



Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité

Lise Demailly
Olivier Dembinski
Catherine Déchamp-Le Roux



ISBN : 978-2-7420-1103-2

© John Libbey Eurotext, Paris, 2014



Éditions John Libbey Eurotext

127, avenue de la République

92120 Montrouge, France

Tél. : 01 46 73 06 60

e-mail : contact@jle.com

<http://www.jle.com>

Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité

Lise Demailly

Olivier Dembinski

Catherine Déchamp-Le Roux



Préface

L'approche sociologique du travail de disponibilité des équipes mobiles de psychiatrie, créées par la circulaire de 2005 après des expériences fondatrices, est l'objet de ce livre. Mais son propos déborde largement ces expériences nouvelles, fruit des innovations dans le cadre des secteurs de psychiatrie. Il s'agit d'un mouvement international dont l'ouvrage fait une étude comparative. Il s'inscrit dans le vaste contexte de la psychiatrie communautaire ou citoyenne.

Comme le dit un des auteurs, il s'agit de vérifier que ces innovations réaffirment la pertinence de la philosophie du secteur, mais aussi d'une psychiatrie sociale qui s'est considérablement développée ces dernières années avec des difficultés, des hésitations et des équivoques toujours présentes : une psychiatrie qui fait débat, sans doute du fait des tendances parfois inflationnistes du concept de santé mentale, mais corrélativement par la nécessité de trouver de nouvelles formes de soins et de nouveaux partenariats dans la communauté.

Ce que les auteurs appellent « travail de disponibilité » trouve des racines profondes dans l'histoire de la psychiatrie française. En 1864, Jean-Pierre Falret publiant le recueil de ces différents articles mentionne « l'oeuvre à laquelle il a consacré sa vie, nous voulons parler du patronage à domicile pour les aliénés convalescents sortant des asiles de la Salpêtrière et de Bicêtre »¹. Ainsi, le créateur de la folie circulaire, celui qui est généralement considéré comme faisant basculer la psychiatrie du domaine des monomanies à celui de la médecine mentale, attachait plus

d'importance à ce qui devait devenir « l'OEuvre Falret » qu'aux révolutions cliniques dont il était l'auteur !

Depuis longtemps, à domicile ou sans domicile, il ne s'agit plus uniquement de post-cure, mais aussi de soins et de prévention. S'inscrivant dans le mouvement de création de la médecine sociale dans les années 1930, la psychiatrie prendra exemple sur l'hygiène sociale, la création de l'Office public d'hygiène sociale et la lutte antituberculeuse pour en suivre le modèle pratique et créer l'idée d'*infirmières visiteuses*, en fait des assistantes sociales, affectées à un « secteur », mot déjà employé dans les années 1920.

Puis, on connaît le sort de la fameuse circulaire Rucart, qui recommandait en 1937 la création d'un service social qui, « sous la direction des médecins traitants ou consultants, feront les enquêtes, assureront les liaisons nécessaires, veilleront à la réadaptation sociale des malades en sortie d'essai et procureront un traitement plus hâtif avec de meilleures chances de guérison ».

Il s'agissait, selon les termes de Bonnafé, d'*aller au-devant de la population*, ce qui commencera pendant la guerre, de façon très limitée. Ce sont les enfants de Paris qui bénéficieront des premières démarches à domicile, et de nombreux acteurs et militants du « mouvement secteur » y feront leurs premières expériences, chez Heuyer notamment. Certains diront qu'ils apprenaient alors un métier nouveau auprès des assistantes sociales.

On connaît la suite, à ce jour inachevée : Saint-Alban, la circulaire de 1960, les expériences novatrices et les débuts difficiles des secteurs rapidement entravés par les difficultés économiques, les lois qui officialisent les structures intermédiaires mais qui pérennisent la gestion hospitalière. Mais ces mouvements d'ouverture sont aussi caractérisés

très vite par le développement des « visites à domicile », faisant entrer directement les soignants dans la communauté – la cité, dit-on encore –, ce qui laisse envisager les difficultés rencontrées.

La création des équipes mobiles ne fait pas que se consacrer à aux patients en situation de précarité, notion nébuleuse devenue malheureusement extensive. Elle ne fait qu'accompagner l'adaptation de l'offre de soins aux changements sociaux, aux progrès thérapeutiques et à la place nouvelle donnée à l'environnement historique, familial et social dans la compréhension des maladies psychiatriques. Mais surtout, il se met en place des ponts entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et la communauté, grand ouvrage contemporain fort difficile à mener dans lequel la psychiatrie publique est intéressée au plus haut point.

On lira dans cet ouvrage que la création des équipes mobiles s'est faite en fonction des disponibilités et des compétences de ses acteurs, mais aussi de la population auxquelles elles s'adressent. Dans ce sens, il s'agit d'un mouvement d'adaptation aux changements sociaux et à la demande sociale qui s'adresse à la psychiatrie. L'approche sociologique permet un décentrement qui évite les jugements trop définitifs et le « travail de disponibilité » ici repris est au coeur même de la psychiatrie de secteur, de ses questions et de son avenir. Chacun fera son miel de ces différentes expériences, même si les points de vue des sociologues ne sont pas forcément ceux des soignants.

