

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2016

2016 TOU3 1549

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Emilie THIBON

le 26 septembre 2016

**L'HOSPITALISATION A DOMICILE EN PSYCHIATRIE :
MODELES, EVALUATIONS ET INTEGRATION DANS LE RESEAU DE
SOINS**

**Etude descriptive de l'unité d'hospitalisation à domicile du
Centre Hospitalier de Montauban**

Directeur de thèse : Dr François OLIVIER

Co-directeur : Dr Axel BOURCIER

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud

Président

Monsieur le Professeur Philippe Birmes

Assesseur

Monsieur le Professeur Christophe Arbus

Assesseur

Monsieur le Docteur François Olivier

Assesseur

Monsieur le Docteur Axel Bourcier

Suppléant



FACULTÉ DE MÉDECINE PURPAN

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2016

2016 TOU3 1549

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Emilie THIBON

le 26 septembre 2016

**L'HOSPITALISATION A DOMICILE EN PSYCHIATRIE :
MODELES, EVALUATIONS ET INTEGRATION DANS LE RESEAU DE
SOINS**

**Etude descriptive de l'unité d'hospitalisation à domicile du
Centre Hospitalier de Montauban**

Directeur de thèse : Dr François OLIVIER

Co-directeur : Dr Axel BOURCIER

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud

Président

Monsieur le Professeur Philippe Birmes

Assesseur

Monsieur le Professeur Christophe Arbus

Assesseur

Monsieur le Docteur François Olivier

Assesseur

Monsieur le Docteur Axel Bourcier

Suppléant



**UNIVERSITÉ
TOULOUSE III**
PAUL SABATIER



Université
de Toulouse

FACULTÉ DE MÉDECINE PURPAN

**TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015**

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie	P.U.	
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique	M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MARCHÉIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROSTAING Lionel (C.E)	Néphrologie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr VIDAL Marc
Pr STILLMUNKES André
Professeur Associé en O.R.L
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement		
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	M. BISMUTH Serge	M.C.U. Médecine Générale
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie pour la qualité et la clarté de votre enseignement.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Philippe Birmes,

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury. Vous m'avez accueillie dans votre service et je vous remercie pour la qualité de l'enseignement que j'y ai reçu.

Veillez trouver ici le témoignage de toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Christophe Arbus,

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie pour le dynamisme de votre enseignement.

Veillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur François Olivier,

Vous m'avez proposée ce travail et l'avez dirigé avec bienveillance. Vous m'avez accueillie dans votre service et avez su me transmettre votre engagement et votre passion pour les soins à domicile.

Je vous remercie pour tout ce que j'ai appris durant ce semestre à l'HAD et pour les conseils que vous m'avez apportés durant la rédaction de ce travail.

A Monsieur le Docteur Axel Bourcier,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de co-diriger ce travail.

Vous m'avez éclairée sur certains points de ce travail et m'avez conseillée sur la présentation de cette thèse. Je vous remercie pour cela ainsi que pour l'apprentissage que j'ai mené à vos côtés au CMP du secteur 7.

Je remercie tous les psychiatres qui m'ont accueillie en stage et formée pendant ces années d'internat, et tout particulièrement les Drs Billard, Revue, Allenoux, et Parera pour avoir nourri ce questionnement, les Drs Faure, Letamendia, Rouch, Mesquida, Febrer, Boucard et De Lassat pour leur dynamisme et la richesse de leur enseignement.

Aux équipes qui m'ont chaleureusement accueillie en stage, à Toulouse, comme à Montauban, notamment à l'équipe d'Un Chez Soi d'Abord pour leur engagement et leur passion, à l'actuelle UF3, au CMPP de Cugnaux, au CMP La Grave. A toute l'équipe de l'HAD de Montauban qui œuvre avec bienveillance et humanité, ce travail est un hommage à leur ouvrage quotidien.

A ceux qui ont participé à ce travail : à toute l'équipe de l'HAD de Montauban, notamment Magali Dufau pour sa disponibilité, à Elodie Corne pour son aide statistique et au Dr Freimann, au Dr Berniac pour m'avoir accueillie une journée à l'HAD de Toulouse, à l'équipe de l'EMIC pour m'avoir également accueillie.

A tous les usagers que j'ai croisés pendant mon internat, et qui m'ont tant appris.

A Ahmed, merci pour ton amour et ton soutien au quotidien. A notre passé, notre présent et notre futur.

A mes parents pour leur soutien indéfectible au cours de ces années d'études et pour leur affection. A mon frère, Baptiste et à Hélène pour leur affection et leur soutien, à leurs projets. A mes grands-parents pour leur présence bienveillante et tout ce qu'ils ont fait pour moi. A ma Marraine pour son soutien, à mon Parrain. A toute ma famille et à ma belle-famille.

A mes amies co-internes, Pauline pour ta présence chaleureuse depuis le début de l'internat, et à tes projets, Julie pour ton amitié et ton soutien qui me vont droit au cœur. A mes amies et anciennes co-externes, Yohana, pour ta présence et tes discours inoubliables, Chloé, pour ton amitié, ton soutien et à ta petite famille, Laure, pour tous ces grands moments partagés, ainsi que Marie. A mes amies bordelaises, Marine, pour cette précieuse amitié qui dure, Laura et Isabelle, pour votre soutien et tous ces rires partagés. A Pascaline pour ta joie de vivre communicative. A Hanaë, ma filleule adorée, je te souhaite le plus beau des chemins.

A mes tous mes collègues internes de psychiatrie et à mes co-internes : Claire, Leila, Julie L pour le plaisir d'avoir échangé avec vous.

Tables des matières

Annexes	11
Table des abréviations.....	12
Introduction.....	15
1- Histoire et enjeux du développement de l'hospitalisation à domicile	16
1.1- De l'aliénisme au traitement moral	16
1.2- L'ouverture des asiles et la création du secteur psychiatrique.....	16
1.3- Les enjeux soulevés par la désinstitutionnalisation.....	18
1.4- Naissance et développement du concept d'HAD en psychiatrie	19
1.4.1- Développement du concept d'HAD généraliste et légalisation	19
1.4.2- Emergence du concept d'HAD psychiatrique ; expansion de l'HAD généraliste	20
1.4.3- L'HAD psychiatrique est reconnue, et connaît une propagation limitée.....	22
2- L'HAD au sein des différents modèles de soins psychiatriques à domicile intensifs et leurs évaluations	25
2.1- L'HAD en psychiatrie	26
2.1.1- L'hospitalisation à domicile en France	26
2.1.1.1- Recensement des unités d'HAD et de leur fonctionnement	26
2.1.1.1.1- Généralités	26
2.1.1.1.2- Critères d'inclusion et d'exclusion	27
2.1.1.1.3- Soins proposés en HAD	27
2.1.1.1.4- Intégration dans le réseau de soins	28
2.1.1.1.5- Intensité de la prise en charge	28
2.1.1.1.6- Durée d'intervention.....	28
2.1.1.1.7- Fonctionnement.....	28
2.1.1.2- Activités des services d'HAD français.....	29
2.1.1.2.1- Activité de l'HAD de Seine-Saint-Denis	29
2.1.1.2.2- Exemple d'activité d'autres services d'HAD.....	30
2.1.1.3- Evaluation de l'HAD en France : une étude comparative, prospective	31
2.1.2- L'hospitalisation à domicile à l'étranger	32
2.1.2.1- Exemples de fonctionnement et d'activités de services de Home Treatment	33
2.1.2.1.1- Fonctionnement et activité d'un service d' « hospital at home » en Australie	33
2.1.2.1.2- Fonctionnement et activité d'un service de Home based-treatment en Irlande .	34
2.1.2.1.3- Les crisis resolution and home-treatment teams : fonctionnement et activité ...	35
2.1.2.1.3.1- Fonctionnement des CRHT.....	35

2.1.2.1.3.2- Activité des CRHT	36
2.1.2.2- Evaluations de l'HAD	37
2.1.2.2.1- Impact sur l'hospitalisation à temps complet	37
2.1.2.2.2- Impacts clinique et social	38
2.1.2.2.3- Evénements graves et indésirables	39
2.1.2.2.4- Satisfaction des usagers	39
2.1.2.2.5- Coûts du Home Treatment	40
2.1.2.3- Evaluations des HAD pour les populations gérontopsychiatrique et pédopsychiatrique	41
2.1.2.3.1- L'HAD en géronto-psychiatrie	41
2.1.2.3.2- L'HAD en pédo-psychiatrie	42
2.2- Les différents modèles de soins psychiatriques à domicile	43
2.2.1- L'intervention de crise à domicile	43
2.2.1.1- Le concept	43
2.2.1.2- Les équipes mobiles psychiatriques	43
2.2.1.2- Exemples d'équipes mobiles psychiatriques	44
2.2.2- Les soins communautaires intensifs	45
2.2.2.1- Le concept du rétablissement	45
2.2.2.2- Les programmes de soins intensifs communautaires	46
2.2.2.2.1- Assertive Community Treatment et Intensive Case Management	46
2.2.2.2.2- Le Daily living Program	47
2.2.2.2.3- La santé communautaire en France	47
2.2.2.3- Evaluation des soins communautaires intensifs à domicile	48
3- L'exemple de l'HAD de Montauban : étude descriptive de cette unité, et évaluations par les usagers et les médecins qui adressent à l'HAD	51
3.1- Présentation de l'HAD du CH de Montauban	51
3.1.1- Contexte de la création de l'HAD	51
3.1.2- Fonctionnement du service d'hospitalisation à domicile	51
3.1.3- Moyens humains et matériels	53
3.1.3.1- Les moyens humains	53
3.1.3.2- Les moyens matériels	53
3.2- Méthodes	53
3.3- Résultats	54
3.3.1- Etude descriptive rétrospective	54
3.3.1.1- Description de la population des patients refusés et des motifs de non-admission ...	54

3.3.1.2-	Description de la population des patients admis, de leur parcours de soins et du déroulement de l'hospitalisation à domicile.....	55
3.3.1.2.1-	Caractéristiques socio-démographiques des patients admis	55
3.3.1.2.2-	Parcours de soins des patients en amont de l'HAD	56
3.3.1.2.2.1-	Provenance de la demande d'admission	56
3.3.1.2.2.2-	Antécédents psychiatriques.....	58
3.3.1.2.3-	Les raisons de l'admission en hospitalisation à domicile.....	59
3.3.1.2.4-	Délai d'intervention de l' HAD.....	60
3.3.1.2.5-	Troubles psychiatriques pour lesquels les patients ont été hospitalisés en HAD.	60
3.3.1.2.6-	Déroulement de l'hospitalisation à domicile	62
3.3.1.2.7-	Sorties d'hospitalisation à domicile et événements indésirables.....	62
3.3.1.2.8-	Relais médical et paramédical à la sortie et orientations	63
3.3.2-	Evaluation de la prise en charge en HAD par les usagers et les médecins qui adressent à l'HAD.....	65
3.3.2.1-	Evaluation de la prise en charge en HAD par les usagers	65
3.3.2.1.1-	Résultats quantitatifs	65
3.3.2.1.2-	Résultats qualitatifs (annexe n°6)	67
3.3.2.2-	Evaluation de la prise en charge en HAD par les médecins qui adressent à l'HAD	67
3.3.2.2.1-	Résultats quantitatifs	68
3.3.2.2.1.1-	Adressage ou non en HAD et raisons	68
3.3.2.2.1.2-	La satisfaction des médecins adressant à l'HAD	69
3.4-	Discussion.....	71
3.4.1-	A quels patients peut s'adresser une hospitalisation à domicile ?	71
3.4.2-	Quelle est l'évaluation subjective de l'HAD de Montauban ?.....	74
3.4.2.1-	L'évaluation des usagers	74
3.4.2.2-	L'évaluation des médecins	75
3.4.3-	Quelle est l'efficacité de l'HAD ?	76
3.4.4-	Pour aller plus loin : les questions soulevées.....	77
3.4.4.1-	L'évaluation des HAD en France : pistes pour de futures études	77
3.4.4.2-	Fonctionnement et activités des HAD en France : les questions actuelles.....	78
3.4.5-	Vécu personnel en unité d'HAD	79
Conclusion	80
Annexes	81
Bibliographie.....		95

Annexes

Annexe n°1 : Répartition géographique des patients pris en charge à l'HAD psychiatrique

Annexe n°2 : Formulaire de demande d'admission en HAD

Annexe n°3 : Fiches indicateurs de suivi HAD

Annexe n°4 : Questionnaire de satisfaction des usagers

Annexe n°5 : Questionnaire de satisfaction des médecins

Annexe n°6 : Résultats qualitatifs de l'enquête de satisfaction auprès des usagers

Annexe n°7 : Résultats qualitatifs de l'enquête de satisfaction auprès des médecins

Table des abréviations

ACT : Assertive Community Treatment

AS : assistante sociale

ARS : Agence Régionale de Santé

BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale

CATTP : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel

CH : Centre Hospitalier

CM : Case Management

CMP : Centre Médico-Psychologique

CRHT/ CRT : Crisis Résolution and Home Treatment Team / Crisis resolution Team

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DLP : Daily Living Program

DMS : Durée Moyenne de Séjour

EMP / EMPP : Equipe Mobile Psychiatrique / Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

ETP : Equivalent Temps Plein

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

HAD : Hospitalisation A Domicile

IC : intervalle de confiance

ICM : Intensive Case Management

MANSA : Manchester Short Assessment of quality of life

NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

RR : risque relatif

SAVS : Service d'Aide à la Vie Sociale

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

SDRE : soins psychiatriques sur la décision du représentant de l'Etat

SDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

VAD : Visite à Domicile

« Des Hommes, pas des murs » Lucien Bonnafé

Introduction

Les soins psychiatriques à domicile sont la première demande des usagers de la psychiatrie en prévision des situations de rechute. C'est le résultat de l'analyse de 221 directives anticipées, réalisées par des patients présentant un trouble psychotique (1). Les usagers demandaient à rester au domicile le plus longtemps possible (67%), mais également à être impliqués dans les décisions concernant leurs soins, à avoir des plans de traitement clairs et consistants, à être soignés par des cliniciens familiers, à être traités avec respect et compassion, à ce que la continuité des soins soit conservée, et à pouvoir s'exprimer et être soutenu. Le traumatisme qui est parfois lié à l'admission hospitalière pour certains patients est connu (2). Dans ces directives, si les usagers se sont plaints de la sédation qu'ils ont connue en admission hospitalière, la plupart reconnaissaient que l'admission hospitalière était nécessaire dans certaines situations (1).

Le passage d'un système hospitalo-centré à un dispositif intégré dans le milieu de vie naturel des usagers est également recommandé par l'OMS (3,4).

Pourtant, l'hospitalisation à domicile psychiatrique est un concept encore peu connu et peu répandu en France.

Qu'est-ce qu'une hospitalisation à domicile en psychiatrie à l'instar des autres formes de soins au domicile ? Quelle sont ses modalités de fonctionnement et son articulation avec le soin psychiatrique ? Quelle est l'évaluation de cette prise en charge ? Quand proposer une hospitalisation à domicile psychiatrique à la place d'une hospitalisation traditionnelle ?

L'objet de ce travail est en conséquence de proposer une définition et un état des lieux de l'HAD en psychiatrie, de discuter de sa place dans le soin psychiatrique, de ses indications et contre-indications, et de son évaluation dans la littérature. Nous verrons que l'hospitalisation à domicile est définie par rapport à l'admission intra-hospitalière, aussi appelée hospitalisation traditionnelle, ou hospitalisation « temps plein », ou « temps complet ». Nous nous focaliserons en priorité sur la population des patients adultes.

Dans la première partie, nous décrivons le développement de l'HAD et les enjeux liés à cette dynamique. Dans la deuxième partie, nous définirons l'HAD à travers les différents modèles de soin à domicile existants, et nous étudierons son évaluation dans la littérature, et son fonctionnement. Enfin, nous prendrons pour exemple l'HAD du CH de Montauban en présentant notre étude descriptive de ce service d'HAD ainsi que notre enquête de satisfaction auprès des usagers et des médecins qui adressent des patients à l'HAD.

1- Histoire et enjeux du développement de l'hospitalisation à domicile

Cette partie va nous permettre de déterminer les facteurs qui ont contribué au développement de l'hospitalisation à domicile. Nous aborderons les enjeux psychiatriques mais aussi sociaux et politiques qui sont liés à ce processus. Nous commencerons à définir l'HAD sous l'angle de la législation.

Voyons d'abord comment s'intègre le développement des soins psychiatriques à domicile au sein de l'histoire de la psychiatrie, puis quels sont les processus en jeu. Enfin, focalisons-nous sur l'apparition et l'expansion de l'HAD.

1.1- De l'aliénisme au traitement moral

Jusqu'au XVIIIème siècle, ceux que l'on appelait les « fous » étaient marginalisés. Cette « folie » avait une définition vague, pouvant être considérée comme une déviance sociale ou comme un qualificatif d'origine fantastique. L'aliénisme est l'ancêtre de la psychiatrie et représente cette discipline qui s'occupait des « fous » ; discipline loin d'être médicale (5). Pour exemple, au XVIIème siècle, ces derniers pouvaient être séquestrés.

Lors de la révolution française, les aliénistes ont souhaité mettre un terme à cette réclusion. Pinel libère les chaînes des malades de Bicêtre, dans une volonté de leur apporter un soin. Ce soin, dont l'une des grandes figures est Esquirol, prendra le nom de « traitement moral ». Il s'agit de « parler avec douceur, compatir avec le patient, et lui redonner espoir ». Il est à noter qu'à cette époque, le cadre et l'isolement étaient considérés comme thérapeutiques à eux seuls. Ce traitement moral aura lieu dans les asiles avec pour principaux objectifs d'assurer une protection de la société et de pouvoir dispenser un traitement aux aliénés. Les asiles étaient régis par la loi du 30 juin 1838 (6) qui imposait à chaque département de posséder un établissement capable de recevoir les aliénés. C'est également cette loi qui régissait les hospitalisations sous contrainte. Ces asiles ressemblaient alors à de grandes exploitations rurales avec des horaires quotidiens minutés. A noter que des asiles similaires ont été construits ailleurs en Europe ainsi qu'aux Etats-Unis.

Cependant, dans le contexte de la révolution industrielle de la fin du XIXème siècle et de l'urbanisation croissante, force est de constater qu'il est impossible pour les aliénés de se réinsérer hors de l'asile.

1.2- L'ouverture des asiles et la création du secteur psychiatrique

Les critiques des asiles commencent alors à émaner ; sont dénoncés l'archaïsme de l'institution asilaire traditionnelle, les séquestrations indistinctes, voire « arbitraires » des malades et l'usage de

moyens coercitifs à leur rencontre. La chronicité est perçue comme la condition nécessaire à la vie économique des établissements et l'asile est accusé d'être pourvoyeur de chronicité, de ne pas être thérapeutique en conséquence. Le traitement moral est perçu comme un échec (7).

Face à ces constats, deux orientations se profilent : faire de l'hôpital un milieu réellement médical et d'autre part, sortir de l'hôpital afin de développer des actions préventives (8).

Des expériences d'asiles ouverts, de colonies familiales se forment, comme à Geel en Belgique à l'origine de l'accueil familial thérapeutique pratiqué aujourd'hui, ou en Grande-Bretagne où le système de « l'open-door » permet aux patients de circuler hors des asiles. A New York, les premières assistantes sociales sont recrutées en 1904 pour le suivi post-hospitalier des patients. La psychiatrie commence à mener une mission de prévention et de suivi, en dehors des soins hospitaliers sous contrainte.

Le premier service d'hospitalisation libre va voir le jour à Sainte Anne en 1922 sous l'égide de Toulouse. Les premières consultations publiques sont inaugurées (7).

A St Alban, l'asile se transforme en hôpital à partir de 1933 avec pour objectifs d'améliorer les conditions de vie des malades et de s'ouvrir à la communauté. Un regard nouveau est porté sur le patient. Il s'agit des prémices de la psychiatrie institutionnelle (9).

A nouveau, la critique se renforce suite à la seconde guerre mondiale, ses exterminations et ses famines : on dénombre en effet 40 000 malades décédés. La société découvre alors les conditions de vie des malades dans les asiles. En France les déclarations tendant à replacer les malades mentaux dans la société se multiplient. Dans les années 1960-1970, l'antipsychiatrie va radicaliser la critique de l'institution et des pratiques psychiatriques traditionnelles. Ce mouvement, porté par des psychiatres et des sociologues, suscite de nombreuses polémiques. Goffman, dans son étude « Asile » (10), parue en 1961, caractérise les asiles américains de « totalitaires, ...pareils à des prisons, des casernes militaires ou des abbayes ». Pour Goffman, les asiles privent le sujet de toute liberté, réduisant tous les champs de sa vie à un seul lieu. Un fossé est alors créé entre soignants et soignés. La stigmatisation est entretenue et les troubles chronicisés. L'accompagnement à la régression est fustigé. En France, Bonnafé condamne également les asiles, prônant les traitements alternatifs. Ce mouvement est également porté par Cooper et Laing en Angleterre et par Basiglia en Italie. En Italie, les conséquences sont d'une grande ampleur puisque la loi de 1978 (11) a demandé la fermeture de tous les asiles psychiatriques.

C'est dans ce contexte de réflexion sur l'institution psychiatrique que Paumelle, Lebovici et Diatkine vont proposer les premiers dispositifs complémentaires à l'hospitalisation à Paris, en 1954. Le 13^{ème} arrondissement sera le premier « secteur » à inclure des soins de jour et de consultation, en plus des unités d'hospitalisation (7). Ces consultations font notamment appel aux assistantes sociales ; des visites à domicile dans le cadre de l'urgence font partie des innovations de l'époque. Cela s'inscrit dans des objectifs de prévention et d'alternative à l'hospitalisation.

C'est la circulaire du 15 mars 1960 (12), appliquée en 1970 qui crée de manière officielle le secteur psychiatrique. Ce dernier assure l'accès et la continuité des soins sur un territoire (comprenant environ 70 000 habitants) par une même équipe avec des missions allant de la prévention au traitement postcure, en passant par le traitement de la phase aiguë. Le secteur doit être doté d'une large gamme d'institutions, intégrées au tissu social. Le pivot du service est désormais défini en ville.

L'assurance-maladie assurera le remboursement du secteur à partir de 1985 (13). A noter que le développement du secteur est concomitant de la découverte des premiers neuroleptiques (avec notamment la Chlorpromazine dans les années 1950), qui facilitent la réinsertion des patients.

La critique de l'institution psychiatrique, le développement de soins extra-hospitaliers, intégrés dans la communauté et la découverte des neuroleptiques, sont à l'origine du mouvement de désinstitutionnalisation.

1.3- Les enjeux soulevés par la désinstitutionnalisation

La désinstitutionnalisation constitue le déplacement du soin des patients présentant un trouble psychiatrique des institutions traditionnelles vers la communauté avec pour objectif la prévention des hospitalisations (14). Les partisans de ce mouvement regroupent des positions allant des idéologies libertaires aux intérêts financiers des pouvoirs publics en passant par la position des soignants. Il s'agit d'une transition amorcée dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle.

Ce processus s'est accompagné d'une réorientation communautaire au Canada et aux Etats-Unis, avec l'ouverture de centres de crise pour ces derniers (les Mental Health Centers), suite au « Community Mental Health Act » lancé par l'administration Kennedy dans les années 60. En Italie, des unités psychiatriques ont vu le jour au sein des hôpitaux généraux, les anciens asiles ont été transformés en logements, et des partenariats avec les coopératives sociales ont été montés. En France, nous avons évoqué plus haut la création du secteur psychiatrique.

L'objectif français n'était pas la fermeture des asiles mais la réduction des lits. Entre 1970 et 1990, 88 000 lits sont fermés et la durée moyenne de séjour se réduit (14). En 1965, la durée moyenne de séjour était de 9 mois et demi ; elle est passée en 1986 à 2 mois et demi (15). Cette « déshospitalisation » se poursuit encore aujourd'hui : en 2010, la Cour des Comptes dénombrait 57 410 lits de psychiatrie avec une diminution de 4 000 lits en 10 ans (16).

La désinstitutionnalisation a permis de limiter la perte des habilités sociales associées aux hospitalisations de long terme et de favoriser la réinsertion des malades psychiatriques.

Cependant, ce processus a également engendré (notamment aux Etats-Unis, où le soutien extra-hospitalier a fait défaut), une trans-institutionnalisation des patients (pris en charge au long cours en foyers de vie par exemple), ainsi qu'une marginalisation et une paupérisation de ces patients (7,17). Par exemple, au Royaume-Uni, le nombre de personnes sans domicile fixe a été multiplié par 2 dans les années 1980 (18). En Ile-de-France, le Samu social a relevé une prévalence de 31% de troubles psychiatriques sévères chez les personnes SDF en 2010 (19). D'autre part, un syndrome de « porte tournante » ou « revolving door syndrom » (20), c'est-à-dire un phénomène d'allers-retours à l'hôpital de patients chroniques a été décrit ainsi qu'une diminution du soutien apporté aux aidants (21). En France, le phénomène de trans-institutionnalisation a pu être limité (7).

En effet, face à cette fermeture de lits, la mise en place de soins au plus près des patients, en amont et en aval des hospitalisations traditionnelles, voire même en alternative à cette dernière, a été nécessaire, en plus des centres médico-psychologiques : hôpitaux de jours, centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel, appartements thérapeutiques, placements familiaux thérapeutiques,

centres de crise, centres d'accueil permanents, voire services d'hospitalisation à domicile. De plus, le déclouonnement du sanitaire et du social par l'ordonnance du 24 avril 1996 a permis aux établissements de santé publics et privés de créer et de gérer des services et établissements sociaux et médico-sociaux impliqués dans les prises en charge au long cours.

A noter que cette transition s'est poursuivie dans un contexte de crise financière et d'augmentation importante de la demande de soins - facteurs encore en marche à ce jour. La demande de suivi a notamment augmenté de 17% dans le secteur libéral et de 46% dans le secteur public (22).

La France a donc favorisé le développement d'alternatives extra-hospitalières sur tout le territoire tout en maintenant des unités d'hospitalisation temps plein. Le rapport de la DRESS sur les secteurs en 2002 témoigne du développement de ces alternatives dans la prise en charge des patients mais aussi de leur insuffisance (23). Si 65% des patients étaient suivis uniquement en ambulatoire, 27% de la file active avait bénéficié d'hospitalisation temps plein et ce chiffre variait de 10 à 47% en fonction des secteurs, montrant l'hétérogénéité de l'offre de soins. Ces services hospitaliers sont aujourd'hui saturés alors que la France est un des pays développés où l'on dénombre le plus de lits en psychiatrie (en 2009, on dénombrait 91 lits pour 100 000 habitants contre 60 au Royaume-Uni, 49 en Allemagne, et 11 en Italie) (24).

L'HAD psychiatrique fait partie de ces alternatives développées face aux enjeux que nous venons de décrire. A présent, intéressons-nous plus spécifiquement à son histoire.

1.4- Naissance et développement du concept d'HAD en psychiatrie

1.4.1- Développement du concept d'HAD généraliste et légalisation

C'est en 1945, que le professeur Bluestone crée la première forme d'hospitalisation à domicile suite à la surpopulation de patients à l'hôpital Montefiore de New York. Ce sont les premières expériences américaines d'HAD, appelées « Home Care ». Elles s'appuient sur les contributions affectives, sociales et matérielles que la famille, le domicile et les soignants apportent en plus des thérapeutiques prescrites aux patients. Le concept de Home Care regroupe l'ensemble des soins dispensés au domicile du patient, d'un nombre et d'une intensité comparables à ceux qui étaient susceptibles de lui être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle (25).

La première expérience française est lancée à Tenon en 1951 par le professeur Siguier. Il s'agit d'une organisation similaire aux Home Care à partir de son service de médecine générale. La première structure d'hospitalisation à domicile voit le jour au sein de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (hôpitaux de Tenon et de Saint-Louis) et le premier malade est admis. En 1958 se crée à Puteaux, « Santé Service » sur l'initiative du professeur Denoix, directeur de l'hôpital Gustave-Roussy de Villejuif. Dans un premier temps, cette structure est destinée aux malades cancéreux. La première convention entre les hôpitaux de Paris et la Caisse primaire d'assurance maladie est alors signée en

1960. Un certain nombre de métiers sont représentés : le médecin hospitalier et le médecin traitant, l'assistante sociale, l'infirmière, l'aide-soignante et l'aide-ménagère.

La prise en charge en HAD va alors se développer. Entre 1965 et 1996 a lieu la création de services HAD dans les domaines de la pédiatrie, la kinésithérapie, l'obstétrique, l'ergothérapie, la diététique, et la nutrition parentérale.

C'est l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 (26) qui légalise l'HAD : « Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant ». C'est la reconnaissance officielle de l'HAD en France.

En 1973 se crée la fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) qui a pour mission de promouvoir le développement de cette alternative à l'hospitalisation conventionnelle sur le territoire national.

1.4.2- Emergence du concept d'HAD psychiatrique ; expansion de l'HAD généraliste

On assiste ensuite à l'émergence de l'HAD au sein de secteurs de psychiatrie qui installent cette modalité de soins pour les patients qu'ils suivent, à partir de 1970 (27). Pour exemple, la plus ancienne HAD existant encore à ce jour s'est ouverte dans le Val de Marne en 1971 à l'initiative du Dr Amado (Centre hospitalier Les Murets à la Queue-en-Brie).

Cependant, en 1974, la circulaire de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés du 19 octobre refuse le remboursement des patients hospitalisés à domicile en psychiatrie.

Ce n'est que plusieurs années plus tard que le décret 86-602 du 14 mars 1986 - décret faisant partie des textes fondateurs du « secteur » psychiatrique -, précisera, à l'article 9 que « la prévention, le diagnostic et les soins sont assurés notamment à la résidence des patients ». De plus, l'arrêté du 14 mars 1986, relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement, mentionne à l'article 11 que les services d'HAD en psychiatrie « organisent des prises en charge thérapeutiques à domicile associées s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient ».

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 (28) va reconnaître l'HAD (hospitalisation sans hébergement) comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle (hospitalisation avec hébergement). La loi est complétée par deux décrets (le décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation et le décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures de soins).

Ainsi, la place de l'hospitalisation à domicile dans le soin est mise en avant. « Les structures d'HAD permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces

soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. » Le principe de l'HAD, en tant qu'alternative, est d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation à temps complet. Le soin pratiqué y est intensif avec la possibilité pour les patients et leur famille d'avoir une liaison permanente avec les soignants (24h/24 et 7 jours/7).

1994 voit la mise en place de la fonction de psychologue clinicien dans le cadre de l'HAD.

Le rôle de l'HAD par rapport aux autres services de soins à domicile, et son organisation sont mieux définis par la circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 (29) relative à l'hospitalisation à domicile, rédigée par Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, dans le but de promouvoir son expansion. Elle délimite le champ d'application de l'HAD en spécifiant qu'elle concerne des patients atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. Elle permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible. L'HAD a pour objectif d'améliorer le confort du patient. Différents modes de prise en charge sont définis comme suit : ponctuels, continus ou de réadaptation au domicile.

