

2021-2022

THÈSE
pour le
DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en PSYCHIATRIE

**L'Equipe Mobile de Réhabilitation
de l'Etablissement Public de Santé
Mentale de la Sarthe : description
et évaluation de l'impact sur les
admissions en service hospitalier
de novembre 2016 à décembre
2019.**

DE BARBERIN-BARBERINI Marie

Née le 15 Avril 1992 à Saint-Denis (974)

Sous la direction de Mme la Docteure **LAURENT Elodie**

Membres du jury

Madame la Professeure GOHIER Bénédicte	Présidente
Madame la Docteure LAURENT Elodie	Directrice
Madame la Professeure GRALL-BRONNEC Marie	Membre
Madame la Docteure ANGOULVANT Cécile	Membre

Soutenue publiquement le :
07 Avril 2022

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Marie de BARBERIN-BARBERINI,
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **07/02/2022**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédiopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie

FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine

ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Médecine d'urgence	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie

COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Radiopharmacie	Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	Pédopsychiatrie ; addictologie	Médecine
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie

SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
PAST		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
ATER		
Arrivée prévue nov 2021	Immunologie	Pharmacie
PLP		
CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
AHU		
CORVAISIER Mathieu	Pharmacie Clinique	Pharmacie
IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, merci aux membres de mon jury de thèse :

Au Pr Bénédicte GOHIER, pour sa bienveillance, pour ses témoignages de confiance et son écoute, et pour tous ses enseignements. Merci d'avoir contribué à faire de moi la psychiatre que je suis.

Au Dr Elodie LAURENT, pour sa disponibilité, son enthousiasme, sa générosité.... Merci de m'avoir accompagnée pendant mon internat et mon FFI. Merci aussi pour ton soutien et ta confiance sur ce travail de thèse. Merci pour ton amitié.

Au Pr Marie GRALL-BRONNEC, pour avoir si gentiment accepté de faire partie de mon jury de thèse et pour l'intérêt qu'elle porte à ce travail.

Au Dr Cécile ANGOULVANT, pour avoir dit oui sans hésitation à mon invitation dans ce jury, pour son enthousiasme quant à mon travail. Merci aussi d'être une formidable collègue de travail pour mon Alexandre.

Merci également à l'équipe EMR pour sa disponibilité et sa confiance. Merci de m'avoir accueillie et d'avoir partagé avec moi vos connaissances et vos valeurs soignantes. Je suis fière et heureuse de vous avoir rencontrés et j'espère avoir pu mettre en lumière l'extraordinaire travail que vous menez.

A ma maman, pour ton amour infini, ta confiance et ton soutien, pour tout... Les mots ne suffisent pas pour exprimer tout ce que je te dois.

A mon papa, pour ton aide et ta présence surnaturelle dans toutes les étapes de ma vie.... Les mots ne suffisent pas pour exprimer tout ce que tu me manques.

A ma Loulou, ma merveilleuse petite sœur, dont je suis si fière et que j'aime tant. Merci pour ta joie, ton soutien, ton humour...

A Artur, le meilleur beau-frère de la terre ! Merci de rendre ma Loulou si heureuse.

A mon Boubou, notre hibou enchanter, et à mon Sam, que je suis si heureuse et reconnaissante d'avoir retrouvé ! Mes merveilleux frères dont je suis si fière et que j'aime à l'infini.

A ma Léane, pour tous les moments partagés et la complicité retrouvée. Je t'aime et je suis fière de toi.

A mon Alexandre, mon merveilleux amour, mon âme sœur. Tu es ma raison de vivre, le plus beau cadeau qui m'ait été accordé par la vie. Je t'aime plus que tout et je compte passer le reste de ma vie à te chérir.

A notre Pois-chiche, que j'aime et que je n'oublie pas.

A mes amis, et tout particulièrement Hélène, Maryse et Marc. Vous êtes des amis formidables ! Merci aussi à ma petite Hélène C. pour ton amitié qui m'est si précieuse.

A Gabriela, Olivier et Béné, pour m'avoir accueillie dans leur famille, pour leur amour et leur soutien.

Liste des abréviations

AAH	Allocations aux Adultes Handicapés
AEEH	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
ALD	Affection Longue Durée
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APL	Aide Personnalisée au Logement
CLD	Congé Longue Durée
CLM	Congé Longue Maladie
EMR	Equipe Mobile de Réhabilitation
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
GEM	Groupes d'Entraide Mutuelle
IDEL	Infirmier Diplômé d'Etat Libéral
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAAD	Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAMSAH	Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Services d'Accompagnement à la Vie Sociale

PLAN

INTRODUCTION

MÉTHODES

I. Description de l'Equipe Mobile de Réhabilitation (EMR) de l'établissement public de santé mentale (EPSM) de la Sarthe

II. Format de l'étude

III. Population de l'étude

IV. Analyses statistiques

RÉSULTATS

I. Caractéristiques de la population de l'étude

II. Actions menées par l'EMR

III. Impact sur le nombre et la durée des admissions hospitalières

DISCUSSION

I. Caractéristiques sociodémographiques des patients

II. Résultats concernant les actions menées par l'EMR

III. Résultats concernant les hospitalisations

IV. Limites

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

Les maladies mentales représentent un enjeu majeur de santé publique dans le monde et en France. On estime ainsi qu'environ 18% de la population française présentent au moins un trouble psychiatrique (1).

Ces troubles sont associés à une surmortalité mais également à un handicap fonctionnel important (difficulté d'insertion sociale, professionnelle, stigmatisation, problématiques de logement et d'accès aux soins ...) (2). Ces pathologies engendrent également des coûts directs importants, estimés en France en 2013 à environ 21,3 milliards d'euros, et des coûts indirects de par leur impact sur la capacité de travail de ces patients (3).

En parallèle de la prise en charge symptomatique aigue en services de soins hospitaliers et des limites qui lui sont associées, il est apparu nécessaire de développer des dispositifs de soin, articulés avec ces derniers, pouvant proposer de nouveaux axes d'accompagnement personnalisés, ajustés aux besoins du patient stabilisé, à ses projets et au caractère chronique de sa pathologie (4).

De nouvelles pratiques de soins ambulatoires basées sur le concept de « réhabilitation psychosociale » sont ainsi apparues dans les années 1980 aux Etats-Unis, se sont répandues et ont été validées par de nombreuses études dans la littérature scientifique internationale (5-8).

La réhabilitation psychosociale est une approche de soin se basant sur les concepts de rétablissement personnel et d'insertion sociale. Elle constitue un véritable partenariat avec le patient, axant son travail sur la définition et la réalisation d'objectifs de soin et de vie par et pour le patient. Elle s'appuie sur le développement et la potentialisation des capacités propres du patient par le soin et sur un travail de réseau avec de multiples acteurs médicaux-sociaux (8).

Néanmoins, les structures de réhabilitation psychosociale restent mal identifiées et très hétérogènes dans leur distribution sur le territoire français (9,10), et les études françaises sur le sujet sont encore peu nombreuses (7).

Le développement et la valorisation de ces structures ont d'ailleurs fait l'objet d'une loi et d'un décret (11,12). Ils sont un enjeu important des nouvelles politiques de santé.

L'objet de cette thèse est de décrire le fonctionnement et les actions d'une de ces équipes, celle de l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Sarthe du pôle 1-6, et d'évaluer son efficacité sur la réduction du taux d'admissions hospitalières. Les objectifs sont multiples : sur le plan de l'établissement, cette étude permet d'apprécier l'impact des actions menées par cette équipe et de déterminer des axes d'amélioration dans leur prise en charge ambulatoire sectorielle. Sur le plan régional et national, elle permet une mise en lumière de cette approche de soin encore trop peu répandue dans les milieux spécialisés et possiblement le développement d'autres structures du même type.

MÉTHODES

I. Description de l'Equipe Mobile de Réhabilitation (EMR) de l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) de la Sarthe :

L'EMR est une équipe mobile créée en novembre 2016 au sein de l'EPSM de la Sarthe. Elle a pour vocation de réaliser un travail de réhabilitation psychosociale avec et pour les patients. Ce travail consiste à évaluer les objectifs, les ressources et les obstacles des patients afin de les accompagner dans leurs projets de vie en favorisant une insertion ou réinsertion dans différents domaines.