Thierry Trémine

Directeur de la collection « L'Offre de soins en psychiatrie »

et rédacteur en chef de la revue L'information psychiatrique.

[1] Je remercie Jean Garrabé, administrateur de la très active « OEuvre Falret », de m'avoir communiqué cette anecdote historique.

Introduction : les secteurs de psychiatrie et le « travail de disponibilité »

Lise Demailly

La psychiatrie française connaît des malaises et des turbulences. Elle est agitée depuis plusieurs années par une série de réformes venues du haut [plan Juppé, lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005¹, loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST), loi du 5 juillet 2011 sur les soins sous contrainte, nouvelle proposition de loi] qui suscitent des controverses et des appréciations diverses. Elle est aussi bousculée par des innovations ou des expérimentations qui viennent de la base et tentent à leur manière de répondre à cette crise, fortement ressentie par les équipes soignantes et soulignée par les associations d'usagers. Le sens de ces innovations est lui aussi divers, contradictoire et largement soumis à controverses. L'approche sociologique de l'équipe du centre lillois de recherche et d'études en sociologie et économie (CLERSE)², par rapport à la politique de santé mentale en France, s'était jusqu'ici plutôt centrée sur les réformes concernant les champs de la santé et de la psychiatrie, les choix qu'elles impliquaient, les débats idéologiques qui les sous-tendaient, les phénomènes sociétaux dans lesquels elles s'enracinaient (Demailly & Autès, 2012 ; Demailly & Darréon, 2011), ainsi que sur les mises en œuvre locales de ces politiques, avec les processus d'interprétation ou de résistance impliqués dans toute implémentation (par exemple Bélart, 2011, sur le PMSI, le programme de médicalisation des systèmes d'information). Cet ouvrage aborde les dynamiques de la

psychiatrie française depuis l'autre rive, celle des innovations d'initiative locale, venues de la base, pour analyser les ébranlements qu'elles peuvent provoquer dans des cercles restreints ou plus larges³. Ces innovations peuvent bien sûr utiliser l'impulsion et la légitimité que fournissent des recommandations nationales ou internationales et participer éventuellement à la construction d'une notoriété nationale pour leurs promoteurs ; il reste qu'elles sont des initiatives des « terrains » et qu'elles impliquent la création de réseaux d'alliance locaux, par exemple avec les municipalités. Il nous paraît en effet important de considérer que la politique n'est pas que gouvernementale (*cf.* l'excellent numéro de *Vacarme* (2006, 34) sur les « politiques non gouvernementales ») et de tenir compte du fait que les initiatives politiques non gouvernementales ont des prétentions à la légitimité qu'elles manifestent, soit « en invoquant des principes universels », soit en invoquant « une expérience singulière, dont les gouvernants peuvent cependant être tenus pour responsables » (Feher, 2006). Le champ de la santé mentale on entendra par là l'ensemble des acteurs qui interviennent, par leurs pratiques, leurs discours, leurs outils, leurs institutions, sur la définition et le traitement social du trouble psychique est particulièrement riche en initiatives locales, que ce soit du côté psychiatrique ou de l'intervention sociale et socioculturelle, car il est, beaucoup plus que le champ éducatif par exemple, décentralisé, émietté, structuré partiellement par des marchés ou des juridictions administratives différentes. L'autonomie traditionnelle des secteurs psychiatriques, qui reste forte même si les politiques actuelles de territorialisation descendante tendent à la limiter, a toujours été favorable à la construction d'innovations locales, portées par des équipes, des médecins chefs, des mouvements d'idées, des réseaux. Ces innovations se

répondent, se recommencent parfois à des dizaines d'années d'intervalle, se réinterprètent, créant un monde touffu d'idées et de pratiques qui sont parfois reprises par la politique gouvernementale. Vu leur ampleur et leur diversité, il n'est donc pas question dans cet ouvrage d'envisager la totalité des processus innovants que connaît actuellement la psychiatrie française. Nous avons choisi ici de nous intéresser aux innovations qui visent spécifiquement l'augmentation de la réactivité et disponibilité des secteurs psychiatriques, en termes de soin et de soutien, par rapport aux besoins des populations en souffrance psychique. Nous les avons réunies sous le fil du « travail de disponibilité », c'est-à-dire les méthodes selon lesquelles un secteur change volontairement son organisation pour se rendre plus disponible. Autrement dit, pour employer un vocabulaire courant, nous avons travaillé sur les diverses formes d'équipes mobiles de psychiatrie. Nous allons tout de suite définir ce que nous entendrons par « travail de disponibilité et mobilité » afin de cerner empiriquement notre objet, mais aussi pour le situer dans une perspective historique plus large. Ajoutons enfin qu'il s'agit là d'un travail de sociologue et non pas de soignant. Nous abordons les innovations avec les outils conceptuels de la sociologie des organisations, du travail, de la politique. Nous espérons que notre regard pourra intéresser aussi bien les acteurs du champ de la santé mentale que les sociologues.