Cette circulaire pose les principes de la prise en charge avec notamment l'importance du projet thérapeutique établi pour chaque patient. En effet, à l'admission en HAD ce projet formalise l'ensemble des soins cliniques, psychologiques et sociaux que son état nécessite. Il est élaboré conjointement par le médecin coordonnateur, l'équipe soignante du service d'HAD et le médecin prescripteur de l'HAD, lors de l'admission du patient. Ce projet thérapeutique sera actualisé durant le séjour du patient.

De plus, cette circulaire met en avant le fonctionnement de l'HAD et les rôles des différents intervenants. La prise en charge est ainsi délivrée par une équipe pluridisciplinaire, médicale, paramédicale, sociale et administrative/logistique.

La prescription de l'HAD est faite par le médecin traitant lors d'une consultation ou lors d'une visite par un médecin hospitalier. Le médecin traitant est le pivot de la prise en charge du patient à domicile et il est responsable du suivi du malade. L'hospitalisation à domicile ne peut se réaliser qu'avec son accord. Ses rôles sont de réévaluer, avec l'équipe d'HAD, l'état de santé du patient, d'adapter les prescriptions en fonction de son évolution, en lien, si besoin, avec le service hospitalier et de décider de l'hospitalisation en milieu hospitalier traditionnel, si nécessaire. En psychiatrie, nous verrons que c'est le psychiatre traitant qui pourra être considéré comme le médecin prescripteur.

Quant au médecin hospitalier, il gère les soins personnalisés des patients dont il a la charge. Dans ce cadre, il transmet au médecin coordonnateur du service d'HAD et au médecin traitant les informations médicales concernant son patient, élabore le projet thérapeutique en lien avec l'équipe de l'HAD, et s'engage à suivre le patient au niveau hospitalier et à le ré-hospitaliser si nécessaire. Il peut également remplir un rôle d'expert pour certaines pathologies dont les traitements complexes sont fréquents en HAD.

Le médecin coordonnateur, quant à lui, donne son accord pour l'admission du patient, au vu des éléments fournis par les médecins traitants et/ou hospitaliers, et son accord pour la sortie. Il est le référent médical de la structure, assure les contacts avec les médecins libéraux et hospitaliers,

participe aux décisions stratégiques de la structure ainsi qu'à l'évaluation de la qualité du service d'HAD.

L'équipe paramédicale évalue la charge en soins et donne son accord sur le projet de soins.

Le service social évalue les possibilités du réseau familial et social afin de garantir les conditions les plus adaptées du retour à domicile. Le projet thérapeutique prend en compte les besoins d'aide supplémentaires : aide-ménagère, travailleuse familiale, repas à domicile ou garde à domicile.

L'équipe administrative prend en charge le suivi administratif et logistique du dossier, ainsi que la mise en place des moyens matériels nécessaires aux soins et au confort du malade.

Cette circulaire conclut sur la nécessité de créer des unités d'HAD et ce notamment en zone rurale. Malgré ces dispositions, le principe de l'HAD n'est pas encore partout appliqué et peine à se développer. En 1973, il existait 13 structures d'HAD, 41 en 1992 et 82 en 2001.

L'ordonnance du 30 septembre 2003 (30) fait disparaître le taux de change qui imposait la disparition de 2 lits d'hospitalisation avant toute création d'un lit d'HAD. Cela permet aux places de s'ouvrir sans condition.

Au 1er janvier 2004 les capacités d'accueil en hospitalisation à domicile étaient de 4 326 places, dont plus de la moitié installées en Ile-de-France, 141 en région Nord-Pas-de-Calais et 108 en Picardie. En 2011, l'HAD généraliste représentait 0,6 % des hospitalisations totales avec environ 12 000 places opérationnelles d'après le rapport de la cour des comptes de Décembre 2015 (31).

1.4.3- L'HAD psychiatrique est reconnue, et connaît une propagation limitée

Pour la première fois, la psychiatrie est particulièrement évoquée dans la circulaire n° DHOS/O/2004-44 du 4 février 2004 (32) relative à l'hospitalisation à domicile, écrite par le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Jean-François Mattei. En effet, le cahier des charges définit le rôle et les objectifs de l'HAD psychiatrique avant de décliner les modalités de prise en charge. Cela assoit sa spécificité, notamment par rapport à l'hospitalisation complète et aux autres modalités de soins à domicile.

Les rôles de l'HAD, particulièrement en psychiatrie générale, sont de préparer, raccourcir, prendre le relais, éviter et remplacer une hospitalisation à temps complet. Dans la perspective de soins gradués, et dans le cadre d'un travail en réseau intégrant le secteur et les professionnels libéraux (psychiatres et/ou généralistes mais également pédiatres, gériatres...), elle peut notamment contribuer à la réinsertion de patients pris en charge au long cours en hospitalisation complète. Elle peut également constituer une étape dans la prise en charge du patient, avant la mise en place d'un suivi ambulatoire moins intense (consultation au CMP, VAD, hospitalisation de jour...). Par conséquent, cette prise en charge peut concerner aussi bien des patients déjà suivis par le secteur, que des patients ayant recours pour la première fois à des soins psychiatriques. L'admission suppose le consentement du patient et de son entourage au principe de l'HAD. La circulaire mentionne également l'absence de

critères de refus d'admission liés au diagnostic psychiatrique ou à des limites d'âge. L'HAD est prescrite pour une durée limitée mais renouvelable.

D'autre part, cette circulaire évoque les modalités de prise en charge de l'HAD qui permettent de garantir l'intensité, la continuité, et la structuration des soins. La prise en charge en HAD s'articule autour d'une équipe identifiée pour chaque patient. Les compétences de cette équipe doivent être diversifiées au-delà du binôme psychiatre - infirmier, et mobiliser psychologues, éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux ... L'intervention de l'équipe d'HAD doit être principalement centrée sur le domicile du patient ou le substitut de domicile. A titre d'exemple, peuvent être cités en qualité de substitut de domicile, les établissements médico-sociaux, notamment hébergeant des personnes âgées dépendantes, institutions de l'ASE, familles d'accueil, appartements associatifs, etc. L'intervention d'un membre de l'équipe au titre de l'HAD est au moins quotidienne en psychiatrie générale, voire pluri-quotidienne. En psychiatrie infanto-juvénile, cette fréquence ne peut être inférieure à 3 interventions par semaine. Les évaluations médicales sont au moins hebdomadaires. D'autre part, les équipes d'HAD sont tenues de garantir la permanence et la continuité des soins (7 jours sur 7, et 24 heures sur 24).

Afin d'éviter toute rupture de prise en charge du patient, le développement de collaborations et de complémentarités structurées entre les équipes d'HAD et les autres acteurs de la prise en charge du patient, qu'ils soient sanitaires, sociaux, ou médico-sociaux (et même éducatifs ou judiciaires pour la psychiatrie infanto-juvénile) est nécessaire. Il s'agit, en particulier, de permettre au médecin traitant (et notamment au psychiatre traitant) de garder toute sa place dans cette prise en charge (de l'élaboration du projet thérapeutique à la préparation de la sortie du patient en passant par la réévaluation périodique du projet de soins), mais également de développer des liens avec des intervenants tels que les associations d'usagers. La coordination est ainsi majeure dans la prise en charge en HAD et est assurée par le médecin coordinateur et le cadre de santé.

Enfin, ce texte annonce que l'ouverture d'une unité d'HAD en psychiatrie peut se faire soit dans le cadre d'une structure dédiée, intersectorielle, soit être conçue comme une modalité thérapeutique supplémentaire du secteur sans individualisation d'une structure spécifique. Les ouvertures de service d'HAD concernent essentiellement les établissements publics et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). Cette circulaire propose donc une définition de cette modalité de soin et promeut le développement d'HAD psychiatriques.

On note alors une légère accélération concernant le nombre d'ouvertures d'HAD psychiatriques sur les 10 dernières années (33). A notre connaissance, les plus récentes HAD ont « ouvert leurs portes » en 2015 (HAD Psydom 31 en Haute-Garonne). Nous pouvons cependant considérer que l'HAD psychiatrique est encore peu répandue en France. En effet, la part des hospitalisations à domicile sur les prises en charge à temps complet représentait en 2009 1,1% contre 90,1% pour les hospitalisations traditionnelles (16). Les places d'hospitalisation restantes étant représentées par les appartements thérapeutiques, les accueils thérapeutiques familiaux, les centres de crise, et les postcures. La cour des comptes dénombrait 990 places d'hospitalisation à domicile en 2009 (16). Dans son rapport sur le plan « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2010, elle met en exergue le manque de développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein et préconise de déplacer le centre de gravité des prises en charge de l'hôpital à la ville (16).

Nous avons donc vu au sein de l'histoire du développement de l'HAD en psychiatrie, que cette modalité de soins découle d'un processus de déplacement du soin psychiatrique de l'hôpital au milieu de vie du patient.

Si, en France, le développement des soins à domicile psychiatriques est limité, à l'étranger et notamment dans les pays anglo-saxons, ils se sont grandement développés (34).

L'HAD ne représente qu'une partie de l'éventail des soins psychiatriques intensifs au domicile. Dans le prochain chapitre, nous allons décrire son fonctionnement, son activité, sa place dans le soin psychiatrique et étudier son évaluation dans la littérature. Pour nous aider à cerner le champ d'action de l'HAD, nous nous intéresserons également aux autres modèles de soins psychiatriques à domicile.

2- L'HAD au sein des différents modèles de soins psychiatriques à domicile intensifs et leurs évaluations

Nous aborderons dans cette partie les différents modèles de soins psychiatriques intensifs à domicile dont l'HAD fait partie, et leurs évaluations.

Il existe un vaste panel de services de soins à domicile ou « Home Treatment », dont Wright a tenté de dégager les caractéristiques communes, en comparaison des services de soins standards (35). Ces caractéristiques comprenaient :

- un ratio patient/soignant plus faible pour le Home Treatment (15 en moyenne),
- des visites « régulières » au domicile,
- un accompagnement à la fois sanitaire et social (pour 83% des services),
- une moyenne de contacts mensuels plus élevée (8,7),
- une fréquence de contacts maximale mensuelle plus élevée (au nombre de 27).

La plupart des essais contrôlés retrouvés par cette revue de littérature étaient Nord-Américains (59 études) et Européens (25 études, dont 21 provenaient de Grande-Bretagne).

Nous nous limiterons dans ce travail à décrire les soins intensifs, en nous basant sur la définition la plus commune de l'HAD qui requiert un niveau de soins équivalent à celui d'une hospitalisation traditionnelle (36).

Deux modèles internationaux d'intervention à domicile intensive ont été décrits par M. Ramonet (21). Le premier est le modèle des soins communautaires intensifs dont l'Assertive Community Treatment (ACT) est le principal représentant. Le second est le modèle des équipes mobiles d'intervention de crise.

Nous avons fait le choix de présenter ces modèles en fonction des quatre paramètres suivants :

- objectifs
- intensité de soins,
- durée de prise en charge,
- niveau de recours aux soins / intégration dans le réseau de soins.

Nous verrons que ces modèles ne sont pas totalement indissociables et qu'il existe un continuum entre eux.

Nous nous appuyerons sur la littérature pour décrire les évaluations de ces différents dispositifs. Nous avons recherché dans PubMed de 1990 à mai 2016, les termes : « Home treatment » et « mental illness », « Home treatment » et « psychiatr* », « Crisis resolution » et « psychiatr* », « crisis resolution » et « mental illness », « hospital », « home » et « mental illness », « hospital » « home » et « psychiatr* », « assertive community treatment » et « intensive case management ». Nous avons également mené ces recherches dans Google Scholar et dans l'encyclopédie médico-chirurgicale. Puis nous avons analysé la bibliographie des articles retrouvés. Les articles rédigés en Anglais et en Français ont pu être sélectionnés.

Dans un premier temps, nous évoquerons l'HAD. Dans un second temps, nous aborderons le modèle des équipes mobiles d'intervention de crise et les soins communautaires intensifs.

2.1- L'HAD en psychiatrie

Nous avons dessiné une ébauche de définition de l'HAD en psychiatrie, qui représente une alternative à l'hospitalisation traditionnelle. L'objectif est donc d'apporter un soin équivalent à celui d'une hospitalisation. Nous présenterons dans cette partie les dispositifs répondant à cet objectif.

De plus, l'HAD se caractérise par l'intensité de sa prise en charge, et sa durée d'intervention limitée. La réactivité et le niveau de recours aux soins sont plus variables en fonction des dispositifs. L'HAD nécessite une continuité et s'appuie sur une certaine structuration des soins.

Le dispositif français est régi, comme nous l'avons vu, par un cadre juridique spécifique. Ce cadre est peu transposable à l'international. De plus, les dispositifs de soins psychiatriques sont hétérogènes, différents d'un pays à l'autre et sont difficilement comparables. Nous allons donc nous appuyer sur les trois facteurs décrits plus hauts pour caractériser l'HAD à l'étranger (intensité, durée et niveau de recours aux soins).

Dans cette partie, nous décrirons le fonctionnement et l'activité des unités d'HAD en France et à l'international, ainsi que leur évaluation.

2.1.1- L'hospitalisation à domicile en France

2.1.1.1- Recensement des unités d'HAD et de leur fonctionnement

2.1.1.1.1- Généralités

Tout d'abord, rappelons que l'HAD psychiatrique représente 1,1% des places d'hospitalisation à temps complet en France (16).

21 unités d'HAD psychiatrique ont été recensées en France par N. Navarro en 2015, après contact avec les ARS (33,37). Les services d'HAD ont ensuite été contactés. 17 unités ont pu être jointes, représentant un total de 257 places environ. A noter que ces unités étaient repérées par les ARS comme pouvant porter le label « HAD ». Certaines unités peuvent ne pas avoir été repérées si elles ne correspondaient pas au cadre juridique, mais remplir tout de même la fonction d'une HAD. Ne sont pas incluses dans cette enquête les HAD dédiées en totalité à la prise en charge pédopsychiatrique ou gérontopsychiatrique.

Ces HAD se répartissaient comme suit sur le territoire : 7 HAD en Ile-de-France (Seine Saint Denis, Haut de Seine, Seine et Marne, Val d'Oise et 3 HAD dans le Val de Marne), 4 HAD en Midi-Pyrénées : Gers, Hautes-Pyrénées, Haute-Garonne et Tarn-et-Garonne, 3 en Aquitaine (en Gironde), 3 HAD en Picardie, 1 en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 1 en Basse-Normandie, 1 en Bretagne, 1 en Rhône-Alpes.

La file active par an variait de 25 patients (pour une HAD développée à partir d'un CMP) à 135 (pour une HAD intersectorielle) avec une moyenne de 74 patients inclus (données récoltées auprès de 14 HAD). La moyenne du nombre de places était de 15, avec une variation de 4 à 40 places.

2.1.1.1.2- Critères d'inclusion et d'exclusion

Les pathologies pour lesquelles les personnes sont hospitalisées à domicile étaient les troubles psychotiques et les troubles de l'humeur le plus souvent, les troubles de la personnalité et les troubles anxieux s'il existait une indication d'hospitalisation.

Certaines HAD étaient plus spécialisées. Deux HAD prenaient en charge prioritairement les patients présentant une psychose chronique. L'HAD d'Auch avait pour objectif d'éviter les hospitalisations, et d'évaluer l'autonomie au domicile de la personne après une hospitalisation longue. La durée d'intervention était plus longue, entre 3 mois et 2 ans. Le partenariat était tourné vers les CATTP, les GEM, les associations. L'HAD de Picauville intervenait en aval d'une hospitalisation pour des patients présentant un trouble psychotique, sur une durée de 3 semaines en moyenne.

D'autre part, 43% des HAD pouvaient proposer une prise en charge spécifique mère-enfant. 31% des unités proposaient un soin spécifique gérontopsychiatrique.

Les critères d'exclusion communs étaient : un risque auto et hétéro-agressif élevé, le refus du patient (ou de son entourage), la nécessité d'une surveillance constante en milieu intra-hospitalier ou la nécessité de rupture avec l'environnement. Certains critères d'exclusion étaient spécifiques aux HAD : l'âge inférieur à 18 ans pour quatre unités d'HAD, l'âge supérieur à 65 ans pour une HAD, les troubles graves de la personnalité pour une HAD.

Concernant le domaine des addictions, seules 2 HAD assuraient le sevrage au domicile ; 2 unités avaient le projet de prendre en charge prochainement cette indication au domicile. 5 unités mentionnaient la possibilité d'une prise en charge addictologique en dehors du sevrage (par ex. pour le maintien de l'abstinence). Au total, la moitié des unités d'HAD interrogées ne prenaient pas en charge les patients ayant une pathologie addictive.

Certaines HAD telles celles de Toulouse (Psydom 31), du CH de Lannemezan ou d'Auch proposaient l'hospitalisation à domicile de patients en programme de soins. La modalité de prise en charge en HAD pouvait être alors incluse ou non dans le programme de soin.

2.1.1.1.3- Soins proposés en HAD

Les soins proposés étaient équivalents à ceux dispensés dans une unité d'hospitalisation en temps complet. Les traitements médicamenteux étaient dispensés à domicile.

Les différences résidaient dans les orientations psychothérapeutiques. 9 services d'HAD ne travaillaient pas avec une orientation psychothérapeutique spécifique. 8 utilisait une orientation psychothérapeutique spécifique parmi lesquelles les thérapies cognitivo-comportementales, la réhabilitation psycho-sociale, la psychoéducation, la psychodynamique, la psychothérapie institutionnelle, la systémie, la sophrologie, ou la musicothérapie. Ces orientations étaient donc variées.

2.1.1.1.4- Intégration dans le réseau de soins

Si l'hospitalisation à domicile a la caractéristique d'être programmée, le niveau de recours aux soins était variable d'après cette enquête. En effet, il était secondaire lorsque le patient était adressé par le médecin généraliste ou par les urgences. Il était tertiaire lorsque l'adressage était réalisé par le psychiatre traitant. 87% des services d'HAD interrogés admettaient les patients en post-urgence mais de manière plus ou moins régulière.

Les unités mettaient en avant l'importance des partenariats développés dans le travail d'HAD. Ces derniers étaient très diversifiés : lien avec les services d'urgence, d'addictologie, les services de soins primaires, les SAMSAH ou SAVS, les réseaux sociaux, associatifs, les réseaux « précarité-vulnérabilité »...

2.1.1.1.5- Intensité de la prise en charge

L'intensité de la prise en charge est une autre caractéristique de l'HAD. Toutes les unités organisaient des visites à domiciles pluri-hebdomadaires mais cette fréquence pouvait être variable en fonction des services et en fonction du temps.

Nous pouvons distinguer les HAD proposant des VAD quotidiennes (de l'ordre de 50% des unités) de celles proposant des VAD les jours ouvrés. Nous pouvons également départager les HAD bénéficiant de permanences téléphoniques assurées uniquement par leurs soins (45%), de celles pour lesquelles la permanence était assurée totalement ou en partie par le secteur (39%) et de celles pour lesquelles le relais téléphonique se faisait sur les urgences la nuit et le week-end (22%).

2.1.1.1.6- Durée d'intervention

La moyenne de la DMS, quant à elle, était de 37 jours. Certaines HAD intervenaient plus longtemps : 3 unités avaient une DMS comprise entre 2 mois et 3 mois.

2.1.1.1.7- Fonctionnement

N. Navarro a noté 3 modes de fonctionnement (37) :

- un fonctionnement intra-hospitalier dans 6% des cas, où les moyens provenaient d'une unité intra-hospitalière ou de la mutualisation de plusieurs unités,
- un fonctionnement extra-hospitalier dans 35% des cas, où les moyens provenaient d'un ou plusieurs CMP avec une partie de l'équipe dédiée et une autre partie de l'équipe partagée avec le secteur,
- et dans une majorité des cas (59%), un fonctionnement d'unité autonome, souvent intersectorielle.

Au total, 63% des HAD étaient intersectorielles. 13 HAD faisaient partie du domaine public. 2 étaient rattachées aux domaines privés ; 2 étaient mixtes (Haute-Garonne et Basse-Normandie).

Quant aux moyens, les temps de présence des professionnels étaient répartis entre les infirmiers, les secrétaires et les médecins. Les assistantes sociales, psychologues et cadres étaient soit rattachés à l'HAD, soit sollicités à partir du secteur. Rarement, un ergothérapeute, un musicothérapeute, un médecin addictologue ou une aide médico-psychologique intervenaient dans l'équipe. A noter que les temps médicaux étaient très variables, allant de 4h par semaine concernant une HAD extra-hospitalière, à un équivalent temps plein de 1,4. La plupart des HAD participaient également à la formation des étudiants infirmiers et des internes.

Selon le rapport de la cour des comptes de 2015 (31), les régions Nord-Pas-de-Calais, et Pays de la Loire avaient lancé un appel à projets et étaient en cours de sélection des opérateurs pour l'ouverture d'une HAD. L'Île-de-France avait également prévu à titre expérimental d'étudier l'opportunité et la faisabilité du développement de la prise en charge en HAD.

En conclusion, l'HAD en France est caractérisée par l'intensité des soins proposés, une durée d'intervention limitée. Le niveau de recours diffère (urgences, généraliste ou psychiatre traitant). Toutes les pathologies psychiatriques peuvent être traitées dans ce dispositif. Cependant, on note que peu d'unités admettent des personnes présentant une addiction non sevrée. L'intégration dans le réseau de santé locale et le développement de partenariats spécifiques à chaque HAD sont primordiaux. Ils sont porteurs de continuité et conditionnent l'orientation des soins apportés. Le fonctionnement et l'organisation de la prise en charge en HAD sont, quant à eux, hétérogènes.

2.1.1.2- Activités des services d'HAD français

Dans ce chapitre, nous nous intéressons à l'activité des dispositifs d'HAD français en l'illustrant par des exemples.

2.1.1.2.1- Activité de l'HAD de Seine-Saint-Denis

Le CH de Ville-Evrard en Seine-Saint-Denis a ouvert en 1997 une unité d'hospitalisation à domicile de 8 places, autonome, intersectorielle (secteurs de Bobigny et Pantin). Une étude observationnelle rétrospective, menée entre 1999 et 2004 (38), a permis de dégager les caractéristiques socio-démographiques et psychopathologiques des patients pris en charge. L'équipe comprenait en 2003 : 3 infirmiers, 2 médecins psychiatres qui partageaient leur temps sur le secteur, un secrétaire, un cadre infirmier à mi-temps. Les VAD étaient pluri-hebdomadaires à pluriquotidiennes et pouvaient se faire 7 jours / 7, en binôme. L'adressage se faisait par les psychiatres du secteur : soit directement, soit par sollicitation de la famille ou du médecin traitant (39).

340 patients ont été pris en charge entre 1999 et novembre 2004. Le sex-ratio était de 2,61 femmes pour un homme. L'âge des patients était compris entre 18 et 71 ans avec une surreprésentation de la tranche d'âge 40-59 ans. Concernant le mode de vie : 45% des patients vivaient seul, 15% vivaient seuls avec enfant et 40% des patients vivaient en couple avec enfant. 25% des patients étaient sous

protection juridique. En 1999 et 2000, 59% des patients hospitalisés en HAD avaient (ou avaient eu) une activité professionnelle mais seuls 6% touchaient encore leur salaire (39).

Concernant le diagnostic principal, les psychoses chroniques étaient prédominantes (66%), puis venaient les troubles de l'humeur (21%), les troubles de personnalité (11%), et enfin les pathologies neurodégénératives (2%) et le retard mental (2%). Dans 42% des cas, au moins un trouble somatique était associé à la pathologie psychiatrique ayant motivé l'HAD. Les principaux prescripteurs étaient représentés par les médecins intra-hospitaliers mais les données n'ont pas été communiquées. La plupart des patients (92%) ont été hospitalisés librement ; 6% à la demande d'un tiers et 2% en hospitalisation d'office, à l'occasion de sorties d'essai. La durée moyenne de prise en charge était de 33 jours avec une moyenne de 20 visites par patient. Les orientations à la sortie se faisaient dans 71% des situations vers le CMP. 27% des patients ont été réhospitalisés. 2% des patients étaient adressés vers un autre lieu de vie.

Le service d'HAD de Seine Saint-Denis avait pour objectif la diminution de la durée d'hospitalisation complète. Les patients atteints d'un trouble psychotique ont pu bénéficier d'une HAD, lorsqu'ils pouvaient consentir à ce soin et en dehors d'un risque suicidaire et hétéro-agressif. Cette HAD intervenait dans la continuité avec les soins hospitaliers, au CMP, ou en hospitalisation. Prenons pour exemples d'autres unités.

2.1.1.2.2- Exemple d'activité d'autres services d'HAD

L'HAD de Valenciennes a été mise en place en juin 2004 à partir d'un CMP et disposait en 2009 de 5 places d'après l'article de Semal et Revillon (40). Les interventions étaient plurihebdomadaires, pour une durée minimale d'un mois et une durée moyenne prévue de trois mois. Le relais téléphonique se faisait au niveau de l'intra-hospitalier en dehors des horaires d'ouverture. L'adressage était fait par les psychiatres des secteurs. Une étude observationnelle descriptive a été réalisée après 2 ans de fonctionnement (40). 21 patients ont été pris en charge, également répartis entre les femmes et les hommes. Les tranches d'âge de 30 à 39 ans et de 50 à 59 ans étaient les plus représentées. Les 2/3 des patients souffraient de troubles psychotiques (nombre exact non communiqué). Les objectifs premiers de cette unité d'HAD étaient d'augmenter l'insertion sociale et l'autonomie des personnes, et d'améliorer l'observance et l'alliance thérapeutique.

L'HAD de Villejuif est rattachée au centre hospitalier Paul Guiraud de Villejuif. Il s'agit d'une HAD intersectorielle, extra-hospitalière. Le fonctionnement a été décrit par Lundh en 1995 (41). Les visites à domicile se faisaient de 9h à 19h et l'astreinte était assurée par l'intra-hospitalier. Chaque secteur avait un psychiatre attitré pour la prise en charge des patients en HAD sur un équivalent temps plein de 20% chacun. Une unité intersectorielle a été créée avec des locaux communs, une secrétaire, une assistante sociale (AS) à temps plein et 4 infirmiers. 10 patients pouvaient être pris en charge. La durée d'hospitalisation était de 20 jours renouvelables une fois. 85 patients ont été hospitalisés à domicile en 1992 et 1993. Les pathologies pour lesquelles les patients étaient adressés en HAD ont été décrites par Lundh (41) pour ces deux années, tous secteurs confondus. La majorité des patients hospitalisés présentait une pathologie psychotique (72 et 78% respectivement chaque année). La répartition par âge était décrite : la moitié des patients étaient âgés de plus de 65 ans (50% et 45%). Les patients provenaient majoritairement des unités d'hospitalisations à 55%, des consultations à hauteur de 37% et d'« autres » lieux à hauteur de 8%. La durée moyenne de séjour oscillait entre

21,6 jours en 1992 à 15,7 jours en 1993. Cette unité d'HAD souhaitait raccourcir les hospitalisations, amorcer un travail d'autonomisation et de socialisation pour des patients souffrant d'une pathologie psychotique (notamment chez les patients âgés).

Quant à elle, EQUIPAD (42) est une équipe d'hospitalisation à domicile nantaise avec des interventions pluridisciplinaires quotidiennes auprès de 9 patients en phase aiguë ou subaiguë, présentant tout type de pathologie (à l'exclusion des pathologies neurodégénératives et addictions). Les soins sous contrainte étaient acceptés en HAD. La prise en charge était programmée, la durée d'hospitalisation était contractualisée sur 21 jours, renouvelable 2 fois. Une évaluation sur 12 mois (en 2014) a été conduite à partir de deux outils : un questionnaire de satisfaction des usagers systématique en fin de prise en charge avec rappel des patients à 4, 9 et 12 mois et un bilan d'activité administratif. Le bilan montrait un taux d'occupation sur 12 mois de 84 %, avec 63 séjours pour 104 demandes (39% de patients non admis). La population accueillie était en majorité des femmes et l'âge moyen de 43 ans (avec 1/3 des patients âgés de moins de 30 ans). Les diagnostics majoritaires étaient les psychoses et les troubles de l'humeur en phase aiguë, puis les troubles de la personnalité. Le délai d'admission était de 9,9 jours. Les médecins adressant des patients à l'HAD étaient des médecins hospitaliers en majorité. Le nombre de réhospitalisations était faible, 4 patients ont nécessité une hospitalisation sur le secteur, soit environ 4%. La satisfaction des patients était bonne.

Nous avons décrit l'activité de quelques unités d'HAD en France. Intéressons-nous à présent à l'évaluation de ce dispositif en France.

2.1.1.3- Evaluation de l'HAD en France : une étude comparative, prospective

Dans la littérature, nous retrouvons peu d'études sur les HAD. Nous avons recensé seulement une étude comparative, et prospective du dispositif d'HAD en France. Elle évalue l'Equipe Rapide d'Intervention de Crise (ERIC).

Ce dispositif ne porte pas le nom d'HAD mais celui d'équipe mobile. La prise en charge peut ne pas être programmée. Cependant, ce dispositif détient également une fonction de traitement aiguë à domicile, contrairement aux équipes mobiles traditionnelles que nous décrirons plus loin. C'est pourquoi nous avons choisi de le présenter dans ce paragraphe.

L'ERIC a été mise en place par le Dr Kannas en 1994 dans le Sud Yvelines (43). Elle a la caractéristique d'offrir, à partir des situations d'urgence, une intervention rapide, sur le lieu même de l'urgence, en collaboration avec les proches du patient, ainsi qu'un suivi de crise de quelques semaines. L'équipe est activée par les professionnels ou les particuliers. Ce suivi peut avoir plusieurs finalités. Tout d'abord, une intervention d'urgence est réalisée avec une évaluation psychiatrique : elle se fait parfois dans une situation de non-demande du patient. De plus, l'ERIC peut permettre l'instauration à domicile de soins d'une qualité comparable à celle de l'hôpital (disponibilité 24h/24 et 7j/7). Elle constitue ainsi une alternative à l'hospitalisation psychiatrique pour des pathologies sévères. Seules sont exclues les situations où un problème somatique prédomine et les SDRE ; les SDT et les situations de danger potentiel sont incluses. Cette équipe intervient également pour les mineurs. L'ERIC réalise une transition entre le moment de l'urgence et l'instauration d'un suivi psychiatrique, ce qui peut favoriser l'entrée dans le dispositif spécialisé pour les patients non suivis, et permettre pour les autres, la poursuite des soins avec des professionnels qui étaient indisponibles, débordés ou

rejetés, au moment de l'urgence. La prise en charge est d'un mois maximum. Enfin, le suivi de crise est parfois suffisant, notamment en l'absence de pathologie psychiatrique. Cette unité sollicite l'entourage comme acteur de soins pour le patient, comme source de compétences et comme levier thérapeutique.