Durant la période concernée par le recueil de données, entre sa création et décembre 2019, l'équipe était composée de 4 infirmiers, 1 aide-soignant, 1 cadre de santé, 1 médecin et 1 assistante sociale. Une file active d'environ 60 personnes était prise en charge. Les territoires couverts par le dispositif EMR correspondaient aux secteurs psychiatriques 1 et 6 de la Sarthe, soit environ 1/3 du département.

L'équipe travaille 5 jours par semaine, du lundi au vendredi, de 9h à 17h. Leur travail se décline en plusieurs actions, notamment au travers d'une prise en charge ambulatoire mobile (visites à domicile, appels téléphoniques, accompagnements divers...), des entretiens soignants, des actes de soins (dispensation de traitements...), une réflexion pluridisciplinaire sur les dossiers de patients via des synthèses médicales et paramédicales, et un travail de réseau avec les différents partenaires de soin.

II. Format de l'étude :

Notre travail consiste en une étude descriptive rétrospective élaborée à partir des informations contenues dans les dossiers médicaux informatisés de l'EPSM. La démarche de

recueil des données et la nature des informations collectées ont été validées par le délégué à la protection des données de l'établissement.

Afin d'évaluer au mieux l'efficacité de l'EMR dans la prise en charge des patients, nous avons décliné la présente étude en deux parties.

Le premier objectif consiste en un recueil exhaustif de données concernant les actions menées par les soignants de l'EMR lors de la prise en charge de chaque patient. Il se décline en quatre axes majeurs :

- Le domaine du logement,
- Le domaine social,
- Les domaines professionnel et financier,
- Le domaine sanitaire.

Le deuxième objectif est d'évaluer l'efficacité de la prise en charge par l'EMR sur la diminution des hospitalisations complètes sur l'EPSM de la Sarthe. Ainsi, nous comparons les données suivantes entre l'année avant entrée dans le dispositif de l'EMR et la première année de prise en charge :

- Le nombre d'admissions hospitalières,
- Le nombre de jours passés en hospitalisation.

III. Population de l'étude :

Les patients inclus dans l'étude sont des patients ayant été suivis par l'EMR entre sa création, en novembre 2016, et le 31 décembre 2019. Nous avons volontairement exclu la période postérieure au 31 décembre 2019 pour ne pas biaiser les résultats avec les

changements de fonctionnement institutionnel en lien avec l'apparition de la COVID-19 et l'intégration d'un autre secteur au dispositif EMR.

Les patients inclus répondent tous aux critères d'inclusion dans le dispositif EMR : patients majeurs, présence d'un diagnostic psychiatrique et pathologie globalement stabilisée, domiciliation dans les secteurs psychiatriques 1 ou 6 de la Sarthe, indication à une prise en charge de réhabilitation psychosociale et adhésion au projet de soin EMR. Chaque inclusion dans le dispositif a par ailleurs été validée selon ces critères par le médecin en charge de l'EMR.

Un suivi minimal de trois mois par l'EMR a été retenu comme critère d'inclusion dans la première partie de l'étude et un suivi minimal d'un an a été retenu pour la deuxième partie.

Les critères d'exclusion consistent principalement en une opposition à la participation à l'étude. Un courrier d'information a été envoyé à chaque participant avec explication des modalités d'opposition possibles (Annexe 1).

IV. Analyses statistiques :

Les analyses statistiques ont été réalisées sur Excel et sur le logiciel SPSS. Un test de Shapiro-Wilk a été utilisé pour vérifier la normalité de distribution des données hospitalières pré et post admission EMR. Les données ne correspondant pas à une distribution normale et présentant par ailleurs les conditions d'appariement nécessaires, un test de Wilcoxon signed rank a été utilisé pour les comparer.

RÉSULTATS

I. Caractéristiques de la population de l'étude :

250 patients ont été suivis par l'EMR entre novembre 2016 et le 31 décembre 2019. Parmi ces patients, 132 ont été suivis sur une période minimale de 3 mois. 13 patients ont été, par la suite, exclus de ce groupe :

- 5 oppositions,
- 1 perdu de vue,
- 7 dossiers correspondant à des doublons.

Nous avons donc 119 patients inclus dans la première partie de notre étude. Parmi cette population, 68 patients ont été suivis minimum un an par l'EMR et sont donc inclus dans la seconde partie de l'étude. Ces chiffres sont organisés dans le Flow-Chart suivant.

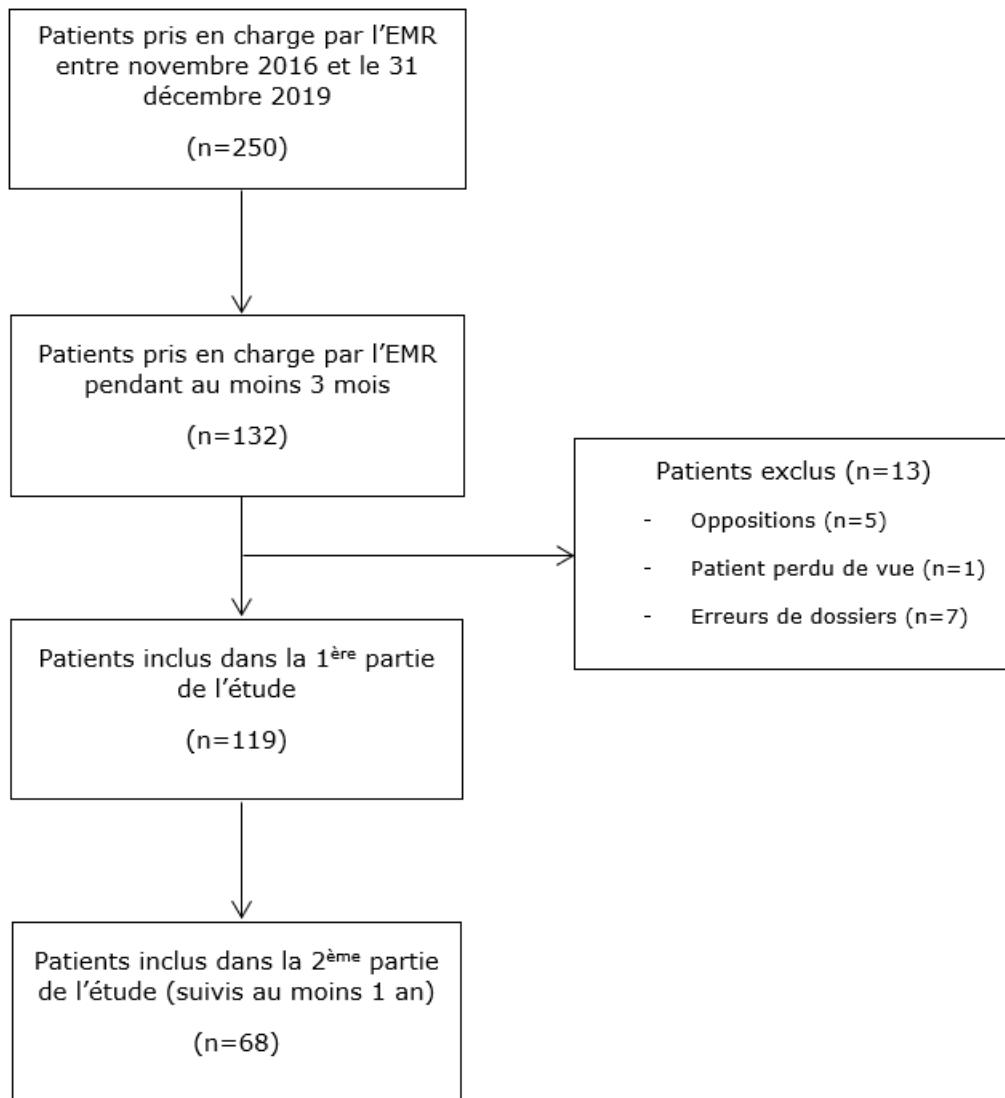


Figure 1 : Flow-chart.