Objet d'étude : mobilité, disponibilité, travail de disponibilité

Certes, les valeurs d'accueil et d'hospitalité font partie de l'univers hospitalier en santé somatique, et s'incarnent par exemple dans les horaires d'astreinte et les traditions de soins aux indigents. Il reste que les médecins, comme les autres professionnels de service, se distinguent et se

défendent des profanes par la maîtrise qu'ils gardent de l'usage de leur temps par rapport aux demandes des clients. Comme le décrit E.C. Hughes (1971), l'urgence du client n'est jamais celle du professionnel, ce dernier se réserve le droit de l'évaluer et de la définir pour son propre compte. En ce sens, l'éthique de l'hospitalité ne va pas jusqu'à une éthique de la disponibilité, hormis l'organisation des services d'urgence hospitalière, tandis que les médecins généralistes, dont l'exercice est solitaire le plus souvent, sont de moins en moins mobiles et disponibles. En revanche, le monde du travail dans son ensemble, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, connaît, sous l'influence des managements modernes, une montée de la valeur « disponibilité ». C'est un modèle à la mode, une exigence actuelle du monde du travail, et tout particulièrement des services commerciaux. (Ehrenberg, 1991 ; Boltanski & Chiapello, 1999). La disponibilité se combine ainsi aux idées de performances, de flexibilité, de mobilité des travailleurs, et de « zéro délai » ; c'est une norme organisationnelle contemporaine, c'est une demande des consommateurs-usagers-clients pour qui la légitimité de la réponse en urgence à « l'urgence » apparaît de plus en plus forte et l'exercice de la médecine ne peut qu'être affecté par ces dynamiques des représentations sociales. La disponibilité, comme philosophie humaniste et relationnelle, fait partie depuis l'après-guerre de la culture du secteur. Elle en constitue depuis l'origine l'un des idéaux, mais celui-ci est plus ou moins approché par les secteurs concrets, notamment dans sa dimension moderne, organisationnelle. Un certain nombre d'entre eux se dote de dispositifs ou d'organisations permettant de mieux la réaliser. Ces efforts visant à améliorer la disponibilité des secteurs, après une prise de conscience que les choses pourraient aller mieux, nous les appellerons *le travail de disponibilité* (le travail pour produire une disponibilité supplémentaire). Posons-en une définition qui soit opérationnelle pour le secteur

psychiatrique. On entendra par « disponibilité » d'un secteur le fait que, de manière régulière et habituelle, il trouve sans retard le dispositif (matériel, organisationnel, soignant) le plus adéquat pour soigner et prendre en charge, à un moment donné, sur le territoire du secteur, les personnes en demande ou en besoin de soins. C'est par exemple le fait que la psychiatrie contemporaine, profession vouée aux services personnalisés (Goffman, 1961), innove en inventant de nouveaux dispositifs hors institution psychiatrique pour répondre à la demande de soins 24 heures/24 et 7 jours/7. Cela repose sur une organisation du travail en équipe, sur une diversité des lieux d'interventions, sur une réactivité aux situations. Précisons que le « sans retard » en psychiatrie n'est pas identique au « sans retard » en médecine somatique. S'il faut l'objectiver, « sans retard » serait plutôt de l'ordre de 24 heures que de l'ordre des 5 minutes. En ce sens, certains psychiatres disent : « *il n'y a pas de vraie urgence psychiatrique* » et « *il est souvent intéressant de différer quelque peu la réponse* ». Précisons aussi que la disponibilité dont nous parlons ne se réduit pas à la prise en charge de l'urgence, c'est plus largement le caractère adéquat, flexible, non stéréotypé de la prise en charge en réponse à une demande ou à un besoin qui est visé par le terme. La *disponibilité* au sens où nous venons de la définir est liée à la *réactivité* de l'organisation (se donner les moyens de pouvoir agir « sans retard ») et donc, pour des raisons pratiques, elle est liée aussi à la *mobilité* des soignants (se déplacer quand c'est nécessaire pour agir et/ou offrir la prise en charge adéquate à des personnes souffrantes psychiquement qui n'ont pas frappé à la porte d'entrée normale dans les soins, le centre médico-psychologique). La troisième notion que convoque l'éthique de disponibilité est celle d'une *palette d'alternatives* à l'hospitalisation, permettant de ne pas imposer aux demandeurs une offre de soins rigide mais de leur proposer, au sein d'une gamme diverse de prises en charge (au sens

large de ce terme), les modalités les plus adéquates possibles, modalités par rapport auxquelles le demandeur ait son mot à dire et puisse être écouté et entendu. En effet, la notion de disponibilité est contiguë à la montée des droits des patients⁴. Pour nous résumer donc, quant à l'éthique de la disponibilité, elle comporte quatre dimensions : *réactivité, mobilité, diversité de l'offre, prise en compte des points de vue des demandeurs*. Les secteurs qui font un « travail de disponibilité » mettent souvent en avant la « mobilité », car c'est l'innovation organisationnelle la plus visible et la plus médiatisée, sous forme d'« équipes mobiles ». C'est là où le gouvernement se saisit de l'innovation et la formalise, par la circulaire de 2005 qui crée les équipes mobiles « psychiatrie et précarité ». C'est d'ailleurs par cette entrée concrète que nous avons commencé à travailler la question. Mais les quatre principes dégagés sont bien liés. Les soignants sont mobiles pour être réactifs, car, à quoi servirait d'être mobiles, si c'était dans la lenteur ? Si l'on est mobile, c'est bien pour pouvoir proposer des interventions « sans délai ». Cependant, les deux fonctions ne se recouvrent pas exactement, car la capacité à répondre sans délai est une réactivité qui n'implique pas forcément la mobilité. Corrélativement, quand il s'agit de patients chroniques, la mobilité exige plutôt le plus souvent de la régularité que de la rapidité. Du moins en « mode croisière », car, si, dans une situation chronique, une crise apparaît, la rapidité redevient importante, et nous aurions pu aussi introduire, dans l'éthique de la disponibilité, la notion de « vigilance ». Pour un patient chronique suivi par un secteur, la disponibilité est aussi la capacité à lui trouver à chaque moment la bonne place (foyer, famille d'accueil, appartement autonome, hospitalisation, etc.), les patients devenant en quelque sorte eux aussi mobiles en fonction de leur état de santé et de leurs besoins, plutôt que d'être immobilisés dans un lieu qui ne correspondrait qu'à la moyenne de leurs états et ne