Une étude de cohorte, prospective, a été menée sur 5 ans (44). Tous les patients hospitalisés pour la première fois en 1994 dans un département de psychiatrie ont été inclus, hormis les patients hospitalisés à la demande du représentant de l'Etat. Les patients auxquels un traitement par l'ERIC d'une durée d'un mois était proposé constituaient le premier groupe (68 patients). Les témoins étaient représentés par les patients hospitalisés au sein des autres services psychiatriques hospitaliers (196 patients). 43% des patients du groupe ERIC acceptaient le traitement à domicile et pouvaient en bénéficier suite au premier entretien et 68% dans les quatre premiers jours. 32% sont restés hospitalisés. L'acceptation du dispositif était donc bonne. Dans le groupe contrôle, 18% des patients étaient quand même pris en charge par l'ERIC à j4. Les 2 groupes étaient comparables en termes d'âge, de sexe, de situation professionnelle et sur le fait de vivre seul ou non. Il n'y avait pas d'autre variable étudiée. Dans le groupe ERIC, il y avait 25,8% de troubles de l'humeur, 25,8% de troubles névrotiques et de personnalité, 22,6% de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, 17,8% de troubles psychotiques. Il a été observé une décroissance immédiate du nombre de jours d'hospitalisations (-5,9 jours en moyenne), et une diminution du nombre de jours d'hospitalisation dans les 5 années suivantes (-14,7 jours en moyenne). Mais ce dernier résultat était surtout dû à une diminution du nombre de jours d'hospitalisation sur la première année. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes quant au nombre de réadmissions (effectifs faibles). La durée du séjour à l'hôpital était moindre lors des réadmissions pour le groupe ERIC. 1/3 des patients du groupe expérimental ont bénéficié d'une autre intervention de l'équipe d'urgence ambulatoire à partir de la deuxième année, montrant ainsi l'adhésion à ce type de soins de la part des patients et de leurs familles. Un biais possible était le non recueil de données dans les hôpitaux adjacents et les cliniques.

Il s'agit donc d'une étude comparative prospective sur le traitement psychiatrique intensif et de courte durée à domicile après sortie d'une première hospitalisation. Elle montre l'efficacité de ce dispositif sur la diminution du nombre de jours d'hospitalisations sur 5 ans pour les patients traités à domicile, sans augmentation du nombre de réadmissions.

Il n'y a pas à notre connaissance d'autre étude comparative française sur l'hospitalisation à domicile. Intéressons-nous à présent à l'HAD à l'étranger et à son évaluation.

2.1.2- L'hospitalisation à domicile à l'étranger

Les différences internationales de fonctionnement et d'efficacité du « Home Treatment » ont été analysées par Burns dans une méta-analyse en 2002 (45). La moyenne de la fréquence de contact avec les patients en Amérique du Nord était de 2.5 fois celle de la fréquence européenne. Le nombre de visites à domicile était similaire. Les jours d'intervention étaient plus nombreux en Amérique du Nord et plus de services bénéficiaient d'un travailleur social. Le critère de jugement principal de l'efficacité était la réduction du nombre de jours mensuels d'hospitalisation. La disparité des services contrôles et le faible nombre d'études européennes ne permettaient pas de conclure à une

différence internationale. Il est à noter que, dans cette revue, le Home Treatment était défini de manière large par un traitement à domicile « régulier », sans critère précis de durée ou d'intensité. Les services expérimentaux étaient également hétérogènes.

Nous nous appuyons sur l'objectif de soin psychiatrique à domicile, en alternative à l'hospitalisation, pour déterminer quels étaient les équivalents des dispositifs d'HAD en Europe et dans le Monde. Nous allons également caractériser l'HAD à l'étranger en fonction des trois facteurs décrits plus hauts : niveau de recours aux soins, intensité du soin et durée d'intervention.

La terminologie des soins à domicile est diversifiée et peu codifiée. Les traductions les plus communes que nous retrouvons dans la littérature anglophone du terme « hospitalisation à domicile » sont « home treatment » (36), « home-based treatment » et « hospital at home ».

Nous allons nous attacher dans cette partie à décrire spécifiquement les équivalents de l'hospitalisation à domicile en Europe et dans le Monde, et leurs évaluations dans la littérature. Pour cela, nous prendrons tout d'abord des exemples de services d'HAD en Europe et en Australie. Puis, nous nous intéresserons à un modèle de traitement à domicile spécifique développé au Royaume-Uni. Enfin, nous préciserons l'évaluation des dispositifs d'HAD à l'étranger.

2.1.2.1- Exemples de fonctionnement et d'activités de services de Home Treatment

2.1.2.1.1- Fonctionnement et activité d'un service d' « hospital at home » en Australie

Cette unité d'hospitalisation à domicile australienne, a été décrite par Singh sur une période d'un an (46). L'équipe était composée d'un chef d'équipe, de 2 ETP d'infirmiers, d'un travailleur social (1 ETP), de 0,6 ETP de psychologue, d'un temps plein de psychiatre, et d'un mi-temps de secrétaire. L'intensité de prise en charge était importante : les visites à domicile étaient réalisées jusqu'à 3 fois par jour maximum, et 7 jours sur 7. Les échelles Brief, HoNOS and Risk Assessment Scale évaluaient l'évolution de l'état psychique.

111 patients ont été admis sur l'unité d'HAD. Les critères d'admission étaient : une indication d'une hospitalisation libre psychiatrique, un environnement non délétère et l'obtention de l'accord du patient et de sa famille. 27 patients n'ont pas été admis car ces critères n'étaient pas remplis. L'adressage était fait par une unité d'admission dans 32,4% des cas, ce qui a permis de libérer des lits d'hospitalisation en temps complet. Dans 27,9% et 26,1% des cas respectivement, les patients étaient adressés par le service d'intervention de crise et par les urgences de l'hôpital. Les patients étaient plus rarement adressés par les services de soins communautaires (6,3%), par les psychiatres privés (6,3%) et par les médecins traitants (1%). La moyenne d'âge était de 39 ans, et 72% étaient des femmes. Les diagnostics les plus fréquents étaient les troubles de l'humeur (épisode dépressif majeur dans 40% des cas), les psychoses non affectives (23%) et les troubles bipolaires (23%). La durée d'hospitalisation moyenne était de 17 jours et cela ne différait pas selon les diagnostics, avec 22 visites à domicile en moyenne par patient. La DMS était équivalente dans les services d'admissions.

20% des patients ont été transférés vers un service d'admission hospitalière, 6% sous contrainte et 14% de manière libre. Les transferts avaient lieu précocement, en moyenne à 7,2 jours. Il y a eu un épisode d'automutilation, menant à une hospitalisation sous contrainte. Il n'y a pas eu de tentative de suicide ni d'autre violence. 7 transferts vers l'hôpital ont été menés devant un risque d'auto-agressivité et 2 suite à un risque d'hétéro-agressivité. Il y a eu une amélioration significative des scores aux échelles HoNOS, Risk Assessment Scale et BPRS pour les patients qui ont poursuivi leur hospitalisation à domicile. Il n'y avait pas de groupe comparatif. 37% des patients ont été sortants vers les équipes de soins communautaires, 21% avec un médecin traitant et 18% vers un psychiatre privé (3 données manquantes). Les patients ont rapporté globalement avoir apprécié le traitement par l'unité d'HAD. Les raisons étaient les suivantes : ne pas aller à l'hôpital, se rétablir plus rapidement. Certains souhaitaient des horaires plus larges avec une astreinte téléphonique 24h/24.

Pour certains patients, ce service d'« Hospital at home » a pu fournir une alternative bien acceptée à l'hospitalisation traditionnelle. Il s'agissait d'un service prioritairement en lien avec les services d'urgence et de crise, proposant un niveau d'intensité élevé.

Prenons maintenant l'exemple d'un service irlandais.

2.1.2.1.2- Fonctionnement et activité d'un service de Home based-treatment en Irlande

Une étude rétrospective sur un service de « Home based-treatment » a également été réalisée en Irlande rurale par Nwachukwu et Nkire, sur une période de 5 ans de 2006 à 2010 (47). Le ratio soignant/patient était de 1/7. Le service fonctionnait 7 jours/7, de 9h à 19h. L'intensité du suivi était très variable avec 3 niveaux d'intervention décrits : intensif (visites pluriquotidiennes ou quotidiennes), modérément intensif (visites 1 jour sur 2 ou 2 fois par semaine) et enfin un dernier niveau peu intensif (visites 1 fois par semaine ou 2 fois par mois). Cependant les contacts étaient toujours quotidiens.

783 patients ont été suivis par ce service. 51% des patients étaient adressés par un médecin généraliste, 18% étaient référés par les unités d'admission alors que 7% étaient adressés à leur demande. Les autres demandes étaient réalisées par les centres de soins communautaires. Il y a eu 52.7% de patients adressés de novo et 39.6% de patients réadressés dans cette unité. Le plus grand nombre de réadmissions à l'HAD était de 6. Elles étaient plus nombreuses pour les patients présentant des symptômes psychotiques (56%). Une humeur élevée était responsable d'un plus grand nombre de réadmissions.

Les auteurs dénombraient 722 patients admis sur 783 demandes d'admission. 51% des patients étaient des femmes, avec une moyenne d'âge de 42 ans pour les femmes et de 41 ans pour les hommes. 26% ont été adressés pour une humeur dépressive, 24% pour des idées suicidaires, 23% pour des symptômes psychotiques, 11% pour une humeur élevée, 9% pour une anxiété, et 7% dans le cadre d'un retour à domicile après une hospitalisation, étaient pauci-symptomatiques.

La durée moyenne de séjour était de 29 jours et était un peu plus longue pour les hommes et pour ceux qui avaient bénéficié d'une orientation vers des soins extra-hospitaliers. La moyenne du nombre de VAD était de 15 par patients par mois.

77% des patients ont été orientés vers les structures de soins ambulatoires. 10% ont dû bénéficier d'une hospitalisation temps plein ; 5% ont été réadressés vers le médecin traitant. La plupart des patients quelle que soit leur pathologie ont pu être réadressés vers des soins communautaires. Seulement 5,4% des patients entrés pour idées suicidaires ont bénéficié d'une hospitalisation temps plein au décours, notent les auteurs. Il n'y a pas eu de cas de suicide.

Voilà un exemple de service d'HAD en Europe qui est très en lien avec les médecins généralistes. Il montre la possibilité d'une prise en charge des patients à risque suicidaire au domicile. L'intensité de ce risque n'est cependant pas définie de manière précise.

2.1.2.1.3- Les crisis resolution and home-treatment teams : fonctionnement et activité

Les crisis resolution and home-treatment teams sont un dispositif particulier. Comme nous le verrons, il s'agit d'un modèle de soins couplant une fonction d'intervention de crise et une fonction d'hospitalisation à domicile. Les caractéristiques communes avec l'HAD sont donc l'intervention de courte durée et le soin intensif proposé à domicile. Leur intervention est cependant moins programmée et plus réactive qu'une HAD.

Ce modèle s'est disséminé, notamment au Royaume-Uni, mais aussi en Norvège (48), en Irlande, en Allemagne, et en Australie. En 2001, le programme national anglais a établi un guide recommandant l'installation sur tout le territoire de 335 équipes mobiles de résolution de crise et de traitement à domicile, les CRHT ou CRT (« crisis resolution and home treatment team » ou « crisis resolution team » ou « crisis assessment and treatment team ») (49). Plus récemment, le Royal College of Psychiatrists a développé les missions de ces unités dans le Home Treatment Accreditation Scheme (50).

De nombreuses équipes se sont ainsi développées, notamment en Angleterre. Leur objectif principal était de prévenir les hospitalisations et de pouvoir faciliter les sorties précoces de l'hôpital : « rôle porte » ou « gate-keeping role ».

Leur fonctionnement et leur efficacité ont été étudiés.

2.1.2.1.3.1- Fonctionnement des CRHT

Le fonctionnement est basé sur une équipe pluridisciplinaire, médico-sociale qui comprend psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers, ergothérapeutes, travailleur pairs et chef d'équipe (49). Le nombre de professionnels doit être suffisant pour permettre une ouverture 24h/24, 7 jours/7 et des visites à domicile quotidiennes (51). L'équipe devrait pouvoir visiter les personnes jusqu'à 2 fois/jour. La prise en charge est proposée sur le court terme. Le Royal College of Psychiatrists a insisté sur l'importance de leur réactivité avec la possibilité d'évaluer 24h/24 l'indication de prise en charge par les CRHT (50). L'objectif est de pouvoir très rapidement, même dans le cadre des services d'urgence, proposer d'orienter les patients vers les CRHT, s'il n'y a pas de contre-indication. Ces équipes peuvent délivrer un traitement médicamenteux, un soin psychiatrique et questionnent les problématiques d'ordre social, autour de la constitution et du maintien de la crise (52).

Le fonctionnement des CRHT a donc été l'objet de recommandations. Concernant leur domaine d'action, il n'y a pas de consensus et il persiste une certaine hétérogénéité. Certaines études vont permettre de nous apporter un éclairage.

2.1.2.1.3.2- Activité des CRHT

Les CRHT prennent en charge les patients présentant un trouble psychiatrique sévère (trouble bipolaire, trouble schizophrénique, ou trouble dépressif sévère). Les facteurs associés à une hospitalisation et donc à l'absence d'orientation vers les équipes de traitement à domicile, étaient d'une part liés au patient et d'autre part liés aux pratiques de soins (51). Il s'agissait selon Sjøflie (51) de :

- un risque suicidaire élevé (53)
- un antécédent d'admission à l'hôpital (53), notamment sous contrainte,
- un risque de passage à l'acte hétéro-agressif
- une mauvaise compliance aux traitements ou aux soins
- une incurie
- le fait d'être reçu dans un service d'urgence
- le fait d'être reçu en dehors des horaires normaux de bureau.

Ainsi, Johnson a suggéré que les patients sévèrement malades, à risque d'hospitalisation sous contrainte étaient probablement sous représentés dans les CRT/ CRHT (54). Dans son étude pré et post introduction d'un CRT, il a décrit la population prise en charge. La population était comparable socio-démographiquement au groupe contrôle. Cependant, plus de patients n'avaient jamais eu de contact avec un service de santé mentale (20%) et n'avait jamais eu d'hospitalisation (30%) dans le groupe CRT. Les pathologies étaient représentées comme suit : 44% de troubles psychotiques, 21% de dépression, 25% de trouble bipolaire, 8% de trouble de personnalité et 33% de comorbidité addictive. Les patients présentant une symptomatologie psychotique étaient moins nombreux dans le groupe contrôle (54). Dans son essai randomisé (55), les patients pris en charge souffraient de troubles psychotiques (33%), de trouble bipolaire (12%), de trouble unipolaire (31%), de trouble de personnalité (17%), et de troubles liés à des substances psychoactives (5% uniquement de ce diagnostic et 43% de comorbidité). 51% des personnes traitées étaient des hommes. La moyenne d'âge était de 37,9 ans. 31% des patients n'avaient jamais été hospitalisés (55).

Tulloch s'est intéressé plus spécifiquement au Home Treatment dans le cadre des sorties précoces de l'hôpital, dans une étude observationnelle rétrospective sur 5 ans (56). Ces prises en charge représentaient 36% de l'activité des CRHT. Ces équipes de traitement à domicile, ont permis une prise en charge à domicile de 29% des patients hospitalisés, sur un total de 7891 admissions hospitalières. Ce traitement à domicile était prégnant chez les femmes, chez les patients ayant un diagnostic de trouble mental sévère (trouble bipolaire, dépressif ou schizophrénique actifs), et ayant des antécédents de traitement au domicile ou d'admissions à l'hôpital longues (56). Les patients hospitalisés à domicile souffraient de schizophrénie ou autres troubles psychotiques (48%), de bipolarité (18%), de dépression (17%), de troubles névrotiques (7%), de trouble de personnalité (3%), et de trouble addictif (4%). Le nombre de jours moyen d'hospitalisation à domicile était de 27 et la médiane de 21. Le nombre moyen de visites à domicile était de 22,8.

La plupart des études comparatives évaluant l'efficacité du traitement au sein des équipes de Home Treatment n'apportent pas une description précise de la population des patients pris en charge. Nous allons détailler dans le prochain paragraphe les résultats principaux de ces études.

2.1.2.2- Evaluations de l'HAD

Dans cette partie, nous verrons que la majorité des articles parus se focalisent sur le modèle des CRHT.

2.1.2.2.1- Impact sur l'hospitalisation à temps complet

Nous avons vu qu'il s'agissait du premier objectif politique de ces équipes évoqué lors de leur déploiement. Les paramètres les plus étudiés sont le nombre de jours d'hospitalisation et le nombre de réadmissions. Ces critères sont les plus généralisables.

Notons que le critère « nombre de jours d'hospitalisation » est ambiguë lorsque le groupe contrôle comprend l'hospitalisation, étant donné qu'une alternative à l'hospitalisation est proposée dans le groupe expérimental. Le nombre de réadmissions a ainsi été étudié sur le plus long terme.

Concernant l'impact des CRT sur ces paramètres, 16 études répondaient à cette question d'après la revue de littérature réalisée par Hubbeling en 2012 (57). La majorité trouvait une diminution des admissions et de l'utilisation des lits hospitaliers. Un seul essai contrôlé randomisé a été mené en 2005 comparant un groupe CRT et un groupe contrôle (soins standards) (55). 260 personnes ont été randomisées. Les patients du groupe CRT étaient moins souvent admis à l'hôpital dans les 8 semaines suivant la crise (OR 0,19 ; 0,11-0,32), et bénéficiaient de moins de jours d'hospitalisation. Cet effet persistait à 6 mois (RR 0,6 ; CI 0,51 à 0,76). Le niveau de preuve était élevé selon la méta-analyse Cochrane sur les équipes de crise (58). Les admissions sous contrainte (nombre d'admissions et de jours d'hospitalisation) étaient similaires dans les deux groupes (55). Une comparaison a également été menée avant et après l'introduction en Angleterre à Londres des CRT (54). Après leur introduction, le taux d'admission à 6 semaines après une crise diminuait de 71% à 49% (OR 0,38, CI 0,21-0,70), la moyenne de jours d'utilisation des lits hospitaliers différait de 6,2 jours. Il n'y avait pas de différence à 6 mois. 60% des patients du groupe CRT ont été réhospitalisés dans les 6 mois. Glover a montré en 2006 dans une étude observationnelle nationale que le nombre d'admissions avait diminué sur tout le territoire mais cette diminution était prégnante dans les régions où les équipes de CRT étaient implantées (59). Cette diminution était prédominante chez les adultes insérés professionnellement. Barker a analysé l'impact des CRHT sur les admissions et les réadmissions à Edimbourg. Cette étude observationnelle montrait une décroissance de 24% des admissions psychiatriques en urgence dans l'année suivant leur ouverture. La moyenne du temps passé à l'hôpital était de 6,5 jours, ce qui décroissait de 22% en 1 an. Les réadmissions étaient réduites de 4% (60). Cependant, on ne sait pas si cet effet pouvait être attribué aux CHRT car une réduction de 30% des lits hospitaliers avait eu lieu simultanément.

Dans le cas particulier des premiers épisodes psychotiques aigus, Gould a étudié la trajectoire de soins de 111 patients londoniens. Il s'agissait d'une étude prospective, non contrôlée (61). 33 patients (30%) ont été pris en charge initialement par un CRHT alors que 60 (54%) étaient

directement hospitalisés. Les patients pris en charge par le CRHT étaient plus jeunes que ceux pris en charge en admission ou par les soins communautaires. Il n'y avait pas de différence dans les groupes concernant le fait de vivre seul ou non. A 3 mois, 15 patients du groupe CRHT avaient été admis à l'hôpital dont 8 sous contrainte. Un plus grand nombre de patients étaient hospitalisés après prise en charge par un CRHT qu'après des soins standards dans la communauté (61). Les populations étaient probablement différentes en termes de sévérité des troubles. Cet article montre l'importance de la place des soins en admission dans le contexte d'un premier épisode psychotique aigu. Les CRHT pourraient intervenir lors de la phase prodromique ou en aval de la décompensation, mais doivent s'intégrer dans un soin spécialisé plus global pour ces patients.

De manière générale, concernant l'effet sur les hospitalisations sous contrainte, il n'est pas possible de conclure (57).

Une revue de la littérature concernant 69 études de méthodologie très diverses sur les CRHT (62) apporte des hypothèses concernant les facteurs qui pourraient être responsables de la réduction des hospitalisations. Des études quantitatives suggèrent que la présence d'un psychiatre dans l'équipe et que des horaires d'ouverture larges (59) pourraient prévenir les hospitalisations. D'après la méta-analyse de Catty (34), la diminution du nombre de jours d'hospitalisation était associée au fait de visiter régulièrement les patients à domicile (- 0,6 jours), à un accompagnement à la fois sanitaire et social (- 1,3 jours). La fonction de Home Treatment n'était pas associée à cette réduction (10 essais randomisés). Il n'y avait pas assez d'études permettant de mettre en évidence une différence pour les facteurs : ratio patient/ soignant et fréquence des contacts. Ces facteurs étaient valables dans les études où le service contrôle était un soin standard. Les facteurs associés à cette diminution n'ont pu être mis en évidence en comparaison avec les groupes contrôles « hospitalisations » du fait d'un nombre d'études trop faible. Notons que cette méta-analyse s'intéressait à des services expérimentaux et contrôles hétérogènes.

Ces paramètres concernant l'impact sur les hospitalisations ont été les plus étudiés. Notons qu'ils représentent un reflet de l'état clinique des patients mais qu'ils n'en sont pas strictement synonymes.

2.1.2.2- Impacts clinique et social

Des études ont évalué l'amélioration clinique après intervention d'une équipe de CRHT (46,60). Il s'agissait d'études non comparatives. Les méthodes utilisées étaient des échelles (HoNOS, Risk Assessment Scale, BPRS...) ou des questionnaires évaluant l'avis des patients et des soignants sur l'amélioration clinique.

Il n'existe pas à notre connaissance d'étude comparative dont le critère de jugement principal est un paramètre clinique. Concernant les critères de jugement secondaires, les comparaisons ne mettaient pas en évidence de différence d'état clinique entre les groupes CRT et standards à 6 semaines, 8 semaines et 6 mois à la BPRS (54,55).

Il n'y avait pas non plus de différence entre les prises en charge par les CRHT et les soins standards en termes de fonctionnement social ou de qualité de vie d'après ces études (54,55). Le niveau de preuve était faible concernant la qualité de vie (58).

Si l'amélioration clinique et du fonctionnement social sont les objectifs soignants de tout dispositif sanitaire, l'étude de la mortalité est primordiale.

2.1.2.2.3- Evénements graves et indésirables

L'impact sur la mortalité est limité par la faible prévalence de cet événement. Les études étaient limitées dans le temps et les effectifs étaient trop faibles pour mettre en évidence une différence (57). De même, aucune différence n'a pu être mise en évidence pour les passages à l'acte auto-agressifs et hétéro-agressifs. Dans l'étude de Johnson, à 6 mois, 2 personnes étaient décédées dans le groupe CRT (une personne avait été tuée par la police, une autre par overdose) et 2 personnes étaient décédées dans le groupe contrôle de mort naturelle (55). While a analysé rétrospectivement les taux de suicides des personnes ayant eu un contact dans les 12 mois précédents avec un centre de santé mental en Angleterre et au Pays De Galles entre 1997 et 2006 (63). Une diminution plus importante du nombre de suicides était lié à la mise en place d'un service de crise ouvert 24h/24 sur le territoire. Cela était significatif dans la population des patients qui étaient hospitalisés. Il n'y avait pas de différence pour les patients dans la communauté. L'effet pourrait être en effet indirect avec la diminution des admissions et de ce fait une meilleure disponibilité des soignants (63).

Aucune étude n'a montré de différence en termes de mortalité (58) et d'événements indésirables.

2.1.2.2.4- Satisfaction des usagers

L'essai contrôlé randomisé de Johnson a mis en évidence une différence qui n'était pas significative concernant la satisfaction des usagers CRT/ soins standards (55) contrairement à l'étude pré et post introduction de l'équipe de CRT dans laquelle les usagers étaient plus satisfaits de l'intervention par le CRT (54). Une revue de littérature a été réalisée par Winness sur l'expérience des usagers avec les CRHT de l'année 1995 à l'année 2009 (64). 13 articles ont été recensés. Elle incluait des études quantitatives et qualitatives. Les usagers ont apprécié la flexibilité et l'ouverture des professionnels concernant leurs choix personnels et leurs propres stratégies, car cela a renforcé leur autonomie. Certains facteurs n'étaient pas appréciés tels que le sentiment de discontinuité au sein du service, le fait qu'il s'agisse d'un soin à court terme, une pénurie de personnel, une longue attente pour le soin, un manque d'information sur la maladie et les traitements. Trois caractéristiques à l'origine de la satisfaction des usagers se sont dégagées selon Winness (64) :

- l'accessibilité.

L'ouverture 7 jours/7, 24h/24, sécurisait les usagers. L'accès à une aide immédiate dans le milieu de vie de la personne semblait normaliser les expériences de crise des usagers et renforcer les stratégies de coping des usagers et de leur entourage. La coordination entre les CRHT et l'hôpital, et les services sociaux, était considérée comme efficace par les usagers.

- le fait d'être considéré comme un être humain « normal ».

L'accent était mis sur le respect, le fait d'être écouté, d'être considéré comme digne de confiance. Etre responsabilisé quant à ses propres capacités de rétablissement, et pouvoir garder le contrôle étaient considérés comme des éléments clés. Les préférences des usagers

sur le choix des horaires de visite et sur la possibilité de rester en contact aussi longtemps que nécessaire étaient soulignées.

- la gestion de la crise dans le contexte de vie quotidien.
Etre à domicile semblait donner de l'espoir quant à la résolution de la crise et encourager l'utilisateur à se tourner vers son environnement et son réseau social. Les CRHT donnaient l'occasion de prendre en compte la gestion du quotidien dans le soin. La continuité avec la vie sociale, les activités ordinaires étaient respectées. Cela permettait aux usagers de reprendre plus rapidement leurs activités lorsqu'ils étaient hospitalisés à domicile précocement. Quelques études mettaient l'accent sur l'importance des compétences culturelles des professionnels à considérer les minorités ethniques (foi, pratique religieuse, régimes alimentaires...). La crise n'était pas seulement considérée comme un problème médical mais apparaissait dans un contexte de vie particulier. Les CRHT pouvaient aider à la résolution de la crise dans l'environnement où celle-ci avait pris sa source.

La philosophie du partenariat et de l'empowerment est intrinsèque à ces mouvements de l'hôpital vers le milieu de vie de la personne et du patient et de son diagnostic vers la personne et son contexte de vie. Elle fait partie du concept du « rétablissement » que nous détaillerons dans la prochaine partie. Cette philosophie est à la base des expériences positives des usagers d'après Winness (64).

D'autres études s'intéressant à la satisfaction des usagers avaient récolté de faibles taux de participation (57).

D'autre part, l'impact de la prise en charge par les CRHT sur l'entourage a été peu étudié. Le niveau de preuve était faible concernant la réduction de la charge des familles (RR 0,34 CI 0,20 à 0,59) d'après un essai de 120 participants (58). L'accessibilité des CRHT pourrait prévenir l'épuisement de l'entourage (64).

Enfin, Nelson s'est intéressé aux soignants. Les équipes de 11 CRHT étaient assez satisfaites de leur travail et obtenaient des scores de burn-out faibles ou moyens. Le sens de l'accomplissement personnel était plus élevé que dans les équipes d'assertive outreach teams et de community mental health teams (65). Goldsack a interviewé les soignants qui appréciaient la relation forte instaurée avec les usagers (66). A ce jour, à l'instar de la méta-analyse Cochrane (58), nous n'avons pas retrouvé d'essai contrôlé randomisé jugeant ce critère.

Les CRHT remportent la satisfaction des usagers sur les notions d'empowerment et de partenariat. Les sources d'insatisfaction font ressortir le fait qu'une équipe de CRHT nécessite des moyens et a donc un coût financier. Intéressons-nous à présent à ce dernier paramètre.

2.1.2.2.5- Coûts du Home Treatment

Les CRT coûtaient moins chers que les services contrôlés d'après l'étude de McCrone (67). Sur 6 mois, la prise en charge par les CRT coûtait 2438 livres sterling de moins qu'avec une prise en charge par les services de soins standards, du fait de la réduction du nombre de jours d'hospitalisations. Ces

coûts d'hospitalisations exclus, les CRT coûtaient 768 livres de plus que les soins standards. Le gain financier avec les CRT augmentait en fonction du prix d'hospitalisation journalier et était réel à partir d'un prix journalier d'hospitalisation de 100 livres sterling (67).

Le facteur étudié dans cette étude était le nombre de jours d'hospitalisation. De nombreux autres facteurs rentrent en jeu, telles les fermetures de lits, ou un plus grand nombre de patients accédant aux soins via ces dispositifs, mais cela n'a pas été étudié.

Les CRHT sont donc des services d'hospitalisations à domicile réactifs qui se sont fortement développés et ont été étudiés. Les indications sont les pathologies psychiatriques sévères. Ces équipes peuvent réduire le nombre de jours d'admissions hospitalières et remportent la satisfaction des usagers. On ne sait pas non plus s'il y a plus d'hospitalisations sous contrainte ou s'il existe plus d'événements indésirables d'après la revue de littérature de Hubbeling (57). Notons qu'il existe peu d'études décrivant en détails la population prise en charge ou s'intéressant à une pathologie spécifique.

Pour autant, la National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) en 2014 recommande le fait que les CRHT doivent représenter le point d'entrée de tous les autres services de crise dans la communauté ou à l'hôpital (68). Elle insiste sur le fait que les épisodes de décompensation psychotique doivent être gérés au sein des CRHT en priorité, avant que ne soit envisagée une hospitalisation, ou pour permettre une sortie précoce des admissions hospitalières.

Nous nous sommes jusqu'à présent focalisés sur des HAD génériques. Avant d'aborder les autres modèles de soins à domicile, faisons un détour par le fonctionnement et l'évaluation des services d'HAD spécifiques à la géronto-psychiatrie et à la pédo-psychiatrie, à l'étranger.

2.1.2.3- Evaluations des HAD pour les populations gérontopsychiatrique et pédopsychiatrique

2.1.2.3.1- L'HAD en géronto-psychiatrie

Des services d'HAD géronto-psychiatriques ont été visités et 3 modes de fonctionnement ont été décrits en fonction de l'intensité du soin (69). L'équipe de traitement à domicile générique était ouverte 24h/24h 7j/7, prenait en charge les urgences et assurait un rôle porte. L'équipe de traitement à domicile spécialisée pour les sujets âgés intervenait tous les jours et assurait un système d'astreinte nocturne sans déplacement. Les soins intermédiaires regroupaient des CRHT qui n'étaient pas joignables la nuit, et ne jouaient pas un rôle porte. Certaines équipes de Home Treatment contre-indiquaient la prise en charge pour les personnes présentant une pathologie neurodégénérative.

Concernant l'évaluation du Home Treatment, nous citerons la revue de littérature de Toot et al. (69). Trois études de cohorte et une étude descriptive, non randomisées, ont été retrouvées. La réduction des admissions avait un faible niveau de preuve (grade C) chez les personnes âgées de plus de 65 ans présentant un trouble mental et ne vivant pas en institution. Il n'y avait pas de conclusion possible

sur les durées de séjours à l'hôpital, sur la capacité à rester vivre dans la communauté ainsi que sur le nombre de décès. Notons que la plupart des études examinaient des données rétrospectives. Et que les groupes comparés n'étaient pas totalement semblables, ce qui constituait un biais de sélection.

2.1.2.3.2- L'HAD en pédo-psychiatrie

Les interventions au domicile en pédo-psychiatrie sont variées : thérapie multisystémique à domicile, hospitalisation à domicile, intervention de crise à domicile.... Elles ont en général une durée d'intervention plus longue, et une intensité de soins variable.