La population incluse dans l'étude a un âge moyen de $43,2 \pm 2,5$ ans. Elle est composée majoritairement par des hommes (65,5%), avec un diagnostic principal de schizophrénie et apparentés (45,4%), sans trouble psychiatrique comorbide diagnostiqué la plupart du temps (58,8%). 53,8 % des patients avaient une mesure de protection, le plus souvent une curatelle (37%). 82,4% n'avaient pas d'emploi et 63,9% bénéficiaient de l'AAH. Enfin 66,4% des patients avaient un médecin traitant. L'ensemble des données sociodémographiques recensées se trouve dans le tableau I ci-après.

Tableau I : Données sociodémographiques des patients inclus à leur admission.

Données sociodémographiques		Effectifs (n)	Effectifs (%)
Sexe	Masculin	78	65,5
	Féminin	41	34,5
Lieu de vie	Logement indépendant	59	49,6
	Hébergement familial ou amical	17	14,3
	Famille d'accueil	18	15,1
	Résidence sociale / Foyer logement	12	10,1
	Institution médico-sociale	1	0,8
	Sans domicile fixe	4	3,4
Autre (Hospitalisation longue, sortie de prison...)		8	6,7
Diagnostic principal	Schizophrénie et apparentés	55	45,4
	Trouble de l'humeur et apparentés	32	26,9
	Trouble de la personnalité	15	12,6
	Trouble anxieux	5	4,2
	Autre (addiction, trouble du développement, du comportement)	12	10,1
Diagnostic secondaire	Aucun	70	58,8
	Addictions	23	19,3
	Troubles de l'humeur	18	15,1
	Trouble anxieux	10	8,4
	Autre (trouble de personnalité, du développement...)	8	6,7
Mesures de protection	Sans mesure	55	46,2
	Sauvegarde de justice	1	0,8
	Curatelle (simple ou renforcée)	44	37,0
	Tutelle	19	16,0
Emploi	Aucune activité	98	82,4
	Emploi en milieu ordinaire	2	1,7
	Arrêts de travail ou apparentés (CLD, CLM...)	8	6,7
	Retraite	8	6,7
	Autre (chantier d'insertion, formation...)	3	2,5
	Invalidité ou incapacité	52	43,7
	RQTH	30	25,2
Ressources	AAH	76	63,9
	Autres MDPH (PCH, AEEH...)	13	10,9
	Pension d'invalidité	19	16,0
	RSA	18	15,1
	Pôle emploi	9	7,6
	Retraite	8	6,7
	Indemnités journalières	8	6,7
	Salaire	2	1,68
Aucune		4	3,4
Suivi généraliste	Médecin traitant	79	66,4
	Consultation médecin généraliste de l'EPSM dans l'année	23	19,3
	Aucun	16	13,4

II. Actions menées par l'EMR :

La première partie de cette étude consiste en une description des actions menées par l'EMR dans différents domaines de réhabilitation psychosociale.

Le premier domaine évalué est le travail mené par l'EMR à un lieu de vie plus adapté au fonctionnement du sujet.

Les données concernant les actions de logement sont consignées dans le tableau II ci-dessous. Ainsi, 69,7% des patients ont pu bénéficier d'une action de réhabilitation dans le domaine du logement. Parmi ces actions, on retrouve notamment des actions d'étayage du logement, comme un accompagnement pour des achats mobiliers (23,5%), une aide aux courses (24,4%) ou un travail de salubrité (16,0%).

On décrit également un accompagnement vers un changement de logement pour 44,5% des patients suivis, dont la majorité en famille d'accueil (20,2%) et vers une résidence sociale (17,6%). A noter que le critère « accompagnement vers un changement de logement » consiste en la réalisation effective d'un changement de logement et pas seulement en la démarche.

Tableau II : Ensemble des actions menées par l'EMR sur le plan du logement.

Ensemble des actions menées sur le plan du logement	Effectif (n)	Fréquence (%)
Travail à un lieu de vie plus adapté au fonctionnement du sujet dont :	83	69,7
Actions de réhabilitation et d'étayage dans le logement		
- Travail de salubrité (nettoyage, société spécialisée, dératisation...)	19	16,0
- Mise en place d'aides ménagères	14	11,8
- SAMSAH	2	1,7
- SAAD	4	3,4
- Portage des repas	4	3,4
- Aide aux courses	29	24,4
- Accompagnement pour des achats (meuble, aménagement du domicile...)	28	23,5
Accompagnement vers un changement de logement	53	44,5
- Vers logement indépendant	12	10,1
- Vers famille d'accueil	24	20,2
- Vers résidence sociale	21	17,6
- Vers foyer-logement	3	2,5
- Vers institution médico-sociale	4	3,4
- Vers maison de retraite	2	1,7

Le deuxième domaine évalué est le travail mené par l'EMR pour un accompagnement sur le plan social.

Ainsi, un travail a été mené dans le domaine social pour 53,8% des patients. Les actions effectuées comprennent un accompagnement vers des activités sociales, comme un accompagnement vers des activités de groupe thérapeutique (27,7%) ou une orientation vers un centre du réseau social de quartier ou de la ville (15,1%). Ce critère « accompagnement vers une activité sociale » a été considéré comme atteint si une participation sur le lieu de socialisation a été effectivement réalisée par le patient.

Les actions comprennent également la mise en place d'une mesure de protection, chez 15,1% des sujets. Le détail des données est disponible dans le tableau III ci-après.

Tableau III : Ensemble des actions menées par l'EMR sur le plan social.

Ensemble des actions menées sur le plan social	Effectif (n)	Fréquence (%)
Travail à un accompagnement sur le plan social :	64	53,8
Actions d'accompagnement vers des activités sociales		
- Activités de groupe à visée thérapeutique	33	27,7
- Réseau social du quartier ou de la ville	18	15,1
- GEM	7	5,9
- Bénévolat	6	5,0
- Activités personnelles en milieu ordinaire	4	3,4
- SAVS	4	3,4
Mise en place d'une mesure de protection (MASP, curatelle, tutelle...)	18	15,1

Le troisième domaine analysé est le travail mené par l'EMR dans l'orientation professionnelle et la mise en place d'aides financières.

29,4% des sujets ont pu bénéficier d'une aide dans le domaine financier et professionnel. Ainsi 5% des patients ont pu accéder à un emploi ou stage en milieu ordinaire et 4,2% en milieu protégé. Le critère « accompagnement vers une orientation professionnelle » a été considéré comme validé lorsque le sujet a commencé effectivement le travail ou la formation en question.

De même, plusieurs patients ont pu obtenir une aide financière de la MDPH, dont 7,6% une PCH et 5% une AAH. Enfin, 2,5% ont obtenu le RSA. A noter que le critère « mise en place d'une mesure MDPH ou aide financière » a été considéré comme réalisé si la mesure avait été acceptée par les administrations impliquées. Le reste des données concernant les domaines professionnel et financier se trouve dans le tableau IV.

Tableau IV : Ensemble des actions menées par l'EMR sur les plans professionnel et financier.

Ensemble des actions menées sur les plans professionnel et financier	Effectifs (n)	Fréquence (%)
Travail à une orientation professionnelle et à la mise en place d'aides financières dont :	35	29,4
Actions d'accompagnement vers une orientation professionnelle		
- Une formation	3	2,5
- Cap emploi/pôle emploi	4	3,4
- Chantier d'insertion	5	4,2
- Un emploi ou stage en milieu ordinaire	6	5,0
- Un emploi ou travail en milieu protégé	5	4,2
Mise en place d'une mesure MDPH		
- Bilan d'employabilité	5	4,2
- RQTH	5	4,2
- AAH	6	5,0
- PCH	9	7,6
- APA	3	2,5
- Reconnaissance invalidité	5	4,2
- Pension d'invalidité	4	3,4
Mise en place d'une aide financière		
- RSA	3	2,5
- Autre (APL)	2	1,7

Enfin, le dernier domaine évalué est le travail mené par l'EMR dans l'accès aux soins pour les patients.

73% des patients ont pu bénéficier du soutien de l'EMR dans le domaine sanitaire. Ainsi, 43,7% des patients ont pu être accompagnés dans la prise de rendez-vous ou physiquement aux entretiens psychiatriques ou psychologiques. 26,9% l'ont été pour des consultations de spécialité médicale et 21,0% pour des consultations de médecine générale. Enfin, on retrouve d'autres aides comme une aide à la prise du traitement (46,2%). Le tableau V reprend l'ensemble de ces données.