pourrait donc manquer d'avoir des effets pervers. La pertinence, la qualité et la fluidité des orientations et des réorientations font donc partie de l'idéal de disponibilité du secteur. Enfin, si le patient change souvent de place pour que le lieu soit adapté à son état, il ne saurait l'être comme un paquet, et son avis quant à son vécu présent et quant à son projet pour le futur proche et lointain est alors essentiel dans la trajectoire de soin.

Le sens du « travail de disponibilité »

On pourrait se demander pourquoi la disponibilité, dont nous avons bien dit qu'elle relevait de la philosophie du secteur dès les débuts historiques de celui-ci, est devenue récemment une question particulière, au point que le ministère préconise des « équipes mobiles ». Et au point que des équipes se soient engagées dans ces innovations particulières. La psychiatrie de secteur s'est nourrie de nombreux apports : ceux de la psychanalyse, de la psychothérapie institutionnelle, du « désaliénisme » (lutte contre les effets de l'asile, les processus de ségrégation et d'exclusion). Elle s'est enrichie de l'usage des psychotropes, des thérapies familiales et systémiques, des aides psychosociales, de la création et des activités culturelles comme soutien thérapeutique et facteur d'insertion dans la vie de la cité. La psychiatrie de secteur est porteuse de la richesse de cette diversité. Sa définition initiale (circulaire de 1960) incluait bien l'idée clinique qu'il fallait soigner les patients dans leur milieu de vie plutôt que de les en isoler. La réalisation concrète de cette philosophie s'est tout de suite heurtée à des freins importants, et, du coup, on pourrait dire qu'elle est à la fois très inégale et tout à fait inachevée. D'abord, elle n'a pas bénéficié d'un grand volontarisme ni de directions de travail claires de la part de l'État central⁵. Elle s'est heurtée à l'*hospitalocentrisme* de l'administration de la santé. Elle s'est aussi heurtée

pareillement à l'hospitalocentrisme des médecins chefs de service (*cf.* la lenteur de la mise en place du secteur), qui ont eu du mal à concevoir l'intérêt du travail en ambulatoire et qui ont sous-estimé les méfaits des hospitalisations non pertinentes ou trop longues, comme si une hospitalisation non pertinente ou trop longue ne pouvait pas faire de mal. Et qui ont ensuite réinterprété l'ambulatoire en y installant une nouvelle clôture, au lieu d'en faire un soin intégré aux lieux de vie des patients. Elle s'est heurtée par ailleurs au *psychiatro-centrisme* des mêmes, qui ont du mal à reconnaître que le trouble ou la normalité psychique (la santé mentale) n'est pas seulement une affaire de psychiatrie, et qui, en outre, ne souhaitent pas que les dispositifs interdisciplinaires ou interprofessionnels visant une politique de santé mentale ne soient pas pilotés par les secteurs psychiatriques⁶. L'inachèvement de la politique de secteur est clairement lisible dans les statistiques concernant les files actives ou l'affectation des personnels (Codelfy, 2007 ; Codelfy *et al.*, 2009). De plus, dans la période récente, la philosophie du secteur se heurte à plusieurs courants contraires qui visent à son affaiblissement idéologique et organisationnel. • L'idéologie dérivée des neurosciences en expansion nous ne disons pas les neurosciences elles-mêmes qui, instrumentalisant certaines perspectives génétiques, biologiques ou techniques, médicalise, naturalise et désocialise les émotions et les souffrances sociales. La souffrance psychique devient cérébrale ou génétique et relève donc de la même division du travail que la médecine somatique, avec des hôpitaux de pointe (psychiatrie de recours, expertises, soins très techniques) et de services de proximité, et donc une territorialisation différente de celle du secteur.

- Les tendances à la spécialisation des médecines et des patients (par pathologie et par gravité de pathologie, par

âge, par situation sociale) qui mettent aussi en cause le mode de territorialisation du soin dans le secteur et sa vocation généraliste, au profit de dispositifs intersectoriels spécialisés.