Par exemple, la thérapie multisystémique est une intervention de 3 à 5 mois, développée par Henggeler pour des jeunes présentant des troubles du comportement. Les visites à domicile se réalisent au moins deux fois par semaine mais les intervenants sont disponibles 7j/7 et 24h/24. Cette thérapie a été étudiée chez les jeunes présentant une urgence psychiatrique (n=116). Le traitement par thérapie multisystémique était plus efficace à moyen terme (à 4 mois en moyenne) que la prise en charge en hospitalisation pour diminuer les symptômes externalisés, améliorer le fonctionnement familial et la présence scolaire (70).

La population d'enfants et adolescents prise en charge à domicile a été décrite par Mattejat (71). Elle représentait environ 15% de la population des patients hospitalisés dans les services d'admission. La moyenne d'âge était de 11 ans et 9 mois au début du traitement. 44 garçons et 24 filles ont été hospitalisés à domicile. Les troubles pris en charge étaient sévères mais diversifiés : 11% de névroses, 17% d'énurésie et encoprésie, 17% d'anorexie et autres troubles du comportement alimentaire, 19% de troubles des conduites, 27% de troubles émotionnels et 9% de troubles déficit de l'attention et hyperactivité. Il n'y avait pas de différence avec le traitement en admission concernant le nombre de symptômes marqués et l'adaptation scolaire sur le suivi à long terme (à au moins 2 ans de suivi) (71).

L'efficacité de ces dispositifs n'a pas pu être prouvée par la méta-analyse Cochrane de 2009 qui regroupait 7 études, car les effectifs étaient trop faibles (72). Cependant, la prise en charge en HAD pour les enfants et adolescents semble prometteuse. Rappelons qu'elle ne concerne qu'une partie de la population des patients hospitalisés.

L'HAD est une alternative à l'hospitalisation traditionnelle dont l'objectif est de dispenser des soins psychiatriques intensifs au domicile, qui peuvent être proposés de manière quotidienne. Les indications sont les pathologies psychiatriques sévères. La durée d'intervention est limitée à quelques semaines. Le niveau de recours est plus variable en fonction des équipes. L'HAD a montré qu'elle pouvait réduire le nombre de jours d'admissions hospitalières et remporter la satisfaction des usagers.

L'HAD fait partie d'un panel plus large de dispositifs de soins à domicile. A présent, intéressons-nous aux autres modèles de soins à domicile.

2.2- Les différents modèles de soins psychiatriques à domicile

Nous allons nous intéresser aux autres modèles de soins psychiatriques intensifs au domicile. En premier, nous évoquerons les équipes d'intervention de crise à domicile qui ont la caractéristique d'être très réactives. En second, nous aborderons les soins communautaires intensifs qui ont une durée d'intervention plus longue que l'HAD. Les objectifs de ces deux modèles sont différents de ceux de l'HAD.

Nous ne détaillerons pas les soins à domicile moins intenses effectués par les CMP. Ceux-ci ne remplacent pas une hospitalisation traditionnelle. Nous avons déjà évoqué les extensions de certains CMP qui proposent des soins intensifs à domicile, parfois sur le modèle d'une HAD.

2.2.1- L'intervention de crise à domicile

Il existe un continuum avec l'HAD décrite dans le chapitre précédent. En effet, nous avons décrit les CRHT et l'ERIC qui sont également des équipes de crise. Nous avons choisi de présenter ces équipes dans le chapitre HAD car elles proposaient également cette fonction de traitement psychiatrique intensif au domicile. Il est donc possible de se reporter au chapitre précédent pour le fonctionnement, l'activité et l'évaluation de ce dispositif.

Nous allons aborder les objectifs de ces équipes et prendre quelques exemples d'équipes qui n'apportent pas cette dimension de traitement psychiatrique intensif à domicile.

2.2.1.1- Le concept

Ces équipes d'intervention de crise s'appuient sur le concept, et le travail de crise. Ces derniers se sont développés dans les « crisis centers » américains, dans les années 60, suite au « Community Mental Health Act » lancé par l'administration Kennedy. La crise se définit comme une période de dépassement des défenses du sujet par des difficultés d'ordre psychique. La crise est donc le point de déséquilibre d'une continuité dans la vie psychique du sujet. Elle est médicale mais également sociale et le travail de crise prend également en considération l'environnement et l'entourage du patient (73). Les équipes d'intervention de crise ont souvent de fait une approche systémique

Michel De Clercq insiste sur l'importance, dès la première intervention de crise, de la mise en place d'une alliance thérapeutique entre le patient, le soignant et l'entourage (74). Cette alliance favorise la mise en place du suivi ultérieur du malade, se basant sur des objectifs communs du traitement, et sur l'engagement mutuel entre le patient et le thérapeute. Les équipes de crise apportent un soin particulier à la qualité de la relation à créer.

2.2.1.2- Les équipes mobiles psychiatriques

Ces équipes mobiles psychiatriques (EMP) se sont grandement développées.

Elles s'adressent à des patients qui souffrent de troubles psychiques mais qui ne bénéficient pas de soins psychiatriques. Il peut s'agir en particulier de population précaire, exclue, désocialisée ou refusant de bénéficier de soins psychiques. L'EMP répond aux demandes d'intervention de la part des acteurs de première ligne tels que les travailleurs sociaux, les équipes médico-sociales, les maisons des solidarités, les tuteurs, les médecins généralistes, voire l'entourage. Les objectifs de l'EMP sont alors de fournir une évaluation des troubles psychiques et d'orienter vers le soin avec l'accord du patient. Pour cela, elle s'appuie sur un partenariat pluriel et formalisé (dispositifs de soins psychiatriques, urgences, dispositif social et médico-social...). L'EMP joue un rôle d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales afin de construire un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité. Tout comme l'HAD, l'intervention se fait au plus près du patient (domicile, foyer...). C'est la circulaire 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 qui a soutenu leur développement (75).

Il existe de nombreuses EMP en France (à Paris où chaque établissement en charge de la sectorisation a été doté d'une EMP-précarité, à Marseille, Lyon, St Nazaire, Nice, Cambrai, Le Mans,...). Depuis 2008, un congrès national des équipes mobiles de psychiatrie s'est ouvert, ce qui témoigne de leur développement.

2.2.1.2- Exemples d'équipes mobiles psychiatriques

Prenons pour exemple l'EMIC (Equipe Mobile d'Intervention de Crise) qui fait partie du CH Gérard Marchant depuis 2010. Cette équipe intervient sur la ville de Toulouse et les communes limitrophes. Elle est composée de médecins psychiatres, d'internes en psychiatrie et d'infirmiers. Elle intervient à la demande des acteurs de première ligne. Les indications sont des patients âgés de plus de 16 ans, en situation de souffrance psychique, quelle que soit la nature de la pathologie, et en rupture ou en « non demande » de soins. La situation est analysée en amont par téléphone. Selon le contexte, l'équipe pourra conseiller, orienter et organiser une intervention si nécessaire. Une personne ressource est recherchée dans l'entourage pour informer le patient de la venue de l'EMIC et soutenir la démarche. Quelques visites à domicile sont nécessaires pour évaluer les troubles psychiques et organiser un relais de soins, en un mois environ. Les VAD sont moins fréquentes que lors d'une prise en charge en HAD : en moyenne, un patient reçoit 2 VAD médicales et 3 à 4 VAD infirmières durant sa prise en charge par l'EMIC. L'EMIC est opérationnelle du lundi au vendredi de 9h à 20h. Il n'y a pas de délivrance de traitement médicamenteux au domicile.

Prenons un second exemple. L'EMILI, Equipe Mobile d'Intervention et de Liaison Intersectorielle a été créée en septembre 2012 sur les secteurs 14, 15, 16 du 15^{ème} arrondissement de Paris (76). Les circonstances de prise en charge sont une demande de la part de l'entourage, et la non-demande de soins par la personne. L'équipe est formée de 3 infirmiers, de 2 psychiatres, et d'un cadre de santé. EMILI fonctionne 5 jours / 7 de 10h à 17h30. Les interventions se font en binôme. La durée d'intervention est de 1 mois maximum. L'entourage fait partie intégrante de la prise en charge et les visites ne peuvent se faire en son absence. Les liens avec les médecins généralistes, le réseau de soins, l'entourage, et le réseau social sont très importants pour pouvoir réintégrer la personne dans le circuit de soins ordinaire.

Les indications et objectifs d'intervention des EMP sont donc différents de ceux de l'HAD. L'intervention n'est pas programmée, mais est réactive. Son intensité est moindre.

Nous allons maintenant aborder le modèle des soins communautaires intensifs qui est un dispositif de soins proposé au long cours. Notons que les soins communautaires intensifs peuvent intervenir aussi en période de crise de manière très intensive. Nous avons essayé de départager les études se focalisant sur les équipes de traitement à domicile de courte durée des études traitant de programmes de soins communautaires.

2.2.2- Les soins communautaires intensifs

La psychiatrie communautaire signifie la « volonté de soigner dans le milieu de vie des patients » (77), dans la cité.

Elle prône une approche globale de l'utilisateur en tant que citoyen et propose un accompagnement de la personne dans son milieu de vie, concernant différents domaines. L'OMS soutient le développement de « services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés, et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire » (78).

L'objectif n'est pas la guérison mais le rétablissement, ou « recovery » en Anglais.

2.2.2.1- Le concept du rétablissement

Le rétablissement a été défini par les usagers de la psychiatrie, à travers leurs récits d'expériences, comme la capacité pour les personnes de réacquérir des compétences malgré - à travers - la maladie. Il s'agit de l'atteinte d'un nouvel équilibre pour la personne.

Les processus à l'œuvre dans le rétablissement sont la reconstruction de l'identité, l'apparition d'un espoir dans le futur, la découverte d'un nouveau sens à la vie, la prise de responsabilité et d'autonomie de la personne (79). Le rétablissement implique la notion d'appartenance à un groupe, à la société. L'utilisateur va reprendre le « pouvoir d'action » sur lui, et sur son environnement. C'est le concept « d'empowerment ». Le pouvoir de décision sera partagé avec le médecin. Le savoir expérientiel de l'utilisateur est important, au même titre que le savoir médical des soignants. Cinq étapes ont été décrites : le moratoire, la conscience, la préparation, la reconstruction, et la croissance (79,80). Le savoir du patient est reconnu comme connaissance complémentaire de celle des soignants. Cela implique pour les professionnels d'accompagner les personnes en valorisant leurs compétences, plutôt qu'en se focalisant sur leurs incompétences (80).

Ce concept va donner naissance aux GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle) grâce à la loi du 11 février 2005, ainsi qu'à l'embauche de travailleurs pairs en santé mentale.

Le concept du rétablissement s'est d'abord développé dans le domaine de la réhabilitation puis s'est étendu à d'autres domaines de la santé mentale. Aux Etats-Unis et au Canada, la plupart des services de santé mentale sont « orientés rétablissement » (3). Ce mouvement est soutenu par l'OMS (78). Un service de santé mentale orienté vers le rétablissement est défini (66) comme étant :

- multidisciplinaire, avec une approche globale de l'utilisateur
- accessible, et pouvant intervenir à domicile et dans la communauté
- collaboratif avec la personne, lui laissant le choix des services et des traitements. Dans cette optique, ce service fournit de l'information à l'utilisateur et soutient ses droits.
- pourvoyeur de soins de santé, d'un traitement efficace psychique et physique
- en lien avec les services de logement, de l'emploi et de la participation à la vie de la cité
- soutien de l'investissement approprié de l'entourage
- capable de proposer un soutien par les pairs
- vecteur d'espoir et d'optimisme pour la personne.

Les objectifs sont d'aider au bien-être de la personne et de diminuer la stigmatisation et la discrimination des personnes (66).

Il s'agit donc d'un changement de paradigme qui s'est instauré dans de nombreux services de santé mentale. Par exemple, Salyers a mis en évidence les nombreux ponts entre les programmes de santé communautaire ACT et le Recovery (81).

2.2.2.2- Les programmes de soins intensifs communautaires

Nous allons nous intéresser aux programmes connus et développés à l'international et aux dispositifs existant en France.

2.2.2.2.1- Assertive Community Treatment et Intensive Case Management

Les programmes Assertive Community Treatment ont émergé aux Etats-Unis, dans les années 1970 sous l'influence de Stein et Test. L'ACT s'est développé aux Etats-Unis, puis au Canada dans les années 80 avec les « équipes de traitement communautaire dynamique » ou le « suivi intensif dans la communauté », et en Angleterre. Au Brésil, la « thérapie communautaire » répondait aux besoins de soins des habitants des favelas.

Ce programme coordonné de soins, ACT, propose aux patients un accompagnement médicosocial au long cours, délivré par une équipe pluridisciplinaire, disponible 24 heures sur 24. Les indications sont les pathologies psychiatriques sévères, chroniques (schizophrénies et autres troubles psychotiques, troubles de l'humeur sévères, et troubles graves de la personnalité) (49). Il s'agit d'un accompagnement comprenant des soins psychiatriques, addictologiques, un soutien à l'utilisateur et à son entourage, et une aide à l'accès aux droits sociaux et aux besoins du quotidien (nourriture, budget...). Ce programme peut également se charger de la délivrance médicamenteuse aux patients (82). Cette intervention se fait dans une dynamique « d'Assertive Outreach », c'est-à-dire « d'aller vers » la personne et de poursuivre les soins même si les patients se montrent réticents (49). La notion de prévention est également prépondérante. L'intensité du suivi proposé est variable mais les visites à domicile peuvent être quotidiennes si besoin (21). Le ratio soignant-soigné est de 1/10.

L'ACT est dérivé du modèle du Case Management ou « gestion de cas » (83). Dans ce modèle, chaque personne bénéficie de l'accompagnement d'un « case manager » qui a pour missions d'orienter, de coordonner les différents intervenants et de définir un programme de soins personnalisé. Le case manager est un clinicien qui prodigue des soins. Les objectifs sont le maintien de la continuité des

soins, la diminution du recours à l'hospitalisation et l'amélioration de l'état clinique et social de la personne suivie. La gestion intensive de cas, « Intensive Case Management » (ICM), est décrite comme un programme très proche de l'ACT. Cependant, l'ACT se différencie du Case Management par la gestion des personnes en équipe et par un cadre théorique spécifique.

2.2.2.2.2- Le Daily living Program

Le Daily Living Program (DLP), proche du modèle ACT s'est développé en Australie et en Grande-Bretagne. Il s'adresse aux patients présentant un trouble bipolaire ou schizophrénique. L'accompagnement est également pluridisciplinaire (84). Il propose un accès 24h/24, des services d'accueil de jour, des visites à domicile régulières. L'aide à la vie quotidienne, l'insertion sociale sont des aspects pris en compte par ce programme (85).

Ce programme insiste sur la nécessité de mêler interventions de crise et soins communautaires au long cours.

2.2.2.2.3- La santé communautaire en France

En France, le secteur a porté cette mission de se rapprocher des patients et de leur milieu de vie. Aujourd'hui cependant, face à une demande de soins sans cesse grandissante, les CMP ne peuvent assurer des visites à domicile quotidiennes. L'accompagnement est également moins pluridisciplinaire que dans le modèle ACT.

Notons que la dynamique « d'aller vers » a été particulièrement développée dans la banlieue Est de Lille (3) où le CMP s'est transformé en SMPP (soins médico-psychologiques de proximité). Les consultations ont lieu au domicile ou dans un lieu faisant partie de la cité. Un service de SIIC (soins intensifs intégrés dans la cité) intervient lors d'une situation de crise de manière plus intensive. Cette modalité de prise en charge représente une alternative à l'hospitalisation, comprend des visites à domicile et s'organise autour du médecin traitant, garant de la continuité des soins. La durée de suivi est d'une semaine, renouvelable (86).

Un programme de soins communautaires intensifs a débuté en France en 2011 à Lille, Marseille, Paris et Toulouse. Il s'agit d'une expérimentation nommée « Un chez soi d'abord ». Ce programme est issu du modèle « housing first » qui a montré son efficacité aux Etats-Unis et au Canada (87,88). Il s'adresse à des patients présentant un trouble bipolaire ou schizophrénique, une grande précarité et souvent une comorbidité addictive. Un logement est proposé aux usagers en sous-location ainsi qu'un accompagnement pluridisciplinaire médico-social. Les objectifs sont tout d'abord de permettre une accessibilité et un maintien dans un logement, de permettre un accès plus facile aux soins mais aussi de faciliter l'accès aux droits sociaux, et à une citoyenneté pleine de l'utilisateur. Un objectif plus vaste est de lutter contre la stigmatisation. La démarche est celle du rétablissement et de la réduction des risques. L'équipe est constituée de professionnels infirmiers, éducateurs, médecin psychiatre, addictologue, généraliste, coordinateurs social et médical, secrétaire, et travailleurs pairs. La gestion est assurée par un centre hospitalier (à Toulouse, le CH Gérard Marchant), une association sociale ou médico-sociale (Clémence Isaure à Toulouse) et un capteur de logement (SOLIHA 31 à Toulouse). En moyenne, chaque personne est visitée une fois par semaine (intervention 5 jours/7). Un système d'astreinte est organisé par les équipes 24h/24 et 7 jours/7.

Une étude randomisée contrôlée a été menée. 705 personnes ont donc été incluses entre Août 2011 et Mars 2014 et 353 ont été logées et accompagnées. Le public de l'étude était plutôt jeune (38 ans d'âge moyen), les usagers ont passé en moyenne 8 ans sans domicile, et 4,5 ans à la rue. 80% des personnes souffraient d'addictions, 55% souffraient d'une pathologie somatique chronique associée.

Actuellement, les accompagnements et logements sont proposés au sein du groupe témoin. Le programme s'étend jusqu'à Décembre 2016 dans sa phase expérimentale ; les modalités de sa reconduction ne sont pas encore connues.

Voici un exemple de programme en France qui s'appuie sur le modèle de l'Assertive Community Treatment.

Au total, les soins communautaires intensifs à domicile sont très développés à l'international. Leur objectif est de fournir un accompagnement médico-social, et d'aider au rétablissement de la personne et à sa réinsertion dans la communauté. Ils ont comme caractéristique d'intervenir sur le long cours, de manière plus ou moins intensive en fonction des besoins de la personne. Ce sont donc des services spécialisés dont le niveau de recours aux soins est variable : ils peuvent intervenir auprès de personnes intégrées dans le parcours de soins général ou auprès de personnes qui n'ont pas de suivi.

Voyons maintenant leur évaluation dans la littérature.

2.2.2.3- Evaluation des soins communautaires intensifs à domicile

L'Intensive Case Management, incluant les modèles ACT, Assertive Outreach Teams et Case Management, dont le ratio soignant-soigné est inférieur à 1/20, a montré une supériorité sur les soins standards d'après une méta-analyse. Elle comprenait 38 essais randomisés contrôlés incluant 7328 patients âgés de 18 à 65 ans et souffrant d'un trouble mental sévère (89). Les temps de séjours hospitaliers étaient diminués (-0,86 IC -1,37 à -0,34) d'après 24 essais (n=3595). 9 études (1633 patients) ont montré une diminution des perdus de vue dans les services psychiatriques (RR 0,43 IC 0,30 à 0,61). Il n'y avait pas de différence concernant la mortalité, qu'elle soit due aux suicides ou à une autre cause. Il n'y avait pas de preuve que l'état clinique était amélioré avec le modèle ICM versus soins standards car les échelles d'évaluation étaient très hétérogènes. Le fonctionnement social était amélioré concernant le maintien en logement autonome. Il n'y avait pas de différence concernant la qualité de vie. La satisfaction des patients était meilleure dans le groupe intensive case management. La comparaison de ce modèle avec d'autres modèles non ICM (plus de 20 personnes par soignant) a montré que l'ICM réduisait le nombre de perdus de vue d'après 9 essais de 2195 patients (RR 0,72 IC 0,52 à 0,99) mais il n'y avait pas de différence en termes de diminution de temps d'hospitalisation d'après 21 essais de 2220 personnes (-0,08 IC -0,37 à 0,21). Il n'y avait pas de différence en termes de mortalité, d'état clinique, de fonctionnement social, de qualité de vie, de satisfaction et de coût (89).

L'ICM était surtout efficace pour des personnes qui étaient régulièrement hospitalisées sur les deux années précédentes – lorsque la moyenne du temps de séjour hospitalier était supérieure à 4 jours par mois (89).

L'étude randomisée contrôlée de Muijen suggérait une diminution du nombre de jours d'hospitalisation sans augmentation du nombre d'admissions dans le groupe DLP versus le groupe hospitalisation. D'autre part, il n'y avait pas de différence en termes de mortalité. Il y a eu un homicide dans le groupe DLP. Les patients du groupe hospitalisation avaient plus fréquemment des antécédents d'hospitalisation (84).

Une étude randomisée contrôlée multicentrique sur le programme « Un chez soi d'abord » a été menée sur 24 mois (90). Les effets de l'intervention sur la qualité de vie des personnes logées et accompagnées, leur état de santé et leur consommation de soins et de services sociaux étaient évalués. Ces éléments étaient comparés à ceux recueillis auprès du groupe témoin. Les trajectoires de rétablissement des personnes étaient également étudiées. Tous les résultats n'étaient pas encore parus au moment de l'écriture de cette thèse. En 2015, 4 ans après le début du programme : 88% des personnes accompagnées étaient logées. 8% des usagers étaient décédés, 7% étaient perdus de vue. La satisfaction des personnes était bonne : 88% souhaiteraient revenir dans le programme s'ils en avaient besoin et 86 % le recommanderaient à un proche. Sur le plan médical, 85% des personnes avaient un suivi auprès d'un médecin traitant et 70% avaient un suivi dans un service psychiatrique également. 8 à 15% des usagers n'étaient suivis que par les équipes médicales du programme. L'acceptation de la maladie, la meilleure connaissance des symptômes, l'observance des traitements et l'engagement dans un suivi sanitaire augmentaient progressivement avec la durée de l'accompagnement. D'un point de vue de l'insertion sociale, la plupart des usagers avaient repris contact avec leur famille et 20% étaient en formation professionnelle ou en situation d'emploi. Les résultats semblaient prometteurs quant à la réduction des hospitalisations (90).

Les soins communautaires intensifs sont représentés par des modèles décrits de manière très précise. Ils ont montré une réduction des temps d'hospitalisations, comparés aux soins standards et une meilleure adhésion aux soins psychiatriques au long cours. Les équipes mobiles psychiatriques interviennent de manière réactive, et limitée dans le temps. Dans certains cas, elles partagent le même objectif avec l'HAD.

Rappelons que l'HAD est une alternative à l'hospitalisation traditionnelle dont l'objectif est de dispenser des soins psychiatriques intensifs au domicile. Les indications sont les pathologies psychiatriques sévères ; les contre-indications sont l'absence de consentement, les risques suicidaire et de passage à l'acte hétéro-agressif ainsi que la nécessité de rupture avec l'environnement. L'HAD a montré qu'elle pouvait réduire le nombre de jours d'admissions hospitalières et remporter la satisfaction des usagers.

Suite à cette revue de littérature, nous avons retenu trois points qui ont sous-tendu notre réflexion et mené à une proposition d'étude :

- Premièrement, il existe peu d'études décrivant en détails la population prise en charge en hospitalisation à domicile. Nous proposons une description précise des patients hospitalisés à domicile sur une période de 5 ans en prenant l'exemple de l'unité d'HAD de Montauban.

- Deuxièmement, en France, l'HAD reste encore peu développée et peu d'études évaluatives ont été réalisées. De plus, nous n'avons pas retrouvé d'étude sur la satisfaction des médecins qui adressent des patients en HAD. Nous nous sommes alors intéressés à la satisfaction des usagers et à celle des médecins qui adressent à l'HAD de Montauban, afin de proposer une évaluation subjective du dispositif.
- Troisièmement, la majorité des études comparatives ont été réalisées à l'étranger. Rappelons que la terminologie de l'HAD est très diversifiée dans la littérature, et qu'il existe différents modèles à travers le Monde. Nous nous sommes demandés à quel point les résultats pouvaient être généralisés aux dispositifs français. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur la description du fonctionnement et de l'activité de l'HAD de Montauban. Enfin, nous avons mené une réflexion sur les questions actuelles autour de l'HAD.

Dans la troisième partie, nous allons présenter l'HAD de Montauban, puis détailler notre étude descriptive de ce service d'HAD ainsi que l'évaluation de la prise en charge en HAD par les usagers et par les médecins à l'origine de la demande.

3- L'exemple de l'HAD de Montauban : étude descriptive de cette unité, et évaluations par les usagers et les médecins qui adressent à l'HAD

3.1- Présentation de l'HAD du CH de Montauban

3.1.1- Contexte de la création de l'HAD

Montauban est la première commune du Tarn-et-Garonne, suivie par Moissac et Castelsarrasin. Ce département est majoritairement rural avec une population totale qui atteint 250 000 habitants et un solde migratoire qui est chaque année positif. En termes de superficie, c'est l'un des départements les moins étendus de France.

L'unité d'HAD psychiatrique du CH de Montauban a été créée en avril 2009. C'est une unité autonome, intersectorielle, de 10 places, qui s'intègre dans le dispositif déjà existant en psychiatrie. Ce dispositif comprend l'hospitalisation complète intra-muros, les hôpitaux de jour, les centres-médico-psychologiques adultes répartis entre les 3 secteurs adultes du Tarn-et-Garonne (situés à Montauban, Castelsarrasin, Moissac, Caussade, et pour les antennes CMP à Lauzerte, Saint-Antonin-Noble-Val et Beaumont-de-Lomagne) et le secteur infanto-juvénile. L'offre de soins psychiatrique est complétée par les lits de l'unité Lou Camin qui fait partie de la fondation John Bost, par la psychiatrie libérale (6 psychiatres libéraux installés à Montauban), et par l'offre médico-sociale.

La zone d'intervention de l'HAD couvre tout le département du Tarn-et-Garonne. Cependant, une couverture raisonnée a été définie par un trajet de moins de 40 min, afin de conserver une rentabilité. 80% de la population du département a ainsi accès à l'HAD (annexe n°1). En dehors de cette couverture raisonnée, des visites à domicile moins régulières peuvent être réalisées par l'HAD, organisées en partenariat avec le médecin traitant ou le CMP.

Les objectifs de la mise en place de ce dispositif étaient de réduire la demande d'admission hospitalière, de diminuer le temps d'hospitalisation en temps complet ainsi que d'offrir un dispositif susceptible de diminuer la stigmatisation dont souffrent les patients atteints de troubles psychiatriques.

Nous allons voir quel fonctionnement a été mis en place pour remplir ces objectifs.

3.1.2- Fonctionnement du service d'hospitalisation à domicile

Concernant les indications, l'HAD s'adresse à des patients adultes dont l'état clinique nécessite une hospitalisation mais ne présentant pas un risque suicidaire ou hétéro-agressif élevé. Il n'y a pas d'autre contre-indication. La prise en charge doit pouvoir se dérouler sur le lieu de vie du patient. Il

s'agit d'un dispositif intersectoriel. La mise en place de soins nécessite l'accord du patient et de son entourage, l'accord du psychiatre traitant ainsi que celui du psychiatre coordinateur de l'HAD psychiatrique. Le médecin traitant est également informé de cette démarche.

Il s'agit d'un soin programmé, de niveau tertiaire : la demande d'HAD psychiatrique peut être faite par le psychiatre traitant (hospitalier ou libéral), le pédopsychiatre, l'addictologue ou le gériatre. Le niveau de recours peut être secondaire, lorsque la demande est faite par le psychiatre des urgences. La demande peut également émaner du médecin traitant, avec l'avis favorable du psychiatre traitant ou du psychiatre de secteur.

Concrètement, l'activation de l'HAD psychiatrique se fait suite à la réception de la demande d'admission par fax (annexe n°2). Cette dernière comprend les renseignements administratifs, la présence ou non d'antécédents psychiatriques et de soins, la pathologie psychiatrique, le projet de soins en HAD, les raisons de la demande, l'absence de contre-indication, le mode de vie de la personne et la provenance de la demande initiale d'HAD.

L'objectif du délai d'attente pour joindre le patient par téléphone est de 1 à 3 jours ouvrables. Une rencontre est alors proposée à domicile entre le patient (et éventuellement son entourage) et l'équipe soignante (psychiatre, internes, psychologue). L'avis d'admission ou de refus est donné par le psychiatre coordonnateur. Le projet personnalisé de soin est élaboré et une date d'admission est proposée. Le médecin traitant et le médecin demandeur sont alors informés par courrier.

La prise en charge en HAD est intensive et comprend une visite quotidienne voire biquotidienne par un infirmier. L'intervention au domicile de la psychologue ou de l'assistante sociale se fait en fonction des besoins du patient. Une visite au minimum hebdomadaire est faite par un médecin. Les visites peuvent se faire au domicile mais également chez un tiers si le patient déménage, ou en extérieur si besoin. Les modalités de soins sont souples et adaptables en fonction du patient et de la situation. Une réunion sur dossiers a lieu quotidiennement du lundi au vendredi pour maintenir la continuité des soins auprès du patient. Cette réunion permet de proposer un projet de soins cohérent, qui est réévalué très régulièrement. Les soins sont assurés de 7h30 à 21h45, 7 jours sur 7. A partir de 21h45, une astreinte infirmière téléphonique est assurée. Il n'y a pas de déplacement nocturne de l'équipe au domicile. Selon les cas, la gestion se fait par téléphone ou s'appuie sur le dispositif des urgences et sur le centre 15.

Les soins dispensés sont des entretiens ainsi qu'une délivrance médicamenteuse. L'orientation est celle des thérapies cognitivo-comportementales, de manière non exclusive. Tous les infirmiers ont en effet été initiés aux TCC et à l'entretien motivationnel.

Durant l'hospitalisation à domicile, les consultations avec le psychiatre traitant sont poursuivies. Un lien par fiche de liaison via le patient est alors réalisé.

Concernant la durée, il a été convenu que l'intervention de l'HAD serait limitée à un mois, renouvelable une fois mais ce cadre peut être modulé si besoin, dans l'intérêt du patient. Le maintien de la continuité des soins est primordial, que ce soit dans le cadre de l'HAD ou au sein du réseau de soins. Le suivi médical en relais de l'HAD se fait dans la continuité du suivi en place avant l'HAD ; lorsqu'aucun suivi n'est encore à l'œuvre, celui-ci nécessite une préparation sur le temps de l'HAD afin d'éviter les ruptures de soins. Des aides à domicile sont mises en place si nécessaire ainsi que

des soins à domicile comme la délivrance des traitements par une équipe d'infirmiers libéraux. Enfin, un courrier de sortie est adressé au psychiatre et au médecin traitant.

Nous allons décrire les moyens mis en œuvre afin de soutenir le fonctionnement de l'unité d'HAD de Montauban.

3.1.3- Moyens humains et matériels

3.1.3.1- Les moyens humains

L'HAD psychiatrique dispose d'une équipe dédiée. Elle est composée de deux médecins à mi-temps, d'un à deux internes en psychiatrie et en médecine générale et d'infirmiers, à hauteur de 6,5 ETP. La cadre, la psychologue, la secrétaire et l'assistante sociale partagent leur temps plein entre l'HAD psychiatrique et l'HAD polyvalente.