Tableau V : Ensemble des actions menées sur le plan sanitaire

Ensemble des actions menées sur le plan sanitaire	Effectifs (n)	Fréquence (%)
Travail à un meilleur accès aux soins dont :	87	73
Accompagnement à une prise en charge spécifique en psychiatrie (psychiatre, psychologue...)	52	43,7
Accompagnement à une prise en charge somatique (prise de rendez-vous, accompagnement...)		
- Consultations de spécialité médicale	32	26,9
- Consultations de médecin généraliste	25	21,0
Autres aides à l'accès aux soins		
- Aide à la prise du traitement (IDEL, pilulier, appel à la pharmacie)	55	46,2
- Aide à la réalisation de bilan paramédicaux	11	9,2
- ALD	1	0,8

III. Impact sur le nombre et la durée des admissions hospitalières :

La seconde partie de cette étude consiste en une analyse comparative du nombre d'admissions et de jours en hospitalisation complète à l'EPSM, pour chaque patient, l'année avant prise en charge par l'EMR et la première année de suivi.

On retrouve une diminution significative de 32,1% du nombre d'admissions par an pour l'ensemble des patients suivis, de 84 à 57 admissions au total ($p=0,016$). On passe ainsi d'une moyenne de $1,24 \pm 0,28$ hospitalisations par personne l'année avant EMR à une moyenne de $0,84 \pm 0,34$ hospitalisation par personne la première année de suivi.

On retrouve également une diminution significative de 73,5% du nombre de jours d'hospitalisation par an pour l'ensemble des patients suivis, de 5623 à 1491 jours au total ($p<0,001$). On passe ainsi d'une moyenne de $82,69 \pm 27,17$ jours d'hospitalisation par personne l'année pré EMR à $21,92 \pm 10,59$ jours d'hospitalisation par personne la première année de suivi.

Les résultats sont disponibles dans le tableau VI ci-dessous.

Tableau VI : Hospitalisations à l'EPSM l'année avant admission et la première année de suivi.

Paramètres étudiés	Nombre total d'admissions	Nombre total de jours passés en hospitalisation	Moyenne d'admissions par patient et IC95	Moyenne de jours passés en hospitalisation par patient et IC95
Année pré-EMR	84	5623	$1,24 \pm 0,28$	$82,69 \pm 27,17$
Année de suivi EMR	57	1491	$0,84 \pm 0,34$	$21,92 \pm 10,59$
Pourcentage de réduction	32,1	73,5		
p (Wilcoxon signed rank)	0,016	<0,001		

On note également un changement dans la répartition du nombre d'hospitalisations par patient entre l'année pré-EMR et la première année de suivi par le dispositif.

On remarque ainsi que la proportion de patients n'ayant pas été hospitalisés passe de 31% à 60% des patients suivis. La diminution se confirme pour 1 hospitalisation (de 35% à 18% des patients suivis), pour 2 hospitalisations (de 18% à 13%), et pour 3 hospitalisations et plus (de 16% à 9%). Les résultats sont organisés dans les diagrammes suivants (figures 2 et 3).

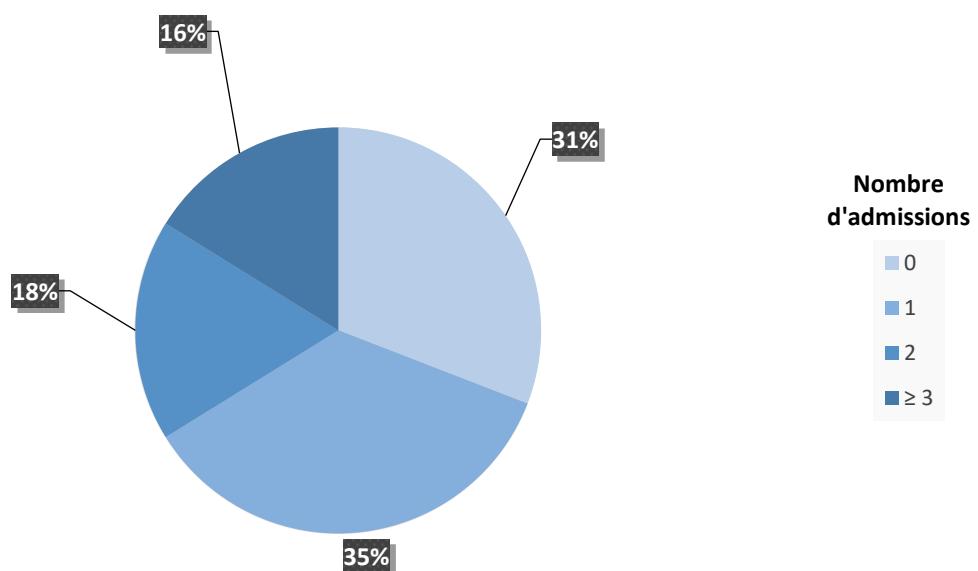


Figure 2 : Répartition du nombre d'admissions en hospitalisation complète à l'EPSM par patient l'année pré-EMR.

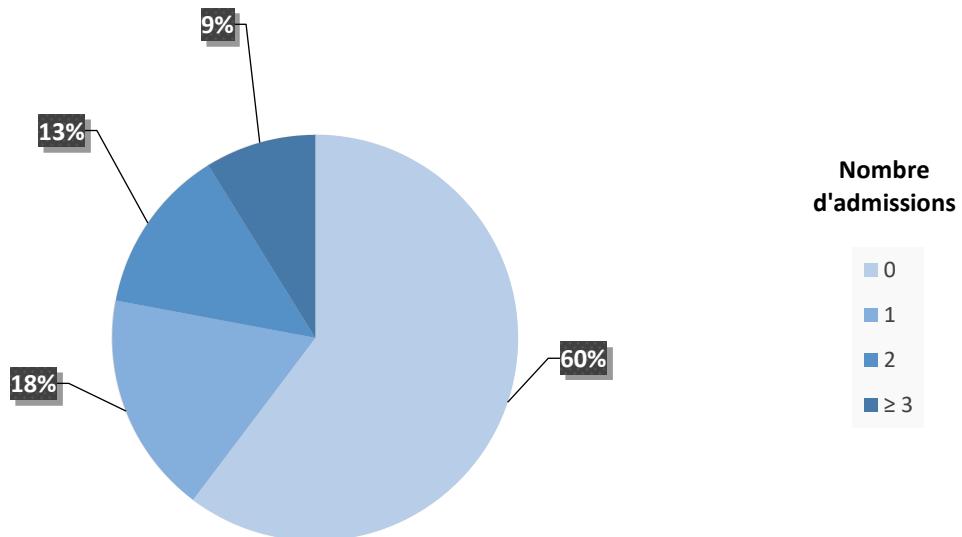


Figure 3 : Répartition du nombre d'admissions en hospitalisation complète à l'EPSM par patient la première année de suivi par l'EMR.

On décrit aussi une évolution de la distribution du nombre de jours passés en hospitalisation par patient entre l'année pré-EMR et la première année de suivi par le dispositif.

Ainsi la proportion de sujets n'ayant passé aucun jour en hospitalisation passe de 31% à 60% des patients suivis, ce qui concorde avec les résultats précédemment exposés.

La tendance se confirme pour les durées supérieures d'hospitalisations avec un passage de 29% à 24% des patients suivis ayant été hospitalisés entre 1 et 50 jours. Les taux se maintiennent à 10% des patients suivis pour les hospitalisations entre 51 et 100 jours. On voit finalement une diminution ou un maintien pour les durées d'hospitalisation supérieures. A noter que le temps passé en hospitalisation n'excède pas 250 jours l'année de suivi par l'EMR, contrairement à la période pré-EMR pour laquelle 11% des patients présentaient une durée d'hospitalisation supérieure à 250 jours.

Les résultats sont disponibles dans les figures suivantes (figures 4 et 5).