- Le néolibéralisme et le management néo-bureaucratique, qui mettent au poste de commande du soin les préoccupations de réduction de coûts et de standardisation des pratiques. La loi HPST, d'ailleurs, fond de fait les secteurs dans les « pôles ». Les chefs de pôle voient leur autonomie, y compris clinique, diminuer par rapport aux directions d'hôpitaux et à l'agence régionale de santé (ARS) (Béart, 2011 ; Dembinski, 2013).
- Le sécuritarisme, qui tire la psychiatrie vers une fonction répressive et normative, en s'appuyant sur une stigmatisation des patients. Les crédits ont, dans la dernière période, été drainés par la création des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), pour détenus, des unités pour malades difficiles (UMD). Les discours sur la dangerosité de patients, la judiciarisation des incidents, et l'insistance sur la gestion des risques, découragent l'innovation clinique et renforcent la bureaucratisation de l'organisation.
- Enfin, la présentation et l'explicitation de la philosophie du secteur ne font pas partie de la formation des médecins ni des infirmiers, ni du programme du diplôme d'études spécialisé de psychiatrie, et donc, en creux, apparaissent comme une donnée négligeable.

Les innovations que nous allons étudier dans cet ouvrage sont une façon de réaffirmer la pertinence de la philosophie du secteur. Mais elles sont en même temps le signe que quelque chose ne va pas ou ne va plus dans les secteurs réels. Créé pour en finir avec les pratiques asilaires et

promouvoir la psychiatrie « hors les murs » pour un même territoire géographique et démographique autour d'une même équipe intra- et extra-hospitalière, le secteur voulait rapprocher le patient de sa famille et le réintégrer autant que possible dans la cité. Mais était-ce facilement possible, humainement, organisationnellement, cliniquement, de passer de l'*intra* au centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), à l'hôpital de jour, au foyer post-cure : les passages semblent parfois aussi vertigineux et risqués pour les soignants que pour les patients. Surtout, accompagner dans la cité, accompagner hors du soin, vers le groupe d'entraide mutuelle (GEM) par exemple, vers des activités culturelles ou sportives en ville, vers l'insertion professionnelle, implique de franchir une deuxième membrane, non plus celle qui sépare l'hospitalier de l'ambulatoire, mais celle qui sépare l'ambulatoire dans les équipements propres du secteur de l'ambulatoire comme soin dans la cité⁷, l'ambulatoire statique de l'ambulatoire mobile, l'ambulatoire auto-référent à l'ambulatoire ouvert : pour prendre un exemple, il s'agit de la différence de démarche entre prescrire un atelier culturel au CATTP et accompagner le patient dans un atelier culturel en ville, dans lequel on aura négocié une place pour lui, ou celle entre encourager un patient à s'inscrire dans un club thérapeutique et l'inciter à fréquenter un GEM⁸. Un autre motif du travail de disponibilité est l'énorme augmentation des files actives de la psychiatrie, aussi bien en psychiatrie adulte qu'en psychiatrie infanto-juvénile⁹. L'accroissement des inégalités sociales, les pressions accrues à la réussite scolaire pour les enfants et les adolescents, le chômage et la précarité au travail, les transformations du management privé et public, autant de facteurs qui ont contribué au développement de la demande de soins psychiques. De ce fait, dans la période récente, notamment dans les secteurs les moins dotés en personnels nous le savons, la répartition

des moyens entre secteurs est assez inégalitaire , le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous en centre médico-psychologique (CMP) a parfois atteint 2 ou 3 mois. De plus, une série de personnes vivant dans la rue ou dans la grande précarité n'avait pas accès au soin, sauf crise et passage par une hospitalisation d'office. Bref, la question de la disponibilité des secteurs s'est posée à nouveaux frais, nécessitant un « travail de disponibilité » spécifique. Une autre raison pour s'engager dans le travail de disponibilité est de gérer les conséquences concrètes de la « désinstitutionnalisation », donc la présence de patients chroniques en ville, désinstitutionnalisation qui s'est produite à des rythmes effectifs divers selon les secteurs. Une quatrième raison en est qu'un certain nombre de pratiques sont devenues l'objet d'une évaluation externe, dans le cadre des accréditations, donc de « visibilisation » et de normes (par exemple, le temps de réponse à la demande de consultations ou les relations avec les généralistes). Mais tous les secteurs ne se lancent pas pourtant dans un « travail de disponibilité ». Certains, pour diverses raisons, dont certaines ne dépendent pas des équipes soignantes, se résignent à fonctionner avec de longs délais d'attente, une faible réactivité, une faible continuité de soins, un CMP et un CATTP qui ne sont que des avant-postes de l'*intra*¹⁰. Les secteurs qui nous intéressent ici, dans cette étude, sont donc ceux qui ont développé des pratiques innovantes, des inventions locales, pour fonctionner autrement, que ce soit dans une démarche volontariste ou pragmatique... Il est intéressant de les faire connaître et d'analyser leur fonctionnement, d'autant plus que leur interconnaissance est faible, nous avons pu le constater, même à seulement quelques kilomètres de distance.