3.1.3.2- Les moyens matériels

Les locaux sont situés au sein du Centre Hospitalier de Montauban et sont partagés avec l'équipe d'HAD polyvalente. Les bureaux sont informatisés. Une pharmacie spécifique est dédiée à l'HAD, sous le contrôle de la pharmacie centrale de l'hôpital. Des véhicules sont à la disposition de l'équipe pour les visites au domicile. Les infirmiers disposent également d'un téléphone portable professionnel.

3.2- Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive de la population des patients pris en charge à l'HAD du CH de Montauban, de leur parcours et de leur devenir. Nous avons aussi analysé le déroulement des hospitalisations à domicile.

Cette étude a été réalisée chez tous les patients hospitalisés à domicile sur la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2015. L'HAD a ouvert en avril 2009 avec 5 places disponibles. Le nombre de places a doublé en janvier 2010. Les résultats sont présentés à partir de l'année 2011, lorsque le fonctionnement était installé, après la période de mise en place. Un recueil sur 5 ans a été choisi afin de pouvoir calculer une moyenne plus fiable des données.

Les données ont été récoltées à partir du fax de la demande d'admission (annexe n°2) et d'un recueil d'informations (annexe n°3) réalisé pour chaque patient à la fin de l'hospitalisation, par l'équipe. Les caractéristiques socio-démographiques, le motif d'hospitalisation, le diagnostic psychiatrique, les antécédents de soins psychiatriques des patients et le parcours de soins sont ainsi analysés. Le déroulement des hospitalisations à domicile est décrit.

Nous avons également mené une évaluation subjective de la prise en charge en HAD par les usagers et par les médecins qui adressent à l'HAD. Cette évaluation a été menée de manière systématique auprès des patients à la fin de leur hospitalisation à domicile à l'aide d'un auto-questionnaire distribué par l'équipe (annexe n°4). Les résultats de l'année 2015 sont présentés. L'évaluation de la satisfaction des médecins a été recherchée à l'aide d'un auto-questionnaire envoyé à tous les médecins qui étaient susceptibles d'adresser des patients à l'HAD au moment de l'enquête (annexe n°5). Nous avons comme objectifs supplémentaires de déterminer les raisons et les freins de l'adressage en HAD. Les médecins susceptibles d'adresser travaillaient en tant que psychiatres aux urgences, psychiatres de secteur, psychiatres libéraux, pédopsychiatres hospitaliers, addictologues à l'hôpital ou à l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie), gériatres, neurologues, urgentistes ou généralistes à l'HAD polyvalente.

Nous avons analysé les données en utilisant des statistiques descriptives et des tests d'indépendance (test de chi², test exact de Fisher).

3.3- Résultats

3.3.1- Etude descriptive rétrospective

663 patients ont été admis en HAD en 5 ans. 791 patients avaient été adressés pour une hospitalisation à domicile. 128 patients, soit 16%, n'ont donc finalement pas été admis. A noter que ce nombre diminuait d'année en année : de 37 en 2011 à 17 en 2015. Le taux d'occupation des places était de 120%.

3.3.1.1- Description de la population des patients refusés et des motifs de non-admission

La moyenne d'âge des patients refusés était de 46,2 ans (écart-type 17,3). La tranche d'âge s'étalait de 18 ans à 91 ans ; 66,4% étaient des femmes (n=85). Ces critères socio-démographiques sont proches cliniquement de ceux décrits plus loin pour la population admise en HAD.

21% des patients (n=65) qui étaient hospitalisés et pour lesquels une demande en HAD a été envoyée n'ont finalement pas été admis, contre 13% des patients (n=61) qui se trouvaient à leur domicile (donnée manquante pour un patient). 15% des demandes d'admission (n=73) faites par la psychiatrie adulte hospitalière n'ont pas abouti, de même pour les demandes en addictologie (n=17). Seulement 6,3% des demandes faites par les psychiatres libéraux (n=5) n'ont pas mené à une HAD. A l'inverse, cette proportion était de 36,5% aux urgences (n=16), de 33,3% en gériatrie (n=5), de 27,3% en pédo-psychiatrie (n=3). Les effectifs pour ces 2 derniers services étaient faibles cependant.

Lorsque la visite psychiatrique a été réalisée (pour 73 patients), elle se déroulait à 11 jours ouvrables (écart-type 9,7 jours) de la demande d'admission.

Les raisons pour lesquelles les patients adressés en HAD n'étaient pas admis sont représentées dans la figure n°1. Les données manquaient pour 2 patients ; nous ne les avons pas représentées dans cette figure.

Il y avait plus de motif clinique de refus chez les hommes (n=15 ; 34%) que chez les femmes (n=18 ; 22%) mais cette différence n'était pas statistiquement significative (p=0,15). 28% des patients qui se trouvaient au domicile étaient refusés pour motif clinique (n=17) contre 25% des patients hospitalisés (n=16). Le taux de refus pour motif clinique était identique aux urgences (25% ; n=4) et en psychiatrie adulte hospitalière (25,4% ; n=18) mais les effectifs étaient différents et faibles aux urgences. L'absence d'admission suite à un refus du patient était de 37,5% (n=6) lorsque la demande émanait des urgences et de 32,4% (n=23) lorsqu'elle provenait de la psychiatrie adulte hospitalière. De même, 25% (n=4) des non-admissions étaient liées à un abandon du projet par l'équipe aux urgences et 35,2% (n=25) en psychiatrie hospitalière.

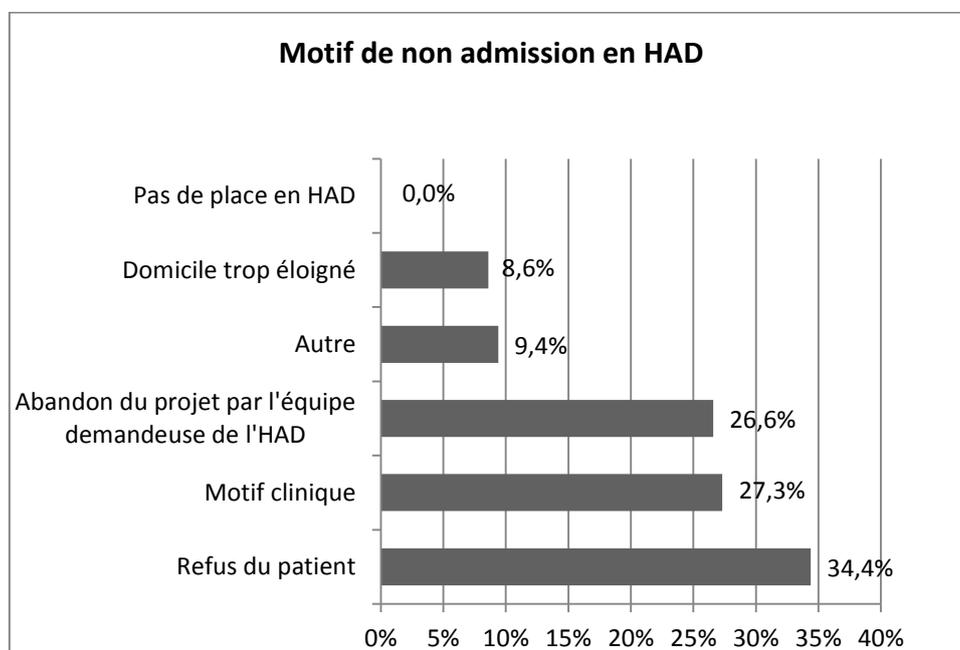


Figure n°1 : Motif de non admission chez les patients adressés en HAD

3.3.1.2- Description de la population des patients admis, de leur parcours de soins et du déroulement de l'hospitalisation à domicile

3.3.1.2.1- Caractéristiques socio-démographiques des patients admis

La majorité des patients admis en HAD étaient des femmes (61,1%). La moyenne d'âge était de 45 ans (écart-type 14,6) ; pour une tranche d'âge s'étendant de 16 ans à 91 ans. Ces données étaient semblables à celles de la population des patients refusés.

38,6% des patients étaient en couple. Concernant la présence d'entourage au domicile : 38,2% des patients vivaient seuls au logement, 37,5% logeaient avec leur conjoint, 11,3% avec leurs parents et 9% avec leurs enfants. 76,3 % des patients avaient désigné une personne de confiance. 10,4% des patients bénéficiaient d'une mesure de protection.

Le lieu de vie des patients est présenté dans la figure n°2.

La répartition géographique Tarn-et-Garonnaise du domicile des patients est présentée en annexe (annexe n°1). Elle est liée au temps de trajet et à la densité de population.

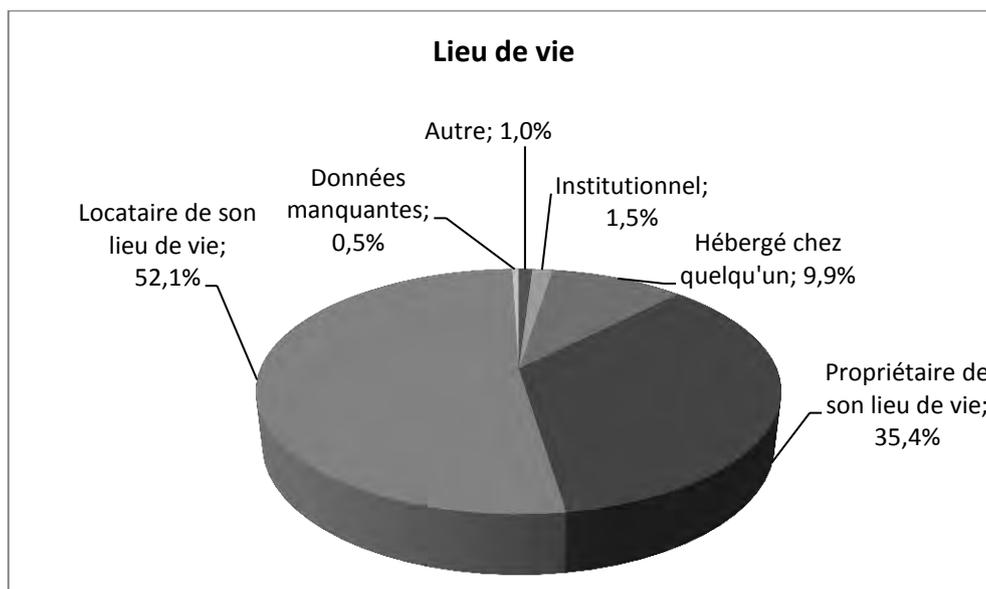


Figure n°2 : Lieu de vie

3.3.1.2.2- Parcours de soins des patients en amont de l'HAD

3.3.1.2.2.1- Provenance de la demande d'admission

L'HAD peut intervenir soit en amont ou en alternative à l'hospitalisation, soit en aval d'une hospitalisation. La figure n°3 présente la situation du patient au moment de la demande d'admission.

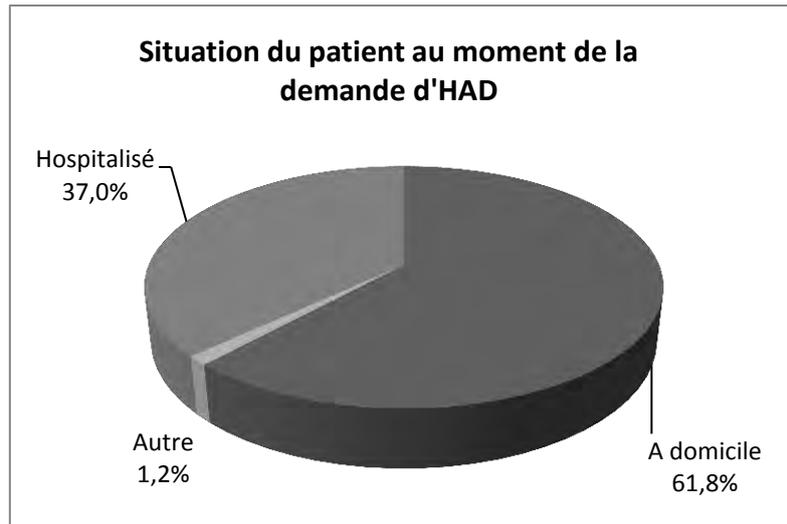


Figure n°3 : Situation du patient au moment de la demande d'HAD

Nous présentons dans la figure n°4 la provenance de la demande d'HAD.

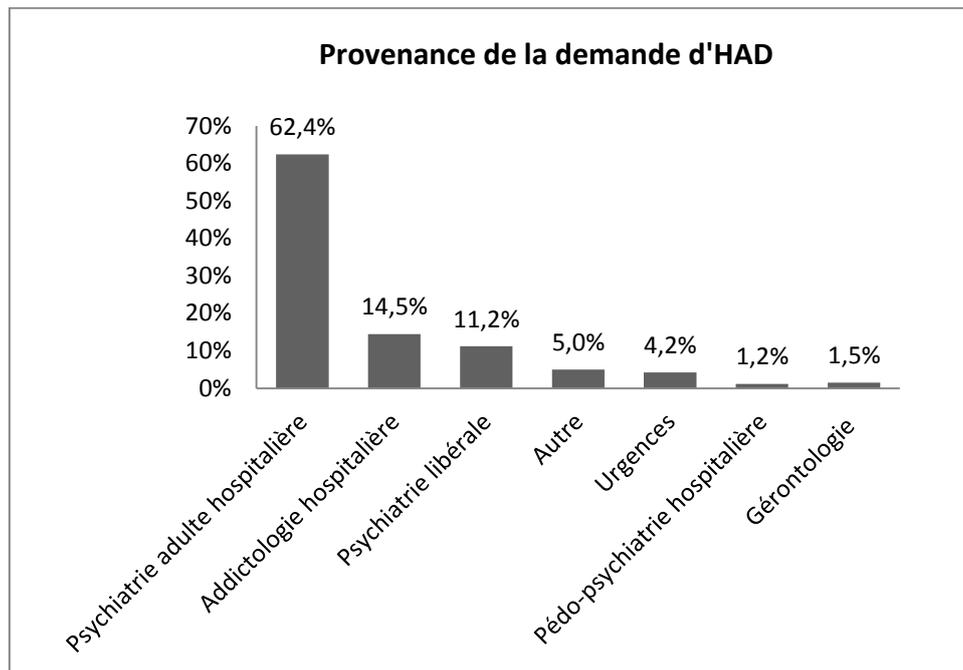


Figure n°4 : Provenance de la demande d'HAD

Voici la répartition des demandes de psychiatrie hospitalière en fonction des secteurs (figure n°5).

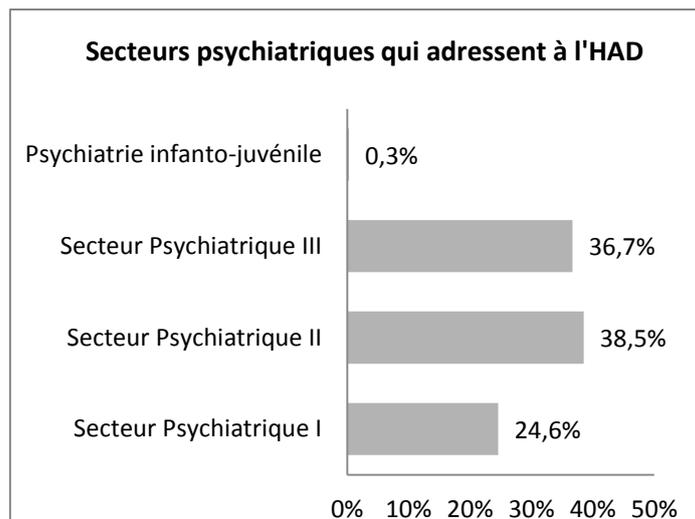


Figure n° 5 : Services psychiatriques qui adressent à l'HAD

3.3.1.2.2.2- Antécédents psychiatriques

La plupart des patients avaient des antécédents de soins psychiatriques (figure n°6). Les patients qui accédaient à des soins psychiatriques pour la première fois présentaient la plupart du temps un trouble de l'humeur (n=56), un trouble névrotique (n=30) ou un trouble lié à une substance psychoactive (n=37). La fréquence des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie est présentée dans la figure n°7. Les patients hospitalisés pour la première fois souffraient de troubles de l'humeur (n=81), de trouble lié à une substance psychoactive (n=58), de trouble névrotique (n=33), de trouble de personnalité (n=11), de trouble psychotique (n=9).

23,7% des patients n'avaient encore jamais reçu de soins en psychiatrie au CH de Montauban. ¼ des patients étaient réhospitalisés en HAD (24,3%).

Le taux de réadmission était plus important pour les patients présentant un trouble psychotique ou un trouble lié à une substance psychoactive (33% chacun ; n=34 et n=39) que chez les patients présentant un trouble de l'humeur (23% ; n=68) (p=0,049).

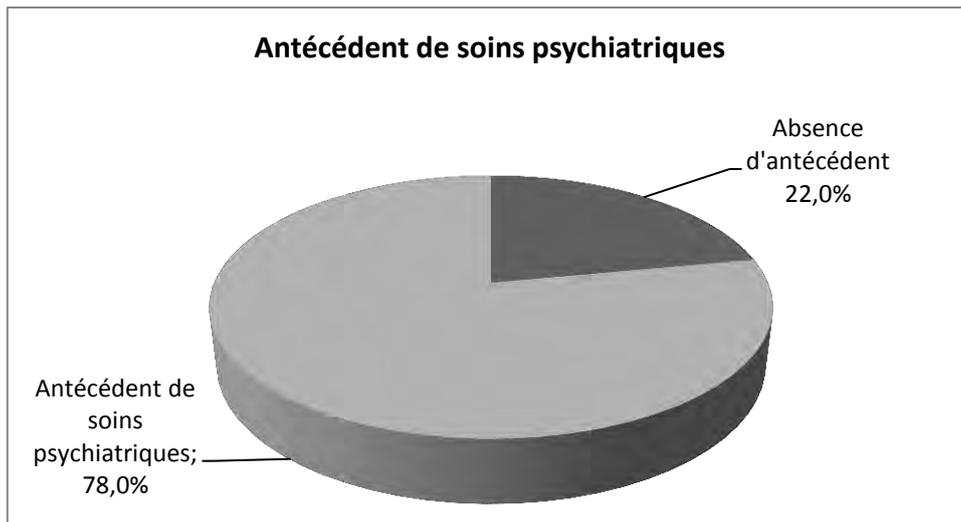


Figure n° 6 : Antécédents de soins psychiatriques



Figure n°7 : Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie

3.3.1.2.3- Les raisons de l'admission en hospitalisation à domicile

Dans 37% des cas, l'HAD intervient en aval d'une hospitalisation traditionnelle, pour soutenir le retour à domicile et/ou pour raccourcir la durée d'hospitalisation temps plein. L'HAD peut également avoir lieu en amont d'une hospitalisation, en prévention ou en alternative. Nous avons aussi analysé les raisons suivantes : sevrage alcoolique et refus d'hospitalisation traditionnelle. Les résultats sont exposés dans la figure n°8.

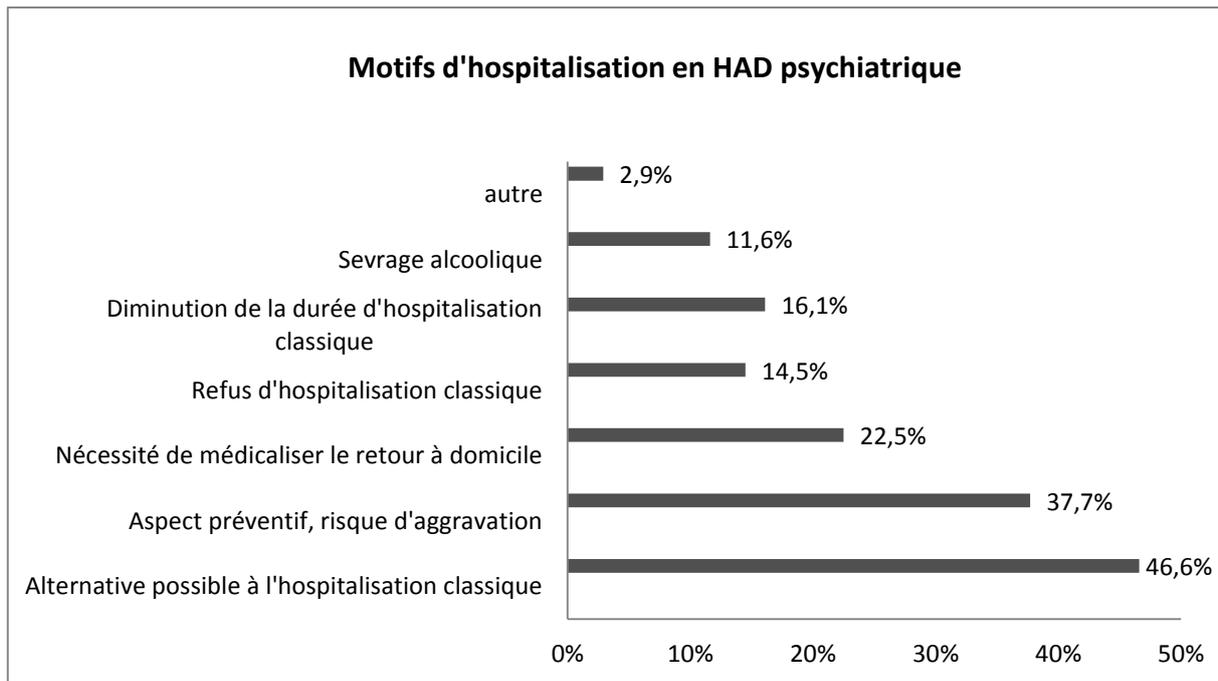


Figure n°8 : Motifs d'hospitalisation en HAD psychiatrique

Chez les patients présentant un trouble psychotique, les motifs d'hospitalisation étaient, par ordre décroissant : le raccourcissement de l'hospitalisation (n=26), la prévention d'une hospitalisation (n=22), la médicalisation du retour à domicile (n=21), l'alternative à l'hospitalisation (n=18) et enfin le refus de l'hospitalisation traditionnelle (n=12). Chez les patients présentant un trouble de l'humeur, les motifs d'HAD étaient : une alternative à l'hospitalisation (n=78), un aspect préventif (n=70), la nécessité de médicaliser le retour à domicile (n=50) et le refus d'hospitalisation (n=50), et enfin le raccourcissement d'une hospitalisation (n=39).

3.3.1.2.4- Délai d'intervention de l' HAD

Le délai entre la demande et la visite psychiatrique était en moyenne de 9,3 jours ouvrables (écart-type de 10 jours). Il manquait des données pour 2 patients. Le délai entre la demande et l'inclusion en HAD était en moyenne de 16,6 jours ouvrables.

3.3.1.2.5- Troubles psychiatriques pour lesquels les patients ont été hospitalisés en HAD

Les pathologies les plus fréquentes pour lesquelles les patients ont été hospitalisés à domicile sont données en figure n°9 (données manquantes pour 2 patients).

Les patients hospitalisés pour une pathologie psychotique ou pour un trouble de personnalité étaient plus jeunes (38,2 ans et 39,9 ans en moyennes respectivement) que les patients hospitalisés pour une addiction (46,5 ans), ou pour un trouble de l'humeur (47,9 ans). 47% des patients présentant une pathologie psychotique étaient âgés de moins de 35 ans.

Les patients hospitalisés pour un trouble de l'humeur étaient majoritairement des femmes (75% ; n=218). Il en était de même pour les patients hospitalisés pour un trouble de personnalité (71% ; n=39) ou pour un trouble névrotique (75% ; n=55). Les patients hospitalisés pour trouble psychotique étaient en légère majorité des hommes (52% ; n=54), de même pour les personnes hospitalisées pour un trouble lié à une substance psychoactive (53% ; n=61).

Concernant les diagnostics secondaires, 11,3% des patients présentaient un trouble de personnalité, 7,4% avaient une comorbidité addictive. Les autres diagnostics secondaires étaient moins fréquents (3,8% de troubles névrotiques, 3,3% de troubles de l'humeur, 1,7% de retard mental, 1,5% de troubles liés à des perturbations physiologiques, 1% de troubles mentaux organiques, 1% de schizophrénie, 0,5% de trouble mental sans précision, 0,3% de troubles émotionnels apparaissant dans l'enfance et l'adolescence et de trouble du développement physiologique).

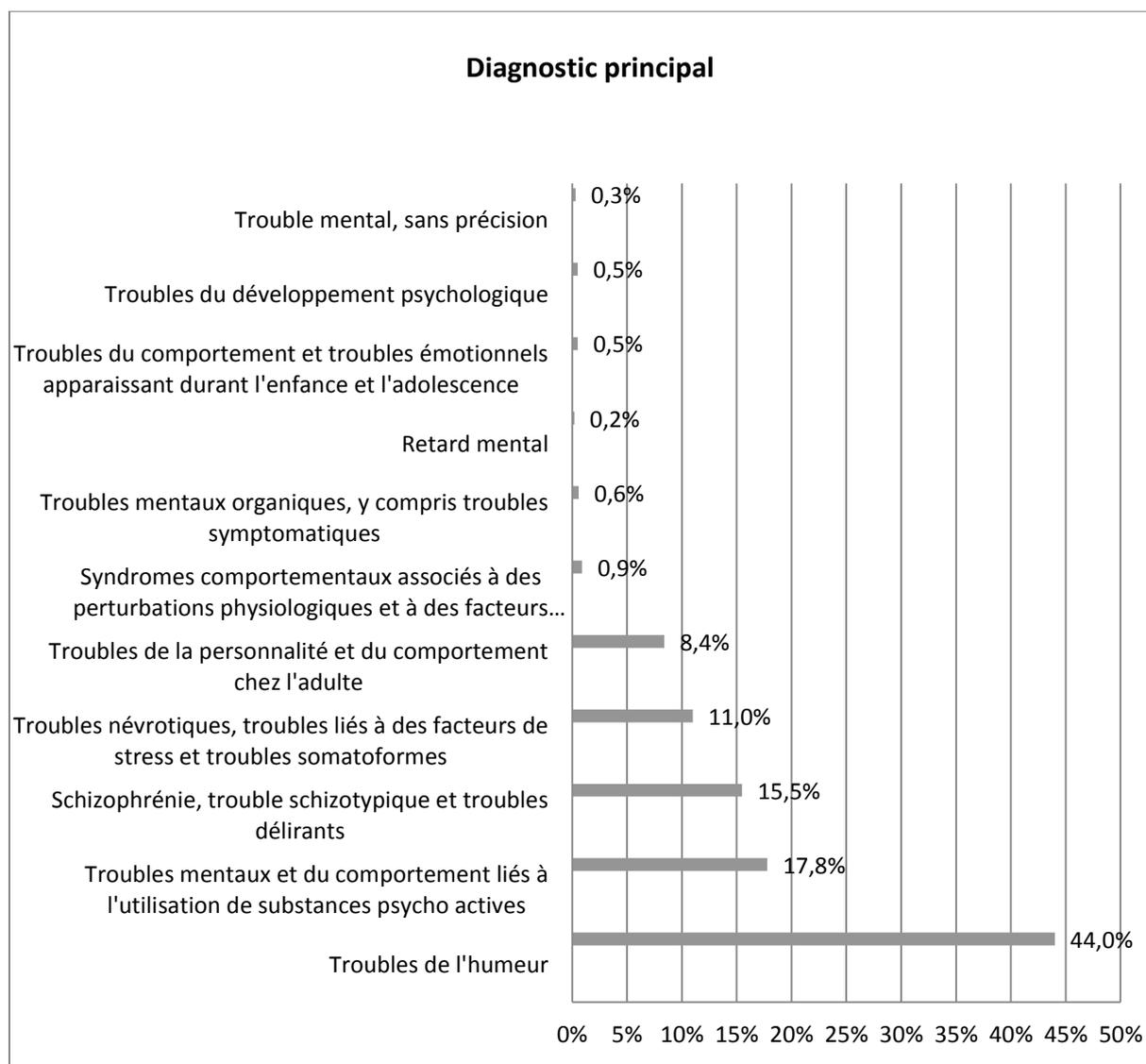


Figure n°9 : Diagnostic principal à l'origine de l'HAD d'après la CIM 10

3.3.1.2.6- Déroulement de l'hospitalisation à domicile

La durée moyenne de séjour était de 24,5 jours.

Plus de 80% des patients ont reçu moins de 30 visites à domicile réalisées par les infirmiers durant leur hospitalisation. La plupart ont bénéficié d'un nombre de VAD entre 11 et 20. Rares étaient ceux qui ont bénéficié de plus de 40 VAD (cf. figure n°10). Il manquait cette donnée pour un patient.

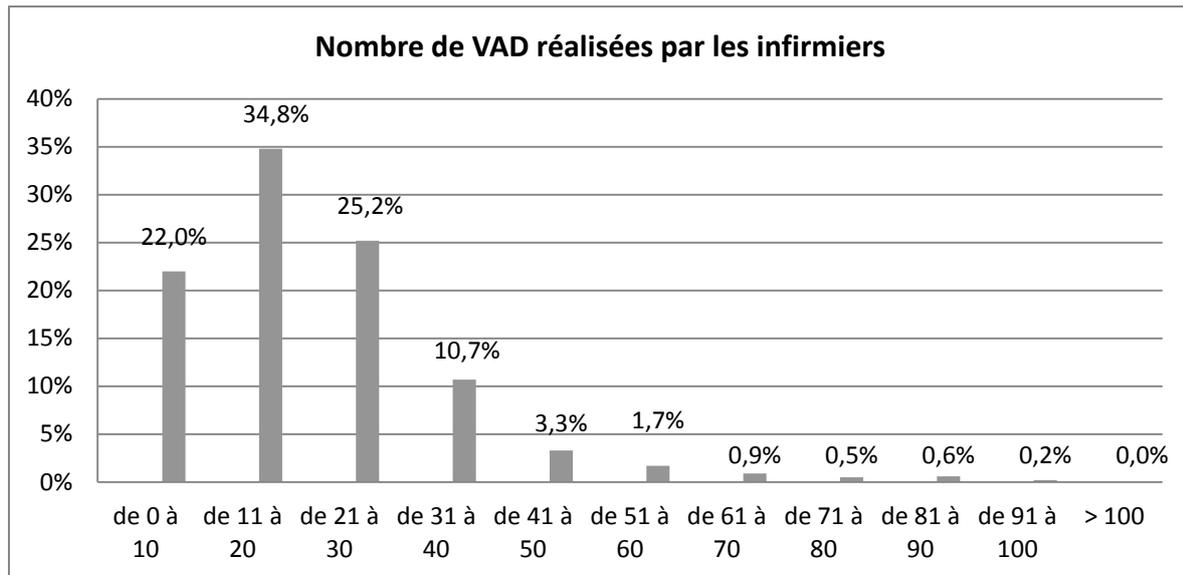


Figure n°10 : Nombre de VAD réalisées par les infirmiers

Concernant les interventions des professionnels : la psychologue est intervenue pour 62,4% des patients, le plus souvent dans le cadre des visites d'inclusion (41,5% de la totalité des patients), et des prises en charge hebdomadaires le temps de l'HAD (38,5%). Parfois elle intervenait pour des suivis psychothérapeutiques à la sortie (6,8%) ou des prises en charge plus soutenues le temps de l'HAD (1%). L'assistante sociale est intervenue pour 22,5% des patients, la plupart du temps pour un avis (15% de la totalité des patients), et pour une prise en charge (13,4%), parfois pour un suivi social après la sortie (3,2%). La cadre de santé est intervenue directement pour 2,1% des patients, dans le cadre d'une inclusion le plus souvent (n=9).