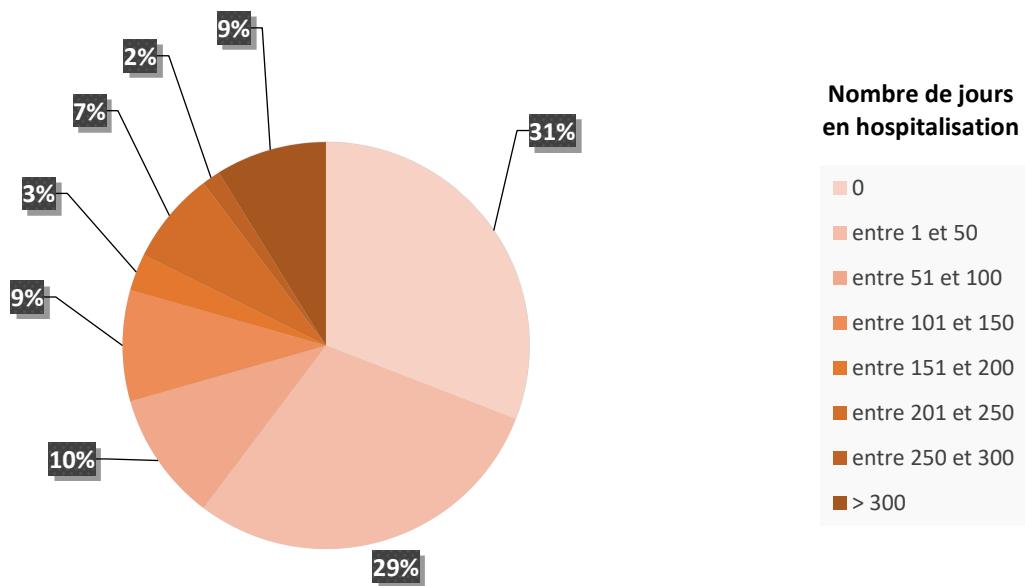


Figure 4 : Répartition du nombre de jours passés en hospitalisation complète à l'EPSM par patient l'année pré-EMR.

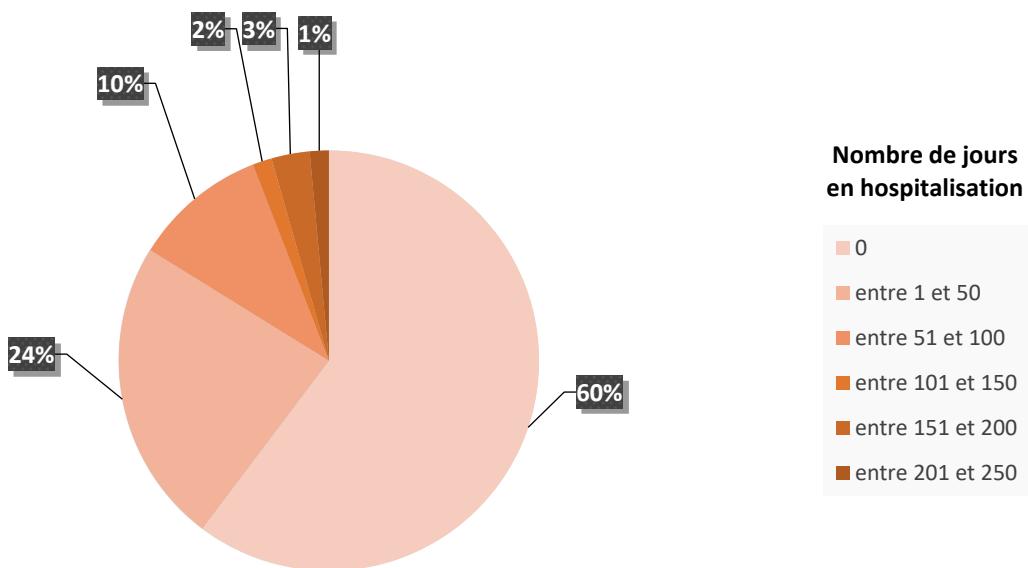


Figure 5 : Répartition du nombre de jours passés en hospitalisation complète à l'EPSM par patient la première année de suivi par l'EMR.

DISCUSSION

Notre étude a vocation à décrire le fonctionnement d'une équipe mobile de réhabilitation psychosociale, à connaître les caractéristiques démographiques des sujets suivis et à évaluer le travail réalisé. Elle a également comme but de faire émerger des pistes de réflexion sur les possibilités d'amélioration du dispositif et enfin à valoriser le travail de ces soignants.

Pour mener à bien ces objectifs, nous avons d'abord réalisé une description détaillée des personnes suivies par l'EMR.

I. Caractéristiques sociodémographiques des patients :

Nous avons ainsi décrit que l'âge moyen des patients suivis est de $43,2 \pm 2,5$ ans. Ils sont majoritairement des hommes (65,5%) et présentent un diagnostic principal de schizophrénie et apparentés (45,4%). Ce profil type est retrouvé dans la plupart des études sur les équipes mobiles de réhabilitation psychosociale, avec une prédominance masculine dans la grande majorité des cas (13-23), un âge moyen entre 30 et 45 ans (14-19,21-24) et un diagnostic principal de schizophrénie et apparentés prépondérant (13-20,22-25).

Une grande majorité n'avait pas d'emploi à leur admission dans le dispositif (82,4%), ce qui est retrouvé dans d'autres études comme celle de PRIEBE et al. (89%), VAN BUSSCHBACH et al. (91%), SWILDENS et al. (91,3%) et COMMANDER et al. (95%).

Finalement, environ la moitié des patients habitait un logement autonome (49,6%), ce qui est appuyé par plusieurs études (14,19,21,25).

Les autres paramètres sont trop peu référencés dans la littérature citée et d'autres études seraient nécessaires pour opérer une comparaison viable.

Pour mener à bien les objectifs cités, nous avons également développé deux axes majeurs de travail.

II. Résultats concernant les actions menées par l'EMR :

Le premier consiste en une description détaillée des actions menées par l'EMR dans différents domaines de réhabilitation psychosociale. La plupart des études sur le travail de réhabilitation psychosociale n'analyse pas de données sur les actions menées dans autant de domaines. Elles comparent majoritairement les taux d'hospitalisation avant et après (13,15,16,18,20,21,23,24), peuvent analyser les actions en termes de types d'interventions, comme des visites à domicile ou appels téléphoniques (13) et décrivent sinon des résultats dans un seul domaine d'action, généralement celui de l'emploi (14,17,24). La force de cette étude est d'avoir pu compiler des informations dans un large domaine d'action et d'avoir donc une vision plus globale du travail de ces équipes.

A noter que le choix de classement des différents paramètres dans un domaine d'action plutôt qu'un autre a fait l'objet d'une réflexion poussée, la difficulté résidant dans le fait qu'un critère peut s'inscrire dans différentes démarches. La mise en place d'une mesure de protection a ainsi été classée dans le domaine social mais elle constitue également une aide à la gestion des finances. Cela constitue un parti pris nous paraissant le plus adapté en matière de lisibilité. Cela implique par ailleurs que les différents domaines d'activités sont possiblement sous-évalués.

On décrit ainsi que 69,7% des patients ont pu avoir une aide dans l'accès à un logement adapté, 53,8% un enrichissement de leur vie sociale, 29,4% une orientation professionnelle et de mise en place d'aides financières, et enfin 73% une aide dans l'accès aux soins. Les résultats retrouvés sont représentatifs d'un travail de soutien conséquent de la part de l'EMR dans la démarche de réhabilitation des sujets suivis et démontrent également un impact positif de cette prise en charge dans ces différents domaines.

Les résultats dans le domaine de l'accompagnement au logement sont particulièrement encourageants. La démarche d'aide à l'accès au logement est cruciale en réhabilitation psychosociale. Elle participe activement au rétablissement du sujet. Des études démontrent ainsi que l'accès au logement pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques permet une diminution des hospitalisations complètes et de l'usage des services d'urgence, et une amélioration de l'état clinique du sujet et de sa qualité de vie (26,27,28). Un modèle de réhabilitation psychosociale appelé « housing first » a été développé dans les années 1980 aux Etats Unis et soutient la priorité de l'accès au logement, autour duquel s'articuleront dans un second temps les accompagnements dans d'autres domaines. Il se fonde ainsi sur un accès immédiat au logement sans prérequis de traitement ou de sobriété, avec un accompagnement par une équipe dédiée orienté vers le rétablissement, remettant le sujet au cœur de ses décisions de soins (29).