Méthodologie

Nous avons opté dans ce travail pour une méthodologie qualitative : observer le fonctionnement de 3 secteurs, sur la région Nord-Pas-de-Calais. Nous avons volontairement décidé pour les études de cas de ne pas choisir des équipes mobiles labellisées, telles que « psychiatrie et précarité » pour nous intéresser à celles qui concernent le public tout venant. Nous avons pris le parti d'anonymiser les secteurs, même si c'est un peu rhétorique, tant leur description n'interdit pas vraiment aux lecteurs de la région de les identifier. Les soignants et les patients ont bien sûr été anonymisés. Nous n'avons pas cité les propos dont la confidentialité nous a été demandée. Il s'agit dans les trois cas d'expériences intéressantes, ce qui était la première raison de les sélectionner. Par ailleurs, quant à leur choix, nous souhaitons, pour faciliter la démarche comparative, qu'elles se situent dans un environnement sociodémographique similaire, tant du point de vue de la population suivie que des ressources des secteurs. Les trois secteurs choisis sont de fait situés dans la métropole lilloise et rattachés à deux établissements publics de santé mentale (EPSM) voisins. La proximité géographique, la communauté des préoccupations de disponibilité-mobilité et la comparabilité des situations matérielles n'empêchent pas, nous le verrons, de fortes différences dans le projet et les réalisations, ce qui est intéressant quant aux modalités du déploiement des innovations en santé mentale. Elles sont également différentes quant à leur publicité : l'une est adossée à des expérimentations internationales, une autre à un réseau national qu'elle a contribué à créer, la troisième ne cherche absolument pas à faire parler d'elle. La mobilité s'y conjugue de façon diverse avec les notions d'urgence, de crise, d'accès au soin, de chronicité, de mobilisation des entourages relationnels. Les philosophies cliniques sont également diverses : psychanalyse, comportementalisme, éclectisme. Sans doute cette méthode ethnographique a-t-elle ses limites : ne pas être allés observer quelques «

équipes mobiles » pionnières en France ; ne pas s'être dotés d'indicateurs quantitatifs pour mesurer la disponibilité des secteurs ou évaluer les effets globaux de la disponibilité « supplémentaire », ni évaluer l'efficacité comparée des différentes mises en œuvre. Renoncer donc à une certaine montée en généralité. L'étude socio-anthropologique par entretiens et observations a de plus un inconvénient : elle est lourde en temps de travail des chercheurs, que ce soit avant la phase de « terrain » pour en négocier l'accès, toujours délicat et jamais sans réserve¹¹, pendant le déroulement de celui-ci, où nous avons partagé la vie des équipes pendant des périodes de 15 jours à 3 semaines du matin au soir, et après, pour trier et traiter une masse d'informations considérable, dont une partie n'a pas de rapport direct avec l'étude tout en présentant par ailleurs un grand intérêt sociologique. Malgré la durée des séjours, chaque « terrain » nous a laissé cependant un sentiment d'inachèvement : il y avait encore des choses à voir, à discuter, à observer... Néanmoins les avantages de l'étude socio-anthropologique sont considérables et irremplaçables, que ce soit en termes de description de fonctionnements organisationnels et cliniques concrets, de possibilités d'accès au vécu des acteurs (soignants ou patients), d'analyse de ce qui marche et de ce qui marche moins bien, de repérage des conditions humaines de mise en œuvre de telles démarches. Il nous a semblé en outre que c'était ce qui répondait le mieux à la demande de la fédération régionale de recherche en santé mentale Nord-Pas-de-Calais, notre commanditaire : identifier et faire connaître les méthodes concrètes par lesquelles un secteur peut se rendre plus mobile, plus réactif, plus disponible. Parallèlement, pour situer les innovations concrètes observées les unes par rapport aux autres et pouvoir tenir tout de même un discours d'une certaine généralité, nous avons travaillé de manière documentaire sur d'autres

expériences similaires, d'une part au niveau international (étude bibliographique), d'autre part au niveau français (observation des deux premiers congrès des « équipes mobiles » de psychiatrie, étude documentaire).

Plan de l'ouvrage

Un premier chapitre exposera ce qu'il en est de la disponibilité-réactivité-mobilité des équipes psychiatriques dans quelques pays étrangers. Le deuxième chapitre propose une synthèse sur la situation française en matière d'« équipes mobiles » (mais ne rentrant pas obligatoirement dans le cadre de la circulaire de 2005) et en propose une typologie, les équipes mobiles participant de la disponibilité des secteurs de manière diverse et avec des philosophies organisationnelles différentes. Les trois chapitres suivants présentent nos trois terrains :

- **secteur 1 (S1)** : un secteur de pédopsychiatrie qui possède une « équipe mobile » (auto-nommée) de soignants travaillant à temps partiel en interventions mobiles, et qui revendique son travail de disponibilité dont elle fait la publicité ;
- **secteur 2 (S2)** : un secteur de psychiatrie générale qui possède une équipe mobile identifiée (un groupe de soignants travaillant constamment en mobilité) et qui inscrit ce travail de disponibilité dans une philosophie globale du soin en santé mentale ;
- **secteur 3 (S3)** : un secteur de psychiatrie générale dont le travail de disponibilité n'est pas passé par la création d'une unité mobile. À partir de ces trois études de cas et du panorama des mises en œuvre de la mobilité en psychiatrie, nous développerons en conclusion quelques principes du

travail de disponibilité dans les secteurs et quelques réflexions sur les enjeux de telles innovations.