Quant à l'intervention des professionnels libéraux, les infirmiers sont intervenus dans 7,5% des situations au domicile. 9 patients ont bénéficié de visites de leur médecin traitant durant l'HAD dans le cadre d'une convention. 96,1% des patients avaient déclaré un médecin traitant.

3.3.1.2.7- Sorties d'hospitalisation à domicile et événements indésirables

Les sorties se faisaient directement dans plus de la moitié des situations (59,4%) et de manière séquentielle dans 30,6% des cas, c'est-à-dire par une diminution progressive de la fréquence des

VAD. Dans 2,1% des cas, la sortie était directe avec un suivi téléphonique et pour 10% des patients, elle se déroulait de façon séquentielle avec un suivi téléphonique.

591 patients sont restés au domicile à la sortie d'HAD. On note un total de 9,6% de ré-hospitalisations. En 5 ans, 44 patients ont été hospitalisés en psychiatrie de manière libre durant l'HAD, 5 ont été hospitalisés sous contrainte, 7 ont été transférés aux urgences et 8 en hospitalisation somatique (cf. figure n°11). Il n'y avait pas de lien entre le fait d'être réhospitalisé et le diagnostic principal (schizophrénie, trouble de l'humeur ou trouble lié à une substance psychoactive) ($p=0,86$). Cette différence n'était pas non plus significative lorsque l'on s'intéressait aux réhospitalisations en psychiatrie ($p=0,81$). Une patiente est décédée durant l'HAD psychiatrique en 2012 par suicide ; elle était âgée de 38 ans, vivait en couple et souffrait d'un épisode dépressif majeur d'intensité sévère. Elle s'est suicidée par pendaison suite à un sentiment de rejet de la part de son entourage. Elle était adressée par un service de psychiatrie adulte de l'hôpital et avait refusé l'hospitalisation.

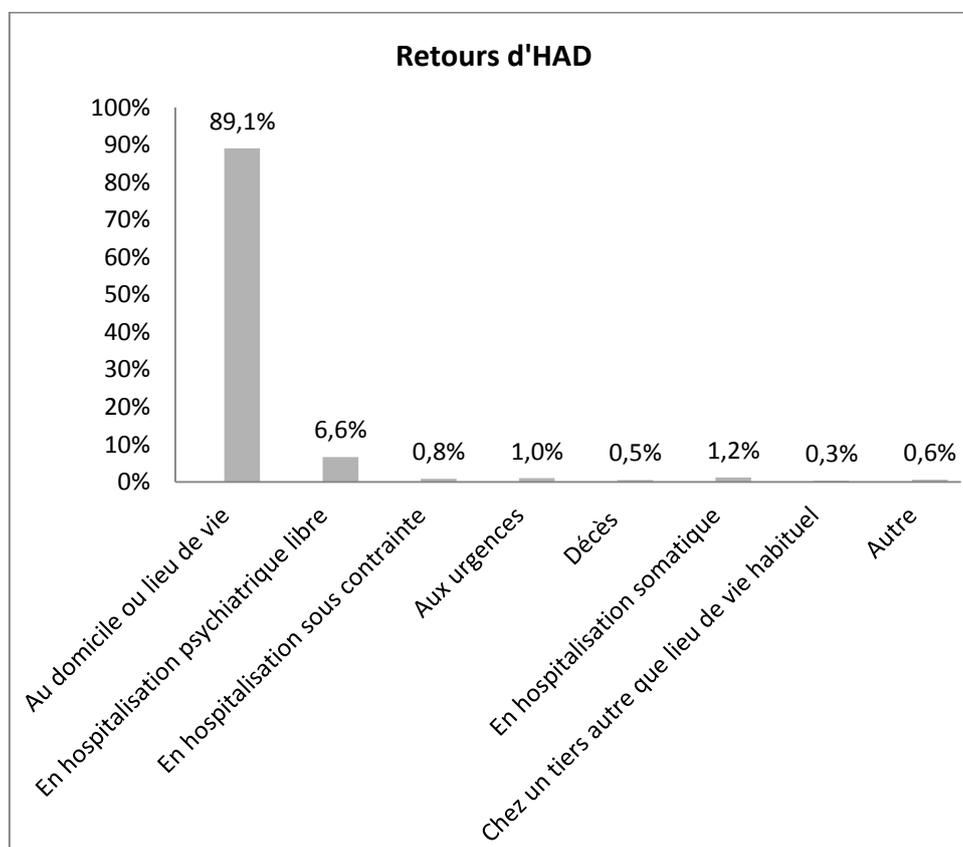


Figure n°11 : Les modalités de sorties d'HAD

3.3.1.2.8- Relais médical et paramédical à la sortie et orientations

Le suivi en relais de l'HAD est décrit dans la figure n°12.

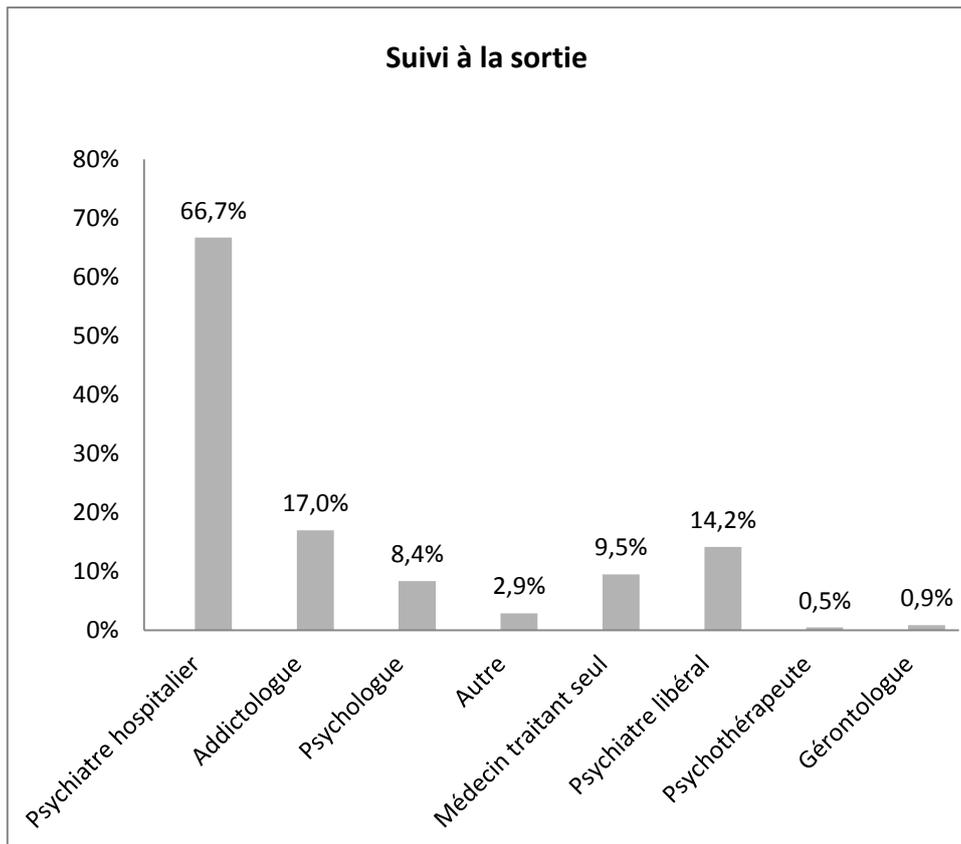


Figure n°12 : Relais à la sortie d'HAD

Un relais paramédical était assuré par des infirmiers libéraux pour 16,7% des patients.

Il n'y avait pas de nouvelle orientation suite à l'HAD dans 62% des situations. Lorsqu'une orientation était faite, les patients étaient le plus souvent adressés en CMP ou en CATTP (cf. figure n°13). Ces données étaient manquantes pour 2 patients.

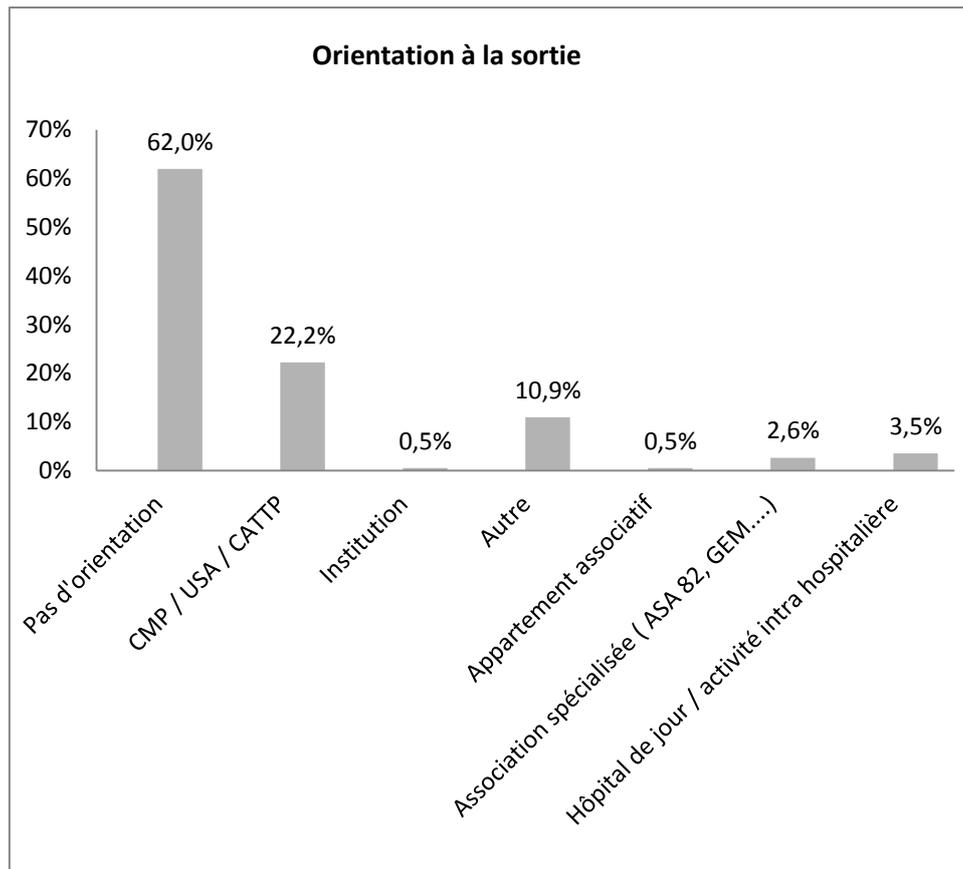


Figure n°13 : Orientation à la sortie d'HAD

3.3.2- Evaluation de la prise en charge en HAD par les usagers et les médecins qui adressent à l'HAD

3.3.2.1- Evaluation de la prise en charge en HAD par les usagers

En 2015, 145 patients ont été hospitalisés en HAD. Le nombre d'usagers ayant rempli le questionnaire était de 98. Le taux de retour du questionnaire était de 68%.

3.3.2.1.1- Résultats quantitatifs

Nous présentons les résultats du questionnaire de satisfaction dans le tableau n°1 et la satisfaction quant à la qualité globale du séjour en HAD sur la figure n°14.

Satisfaction (%)	Non rempli	Pas d'avis	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Premier contact avec l'unité d'HAD	1	2	1	19	77
Information donnée sur le fonctionnement	2	3	0	31	64
Rôle de la secrétaire	8	23	0	20	48
Disponibilité du personnel soignant	3	1	1	17	78
Discrétion du personnel soignant	1	3	0	18	78
Coordination des différents intervenants	4	0	5	22	68
Respect de la dignité	1	1	1	16	81
Respect de l'intimité	2	1	1	18	76
Qualité globale des soins	2	1	3	22	72
Qualité de l'information médicale délivrée	2	3	1	26	68
Qualité de l'écoute accordée par l'équipe	1	0	3	11	85
Qualité de la prise en charge spécifique de l'anxiété	1	2	4	19	73
Rôle de l'assistante sociale	21	43	1	12	24
Rôle de la psychologue	12	22	1	10	55
Facilité à entrer en contact avec le médecin coordonnateur	4	21	3	22	50
Horaires de soins	2	2	3	38	55
Respect des horaires de soins	7	1	3	42	47
Respect de la confidentialité	5	5	1	18	70
Organisation de l'accès 24h/24 aux soins et à l'information	4	13	2	21	59
Approvisionnement en médicaments	5	5	3	16	71
Préparation à la sortie	7	2	3	32	56
Organisation du relais de prise en charge	10	7	2	26	55
Qualité globale du séjour	1	2	2	24	70

Tableau n°1 : Satisfaction des usagers de l'HAD (%)

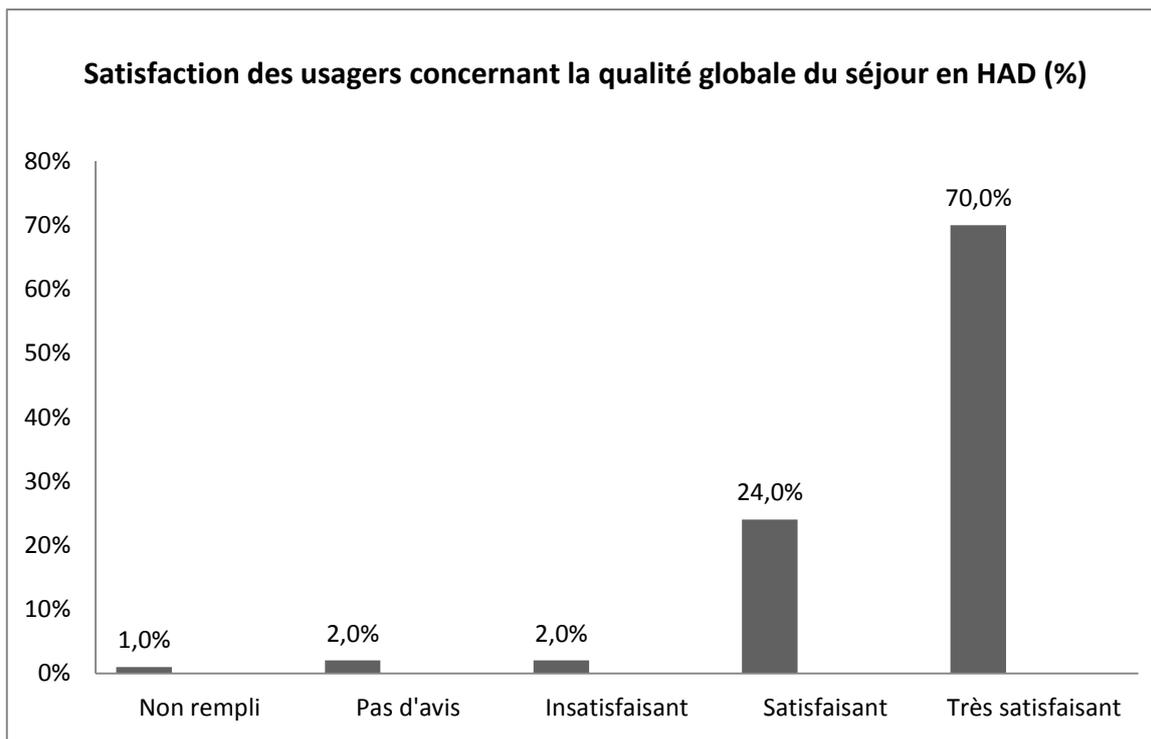


Figure n°14 : Satisfaction des usagers concernant la qualité globale du séjour en HAD (%)

3.3.2.1.2- Résultats qualitatifs (annexe n°6)

Les commentaires formulés par les usagers mettent en exergue l’alliance qui s’est créée entre les usagers et les professionnels. Ils soulignent également le changement de point de vue amené par la prise en charge, l’espoir retrouvé et leur mieux être à la sortie d’HAD. L’aide à la gestion des symptômes anxieux est également mise en avant.

Le manque de ponctualité est parfois souligné. Une coordination plus approfondie des différents services psychiatriques avec les médecins généralistes est demandée par un usager. Certaines personnes auraient aimé poursuivre plus longtemps l’HAD et évoquent leur angoisse à l’arrêt des visites au domicile. Un usager pointe le retard de mise en œuvre de l’HAD.

Un usager qui a passé près d’un an en hospitalisation traditionnelle souligne la brutalité du retour à domicile, même avec l’HAD. D’autres racontent au contraire leur hospitalisation à domicile qui a représenté le mode d’entrée dans les soins psychiatriques après de nombreuses années sans soin spécifique.

3.3.2.2- Evaluation de la prise en charge en HAD par les médecins qui adressent à l’HAD

Sur les 54 médecins susceptibles d’adresser des patients en HAD au moment de l’enquête, 32 ont répondu au questionnaire. Le taux de réponse était de 59%. 17 psychiatres ont répondu, 6

addictologues, 4 pédopsychiatres, 2 gériatres, 1 médecin urgentiste, 1 médecin généraliste, 1 neurologue. Le mode d'exercice des répondants était principalement hospitalier (24). 6 médecins travaillaient en libéral, 4 dans le champ médico-social.

3.3.2.2.1- Résultats quantitatifs

3.3.2.2.1.1- Adressage ou non en HAD et raisons

La fréquence d'adressage en HAD est représentée dans la figure n°15.

4 médecins qui ont répondu au questionnaire n'avaient jamais adressé de patients en HAD. Les raisons de l'absence d'adressage en HAD étaient peu informatives : d'autres alternatives étaient utilisées (n=2), l'occasion ne s'était pas présentée (n=4), le fonctionnement de l'HAD était peu connu (n=1).

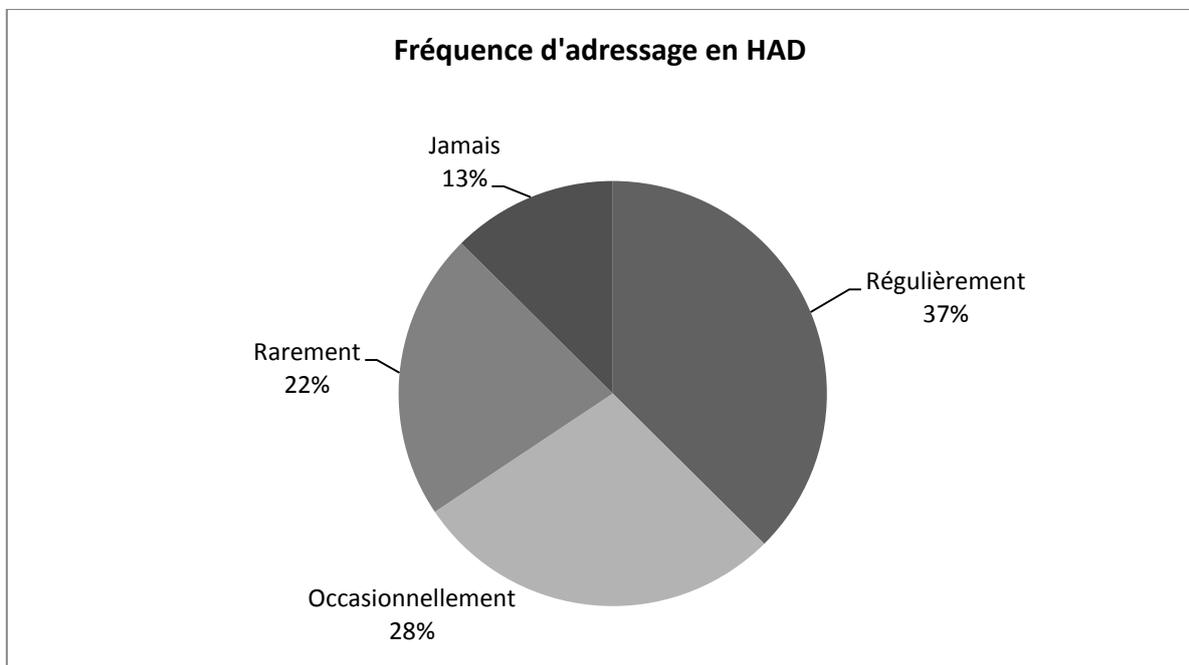


Figure n°15 : Fréquence d'adressage en HAD

Au cours des trois derniers mois, 22 médecins avaient adressé des patients en HAD. La proposition émanait du médecin la plupart du temps (n=18) ; parfois la demande provenait du patient (n=3). Les raisons pour lesquelles les patients étaient adressés vers l'HAD sont représentées dans la figure n°16.

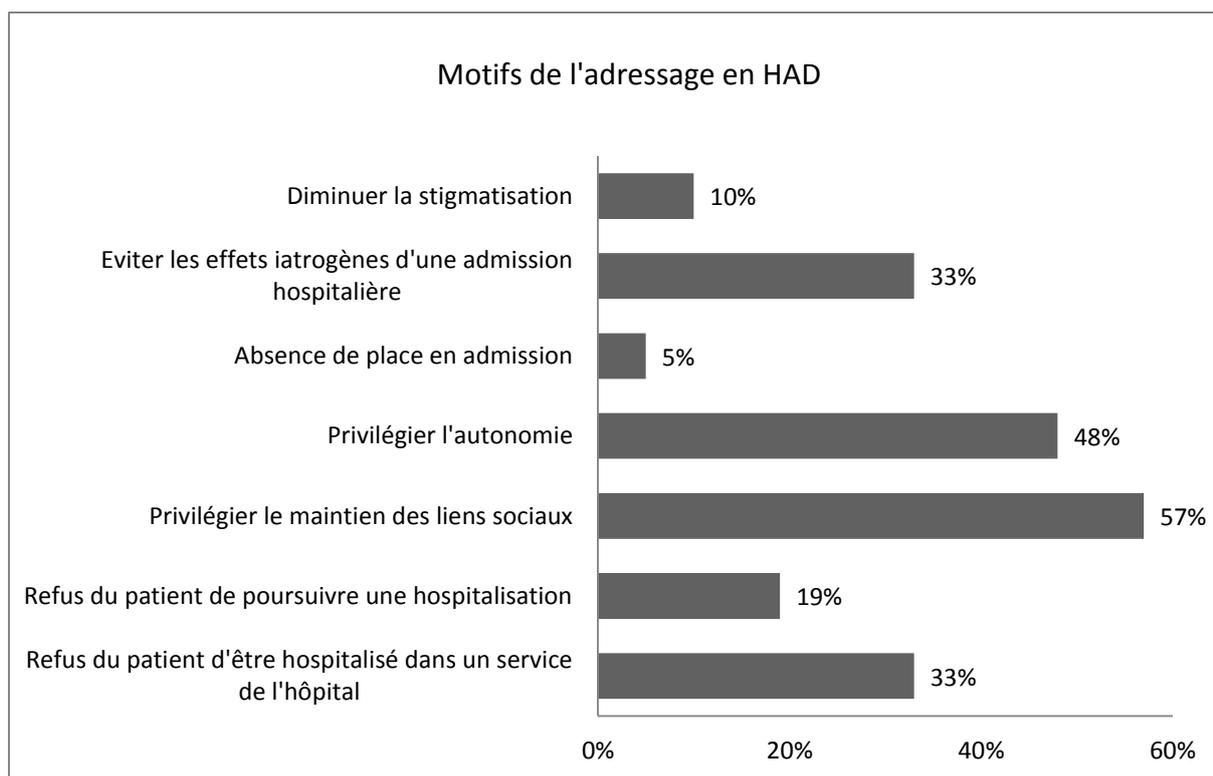


Figure n°16 : Motifs de l'adressage en HAD

3.3.2.2.1.2- La satisfaction des médecins adressant à l'HAD

28 médecins ont répondu au questionnaire de satisfaction. Nous présentons les résultats dans le tableau n°2.

Satisfaction (%)	Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Neutre	Satisfaisant	Très satisfaisant
Prise en charge globale				54	46
Rapidité de la procédure de demande d'admission			18	54	29
Délai de réponse concernant l'admission ou non		11	18	50	21
Réponse concernant l'admission ou non			4	54	43
Délai de prise en charge		11	25	54	11
Délai de l'information concernant l'admission effective		11	19	44	26
Facilité à échanger de l'information		4	14	39	43
Qualité des échanges			4	50	46
Implication dans les décisions médicales			30	44	26
Qualité des soins reçus en HAD				57	43
Organisation de la sortie		4	4	67	26
Qualité de l'orientation			11	63	26
Traitement à la sortie			4	73	23
Qualité du compte-rendu d'hospitalisation			4	32	64
Délai de réception du compte-rendu		4	7	48	41

Tableau n°2 : Satisfaction des médecins qui adressent à l'HAD (%)

3.3.2.2.2- Résultats qualitatifs (annexe n°7)

Les remarques ont permis de soulever certains points.

L'évaluation et le renforcement des liens avec l'environnement y compris la famille étaient des raisons supplémentaires d'adresser.

La priorisation des demandes était un paramètre majeur.

La pertinence de l'outil et la professionnalité de l'équipe ont été soulignées.

Les améliorations proposées concernaient :

- l'augmentation des échanges : avant l'admission effective du patient (pas d'observation précoce dans l'ordinateur), lors du séjour en HAD, notamment sur le motif de l'hospitalisation (une difficulté de communication était pointée en dehors des après-midis), et à la fin du séjour afin de limiter les ruptures à la sortie,
- l'augmentation du nombre de places,
- une minorité de patients s'étaient plaints de ne voir qu'une fois les psychiatres.

Quelques pédopsychiatres ont souligné le manque d'occasion d'adresser des patients en HAD (n=2) et l'absence de bonne connaissance du dispositif (n=1).

Concernant les patients vivant en EHPAD, l'Equipe Mobile de Gériatrie conseillait régulièrement des prises en charge en HAD à la sortie des patients ; les démarches de demande d'admission étaient ensuite faites par les services.

D'autres problématiques plus générales étaient soulevées, comme la difficulté à avoir un avis psychiatrique rapide en liaison pour des patients inconnus de la filière psychiatrique.

3.4- Discussion

3.4.1- A quels patients peut s'adresser une hospitalisation à domicile ?

Notre étude a permis d'apporter une description précise des patients hospitalisés à domicile. Cette description et la comparaison aux quelques données de la littérature nous amène à réfléchir aux indications et contre-indications d'une prise en charge en HAD.

La moyenne d'âge était proche de celle retrouvée pour des HAD dont le fonctionnement était similaire à l'HAD de Montauban (39,46,47). Elle était plus élevée que celle retrouvée pour des HAD fonctionnant également comme des équipes de crise (44,55).

La majorité des patients admis en HAD étaient des femmes. Cette répartition peut s'expliquer en partie par la part importante des troubles de l'humeur dans cette HAD. De plus, des études ont décrit cette prédominance des femmes prises en charge en HAD (39,46,56). Ces résultats peuvent être liés au fait que les hommes ont un risque suicidaire, de troubles du comportement et d'hospitalisations sous contrainte (91) plus élevé.

Plus d'un tiers des patients qui étaient hospitalisés à domicile, vivaient seuls. La prise en charge est donc possible en l'absence d'entourage présent au domicile. Lorsqu'un entourage est présent au domicile, le travail de résolution de crise peut s'effectuer en partie avec lui. Ainsi, certaines équipes d'HAD proposent un soin d'orientation systémique (43,70). Lorsque l'entourage est défavorable à l'HAD ou lorsqu'une rupture avec l'environnement apparaît nécessaire à la résolution de la crise, une hospitalisation en unité d'admission nous paraît préférable.

Dans notre étude, l'HAD a représenté un moyen d'accès à des soins psychiatriques dans 22% des cas et dans 30,3% une première hospitalisation. Nous retrouvons ces mêmes résultats dans l'étude de Johnson avant et après le développement des CRT (54).

L'HAD représentait une véritable alternative à l'hospitalisation dans près de la moitié des situations. Dans un tiers des cas, les patients étaient hospitalisés à domicile en aval d'une hospitalisation. L'étude de Tulloch reportait une proportion identique d'activité porte (37%) au sein des CRHT sur une période de 5 ans (56). Rarement, le refus d'hospitalisation était à l'origine d'une HAD. Ces deux modalités d'hospitalisations ne s'opposent pas mais au contraire, peuvent se compléter dans leurs indications.

Les pathologies traitées en HAD étaient en majorité les troubles de l'humeur. L'HAD intervenait alors plutôt en alternative ou en prévention d'une hospitalisation. L'HAD peut ainsi parfois permettre d'éviter l'hospitalisation en admission.

Notre étude montre que de nombreux sevrages d'alcool ont pu avoir lieu en HAD lorsqu'il n'y avait pas de risques de syndrome de sevrage sévère. L'HAD de Montauban est une des rares HAD en France à proposer ce soin. En effet, un partenariat privilégié s'est mis en place entre l'HAD et le CSAPA de Montauban et une convention a été signée. Cette indication apparaît intéressante pour travailler avec la personne sa motivation au sevrage et la prévention des rechutes, en situation quotidienne. En effet, l'entretien motivationnel et l'HAD partagent les principes de partenariat personne-professionnel, de soutien de l'autonomie et de valorisation de la personne, ainsi que la focalisation sur la personne et son environnement plutôt que sur le patient et l'institution (92).

Les troubles névrotiques étaient souvent pris en charge en prévention d'une aggravation. Il s'agissait régulièrement de personnes souffrant d'un trouble anxieux, comme par exemple une agoraphobie ou une phobie sociale évoluée, avec un isolement au domicile. Dans cette indication, l'HAD est pertinente pour proposer un accès aux soins à ces personnes qui sinon refuseraient d'être hospitalisées. L'exposition aux situations anxiogènes dans le milieu de vie est alors très aidante.

Les patients présentant un trouble psychotique étaient plus souvent pris en charge en aval d'une hospitalisation pour soutenir l'autonomisation lors du retour à domicile et éviter les effets iatrogènes d'une longue hospitalisation telles la désocialisation, la perte d'autonomie, et la dépendance aux soins. Un travail de réhabilitation psycho-sociale était alors possible, au plus près du lieu de vie des personnes. Il pouvait se faire en lien avec les GEM, le SAMSAH, et le milieu associatif afin de soutenir une reprise d'activité et de lien social. L'HAD prenait aussi souvent place en prévention d'une hospitalisation en admission. Le consentement des personnes doit pouvoir être recueilli. A Montauban, les patients souffrant de troubles schizophrénique, schizotypique ou délirant n'étaient pas majoritaires, contrairement à certaines HAD françaises qui avaient pour objectif de soutenir l'autonomisation et la socialisation des patients en aval de l'hospitalisation (37,39-41). Dans les CRHT, ils représentent entre 33% et 48% (54-56) des patients hospitalisés à domicile. Les résultats de notre étude se rapprochent d'autres HAD étrangères qui n'assumaient pas de fonction d'équipe de crise (46,47). S'ils sont proches de ceux retrouvés pour ERIC, cette étude incluait uniquement les personnes hospitalisées pour la première fois (44) ; il est probable que de nombreux patients présentant un premier épisode délirant aient été hospitalisés en admission. A Londres, Gould a décrit que 30% des sujets présentant un premier épisode psychotique avaient pu être hospitalisés à domicile ; près de la moitié d'entre eux étaient hospitalisés en admission dans les 3 mois qui suivaient (61). Dans notre étude, les patients présentant un trouble psychotique étaient régulièrement réadmis, ce qui laisse supposer que l'HAD est une bonne indication dans ce cas. De plus, rappelons que la NICE préconise la gestion des épisodes psychotiques dans les CRHT en priorité (68), et ce dès que possible.