Suivant cette logique, un programme appelé « Un chez soi d'abord » a été initié par l'Etat français en 2011 et expérimenté dans quatre villes : Lille, Marseille, Toulouse et Paris. Les résultats après deux ans de suivi s'accordent sur un moindre taux d'hospitalisation et une amélioration des symptômes et du niveau de rétablissement (30,31). Le projet a été prolongé par la parution d'un décret en 2016 (32). Un plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme a par ailleurs été lancé en 2017, pour la période 2018-2022 (33).

Le domaine professionnel et financier apparaît ici comme étant le domaine le moins porteur de résultats. Cette observation est retrouvée dans un autre travail de thèse, celui de Camille PIATTE (14), sur le « devenir professionnel d'adultes en situation de handicap psychique dans les deux ans suivant leur participation à un programme de réhabilitation psychosociale ». Ce travail réalisé en 2014 retrouve un taux d'emploi à 2 ans du début de la prise en charge de seulement 20%, avec un délai d'obtention du premier emploi de $13,2 \pm 6,9$ mois. Ces faibles taux relatifs peuvent être expliqués par le profil des patients suivis, pour la

plupart avec une pathologie psychiatrique invalidante, et des parcours de soins conséquents, notamment hospitaliers. De même, dans notre étude, la durée d'évaluation choisie d'un an a sans doute restreint l'accès à des données ultérieures d'orientation professionnelle et donc possiblement relevé un taux plus faible que pour une période d'observation plus longue. D'autres études sont plus optimistes, notamment celle de FAM et al. de 2007 (24) qui retrouve un taux d'emploi six fois supérieur un an après inscription dans le dispositif. Ces différences de résultats viennent peut-être des méthodes d'études utilisées, notamment des critères d'exclusion employés (pas de troubles addictifs ni de patients en institutions ou sans domiciles fixes dans l'étude de FAM et al.), ou de l'organisation des équipes en elle-même. Le domaine financier quant à lui peut être impacté par le taux élevé de mesures financières déjà mises en place à l'admission des patients.

III. Résultats concernant les hospitalisations :

Les résultats concernant l'évolution du nombre d'admission à l'EPSM et du nombre de jours passés en hospitalisation à l'EPSM sont intéressants avec une diminution significative du nombre d'admissions de 32,1% et du nombre de jours en hospitalisation de 73,5%.

Ces résultats sont retrouvés dans plusieurs études (15,16,18,20,21,23), et notamment celle de CERVELLO et al. de 2019 (13), qui retrouve une diminution significative du nombre d'admissions en service hospitalier suite à une prise en charge par une équipe de réhabilitation psychosociale française, avec comparaison de l'année pré et post admission dans le dispositif. L'étude de FAM et al. de 2007 (24) retrouve également une diminution significative du nombre d'admissions de 57,1% et de la durée passée en hospitalisation de 61,9% sur la même période de temps et avec le même schéma d'étude.

Dans notre étude, nous retrouvons également une évolution favorable de la répartition du nombre d'hospitalisation et de jours d'hospitalisations par patient, passant de 31% des patients sans hospitalisation avant suivi à 60% lors de la prise en charge par l'EMR. Nous avons aussi remarqué qu'aucun patient n'avait eu de temps en hospitalisation par an supérieur à 250 jours avec l'EMR quand 11% avaient été admis plus de 250 jours avant intervention du dispositif.

L'ensemble des résultats retrouvés concernant les hospitalisations et leur concordance avec d'autres études comparables sont donc un bon indicateur de l'efficacité de la prise en charge de ces équipes, notamment l'EMR de l'EPSM de la Sarthe, dans la diminution des taux d'hospitalisation.

La diminution du taux d'hospitalisation fait partie des indicateurs d'une réinsertion globale du sujet. Elle démontre également le bénéfice de cet accompagnement sur les troubles psychiatriques des patients suivis, et ainsi le caractère soignant de la démarche de réhabilitation psychosociale dans son ensemble.

IV. Limites :

Notre étude présente plusieurs limites. Tout d'abord, notre étude est une étude observationnelle rétrospective et a donc un moindre niveau de preuve qu'une étude contrôlée randomisée.

Concernant la première partie de l'étude, les critères choisis se sont voulus exhaustifs mais ne résument très probablement pas toute l'étendue du travail de l'EMR. Trouver des critères représentatifs de l'intérêt d'une prise en charge de réhabilitation psychosociale a été un des défis de cette thèse. Celle-ci se définit comme une aide apportée au patient, avec le patient, pour atteindre ses objectifs de vie. Elle porte donc une valeur hautement subjective,

difficilement évaluables par des critères objectifs. Certaines études utilisent des questionnaires de satisfaction, d'atteinte des objectifs initiaux ou de qualité de vie pour apprécier cet aspect de la réhabilitation (15,17,20,22,25). Certaines utilisent des outils d'évaluation de compétences ou de symptômes psychiatriques (15,17,18,23). Pour autant, ces critères ne permettent pas d'évaluer l'étendue des actions menées par une équipe de réhabilitation ou d'apprécier les domaines perfectibles.

De même, le choix de la période minimale de suivi de trois mois a été choisie car elle paraît correspondre au temps moyen d'évaluation initiale nécessaire à l'équipe pour fixer les objectifs initiaux et le maintien ou non dans le dispositif. Ce choix pourrait constituer un biais de sélection excluant les prises en charge les plus complexes du dispositif. Pour autant, il est vrai qu'un travail de réhabilitation psychosociale nécessite la participation active du patient et ne paraît accessible qu'avec un certain degré de stabilisation clinique.

Enfin, le recueil des données dans le dossier informatisé a pu comporter des biais. Un seul intervenant a opéré ce recueil, augmentant le risque d'erreurs et de biais de classification des informations. Par ailleurs les informations recueillies étaient inscrites dans les dossiers sous forme de « journal de soin », compilant énormément d'informations de la part de tous les professionnels de santé de l'EPSM, accroissant le potentiel d'erreur et le risque d'informations manquantes.

La seconde partie de cette thèse présente également quelques limites. D'abord, les hospitalisations comptabilisées sont celles concernant l'EPSM. Il aurait été intéressant d'avoir également les chiffres des passages aux urgences du centre hospitalier du Mans ainsi que les hospitalisations en cliniques privées.

Ensuite, nous avons choisi une période de suivi minimale d'un an par l'EMR, correspondant à la période de comparaison entre les taux d'hospitalisations avant et après prise en charge par le dispositif. Cette période de temps a été sélectionnée car elle était la plus

régulièrement choisie dans les études comparables sur le sujet (13,15,16,18,20,24) et paraissait être la période minimale nécessaire pour apprécier ce paramètre. Par ailleurs, une augmentation de cette période minimale de suivi aurait fait diminuer l'effectif de patients inclus et donc la puissance de l'étude. Pour autant, la mise en place de ce critère a pu créer un biais de sélection du fait que des patients plus fragiles ont pu quitter l'étude plus précocement. Cependant, cela a pu également favoriser le départ de patient avec une pathologie moins sévère, ayant atteint leurs objectifs plus tôt.

Dans ce type d'études enfin, il est possible d'avoir des biais de confusion. Les patients suivis ont pu avoir recours à d'autres dispositifs de soin en parallèle de l'EMR et l'efficacité retrouvée peut également être en lien avec ces autres prises en charge également.

Finalement, il est important de noter que les différents dispositifs de réhabilitation psychosociale sont très hétérogènes et n'utilisent pas tous les mêmes outils. Cela constitue un frein à la généralisation de ces résultats, même si le principe de base de réhabilitation est commun à toutes ces structures.

CONCLUSION

Cette étude montre que l'EMR de l'EPSM de la Sarthe propose un travail de réhabilitation psychosociale efficace et conséquent dans les domaines du logement, social, professionnel, financier et sanitaire. Elle est également en accord avec les résultats d'autres études, montrant une efficacité significative de ce type de dispositif pour limiter le recours à l'hospitalisation.