POUR EN SAVOIR PLUS

Belart C. « La psychiatrie à l'épreuve des outils de gestion ». In : Maugeri S, Metzger JL, Benedetto-Meyer M (eds). *L'emprise de la gestion. La société au risque des violences gestionnaires*. Paris : L'harmattan, coll. « Logiques sociales », 2011 : 215-44.

Boltanski L, Chiapello E. *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris : Gallimard, 1999.

Cléry-Melin P, Kovess V, Pascal JC. Rapport public Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale en France. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2003.

Coldefy M. *La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques*. Paris : La Documentation française, coll. « Études et statistiques », 2007.

Coldefy M, Salines E. Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000. *DRESS* 2003 ; série Études, n° 32.

Coldefy M, Salines E. Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités. *DREES* 2004 ; Études et résultats, n° 342.

Coldefy M, Lepage J. Les secteurs de psychiatrie générale en 2003. *DREES* 2007 ; série Études, n° 70.

Coldefy M, Le Fur P, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France :

des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. *Questions d'économie de la santé* (IRDES) 2009 ; n° 145.

Demailly L. *Sociologie des troubles mentaux*. Paris : La Découverte, coll. « Repères », 2011.

Demailly L, Darreon JL. Connaissance rationnelle et action publique. *Sciences de la société* 2011 ; n° 79.

Demailly L, Autès M. *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*. Paris : Armand Colin, 2012.

Dembinski O. L'expertise psychiatrique au service de la gouvernance ? *La nouvelle revue du travail* 2013 ; n° 2.

Ehrenberg A. *Le culte de la performance*. Paris : Calmann-Lévy, 1991.

Feher M. Introduction. *Vacarme* 2006 ; 34, n° spécial « Politiques non gouvernementales ».

Goffman E. *Asiles*. Paris : Éditions de Minuit, 1961.

Hughes EC. *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris : Éditions de l'EHESS, 1971.

Vacarme 2006 ; 34, n° spécial « Politiques non gouvernementales ».

[1]. La loi du 2 janvier 2002, dite loi rénovant l'action sociale et médico-sociale a pour objectif « de mettre de la cohérence et du sens dans le paysage très morcelé du secteur social et médico-social ». La loi du 11 février 2005 permet aux usagers d'être présents et représentés dans de nombreuses instances, notamment administratives. Relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, elle introduit à propos du handicap l'adjectif « psychique », base d'une reconnaissance d'un handicap propre aux « malades mentaux ».

[2]. Qui comprend actuellement ou a réuni, outre les auteurs du présent ouvrage, Michel Autès, Hélène Chéronnet, Damien Cassan, Claire Bélart,

Jérémie Soulé, Nadia Garnoussi, Cyril Farnier.

[3]. C'est aussi le cas de notre recherche en cours sur les médiateurs pairs de santé en santé mentale (pair-aidants).

[4]. La Charte européenne des droits des patients paraît en 1994. « Chaque personne a le droit d'accéder à toute information qui pourrait lui permettre de participer activement aux décisions concernant sa santé. Chaque personne a droit à des parcours diagnostiques ou thérapeutiques conçus, dans la mesure du possible, en fonction de ses besoins personnels.

[5]. Elle a été mise en place avec des circulaires et non pas une loi, ce qui est beaucoup moins légitime et beaucoup moins contraignant qu'une loi. Alors que l'idée date de l'après-guerre, ce n'est qu'à partir des années 1980 que le secteur est inscrit dans la loi.

[6]. Le rapport Cléry-Melin (septembre 2003) et les premiers grands réseaux étaient significatifs de cet état d'esprit.

[7]. Avec des problèmes nouveaux et spécifiques de responsabilité juridique.

[8]. Sur les difficultés d'implantation de la psychiatrie sociale et communautaire, *cf.* Demailly & Autès, 2012.

[9]. En 2003, les 817 secteurs de psychiatrie générale, prenant en charge les adultes, ont suivi 1,2 million de patients. Ce nombre est en augmentation régulière (+ 62 % de patients suivis depuis 1991) (Coldefy & Lepage, 2003). Durant l'année 2000, les 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont suivi 432 000 enfants et adolescents. Ce nombre est en augmentation régulière et a doublé depuis 1986 (Coldefy & Salines, 2003).

[10]. La structure de l'activité des secteurs de psychiatrie générale est ainsi très variable. La proportion de patients suivis en ambulatoire peut varier de 54 à 100 % selon les secteurs. Ces variations sont en partie liées aux catégories d'établissements de rattachement des secteurs (Coldefy & Salines, 2004).

[11]. Pour l'essentiel, le travail de face-à-face des psychologues avec leurs patients ne nous a pas été accessible (à l'exception du secteur 2). Le travail de l'équipe mobile périnatalité du secteur 1 non plus, pour des raisons que nous expliquerons.

