur les problématiques liées à la précarité ;
- Actions de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs ;
- Développement du travail en réseau à partir de l'examen de situations cliniques ;
- Soutien des équipes de première ligne (information, conseil, supervision).

4. LE FONCTIONNEMENT.

Sans objectif de modélisation du fonctionnement de ces équipes, il est toutefois incontournable de favoriser la mise en œuvre des principes suivants :

4.1. Une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un psychiatre

Compte tenu de l'ampleur de leur champ d'intervention, ces équipes doivent disposer de compétences diversifiées. Elles comportent au minimum : un temps médical et un temps de cadre infirmier, des infirmiers, des psychologues, un secrétariat. Autant que possible, les personnels doivent être expérimentés dans les pratiques de liaison au sein du secteur social et devront, a minima, être formés et connaître les modes d'intervention dans ce secteur.

La présence d'un temps médical est indispensable afin d'assurer une coordination, garante de la cohérence du projet de l'équipe au sein du projet médical de l'établissement de rattachement et d'organiser le relais médical vers le dispositif de droit commun.

Certaines équipes existantes ont, en outre, privilégié un mode d'organisation permettant la double appartenance des soignants à l'équipe spécialisée et à une équipe «de droit commun», sur la base de temps de travail partagés. Cette organisation permet, d'une part, de faciliter une continuité d'action entre ces deux niveaux d'intervention et, d'autre part, de prévenir des formes d'épuisement professionnel liées aux spécificités du public visé et aux modes d'exercice au sein de l'équipe mobile.

4.2. Une fonction d'interface au sein d'un réseau formalisé de partenaires

L'enjeu est de ne pas exclure ou isoler les professionnels chargés de prendre en charge des publics eux-mêmes exclus ou précarisés dont la prise en charge doit au contraire être globale et continue tant sur le plan sanitaire que social.

Au sein même de l'établissement de santé de rattachement de l'équipe mobile, les relations avec les autres secteurs de l'établissement doivent être clairement formalisées, sur la base d'un accord préalable de l'ensemble des acteurs sur les modalités d'intervention de l'équipe mobile. Cette articulation repose particulièrement sur la coordination médicale assurée par le psychiatre référent de l'équipe mobile. Elle doit aussi faire l'objet d'une formalisation dans le cadre du projet médical de l'établissement, définissant les rôles respectifs de l'équipe mobile et des secteurs de psychiatrie générale ainsi que les modalités de relais entre ces intervenants. A minima, les modalités d'orientation vers les dispositifs de droit commun (ambulatoire, extra-hospitalier, hospitalisation complète) doivent être prévues par une convention ou un protocole d'intervention. Les formes les plus abouties de ces collaborations pourront se concrétiser dans le cadre d'une fédération intersectorielle par exemple.

Les relations avec les partenaires de première ligne et les établissements de santé généraux (notamment les services d'urgences et les PASS) feront également l'objet d'une formalisation définissant les modalités de recours, de relais et d'intervention réciproques, dans le cadre de conventions. Les formes les plus abouties de ces coopérations pourront se concrétiser au sein de réseaux de santé.

L’équipe mobile dispose d’un règlement intérieur établissant ses modalités d’intervention et le rôle des différents intervenants.

5. LES FINANCEMENTS.

Les activités de prévention, d’accueil, d’orientation et de soins des équipes mobiles justifient un financement pérenne par l’assurance-maladie au sein de l’ONDAM hospitalier.

L’ampleur du champ et des modalités d’interventions de ces équipes doit pouvoir amener au développement de co-financements mobilisant des crédits d'État, des collectivités territoriales, voire des financements sur la dotation de développement des réseaux de santé. Ces financements doivent permettre la mise à disposition de lieux d’intervention, la promotion d’actions de formation, le développement de prestations sociales adaptées, le renforcement de la coordination, par une reconnaissance réciproque des différents acteurs associés…