Les études manquent concernant ces équipes, notamment en France et un développement de la recherche sur le sujet serait appréciable pour en évaluer l'efficacité, comparer les pratiques et soutenir le développement d'autres dispositifs similaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Icick R, Kovess V, Gasquet I et al. Perte d'activité due à des problèmes de santé habituels : résultats français de l'étude OMS sur les troubles mentaux (WMH). *L'Encéphale*. 2014 Sep;40(4) :338-344.
2. Ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale. Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Paris : Ministère du travail de l'emploi et de la santé; Fév 2012. 43p.
3. Bousquet F. Panorama des dépenses de psychiatrie en France. *RFAS*. 2016;2 :31-34.
4. Massé G. Pour une réhabilitation psychosociale à la française. *Info Psy*. 2006;82(4) :291-296.
5. Marshall, M., et A. Lockwood. « Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Disorders ». *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 2 (2000): CD001089.
6. Phillips, Susan D., Barbara J. Burns, Elizabeth R. Edgar, Kim T. Mueser, Karen W. Linkins, Robert A. Rosenheck, Robert E. Drake, et Elizabeth C. McDonel Herr. « Moving Assertive Community Treatment Into Standard Practice ». *Psychiatric Services* 52, n° 6 (1 juin 2001): 771-79.
7. Morin L, Franck N. Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2017 Jun 12;8:100.
8. Franck N. *Traité de réhabilitation psychosociale*. Elsevier Masson ; 2018.
9. ANAP. Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires. 2019 Mar.
10. Giraud-Baro, E. « Réhabilitation psychosociale en France ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 165, n° 3 (1 avril 2007): 191-94.
11. Article 69 de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n°0022 du 27 janvier 2016. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000031916520/
12. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. JORF n°0176 du 29 juillet 2017. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035315389>
13. Cervello S, Pulcini M, Massoubre C, Trombert-Paviot B, Fakra E. Do Home-Based Psychiatric Services for Patients in Medico-Social Institutions Reduce Hospitalizations? Pre-Post Evaluation of a French Psychiatric Mobile Team. *Psychiatr Q*. 2019 mar 1;90(1):89-100.
14. Piatte C. Devenir professionnel d'adultes en situation de handicap psychique dans les deux ans suivant leur participation à un programme de réhabilitation psychosociale.

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, qualification en médecine du travail. Université d'Angers ;2014,75 p.

15. Chow W, Shiida M, Shiida T, Hirosue A, Law S, Leszcz M, et al. Adapting ACT to Serve Culturally Diverse Communities: A Comparison of a Japanese and a Canadian ACT Team. *PS*. 2011 Aug 1;62(8):971-4.
16. Udechukwu A, Olver J, Hallam K, Blyth F, Leslie M, Nasso M. Assertive Community Treatment of the Mentally Ill: Service Model and Effectiveness. *Australas Psychiatry*. 2005 Jun 1;13(2):129-34.
17. Kortrijk HE, Mulder NL, Kamperman AM, van Weeghel J. Employment Rates in Flexible Assertive Community Treatment Teams in The Netherlands: An Observational Study. *Community Ment Health J*. 2019;55(2):350-9.
18. Hambridge JA, Rosen A. Assertive community treatment for the seriously mentally Ill in suburban Sydney: a programme description and evaluation. *Aust N Z J Psychiatry*. 1994 Sep 1;28:438-45.
19. Priebe S, Fakhoury W, Watts J, et al. Assertive Outreach Teams in London: Patient Characteristics and Outcomes: Pan-London Assertive Outreach Study, Part 3. *Brit J Psychiat*. 2003 Aug;183(2):148-54.
20. Mufaddel A, Al Sabousi M, Takriti Y, et al. Community Mental Health Services in Al Ain Hospital, United Arab Emirates. *Int Psychiatry*. 2017 Feb;11(1): 18-20.
21. Aagaard J, Kølbæk P. Predictors of Clinical Outcome of Assertive Community Treatment (ACT) in a Rural Area in Denmark: An Observational Study with a Two-Year Follow-Up. *Community Ment Health J*. 2016 Nov 1;52(8):908-13.
22. Van Busschbach J, Wiersma D. Does Rehabilitation Meet the Needs of Care and Improve the Quality of Life of Patients with Schizophrenia or Other Chronic Mental Disorders? *Community Ment Health J*. 2002 Feb 1;38(1):61-70.
23. Commander M, Sashidharan S, Rana T, Ratnayake T. North Birmingham Assertive Outreach Evaluation: Patient Characteristics and Clinical Outcomes. *Soc Psyc Psy Epid*. 2005 Dec;40(12):988-93.
24. Fam J, Lee C, Lim BL, Lee KK. Assertive Community Treatment (ACT) in Singapore: A 1-year Follow-up Study. 2007;36(6):4.
25. Swildens W, van Busschbach JT, Michon H, et al. Effectively Working on Rehabilitation Goals: 24-Month Outcome of a Randomized Controlled Trial of the Boston Psychiatric Rehabilitation Approach. *Can J Psychiatry*. 2011 Dec 1;56(12):751-60.
26. Gilmer TP, Stefancic A, Ettner SL, Manning WG, Tsemberis S. Effect of Full-Service Partnerships on Homelessness, Use and Costs of Mental Health Services, and Quality of

Life Among Adults With Serious Mental Illness. Arch Gen Psychiat. 2010 Jun 1; 67(6):645-52.

27. 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 Comm. 2008;16(1):1-15.
28. Vidon G, Antoine JM. De l'hébergement thérapeutique au « Un chez soi d'abord ». L'Information psychiatrique. 2013;89:233-40
29. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis. Am J Public Health. 2004 Apr 1;94(4):651-56.
30. Tinland A, Girard V, Loubière S, Auquier P. Un chez-soi d'abord. Rapport intermédiaire de la Recherche Volet quantitative. Marseille : unité de recherche UPRES, 2016.
31. Estecahandy P. Un chez-soi d'abord : accompagner les personnes sans abri vers et dans leur logement. La Santé en Action. Mar 2020;(451):46-9.
32. Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ». JORF n°0303 du 30 décembre 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033735512/>
33. Premier Ministre, Ministère de la Cohésion des Territoires. Plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018-2022. Paris : Ministère de la Cohésion des Territoires; Sep 2017.

LISTE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Flow-chart	7
<u>Figure 2</u> : Répartition du nombre d'admissions en hospitalisation complète à l'EPSM par patient l'année pré-EMR	14
<u>Figure 3</u> : Répartition du nombre d'admissions en hospitalisation complète à l'EPSM par patient la première année de suivi par l'EMR	15
<u>Figure 4</u> : Répartition du nombre de jours passés en hospitalisation complète à l'EPSM par patient l'année pré-EMR	16
<u>Figure 5</u> : Répartition du nombre de jours passés en hospitalisation complète à l'EPSM par patient la première année de suivi par l'EMR	16

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau I</u> : Données sociodémographiques des patients inclus à leur admission	8
<u>Tableau II</u> : Ensemble des actions menées par l'EMR sur le plan du logement	10
<u>Tableau III</u> : Ensemble des actions menées par l'EMR sur le plan social	11
<u>Tableau IV</u> : Ensemble des actions menées par l'EMR sur les plans professionnel et financier	12
<u>Tableau V</u> : Ensemble des actions menées sur le plan sanitaire	13
<u>Tableau VI</u> : Hospitalisations à l'EPSM l'année avant admission et la 1ère année de suivi	14

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
MÉTHODES.....	3
I. Description de l'Equipe Mobile de Réhabilitation (EMR) de l'établissement public de santé mentale (EPSM) de la Sarthe.....	3
II. Format de l'étude.....	3
III. Population de l'étude.....	4
IV. Analyses statistiques.....	5
RÉSULTATS.....	6
I. Caractéristiques de la population de l'étude.....	6
II. Actions menées par l'EMR.....	9
III. Impact sur le nombre et la durée des admissions hospitalières.....	13
DISCUSSION.....	17
I. Caractéristiques sociodémographiques des patients.....	17
II. Résultats concernant les actions menées par l'EMR.....	18
III. Résultats concernant les hospitalisations.....	20
IV. Limites.....	21
CONCLUSION.....	24
BIBLIOGRAPHIE.....	25
LISTE DES FIGURES.....	28
LISTE DES TABLEAUX.....	29
TABLE DES MATIERES.....	30
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Annexe 1



Allonnes, le

POLE A (1-4-6)

Chef de pôle
Docteur P. GERAUD

Assistante du chef de pôle
Monsieur F. ZIMMERMANN

Secteur 6
de Psychiatrie Générale

Docteur M. GROS
Psychiatrie
Chef de service

Médecins Psychiatres
Docteur R. ABDELAZIZ
Docteur L. JAMET
Docteur E. LAURENT

Praticien généraliste
Docteur T. H. NGUYEN

PC médical - Hospitalisation complète
20 avenue du 19 Mars 1962 - Allé Nord Boage
■ 02 43 43 51 69
Fax 02 43 43 51 62
secretaratC06@chc-sarthe.fr