Comment expliquer alors la faible hospitalisation à domicile des patients souffrant de trouble psychotique dans notre étude ?

Une réponse rapide par des soins intensifs peut atténuer la souffrance et la détérioration clinique et sociale du patient, qui dictent souvent l'admission hospitalière du patient. Nous supposons que la réactivité constitutive des CRHT permet cela. A Montauban, nous avons vu que le délai de mise en

œuvre de l'HAD était plus long que les CRHT, ce qui pourrait expliquer ce résultat. La priorisation des demandes est primordiale. Une augmentation du nombre de places aiderait probablement à hospitaliser à domicile ces patients.

D'autre part, en Grande-Bretagne, l'ouverture des CRHT s'est accompagnée d'une réduction non négligeable du nombre de lits intra-hospitaliers. A Montauban, l'HAD intervient peu pour pallier au manque de place comme nous l'avons décrit.

Enfin, en Grande-Bretagne, les concepts du rétablissement et « d'aller vers » se sont étendus ; les soins à domicile aussi (CRHT, ACT...). En France, cela est moins le cas. Le changement culturel, tant du côté des médecins que des patients, en est encore à ses débuts. En effet, certains patients ont l'habitude d'être hospitalisés en admission de manière régulière, connaissent bien les équipes et peuvent rechercher dans ces unités une sécurisation et une socialisation, en plus d'un soin intensif. C'est ce qu'a montré l'étude de P. Sermage (93) qui a interrogé les patients hospitalisés en admission sur leur préférence en termes de modalité d'hospitalisation (admission ou HAD). Cet objectif de socialisation ne peut être rempli par l'HAD. Peut-être existe-t-il également une crainte de la part des médecins qui adressent d'une perte de continuité dans les soins, étant donné que l'HAD de Montauban est une unité intersectorielle ? Nous n'avons pu le mettre en évidence dans notre enquête. D'autre part, Smyth et Hoult soulignent le fait que les HAD comportent une équipe pluridisciplinaire, médicale et sociale (52). Au sein des soins hospitaliers français, l'embauche de travailleurs sociaux apparaît moins prégnante.

Nous avons décrit les contre-indications d'une prise en charge en HAD. Intéressons-nous maintenant à la population des patients qui n'ont pas été admis alors qu'une demande d'HAD avait été effectuée.

Dans notre étude descriptive, les caractéristiques socio-démographiques des patients non admis étaient semblables à celles de la population des patients admis. Le taux de patients non admis était de 16%. Peu de patients n'étaient pas admis pour un motif clinique. Un taux moindre de non admission, 7,8%, était rapporté par Nwachukwu (47) dans un service irlandais où une majorité des demandes était faite par les médecins généralistes. Un pourcentage plus important de non admission, 24%, était rapporté par une HAD Australienne (46) pour laquelle les demandes provenaient en majorité des urgences, des équipes d'intervention de crise et des services d'admission. Dans cette région, les soins à domicile étaient déjà très développés (équipes d'intervention de crise, d'assertive care team et de case management). Les raisons ne sont pas détaillées dans ces études. Il est possible que le niveau de recours aux soins varie avec le niveau de sévérité de la pathologie, ce qui pourrait expliquer ces résultats. L'HAD de Montauban se situe à un niveau de recours tertiaire car un médecin spécialiste a dû intervenir en amont pour demander l'HAD. Cela permet d'instaurer un soin programmé, avec des objectifs bien définis et qui ne sera que transitoire dans le parcours de soins de la personne.

De plus, nous constatons que lorsque les patients étaient adressés par les urgences, la demande aboutissait moins souvent à une HAD que lorsqu'ils étaient adressés par les services de psychiatrie hospitalière. Nous n'avons pu mettre en évidence de différence entre les différents motifs de non-admissions pour ces deux services mais les effectifs étaient faibles. Le maintien de l'accord de la personne concernant une HAD est-il plus difficile dans ce contexte d'urgence ? La clinique est-elle

trop instable ? La programmation d'une HAD nécessite un entretien avec le médecin coordonnateur pour confirmer la mise en place de l'HAD. Cela suppose que les patients puissent rester aux urgences plusieurs heures voire un à deux jours afin que la réponse puisse être donnée avant le retour de la personne au domicile. Ce procédé paraît à ce jour difficile à mettre en œuvre à l'hôpital de Montauban car il y a peu de place à l'UHCD. Si cela peut se mettre en place dans l'avenir, la prise en charge en HAD devra pouvoir être réactive, ce qui nécessitera des moyens plus importants.

Il nous faut maintenant souligner les limites de cette description des non-admissions. En effet, nous n'avons accès qu'aux personnes pour lesquelles une demande d'HAD a été faxée. La population des patients non admis dans notre étude ne représente pas la totalité des patients auxquels une HAD a été proposée. De plus, nous ne savons pas ce que les patients non admis sont devenus : ont-ils été hospitalisés ou suivis en ambulatoire ? Dans notre expérience, les motifs cliniques de non-admission étaient rarement un risque suicidaire ou hétéro-agressif mais plus régulièrement une amélioration clinique qui n'indiquait pas la mise en place d'une HAD.

Enfin, nous allons aborder la question du programme de soins. De nombreuses HAD admettent les patients sous cette modalité de soins. L'HAD suppose néanmoins l'accord du patient concernant cette prise en charge (32). L'équipe ERIC a été interrogée sur ce point (24). La réflexion quant à la faisabilité d'une HAD se faisait durant la période des 72 premières heures d'hospitalisation. Passé ce délai, l'HAD n'avait plus lieu d'être selon cette équipe, sous cette modalité. L'HAD d'Auch a été interrogée par nos soins : cette équipe n'inscrivait pas l'HAD dans le programme de soins.

L'HAD peut donc se substituer, voire être privilégiée par rapport à l'hospitalisation en admission dans les indications que nous venons de décrire. Cependant, cette dernière reste indispensable pour les patients présentant les décompensations les plus sévères (54). D'après Smyth et Hault, 80% des patients hospitalisés en admission pourraient bénéficier d'un traitement à domicile (52). Ce chiffre est plus faible d'après l'étude sur l'ERIC dans laquelle 68% des patients hospitalisés pour la première fois étaient pris en charge en HAD dans les 4 jours suivant leur entrée (44). Les partenariats mis en place autour de l'HAD sont également déterminants dans leur fonctionnement.

Discutons à présent de l'évaluation subjective que nous avons menée dans notre étude.

3.4.2- Quelle est l'évaluation subjective de l'HAD de Montauban ?

3.4.2.1- L'évaluation des usagers

Le nombre de retour au questionnaire de satisfaction était relativement important. Les résultats montrent que les usagers étaient satisfaits voire très satisfaits des soins proposés par l'HAD de Montauban.

L'alliance forte créée dans cette situation de traitement à domicile était soulignée par les usagers. Nous retrouvons ce résultat dans la littérature, notamment dans l'étude qualitative de Goldsack (66). Cette alliance était également mise en exergue par les soignants dans cette étude.

La disponibilité des soignants, l'écoute et l'information délivrée étaient source de satisfaction. L'espoir était suscité, la dignité respectée. Ces résultats rejoignent ceux de Winness (64). Ces aspects sont en lien avec la notion de rétablissement. En effet, l'adaptabilité et la souplesse qui font partie intégrante du dispositif d'HAD pourraient participer à ces résultats.

Certains professionnels craignent d'être trop intrusifs au domicile. Dans notre étude, le respect de la confidentialité et de l'intimité étaient très satisfaisants. Ce n'était donc pas le cas dans notre étude.

L'aide à la gestion de l'anxiété était appréciée. En effet, l'orientation psychothérapique (TCC) de l'HAD de Montauban met l'accent sur cet aspect de la prise en charge.

D'autre part, les usagers demandaient un meilleur respect des horaires des soins. Cet aspect représente une difficulté en termes d'organisation des visites au domicile pour diverses raisons : le temps de trajet, l'importance de la disponibilité pour chaque patient, l'imprévisibilité des durées d'entretien, et une plus grande adaptabilité au domicile.

L'arrêt de l'HAD était un temps anxiogène pour les usagers dans notre étude ainsi que dans une étude qualitative (66). Ce temps doit se préparer et requérir toute notre attention. A Montauban, la fin de l'HAD se faisait régulièrement de manière progressive. L'intégration de l'HAD au sein du réseau de soins apparaît alors primordiale afin que la continuité des soins puisse être respectée.

Les soins à l'HAD de Montauban étaient donc bien acceptés dans notre étude. Les usagers soulignaient l'efficacité de ce traitement à domicile tant du point de vue médical que du point de vue du rétablissement, et de la déstigmatisation des troubles psychiatriques. Un biais possible est que le questionnaire était rendu aux soignants travaillant à l'HAD et que les usagers n'ont peut-être pas osé noter de manière négative les soins. L'insatisfaction pourrait être sous-estimée de ce fait. Cependant, lorsqu'une nouvelle hospitalisation était requise, l'HAD était souvent à nouveau sollicitée, ce qui est un critère objectif de la bonne acceptation de ce soin.

3.4.2.2- L'évaluation des médecins

Dans notre étude de la satisfaction des médecins qui adressent à l'HAD, le taux de réponse était acceptable. Nous avons volontairement choisi de questionner tous les médecins susceptibles d'adresser dans le département. Le nombre de réponses de médecins qui n'adressaient pas ou peu, en HAD était certainement sous-représenté. Il paraît donc difficile de conclure concernant les freins de l'adressage en HAD. Cependant, nous pensons avoir obtenu la plupart des réponses des médecins adressant à l'en HAD. Nos résultats apparaissent donc fiables.

Les objectifs spécifiques de l'HAD selon ces médecins étaient en majorité le maintien des liens sociaux et de l'autonomie. Ces objectifs font partie de l'orientation du rétablissement. Eviter les effets iatrogènes de l'hospitalisation était également un objectif prépondérant.

Les soins, la thérapeutique médicamenteuse, la qualité des échanges, l'organisation de la sortie, et l'orientation au décours de l'HAD étaient satisfaisants. Les médecins soulignaient l'importance de la priorisation des demandes.

La satisfaction était plus modérée quant au délai de réponse concernant l'admission en HAD ou non, au délai de prise en charge et à la communication de ce délai. La réactivité de la prise en charge était souhaitée ; nous avons déjà évoqué la question du nombre limité de places disponibles. Certains médecins demandaient plus d'échanges avant la prise en charge pour fixer les objectifs de l'HAD, pendant l'HAD et après pour faciliter le relais de soins. Notons qu'un contact téléphonique est en général réalisé avant la visite psychiatrique confirmant l'indication d'HAD. Ce contact semble indispensable pour préciser la demande. Peut-être qu'un échange après la visite de confirmation de l'HAD serait nécessaire. Une rencontre entre le médecin adresseur et l'équipe d'HAD peut être également organisée pour présenter la demande en amont. Un courrier d'entrée est envoyé dès que la personne débute l'HAD. Lors des consultations médicales, un lien écrit est également fait. Un lien par courrier est réalisé à la sortie l'HAD ; un lien plus direct pourrait être intéressant.

A notre connaissance, il n'y a pas d'autre étude concernant la satisfaction des médecins adressant à l'HAD. Notre étude montre l'efficacité de l'HAD, selon ces médecins, à remplir sa fonction de traitement à domicile. Certaines pistes d'amélioration ont été soulevées dans le but de maintenir au maximum la continuité.

3.4.3- Quelle est l'efficacité de l'HAD ?

Les résultats de ces deux enquêtes de satisfaction suggèrent que l'HAD est un dispositif efficace, dans les indications définies par les médecins qui adressent des patients à l'HAD du Tarn-et-Garonne.

De plus, la plupart des personnes sont restées à leur domicile à l'arrêt de l'HAD. Les réhospitalisations au décours de l'HAD étaient plus rares que celles retrouvées dans la littérature, qui étaient comprises entre 10% et 27% (39,46,47,53). Les études montrent des taux de transferts pour un risque auto-agressif entre 6,3% et 11,2% (46,53), et pour un risque d'hétéro-agressivité de 1,8% (46). Il existe donc une disparité entre les services d'HAD. Cela pourrait s'expliquer par des différences entre les unités concernant la sévérité des troubles traités et concernant les liens avec le réseau de santé, notamment les services à l'origine des demandes d'HAD. Cependant, nous ne disposons pas de donnée objective pour corroborer cette hypothèse.

Une étude de l'impact clinique et social de la prise en charge en HAD serait intéressante. Des critères objectifs seraient nécessaires, mesurés par exemple avec des échelles cliniques, de fonctionnement social, ou de qualité de vie. De plus, notre étude est uniquement descriptive et un essai comparatif compléterait nos résultats.

Dans notre étude, une patiente s'est suicidée durant l'HAD. Cela montre la nécessité de rester vigilant à tous les niveaux de la prise en charge en HAD pour prévenir ce risque au maximum. Aucune étude n'a montré de différence en termes de mortalité (58). Une étude de While (63) a montré une diminution du taux de suicide après l'ouverture d'une unité de crise ouverte 24h/24. Le risque ne serait donc pas plus élevé en HAD qu'en hospitalisation.

Nous n'avons pas étudié la diminution des admissions hospitalières après l'hospitalisation à domicile. Des études ont été menées sur des dispositifs présentant des similarités avec les HAD, notamment les CHRT et l'ERIC qui font fonction à la fois d'équipe mobile de crise et d'HAD. La diminution du nombre de jours d'admissions hospitalières a été démontrée mais on ne sait pas s'il y a plus

d'admissions hospitalières sous contrainte (44,57). Peut-on alors généraliser les résultats de ces études à l'HAD de Montauban ?

Les CRHT partagent avec l'HAD de Montauban la fonction de Home Treatment, les indications (troubles psychiatriques sévères en alternative à l'hospitalisation), et la durée d'intervention. Les CRHT ont en plus une fonction d'équipe de crise et sont très réactives. Les pathologies prises en charge diffèrent quelque peu comme nous l'avons vu. Pour ces deux entités, la sévérité des pathologies est parfois moindre qu'à l'hôpital et les premières hospitalisations sont plus nombreuses. Cependant, le réseau de soins est différent dans les pays anglophones, la diminution du nombre de lits hospitaliers est importante et le développement des soins à domicile majeur. La possibilité de généralisation quant à la diminution des admissions hospitalières nous paraît donc limitée par ces facteurs. Les facteurs à l'origine de la diminution des admissions ont été étudiés par Catty (34) : il s'agissait de l'accompagnement sanitaire et social, et des visites régulières à domicile. Ces facteurs sont présents au sein de l'HAD de Montauban. Cependant, la possibilité de généralisation des résultats des études sur les CRHT est complexe. Des études sur les HAD françaises sont requises.

L'étude sur l'ERIC s'intéresse à une population qui bénéficie d'une première hospitalisation. Il s'agit donc seulement d'une partie de la population des patients traités en HAD à Montauban. Pour ces patients, l'HAD a montré qu'elle diminuait la durée d'hospitalisation totale sur 5 ans.

La poursuite des soins par les patients à la sortie d'HAD n'a pas été étudiée à notre connaissance.

Pour conclure, notre étude a permis de décrire précisément la population des patients hospitalisés à domicile, et de mener une réflexion sur les indications d'une prise en charge en HAD. L'évaluation de l'HAD du point de vue des usagers et des médecins qui adressent est positive dans notre étude. Elle souligne certains aspects de l'HAD telle l'importance de la continuité des soins. Il manque cependant une évaluation objective de ce dispositif sur le plan clinique. D'autant plus qu'il n'existe pas d'étude en France évaluant l'HAD.

3.4.4- Pour aller plus loin : les questions soulevées

3.4.4.1- L'évaluation des HAD en France : pistes pour de futures études

Comme nous l'avons vu, une étude objective de l'amélioration clinique et sociale des patients en HAD, au travers d'échelles, compléterait notre étude. Les réhospitalisations et leur durée reflètent l'état clinique des patients et seraient de ce fait intéressantes à étudier.

D'autre part, la question de la continuité des soins est primordiale en HAD car ce dispositif ne se conçoit qu'au sein du réseau de soins déjà mis en place sur la région, notamment le secteur. Nous pensons que l'HAD peut constituer un prolongement du secteur psychiatrique dans ces caractéristiques de proximité, de réactivité, et de continuité. Les usagers et les médecins ont insisté sur ce point. L'alliance forte créée entre les usagers et les professionnels pourrait favoriser le suivi psychiatrique ultérieur, et le travail constant de réseau, à travers la mobilité et la créativité de l'équipe, pourrait faciliter le relais. Il serait intéressant de montrer que l'HAD permet de favoriser

l'accès aux soins pour les patients qui n'ont pas de prise en charge psychiatrique et qu'elle ne crée pas de rupture dans le suivi psychiatrique des patients.

Enfin, le coût a été très peu étudié. Nous avons déjà évoqué le fait que ce paramètre regroupe de nombreux facteurs qui seraient à prendre en compte pour une future étude.

Notons par ailleurs que notre étude est descriptive et porte uniquement sur la population des patients pris en charge en HAD, ce qui ne permet pas d'en démontrer l'efficacité. Une étude comparative serait intéressante.

De plus, les HAD se développent en France, notamment dans la région Midi-Pyrénées où elles sont actuellement au nombre de 4. Un questionnement commun pourrait affiner nos réflexions.

Au total, l'étude des dispositifs français est primordiale car le fonctionnement diffère de celui des unités anglo-saxonnes. Il n'est d'ailleurs pas totalement homogène en France.

3.4.4.2- Fonctionnement et activités des HAD en France : les questions actuelles

Nous avons détaillé le fonctionnement et l'activité des unités d'HAD en France, qui sont hétérogènes.

Quelle doit alors être la place d'une HAD ? Doit-elle intervenir à un niveau tertiaire, secondaire ? Ou doit-elle constituer une première interface entre l'hôpital et la ville comme en Grande-Bretagne, dès lors qu'une personne présente un trouble psychiatrique sévère, aigu ? Quelle doit être sa réactivité ? Nous avons vu que cette dernière était hétérogène en fonction des unités. La réactivité de l'HAD suppose des moyens conséquents mis en œuvre. Est-ce plus efficient d'associer équipe d'HAD et équipe de crise ? Ou de désolidariser ces deux fonctions ?

Nous n'avons à ce jour pas de réponse à ces questions dans le cadre du soin en France.

D'autre part, pourquoi certains patients accèdent-ils peu aux soins des HAD en France ? A ce jour, si les indications sont peu restrictives dans les textes, nous avons vu que les habitudes concernant les circonstances de demande d'HAD variaient d'un lieu de soins à l'autre. Quelle est alors l'efficacité de cette prise en charge dans chaque indication ? Et comment accueillir la plupart des personnes qui souffrent d'un trouble psychiatrique acutisé en HAD ?

Ces questions restent à ce jour en suspens et nécessitent de plus amples travaux. Cela permettra de promouvoir ce soin à domicile, déstigmatisant pour les usagers et enrichissant pour les professionnels, dans des indications validées et avec un fonctionnement garant de son efficacité.

A titre personnel, cette réflexion sur l'HAD en psychiatrie repose sur des convictions développées au décours d'un semestre d'internat que j'ai effectué au sein de l'HAD de Montauban.

3.4.5- Vécu personnel en unité d'HAD

Après six mois de stage en HAD à Montauban, j'ai pu apprécier cette relation plus proche des usagers, plus équilibrée. C'est la personne qui nous reçoit chez elle, et cela pose les bases de la relation usager-professionnel. La vision que nous développons de la situation de l'utilisateur est alors plus globale que la vision que nous construisons dans l'hôpital.

L'HAD est caractérisée par une équipe qui se soude autour des réunions cliniques dans une réflexion mise en commun. Chaque infirmier est autonome et apporte sa vision de la situation. Le soin est ainsi dynamique, créatif et réactif.

Tous ces facteurs sont très enrichissants d'un point de vue soignant et personnel.

La satisfaction des usagers, et la déstigmatisation des troubles mentaux sont perceptibles et contribuent à mon avis à un rétablissement plus prompt.

Cela a changé ma vision personnelle et soignante de la maladie psychiatrique et des soins psychiatriques. Pour ma part, je ne peux qu'encourager le développement de l'HAD et des soins à domicile psychiatriques en général.

Conclusion

Le développement de l'HAD est sous-tendu par un déplacement du soin psychiatrique de l'hôpital vers le milieu de vie des personnes, par une bascule vers l'ambulatoire. L'expérience de la personne en lien avec la maladie est ainsi modifiée. La relation soignant/patient se meut en une relation professionnel-usager, centrée sur le partenariat et l'autonomie, parties intégrantes du processus de rétablissement.

Nous avons vu que l'HAD représente une alternative à l'hospitalisation en admission dans de nombreuses indications ; notons qu'elle complète cette dernière mais ne la remplace pas totalement.

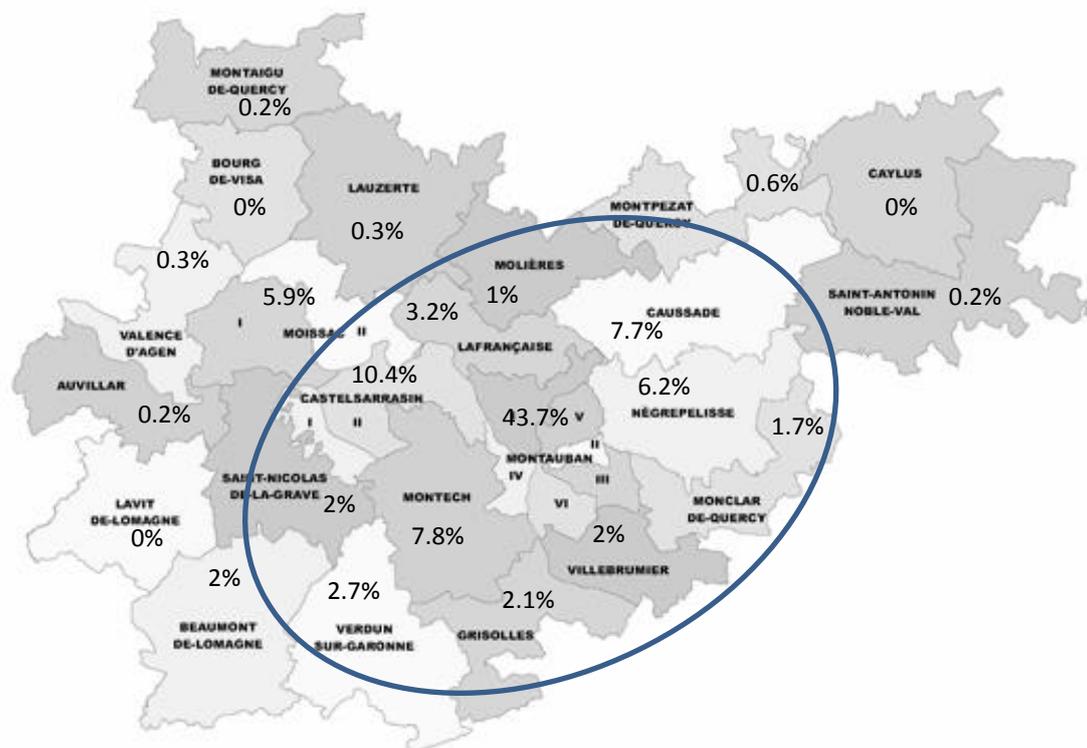
L'efficacité de l'HAD a été démontrée concernant l'amélioration clinique, et la réduction des hospitalisations chez des patients présentant des troubles psychiatriques sévères, lorsque la fonction de traitement à domicile était couplée à une fonction d'intervention de crise. Le maintien du suivi au décours n'a pas été étudié à notre connaissance.

Les études sur les HAD françaises, dont le fonctionnement diffère des dispositifs étrangers, sont rares. Notre étude sur l'HAD de Montauban a permis de décrire les patients hospitalisés à domicile et leur parcours. D'après les usagers et les médecins à l'origine des demandes d'HAD, le soin proposé par l'HAD de Montauban était efficace. Ces soins à domicile psychiatriques étaient très bien acceptés par les usagers et participaient ainsi à déstigmatiser la maladie psychiatrique. Cette première étude est encourageante. Une évaluation objective de l'amélioration clinique des patients, compléterait les données actuelles. L'étude de l'impact sur l'hospitalisation et sur le maintien du suivi au décours de l'HAD serait également intéressante. En effet, l'HAD se conçoit dans la continuité et le prolongement des soins à moyen et long terme, tels que proposés par les secteurs de psychiatrie. La pluridisciplinarité, l'adaptabilité et le travail de réseau constant sont les paramètres indispensables de l'HAD car ils soutiennent cette continuité.

Ces futures études pourraient soutenir le développement de l'HAD en psychiatrie, et peut-être encourager celui des soins psychiatriques à domicile en général.

Annexes

Annexe n°1 : Répartition géographique des patients pris en charge à l'HAD psychiatrique



Répartition géographique des patients pris en charge à l'HAD psychiatrique (%).

L'ellipse représente la couverture théorique du Tarn-et-Garonne par l'HAD du CH de Montauban.



Centre Hospitalier
de Montauban



HAD Psychiatrique – Pôle Santé Société

Fiche de demande d'admission
A faxer au 05 63 92 82 43 Téléphone 05 63 92 88 98

Date de la demande :

Provenance de la demande	
Praticien responsable :	
Spécialité :	
Etablissement :	
Unité : Poste :	
Praticien libéral :	
Spécialité :	
Adresse :	
N° de tel. :	Autre :

Etiquette patient
Adresse du patient

Motif médical de la demande	
Pathologie :	
Projet de soins :	
Patient déjà connu des services de Psychiatrie du CH de Montauban ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Patient déjà connu de l'HAD Psy du CH de Montauban ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Patient déjà hospitalisé en lieu de soin psychiatrique ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Patient ayant déjà reçu des soins psychiatriques ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Type de demande	
Aspect préventif, risque d'aggravation	<input type="checkbox"/> Raccourcissement du temps d'hospit classique..... <input type="checkbox"/>
Alternative possible à l'hospitalisation classique	<input type="checkbox"/> Nécessité de médicaliser le retour à domicile..... <input type="checkbox"/>
Refus de l'hospitalisation classique	<input type="checkbox"/> Autre (Préciser)

Etat du patient à l'admission		
Valide physiquement	<input type="checkbox"/> Risque d'auto-agressivité	Risque d'hétéro-agressivité
Vigilant et conscient	<input type="checkbox"/> Absent ou très faible	<input type="checkbox"/> Absent ou très faible..... <input type="checkbox"/>
Coopérant.....	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Moyen..... <input type="checkbox"/>
Entourage de vie présent.....	<input type="checkbox"/> Fort.....	<input type="checkbox"/> Fort..... <input type="checkbox"/>

Mode de vie, âge		
Vit seul.....	<input type="checkbox"/> Propriétaire de son lieu de vie	Mariage ou pacs..... <input type="checkbox"/>
Vit domicile parents	<input type="checkbox"/> Locataire de son lieu de vie	Union libre
Vit domicile du couple	<input type="checkbox"/> Hébergé chez quelqu'un.....	Célibataire
Vit chez un autre membre famille.....	<input type="checkbox"/> Lieu institutionnel.....	Enfant de moins de 16 ans..... <input type="checkbox"/>
Autre (préciser).....	Autre (préciser)

Demande initiale de l'hospitalisation		
Patient lui-même	<input type="checkbox"/> Médecin traitant	Lieu de vie
Psychiatre traitant.....	<input type="checkbox"/> Autre médecin.....	Autre
Service des urgences.....	<input type="checkbox"/> Services sociaux.....	Préciser :
Proche.....	<input type="checkbox"/> Tuteur et curateur.....

- g) Castelsarrasin,
- i) Beaumont de Lomagne,
- k) Montech,
- m) Grisolles,
- o) Monclar de Quercy,
- q) Nègrepelisse,
- s) St Antonin Noble Val,
- u) Montpezat de Quercy,
- h) St Nicolas de la Grave,
- j) Lafrançaise,
- l) Verdun sur Garonne,
- n) Villebrumier,
- p) Montauban,
- r) Caussade,
- t) Molières,
- v) Caylus.

10) Secteur psychiatrique :

- a) I
- b) II
- c) III
- d) Psychiatrie Infanto-juvénile

11) Situation conjugale au moment de l'admission (1 réponse) :

- a) seul (célibataire, veuf ou veuve, divorcé(e)...)
 - b) en couple (marié ou pas)
 - c) autre

12) Entourage, lieu de vie au moment de l'admission (1 réponse) :

- a) totalement seul
- b) conjoint(e) (marié ou non)
- c) enfant(s)
- d) parent(s)
- e) autre(s) membre(s) de la famille
- f) autres(s) personne(s) que la famille
- g) autre

13) Domicile (une réponse) :

- a) propriétaire de son lieu de vie
- b) locataire
- c) hébergé chez quelqu'un
- d) lieu institutionnel
- e) autre

14) Patient ayant déjà été vu en consultation ou hospitalisé au CH de Montauban pour un motif psychiatrique

- a) oui
- b) non

15) Patient déjà hospitalisé en HAD Psy du CH de Montauban

- a) oui
- b) non

16) Patient déjà hospitalisé en Service de Soins Psychiatriques

- a) oui
- b) non

- b) F10-F19 : troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives
- c) F20-F29 :schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
- d) F30-F39 : troubles du l'humeur (affectifs)
- e) F40-F49 : troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
- f) F50-F59 : syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
- g) F60-F69 : troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
- h) F70-F79 : retard mental
- i) F80-F89 : troubles du développement psychologique
- j) F90-F98 : troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
- k) F99 : trouble mental, sans précision
- l) pas de diagnostic secondaire

24) Intervention du Cadre

- | | | | |
|--------|-----------------|--------------|--------------------|
| | a) oui | b) non | |
| séjour | a) Préadmission | b) Inclusion | c) VAD en cours de |

25) Intervention de l'Assistante Sociale

- | | | |
|--|---------------------------------|--|
| a) oui | b) non | |
| a) Evaluation sociale de pré-admission | b) avis | |
| c) prise en charge sociale | d) suivi social après la sortie | |

26) Intervention de la Psychologue

- | | |
|---|--|
| a) oui | b) non |
| a) Visite de pré-inclusion | b) Visite d'inclusion de la Psychologue |
| c) Prise en charge régulière (1 fois/semaine) | d) Prise en charge soutenue (+ d'1 fois/semaine) |

27) Suivi psychothérapeutique après la sortie par la Psychologue de l'HAD

- | | |
|--------|--------|
| a) oui | b) non |
|--------|--------|

28) Nombre de VAD infirmiers de l'HAD

- | | | |
|----------------|---------------|---------------|
| a) de 0 à 10 | b) de 11 à 20 | c) de 21 à 30 |
| d) de 31 à 40 | e) de 41 à 50 | f) de 51 à 60 |
| g) de 61 à 70 | h) de 71 à 80 | i) de 81 à 90 |
| j) de 91 à 100 | k) + de 100 | |

29) Nombre de visites du médecin traitant réglées dans le cadre de la convention :

30) Intervention de soignants para-médicaux libéraux durant l'HAD :

- | | |
|--------|--------|
| a) oui | b) non |
|--------|--------|

31) Sortie :

a) directe b) séquentielle c) avec suivi téléphonique d) sans suivi téléphonique

32) Durée de l'hospitalisation

- a) < ou égal à 4 jours b) de 5 à 10 jours
c) de 11 à 20 jours d) de 21 à 30 jours
e) de 31 à 40 jours f) de 41 à 50 jours
g) de 51 à 60 jours h) > à 60 jours

33) Retour :

- a) au domicile ou au lieu de vie
b) chez un tiers autre que lieu de vie habituel
c) en hospitalisation psychiatrique classique
d) en hospitalisation HDT/HO
e) en hospitalisation somatique
f) aux urgences
g) décès
h) autres

34) Orientation (plusieurs réponses) :

- a) Hôpital de jour ou activité intra hospitalière
b) CMP/USA/CATTP
c) Appartements associatifs
d) Institutions
e) Nouveau lieu de vie
f) Association spécialisée (ASA 82, GEM,)
g) Autre
h) Pas d'orientation

35) Nécessité d'un relais par infirmier(e) libéral(e) :

- a) oui b) non

36) Suivi médical psychiatrique assuré par (plusieurs réponses) :

- a) psychiatre hospitalier
b) psychiatre libéral
c) psychologue
d) psychothérapeute
e) médecin traitant
f) addictologue
g) gérontologue
h) autre

37) Réhospitalisation à 6 mois en psychiatrie ou aux Urgences pour raisons psychiatriques

- a) oui b) non c) ne sait pas

INDICATEURS SUIVI HAD

PATIENT REFUSE

Patient :

Dossier n° :/..... (année – rang)

Date de la demande :

1) Origine de la demande (plusieurs réponses) :

- a) psychiatrie adulte Hôpital
- b) psychiatrie enfants-juvénile Hôpital
- c) psychiatrie libérale
- d) urgences Hôpital
- e) service addictions Hôpital
- f) service geronto Hôpital
- g) autre

2) Situation du patient au moment de la demande (1 R) :

- a) Hospitalisé
- b) A domicile
- c) au lieu de vie institutionnel
- d) Chez un tiers
- e) Autre

3) Sexe :

- a) masculin
- b) féminin

4) Date de naissance : .../...