Centre Médico-Psychologique
4 ter boulevard Marie et Alexandre Dyon
72100 LE MANS
■ 02 43 16 15 44
Fax 02 43 16 15 42

Centre médico-psychologique
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
5 allée Saint Martin
72500 CHATEAU DU LOIR
■ 02 43 43 16 15 44

Structures polaires

Centre de Jour
Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
54 avenue Henri Lejeune
72100 LE MANS
■ 02 43 79 57 50

Centre de Jour
Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
35 bis rue James Pradier
72100 LE MANS
■ 02 43 50 06 71
Fax 02 43 50 06 79

SICUM
Soins Intensifs Intégrés dans la Communauté Urbaine du Mans
4 ter boulevard Marie et Alexandre Dyon
72100 LE MANS
■ 02 82 29 08 73

Madame, Monsieur,

L'établissement public de santé mentale de la Sarthe (EPSM de la Sarthe) souhaite réaliser une étude sur le fonctionnement de l'équipe mobile de réhabilitation (EMR). Cette étude, placée sous ma supervision, serait réalisée dans le cadre d'une thèse effectuée par une interne en psychiatrie à partir du mois de septembre.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'accompagnement apporté par l'EMR et son intérêt, dans le but d'améliorer l'accompagnement proposé.

Pour cela, il est nécessaire de recueillir certaines données inscrites au dossier médical des personnes suivies par l'EMR. Les données concernées sont : le genre, l'âge, la situation sociale, le type de logement, l'insertion professionnelle, les aides (tuteur, curateur, aides à domicile, assistante sociale), les aides financières, les activités, le diagnostic, les hospitalisations à l'EPSM de la Sarthe, les médecins ou spécialistes accompagnant le patient et le type de projet mené avec l'EMR.

Conformément à la réglementation en vigueur*, et en qualité de personne suivie par l'EMR, l'EPSM de la Sarthe vous contacte aujourd'hui pour vous informer de cette étude.

Les résultats sont anonymes et il ne sera pas possible de remonter à des informations vous concernant.

Vous avez le droit de vous opposer à l'utilisation de vos données pour cette étude. Pour cela, vous (ou votre tuteur/curateur) devez remplir le formulaire accompagnant ce courrier et le déposer avant le **01 septembre 2021** aux admissions de l'EPSM de la Sarthe à Allonnes, ou l'envoyer par lettre à l'adresse suivante :

EPSM de la Sarthe, Délégué à la protection des données, 20 avenue du 19 mars 1962, 72703 Allonnes Cedex. Votre décision d'opposition sera alors enregistrée dans votre dossier médical.

Passé ce délai, et sans opposition de votre part, les données vous concernant citées ci-dessus seront prises en compte dans l'étude.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter M. PLANCHARD, délégué à la protection des données de l'établissement : direction@epsm-sarthe.fr.

Docteur LAURENT Elodie

(*) Réglementation en vigueur, notamment le RGPD, Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, la loi informatique et libertés modifiée (articles 53 et suivants) et le code de la santé publique (articles L. 1121-1 et suivants, articles R. 1121-1 et suivants).
Etude effectuée sur la base de la mission d'intérêt public et sur la Méthodologie de Référence MR04.

FORMULAIRE D'OPPOSITION

Vos coordonnées (patient) : Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ Prénoms : _____ Né(e) le : __ / __ / __ à _____ Domicilié(e) à l'adresse : _____ _____	Coordinnées du représentant légal : Nom d'usage : _____ Prénoms : _____ Né(e) le : __ / __ / __ à _____ Domicilié(e) à l'adresse : _____
---	--

Je soussigné(e) en qualité de : Vous-même en tant que patient majeur (âgé de 18 ans ou plus)
 Personne de confiance choisie par le patient
 Tuteur du majeur protégé
 m'oppose à l'utilisation des données de santé pour cette étude.

Signature :

Fait à : _____ Date : __ / __ / __

L'Equipe Mobile de Réhabilitation de l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Sarthe : description et évaluation de l'impact sur les admissions en service hospitalier de novembre 2016 à décembre 2019.

RÉSUMÉ

Introduction : La réhabilitation psychosociale est une approche de soin basée sur les concepts de rétablissement personnel et d'insertion sociale. Les structures de réhabilitation psychosociale sont de plus en plus fréquentes sur le territoire français mais restent encore mal identifiées. L'objectif de cette thèse est de faire connaître l'une d'entre elle, l'EMR de l'EPSM de la Sarthe, en décrivant les actions menées par ses soignants et en analysant leur impact sur les taux d'hospitalisation. **Méthode :** Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive rétrospective organisée en deux parties : la première consiste en une description des actions menées par l'EMR dans les domaines du logement, social, professionnel, financier et sanitaire. La seconde partie consiste en une analyse comparative du nombre d'admissions hospitalières à l'EPSM et du nombre de jours d'hospitalisation à l'EPSM pour chaque patient suivi, entre l'année avant admission dans le dispositif et la première année de suivi. **Résultats :** Sur le plan des actions menées par l'EMR, 69,7% des patients ont pu avoir une aide dans l'accès à un logement adapté, 53,8% un enrichissement de leur vie sociale, 29,4% une orientation professionnelle et de mise en place d'aides financières, et enfin 73% une aide dans l'accès aux soins. Concernant les hospitalisations, on retrouve une réduction significative du nombre d'hospitalisations de 32,1%, passant d'une moyenne de 1,24 à 0,84 hospitalisation/an. On retrouve également une diminution significative du nombre de jours d'hospitalisations de 73,5%, passant d'une moyenne de 82,69 à 21,92 jours d'hospitalisation/an. **Conclusion :** Cette étude montre que l'EMR de l'EPSM de la Sarthe propose un travail de réhabilitation psychosocial efficace et conséquent dans les domaines du logement, social, professionnel, financier et sanitaire. Elle est également en accord avec les résultats d'autres études, montrant une efficacité significative de ce type de dispositif pour limiter le recours à l'hospitalisation. D'autres études seraient souhaitables pour confirmer ces résultats, comparer les dispositifs existants et en développer de nouveaux.

Mots-clés : réhabilitation psychosociale, équipe mobile, Sarthe, hospitalisation.

The Rehabilitation Mobile Team of the Public Institution of Mental Health of Sarthe : description and evaluation of the impact on hospital admissions between november 2016 and december 2019.

ABSTRACT

Introduction : Psychosocial rehabilitation is a care approach based on the concepts of personal recovery and social inclusion. The psychosocial rehabilitation organizations are increasingly frequent on the french territory but remain not yet well identified. The purpose of this thesis is to make one of them known, the EMR of the EPSM of Sarthe, by describing the actions conducted by its caregivers and by analyzing their impact on hospitalization rates. **Method :** This is an observational, descriptive and retrospective study organized in two parts : the first one consists in a description of the actions carried out by the EMR in the social, professional, financial, sanitary and housing fields. The second part consists in a comparative analysis of the number of hospitalizations and the number of days of hospitalization at the EPSM for each patient, between the year before admission in the program and the first year of follow-up. **Results :** In terms of the actions conducted by the EMR, 70,6% of the patients had a support in adapted housing access, 53,8% had a social life enrichment, 29,4% a career guidance and access to financial aids, and finally 73% a support in access to healthcare. Regarding the hospitalizations, we find a significant reduction of the number of hospitalizations of 32,1%, from 1,24 to 0,84 mean number of hospitalizations per year. We find equally a significative decrease of 73,5% in the number of days in hospitalization, from 82,69 to 21,92 mean days in hospitalization per year. **Conclusion :** This study shows that the EMR of the EPSM of Sarthe proposes an efficient and consequent psychosocial rehabilitation work in the social, professional, financial, sanitary and housing fields. It is also consistent with other studies results, demonstrating a significative efficiency of this type of structures in preventing hospitalizations. Other studies are recommended to confirm these results, to compare the existing structures and to develop other ones.

Keywords : psychosocial rehabilitation, mobile team, Sarthe, hospitalization.