5) Date de la visite/l'avis du psychiatre

nombre de jours ouvrables écoulés depuis la date de la demande.....

6) Motif des refus ou de la mise en attente

- a) Domicile trop éloigné
- b) Motif clinique (risque trop élevé de passage à l'acte, indication peu évidente, manque de projet de soins...)
- c) Refus du patient
- d) Abandon du projet par l'équipe soignante
- e) Pas de place HAD disponible
- f) Autre

Annexe n°4 : questionnaire de satisfaction des usagers



ENQUETE DE SATISFACTION
Votre avis nous intéresse

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce formulaire et de le remettre à la fin de votre séjour à un personnel de l'unité ou de nous le faire parvenir à l'adresse suivante :

Unité d'Hospitalisation A Domicile (HAD) Psychiatrique
Pôle Santé Société
Centre Hospitalier de Montauban

Comment jugez-vous ?		Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Pas d'avis
Accueil	Le premier contact avec l'Unité d'HAD Psy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	L'information qui vous a été donnée sur le fonctionnement de l'Unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le rôle de la secrétaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins	La disponibilité du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La discrétion du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La coordination des différents intervenants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le respect de votre dignité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La qualité globale des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La qualité de l'information médicale qui vous a été donnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La qualité de l'écoute que vous a accordée l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La qualité de la prise en charge spécifique de l'anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le rôle de l'assistante sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le rôle du psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation	La facilité à rentrer en contact avec le médecin coordonnateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Les horaires de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le respect des horaires de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le respect de la confidentialité des informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	L'organisation de l'accès 24 heures / 24 aux soins et à l'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	L'approvisionnement en médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La préparation à la sortie de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	L'organisation du relais de prise en charge après l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de votre séjour globalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vos remarques :					
.....					
.....					
.....					

15/11/2011

Questionnaire de satisfaction des médecins qui adressent à l'HAD psychiatrique du CH de Montauban

Identification

- Spécialité : Psychiatre / Pédo-psychiatre / Gériatre / Addictologue / Médecin urgentiste / Neurologue / Médecin généraliste / Autre

- Médecin hospitalier / Libéral / Médico-social (plusieurs réponses possibles)

Adressage des patients à l'HAD

- Dans quelle mesure adressez-vous des patients à l'HAD psychiatrique du CH de Montauban ?
Jamais Rarement Occasionnellement Régulièrement

- Si vous avez répondu « jamais », pourquoi (plusieurs choix possibles) ?

- Refus des patients d'être pris en charge en HAD
- Peur du risque d'auto ou d'hétéro-agressivité
- Peur d'une perte d'information / d'une perte de continuité
- J'utilise d'autres alternatives
- Je ne connais pas bien le fonctionnement de l'HAD
- Je n'ai pas de bons retours sur la prise en charge en HAD
- L'occasion ne s'est pas présentée

- Au cours des 3 derniers mois, avez-vous adressé des patients à l'HAD ?
Oui / Non

- Si oui, pour quelle (s) raison (s) ? (plusieurs choix possibles)

- Demande du patient
- Proposition de ma part
- Refus du patient d'être hospitalisé dans un service de l'hôpital
- Refus du patient de poursuivre une hospitalisation
- Pas de place en hospitalisation temps plein
- Privilégier l'autonomie du patient
- Privilégier le maintien des liens sociaux du patient
- Diminuer la stigmatisation
- Eviter les effets iatrogènes d'une hospitalisation temps-plein

Satisfaction

- Globalement, que pensez-vous de la prise en charge en HAD psychiatrique ?
Très satisfaisante Satisfaisante Neutre Insatisfaisante Très insatisfaisante Pas d'avis

- Que pensez-vous de la rapidité de la procédure de demande d'admission ?

Très satisfaisante Satisfaisante Neutre Insatisfaisante Très insatisfaisante Pas d'avis

- Que pensez-vous du délai de réponse concernant l'admission en HAD ?

Très satisfaisant Satisfaisant Neutre Insatisfaisant Très insatisfaisant Pas d'avis

- Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de la réponse concernant l'admission ou non du patient en HAD ?

Très satisfait Satisfait Neutre Insatisfait Très insatisfait Pas d'avis

- Que pensez-vous du délai de prise en charge en HAD ?

Très satisfaisant Satisfaisant Neutre Insatisfaisant Très insatisfaisant Pas d'avis

- Que pensez-vous du délai dans lequel vous êtes informés de l'admission effective du patient adressé ?

Très satisfaisant Satisfaisant Neutre Insatisfaisant Très insatisfaisant Pas d'avis

- Que pensez-vous de la facilité à échanger de l'information durant le séjour du patient en HAD ?

Très satisfaisante Satisfaisante Neutre Insatisfaisante Très insatisfaisante Pas d'avis

- Que pensez-vous de la qualité de ces échanges ?

Très satisfaisante Satisfaisante Neutre Insatisfaisante Très insatisfaisante Pas d'avis

- Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre implication dans les décisions médicales concernant votre patient lors de son séjour en HAD ?

Très satisfait Satisfait Neutre Insatisfait Très insatisfait Pas d'avis

- Que pensez-vous de la qualité des soins reçus en HAD ?

Très satisfaisante Satisfaisante Neutre Insatisfaisante Très insatisfaisante Pas d'avis

- Que pensez-vous de l'organisation de la sortie du patient ?

Très satisfaisante Satisfaisante Neutre Insatisfaisante Très insatisfaisante Pas d'avis

- Le cas échéant, que pensez-vous de la qualité de l'orientation du patient à sa sortie ?

Très satisfaisante Satisfaisante Neutre Insatisfaisante Très insatisfaisante Pas d'avis

- Que pensez-vous du traitement de sortie du patient ?

Très satisfaisant Satisfaisant Neutre Insatisfaisant Très insatisfaisant Pas d'avis

- Que pensez-vous de la qualité du compte-rendu d'hospitalisation ?

Très satisfaisante Satisfaisante Neutre Insatisfaisante Très insatisfaisante Pas d'avis

- Que pensez-vous de son délai de réception ?

Très satisfaisant Satisfaisant Neutre Insatisfaisant Très insatisfaisant Pas d'avis

Si vous avez des remarques :

Merci de votre participation !

Annexe n° 6 : Résultats qualitatifs de l'enquête de satisfaction auprès des usagers

Très bonne équipe médicale, disponibilité.

Je suis globalement très satisfaite de mon hospitalisation à domicile qui correspondait à mes attentes. Je tiens à souligner la compétence et la bienveillance toute particulière du personnel soignant.

Personnel très agréable et très à l'écoute.

En résumé globalement très satisfait compte tenu de la période de vacances. Effort consenti parce que c'était M. Derache (infirmier).

Bien contente de leurs services. Ce qui m'a bien fait plaisir et leurs soins.

Il serait intéressant que les médecins généralistes et autres reçoivent une information sur les urgences psychiatriques, les CMP et vos services.

Prise en charge trop courte. J'aurai aimé et besoin de continuer l'accompagnement HAD.

Personnels très compétents, compréhensifs, doux, aidants pour les conseils et à retrouver de l'optimisme, à reprendre de la confiance et disponible toutes les heures.

Merci à toute votre équipe pour m'avoir appris à contrôler mes symptômes anxieux cela m'aide beaucoup ! (même si parfois c'est un peu dur)

Merci à vous tous.

Très bonne prise en charge globalement. On voit que les membres de l'équipe connaissent leur sujet. J'espère ne pas les revoir !

Etant donné le nombre de mois (10) en hospitalisation à Capou service Tilleuls je peux dire je veux dire que j'ai l'impression d'avoir été lâché dans la nature.

Personnels très gentils, à l'écoute, très content du suivi.

Continuez comme vous le faites, c'est un travail super et qui m'a vraiment beaucoup aidé.

Aucune.

Je reconnais que l'accompagnement reçu pendant ces deux mois ont favorisé le désir de vie, la confiance que j'ai besoin de retrouver.

Très bonne équipe. Super sympa.

Merci à toute l'équipe.

Un dévouement remarquable.

Prise en charge très positive. Permet d'avoir des outils pour aider à mieux être. Equipe sérieuse et sympathique. Un grand merci à l'HAD.

Je vous remercie, je salue le Dr Olivier et son équipe soignante. Merci pour la qualité très efficace des soins qui m'ont été offerts. Au revoir.

Un peu angoissé à l'idée que le suivi HAD s'arrête, peur d'une éventuelle rechute mais suivis par Mme Munoz et le Dr Amaya. Equipe à l'écoute et efficace.

Pas de remarques.

Très bonne équipe. Merci.

Aucune remarque tout le personnel était à l'écoute. Très bien.

Très bonne équipe. Merci à tous.

Une équipe formidable de grande écoute et d'empathie. Nous avons une chance exceptionnelle à Montauban d'avoir ce service. Encore un immense merci.

Discrétion avec les piluliers à la main.

Merci beaucoup.

Je suis très satisfait mais angoissé de ne plus avoir de visite. Merci pour votre soutien à tous vous êtes formidables.

Sans la prise en charge de l'HAD qui a mis certes du temps à démarrer, je pense que j'aurais difficilement pu remonter la pente malgré mon traitement car j'étais très mal. J'ai beaucoup apprécié le professionnalisme du personnel soignant et d'avoir pu rencontrer le Dr Olivier qui dès le premier entretien a su me mettre en confiance et perçut ce qui pouvait me mettre dans un état dépressif. Je remercie chaleureusement toute l'équipe de l'HAD.

Equipe au global à l'écoute et professionnelle dans la demande de soins. Très satisfait du séjour dans sa globalité.

Rien à signifier.

Comme vous pouvez le constater je suis très satisfait de cette expérience en psychiatrie c'est la première fois de mon parcours difficile que je peux recevoir de l'aide. Je remarque que cela a été très positif. Merci.

Très satisfaite de ma prise en charge globalement. Merci.

Très bien parfois rude mais bien.

Une satisfaction générale de ma part, pour ce type d'hospitalisation avec un accompagnement satisfaisant en plus.

Annexe n°7 : Résultats qualitatifs de l'enquête de satisfaction auprès des médecins qui adressent à l'HAD

J'exerce 1/3 en pédo psychiatrie. L'HAD assure correctement ses missions. Sauf patients stabilisés depuis longtemps, je vois assez peu de patients lourds, n'ayant pas d'activité en clinique privée ni de vacances à l'hôpital.

Très satisfait globalement, si on cherche vraiment : peut-être on pourrait améliorer les échanges lors du séjour et sur le "motif" du séjour, et faire plus de tuilage de PEC pour moins de rupture à la fin... mais difficultés je pense de disponibilité des intervenants...

Dans le cadre de l'Equipe Mobile de Gériatrie je suggère régulièrement des prises en soins HAD psy à la sortie des patients, notamment les résidents d'EHPAD. Je ne sais pas si toutes ces propositions aboutissent concrètement car ce n'est pas l'EMG qui fait les démarches.

Pas de problème concernant la prise en charge des patients en HAD psy, à partir du moment où ils sont connus de la filière psychiatrique. C'est beaucoup plus compliqué pour les patients non connus psychiatriques, pour qui nous avons beaucoup de difficultés à avoir un avis psychiatrique rapide (jamais moins d'1 semaine, et encore...) dans le service.

La possibilité de pouvoir prioriser avec vous certaines demandes est très importante.

Excellent service qui pêche un peu quant à sa réponse initiale c'est-à-dire par exemple pas d'observation dans l'ordinateur... peu de communication avant la mise en route effective de l'hospitalisation. Une minorité de patient peut aussi se plaindre de ne voir qu'une fois le psychiatre.

S'il y avait plus de places, ça aurait été mieux pour s'adapter à chaque situation et chaque patient. Mais, le travail de tri des patients, les soins, la prise en charge et l'orientation sont satisfaisants.

A ce jour, je n'ai pas orienté de patient vers l'HAD car je n'ai pas d'occasion qui s'est présentée, mais il me semble que c'est un recours précieux dont je n'hésiterai pas à saisir si l'indication se présentait.

Avis très limité, pas eu d'occasion de solliciter les services d'HAD ou peu d'avoir des patients communs.

Etant en CMP enfant, je n'ai pas (eu) l'occasion d'adresser à l'HAD et je ne connais pas (bien) la structure, je ne peux donc pas me prononcer

Intérêt d'évaluer ou renforcer des liens avec l'environnement y compris la famille. Je n'ai pas à intervenir par rapport au traitement. C'est assez laborieux d'avoir des contacts ou liens en dehors des après-midis (réunions), il faudrait que j'utilise le mail.

Outil très pertinent manié avec une excellente professionnalisation.

Bibliographie

1. Farrelly S, Brown G, Rose D, Doherty E, Henderson RC, Birchwood M, et al. What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* oct 2014;49(10):1609-17.
2. Frueh BC, Dalton ME, Johnson MR, Hiers TG, Gold PB, Magruder KM, et al. Trauma within the psychiatric setting: conceptual framework, research directions, and policy implications. *Adm Policy Ment Health.* nov 2000;28(2):147-54.
3. Roelandt J-L, Vaglio A, Magnier J, Defromont L. La santé mentale en France et dans le monde : « Des hommes, pas des murs ». 2015;(1):47-58.
4. WHO IRIS: Primary health care : report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 / jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund [Internet]. [cité 3 févr 2016]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>
5. Foucault M. Histoire de la Folie à l'âge Classique. Paris; 1972.
6. Loi n°7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés. 1838.
7. Pascal J-C, Simmonnot A-L, Faucher L, Garret-Gloanec N. Alternatives à l'hospitalisation psychiatrique de l'adulte. *Encyclopédie médico chirurgicale.* 2003;37(930-NaN-10):1-10.
8. Daumezon G. Essai d'historique critique de l'appareil d'assistance au malades mentaux dans le département de la Seine depuis le début du xixe siècle. *L'information psychiatrique.* 1960;
9. Postel J, Quétel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Dunod. Paris; 1994.
10. Goffman E. Asiles: essai sur la condition sociale des malades mentaux. éditions de minuit. Paris; 1968.
11. Castel R. La Gestion des Risques de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse. Editions de minuit. Paris; 1981.
12. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. 1960.
13. Pascal J-C. Le secteur de psychiatrie. In: Manuel de psychiatrie Guelfi J-D, Rouillon F. Elsevier masson. Paris; 2008. p. 624-7.
14. Ailam L, Rchidi M, Tortelli A, Skurnik N. Le processus de désinstitutionalisation. *Annales médico-psychologiques.* août 2009;167(6):455-8.
15. Belliard E. L'hôpital psychiatrique en 1986 et ses récents bouleversements. *Confront Psychiatr.* 1990;(32):75-92.
16. Cour des Comptes. L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2010. 2011.

17. O'Hara A. Housing for people with mental illness: update of a report to the President's New Freedom Commission. *Psychiatr Serv Wash DC*. juill 2007;58(7):907-13.
18. Leff J. Why is care in the community perceived as a failure? *Br J Psychiatry J Ment Sci*. nov 2001;179:381-3.
19. Laporte A, Chauvin P. Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. 2010 janv.
20. Castro B, Bahadori S, Tortelli, Ailam L, Skurnik N. Syndrome de la porte tournante en psychiatrie en 2006. *Annales médico-psychologiques*. mai 2007;165(4):276-81.
21. Ramonet M, Roelandt J-L. Soins intensifs à domicile : modèles internationaux et niveau de preuve. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. sept 2013;171(8):524-30.
22. Roelandt J-L, Piel E. De la Psychiatrie vers la Santé Mentale. 2001 juill.
23. DRESS. Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999. *Etudes et résultats*. mars 2002;(163).
24. Couturier P-L. Hospitalisation à domicile en psychiatrie : historique, modèles, enjeux et étude de besoin sur un secteur adulte. [Paris 14ème]: Paris 5; 2013.
25. Leyreloup A-M. Hospitalisation à domicile en psychiatrie, une idée pas si neuve. *VST - Vie Soc Trait*. 2008;99(3):53.
26. Article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 1970.
27. Langsley DG, Machotka P, Flomenhaft K. Avoiding mental hospital admission: a follow-up study. *Am J Psychiatry*. avr 1971;127(10):1391-4.
28. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. 1991.
29. Circulaire N° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. 2000.
30. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. 2003.
31. Cour des comptes. L'hospitalisation à domicile Évolutions récentes. www.ccomptes.fr. 2015.
32. Circulaire N°DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile. 2004.
33. Navarro N, Pham-Van A, Parera K, Jung C, Olivier F. Recensement des services d'hospitalisation à domicile psychiatriques en France en 2015. *European Psychiatry*. nov 2015;30:140.
34. Catty J, Burns T, Knapp M, Watt H, Wright C, Henderson J, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychol Med*. avr 2002;32(3):383-401.
35. Wright C, Catty J, Watt H, Burns T. A systematic review of home treatment services--classification and sustainability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. oct 2004;39(10):789-96.
36. Berhe T, Puschner B, Kilian R, Becker T. [« Home treatment » for mental illness. Concept definition and effectiveness]. *Nervenarzt*. juill 2005;76(7):822-8, 830-1.

37. Pham-Van A, Navarro N, Saint-Antonin A, Guillard P. Enquête de fonctionnement des services d'hospitalisation à domicile psychiatriques en France en 2015. *European Psychiatry*. nov 2015;30:141.
38. Rosetti R, Pichard P. Hospitalisation à domicile, une opportunité de soins en psychiatrie de secteur. *Soins psychiatrie*. avr 2005;(237):20-5.
39. Rosetti R, Sakh D, Ramond A, Sogno-Berat S. Enquête sur le mode de fonctionnement et l'activité d'hospitalisation à domicile d'un secteur psychiatrique de la Seine Saint-Denis. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. août 2003;161(6):478-84.
40. Semal R, Revillion J-J. À propos de l'intégration des soins psychiatriques dans la ville, évaluation d'une structure d'hospitalisation à domicile sur un secteur de psychiatrie adulte. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. mars 2009;167(2):127-33.
41. Lundh K. L'hospitalisation à domicile en psychiatrie. *Soins psychiatrie*. 1995;(175-176):6-11.
42. Schlessler A, Bocher R. EQUIPAD, soins psychiatriques aigus au domicile : un outil innovant, efficace et pérenne. *Eur Psychiatry*. nov 2015;30(8):S149-50.
43. Robin M, Pochard F, Ampelas J-F, Kannas S, Bronchard M, Mauriac F, et al. Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France. *Thérapie Fam*. 2001;22(2):133.
44. Robin M, Bronchard M, Kannas S. Ambulatory care provision versus first admission to psychiatric hospital: 5 years follow up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 4 mars 2008;43(6):498-506.
45. Burns T, Catty J, Watt H, Wright C, Knapp M, Henderson J. International differences in home treatment for mental health problems. Results of a systematic review. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. nov 2002;181:375-82.
46. Singh R, Rowan J, Burton C, Galletly C. How effective is a hospital at home service for people with acute mental illness? *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr*. déc 2010;18(6):512-6.
47. Nwachukwu I, Nkire N, Russell V. Profile and activities of a rural home-based psychiatric treatment service in Ireland. *Int J Psychiatry Clin Pract*. juin 2014;18(2):125-30.
48. Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Šaltytė-Benth J, Ruud T. Psychiatric admissions from crisis resolution teams in Norway: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry*. 2013;13:117.
49. Department of Health. The Mental Health Policy Implementation Guide. www.iris-initiative.org.uk. 2001.
50. Hodge S, Buley N. Home Treatment Accreditation Scheme. Standards for Home Treatment Teams. The Royal College of Psychiatrists. 2015.
51. Sjølie H, Karlsson B, Kim HS. Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome - a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. déc 2010;17(10):881-92.
52. Smyth MG, Houlst J. The home treatment enigma. *BMJ*. 29 janv 2000;320(7230):305.
53. Brimblecombe N, O'Sullivan G, Parkinson B. Home treatment as an alternative to inpatient admission: characteristics of those treated and factors predicting hospitalization. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. déc 2003;10(6):683-7.

54. Johnson S, Nolan F, Hoult J, White IR, Bebbington P, Sandor A, et al. Outcomes of crises before and after introduction of a crisis resolution team. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juill 2005;187:68-75.
55. Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, McKenzie N, et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *BMJ.* 17 sept 2005;331(7517):599.
56. Tulloch AD, Khondoker MR, Thornicroft G, David AS. Home treatment teams and facilitated discharge from psychiatric hospital. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 30 juin 2014;1-13.
57. Hubbeling D, Bertram R. Crisis resolution teams in the UK and elsewhere. *J Ment Health Abingdon Engl.* juin 2012;21(3):285-95.
58. Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [cité 15 juin 2016]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001087.pub5/abstract>
59. Glover G, Arts G, Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* nov 2006;189:441-5.
60. Barker V, Taylor M, Kader I, Stewart K, Fevre PL. Impact of crisis resolution and home treatment services on user experience and admission to psychiatric hospital. *The Psychiatrist.* 1 mars 2011;35(3):106-10.
61. Gould M, Theodore K, Pilling S, Bebbington P, Hinton M, Johnson S. Initial treatment phase in early psychosis: can intensive home treatment prevent admission? *The Psychiatrist.* 1 juill 2006;30(7):243-6.
62. Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A, Fitzgerald C, Fullarton K, Mosse L, et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry [Internet].* 8 avr 2015 [cité 9 mai 2015];15. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4405828/>
63. While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet Lond Engl.* 17 mars 2012;379(9820):1005-12.
64. Winness MG, Borg M, Kim HS. Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review. *J Ment Health Abingdon Engl.* févr 2010;19(1):75-87.
65. Nelson T, Johnson S, Bebbington P. Satisfaction and burnout among staff of crisis resolution, assertive outreach and community mental health teams. A multicentre cross sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* juill 2009;44(7):541-9.
66. Goldsack S, Reet M, Lapsley H, Gingell M. Experiencing a Recovery-Oriented Acute Mental Health Service : Home based Treatment from the Perspectives of Service Users, Their Families and Mental Health Professionals . Mental Health Commission, Wellington, New Zealand . <http://www.intensivehometreatment.com>. 2005.
67. McCrone P, Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, et al. Economic evaluation of a crisis resolution service: a randomised controlled trial. *Epidemiol Psychiatr Soc.* mars 2009;18(1):54-8.

68. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [cité 21 avr 2016]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
69. Toot S, Devine M, Orrell M. The effectiveness of crisis resolution/home treatment teams for older people with mental health problems: a systematic review and scoping exercise. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1 déc 2011;26(12):1221-30.
70. Henggeler SW, Rowland MD, Randall J, Ward DM, Pickrel SG, Cunningham PB, et al. Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. nov 1999;38(11):1331-9.
71. Matthejat F, Hirt BR, Wilken J, Schmidt MH, Remschmidt H. Efficacy of inpatient and home treatment in psychiatrically disturbed children and adolescents. Follow-up assessment of the results of a controlled treatment study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2001;10 Suppl 1:171-79.
72. Shepperd S, Doll H, Gowers S, James A, Fazel M, Fitzpatrick R, et al. Alternatives to inpatient mental health care for children and young people. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [cité 28 juin 2016]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006410.pub2/abstract>
73. Martin J-P. *Psychiatrie dans la ville. Pratiques et clinique de terrain*. érès. 2000. (Etudes, recherches, Actions en santé Mentale en Europe).
74. Clercq MD, Goffinet S, Brusselmans M, Hoyois P, Andreoli A. L'alliance thérapeutique comme prédicteur du devenir de l'intervention de crise au service des urgences. *Rev Fr Psychiatr Psychol Médicale*. 15 janv 1997;4(1.0):126-31.
75. Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. 2005.
76. Andreu I, Boiteux C. Mise en place de l'équipe mobile d'intervention et de liaison intersectorielle (EMILI) : une démarche tournée vers le partenariat médecins généralistes et psychiatres de secteur. Universités Lille 2 et Paris 13; 2013.
77. Demailly L, Autès M. *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*. Armand Colin. 2012. 232 p. (Recherches).
78. Organisation Mondiale de la Santé. *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. 2013.
79. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry*. 1 janv 2003;37(5):586-94.
80. Favrod J, Maire A. *Se rétablir de la schizophrénie : guide pratique pour les professionnels*. Elsevier Masson. 2012. 184 p.
81. Salyers M, Tsemberis S. ACT and Recovery : Integrating Evidence-Based Practice and Recovery Orientation on Assertive Community Teams. *Community Mental Health Journal*. déc 2007;43(6).
82. Protocol for Assertive Community Treatment Fidelity Scale (Dartmouth Assertive Community Treatment Scale – DACTS) [Internet]. 2003 [cité 20 févr 2016]. Disponible sur: www.dartmouth.edu

83. Mueser KT, Bond JR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness : a review of research on case management. *Schizophr Bull.* 1998;24(1):37-74.
84. Muijen M, Marks IM, Connolly J, Audini B, McNamee G. The daily living programme. Preliminary comparison of community versus hospital-based treatment for the seriously mentally ill facing emergency admission. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* mars 1992;160:379-84.
85. Marks IM, Connolly J, Muijen M, Audini B, McNamee G, Lawrence RE. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* août 1994;165(2):179-94.
86. Vavasseur-Desperriers J, Boulongne Y, Roelandt J-L, Defromont L, Meaux A. Service de Soins Intensifs Intégrés dans la Cité (SIIC). *Prat En Santé Ment.* 2010;56(2):13-8.
87. Sadowski LS, Kee RA, VanderWeele TJ, Buchanan D. Effect of a housing and case management program on emergency department visits and hospitalizations among chronically ill homeless adults: a randomized trial. *JAMA.* 6 mai 2009;301(17):1771-8.
88. Kyle T, Dunn JR. Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. *Health Soc Care Community.* janv 2008;16(1):1-15.
89. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(10):CD007906.
90. DIHAL. Programme « un chez soi d'abord ». Bilan à fin décembre 2015. 2016.
91. De Metz P-A. Évolution des soins sans consentement en psychiatrie : présentation des apports de la loi du 05 juillet 2011 et analyse épidémiologique au travers des données du Recueil des Informations Médicalisées en Psychiatrie (RIM-Psy) de la Région Centre pour les années 2009-2010. [Tours]; 2011.
92. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. InterEditions 2nd ed. Paris; 2013.
93. Sermage P, Piras L, Pasquier A, Olivier F, Parera K. Et si les patients en hospitalisation libre avaient le choix : hospitalisation classique ou hospitalisation à domicile? 2015.

**HOME TREATMENT FOR MENTAL ILLNESS : MODELS,
EFFECTIVENESS AND INTEGRATION IN THE HEALTH NETWORK**

A descriptive study of Montauban's Home Treatment's service

ABSTRACT :

Home treatment for mental illness is a request made by users and by the WHO. Psychiatric home based treatment has developed itself within Anglo-Saxon countries where its efficiency has been demonstrated for services which also realize crisis interventions. In France, Home based treatment is defined as being an alternative to hospital care and is not so well known and well spread through the country. The main goals of this study are to give a definition and to describe the actual state of home based treatment, to discuss its positioning within psychiatric health care, its indications and contraindications and its effectiveness. Our study of Montauban's Home-Treatment service has described clearly the patients' identities and the service's functioning. Its effectiveness has been recognized by users and referring doctors making this first study positive. Complementary objective assessments of French Home treatment would be necessary for the future.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

KEY WORDS : home treatment, home care, alternative to hospitalization, mobile team, psychiatry

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Thesis maintening : Toulouse, the 26th of September 2016

Director of thesis : Dr François OLIVIER
Co-director : Dr Axel BOURCIER

**L'HOSPITALISATION A DOMICILE EN PSYCHIATRIE :
MODELES, EVALUATIONS ET INTEGRATION DANS LE RESEAU DE
SOINS**

**Etude descriptive de l'unité d'hospitalisation à domicile du
Centre Hospitalier de Montauban**

RESUME EN FRANÇAIS :

Les soins psychiatriques à domicile sont demandés par les usagers et par l'OMS. L'hospitalisation à domicile psychiatrique est un concept qui s'est développé dans les pays anglo-saxons et dont l'efficacité a été démontrée lorsque la fonction de traitement à domicile était couplée à une fonction d'intervention de crise. En France, l'HAD définie comme alternative à l'hospitalisation, est encore peu répandue. L'objet de ce travail est de proposer une définition et un état des lieux de l'HAD en psychiatrie, de discuter de sa place dans le soin psychiatrique, de ses indications et contre-indications et de son évaluation. Notre étude sur l'HAD du CH de Montauban a permis de décrire précisément les patients hospitalisés à domicile et le fonctionnement de l'unité. Les résultats de l'évaluation de la prise en charge par les usagers et par les médecins qui adressent les patients sont encourageants. Des évaluations objectives complémentaires de l'HAD en France seraient nécessaires.

TITRE EN ANGLAIS : Home treatment for mental illness : models, effectiveness and integration in the health network. A descriptive study of Montauban's Home Treatment's service.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : hospitalisation à domicile, soins à domicile, équipe mobile, alternative à l'hospitalisation, psychiatrie

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :
Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Dr François OLIVIER
Co-directeur : Dr Axel BOURCIER