1 - L'apport des expériences étrangères à la philosophie de la mobilité

Catherine Déchamp-Le Roux

Historiquement, les premières alternatives à l'hospitalisation ou « désinstitutionnalisation »¹ émergent au moment où Erving Goffman, en 1961, décrit l'hôpital psychiatrique comme une institution totalitaire². La psychiatrie post-asilaire innove pour se démarquer d'une institution de plus en plus critiquée ; les politiques et les pratiques de santé mentale alternatives à l'hospitalisation sont diverses et varient en fonction du contexte scientifique et social de chaque pays. Dans ce chapitre, nous identifierons les caractéristiques spécifiques de quelques systèmes alternatifs de santé mentale. L'analyse n'est pas exhaustive mais elle identifie les expériences originales qui ont contribué à faire avancer les idées en matière de disponibilité-mobilité. Nous tenterons de comprendre les sources d'inspiration et les influences réciproques. Quelles sont les innovations ayant eu ou non un impact sur la conception des équipes mobiles françaises ? Quelles sont les sources d'inspiration permettant une prise en charge du patient dans son milieu de vie ? Le processus de « désinstitutionnalisation » est lié à l'évolution de la psychiatrie (regard critique sur l'univers asilaire, approche holistique des troubles, thérapies chimiques, psychiatrie de secteur) et est observable dans tous les pays occidentaux malgré de grandes différences dans la conception et dans l'organisation des soins psychiatriques. L'approche comparative permettra de mettre en évidence ce qui, dans

la genèse, a été et est le moteur de l'idée de mobilité. On peut ainsi faire l'hypothèse qu'en France la connaissance épidémiologique des troubles psychiques dans une population précaire, désocialisée et n'ayant pas accès aux soins, a favorisé la mise en place d'un dispositif d'équipe mobile devant répondre aux besoins des plus démunis. C'est quelque part un constat d'échec du système de santé et de protection sociale pour tous. La prise de conscience des inégalités sociales de santé en France a été tardive en raison du système de protection sociale que l'on pensait pallier les différences socio-économiques de la population. Les travaux récents³ montrent un inégal accès aux soins associé à des inégalités sociales de santé liées aux conditions de vie. Cette réalité est observable dans toute l'Europe sociale depuis les années 1980. Les équipes mobiles, que ce soit en France ou à l'étranger, répondent à plusieurs finalités : prendre en charge des personnes en situation de précarité, faire de la prévention, traiter l'urgence et enfin offrir des soins en extra-hospitalier dans un contexte de désinstitutionnalisation valorisant l'intervention *in vivo*. Les équipes mobiles s'adressent aussi à des publics divers identifiés par une situation économique ou sociale, par l'âge ou par des pratiques marginales⁴. Une équipe mobile se déplace, en général, au domicile de l'individu et assure un suivi, une prise en charge traditionnellement assurée en milieu hospitalier ou extra-hospitalier. Dans une première partie, nous insisterons sur la genèse des idées puis, dans une deuxième partie, nous présenterons les innovations organisationnelles et, enfin, dans une troisième partie, nous aborderons la période contemporaine ou post-asilaire marquée par les évaluations de ces expériences et par la recherche de critères de comparaison internationale. La recherche documentaire a porté sur des archives, des articles, des rapports étrangers et français rendant compte des transformations

conceptuelles et organisationnelles de la prise en charge des besoins en santé mentale. Notre objectif est d'identifier les facteurs sociaux et scientifiques qui ont contribué à un changement des pratiques de prise en charge en santé mentale tel qu'il est observé avec les équipes mobiles.

Le paradigme de la désinstitutionnalisation

En Europe, dès la fin du XVIII^e siècle, l'hôpital est décrit comme un lieu à détruire, sinon à réformer. Il y a un vaste mouvement d'élan philanthropique⁵ dans lequel s'inscriront les « libérateurs des aliénés ». Il faut cependant attendre la fin du XX^e siècle pour que des innovations dans et hors de l'hôpital permettent la mise en œuvre d'une désinstitutionnalisation. La diversité dans la prise en charge des malades mentaux est telle qu'en Europe, par exemple au Royaume-Uni, on développe le concept de médecine communautaire alors qu'en France, la psychiatrie de secteur reste la grande réforme structurelle depuis plus d'un demi-siècle. Aux Pays-Bas, la psychiatrie d'urgence est le concept proposé pour répondre aux besoins de santé de la population déshéritée dans un contexte de crise économique et sociale.

■ L'invention française de la psychiatrie de secteur

Le quadrillage géographique et sanitaire de la population a été une utopie sanitaire prérévolutionnaire, portée par la Société royale de médecine, définissant les prémisses d'une médecine d'État⁶ ou biopouvoir. Il a été imaginé de quadriller le territoire en districts et sous-districts d'intervention médicale avec, au cœur du dispositif, un dispensaire de soins permettant d'intervenir auprès des populations, d'apporter les soins et conseils utiles. Ce dispositif avait aussi pour objectif de produire des connaissances sur les conditions de vie de la population afin

de mieux agir. En France, la Convention nationale a ainsi privilégié les soins à domicile à l'hospitalisation pour des raisons sociales (respect de la cellule familiale), économiques (l'hôpital attire les pauvres et augmente ainsi leur nombre) et médicales (la maladie doit être traitée à domicile et non dans un univers clos générateur de troubles endémiques). Les désillusions politiques et sociales de la période post-révolutionnaire ont permis à la médecine d'intervenir là où le politique avait échoué et favorisé un mythe selon lequel on pourrait assainir la société en la restructurant et en réalisant un quadrillage sanitaire. Cette mission a été confiée aux officiers de santé en 1803. Le corps médical, incluant les officiers de santé et les médecins, sont ainsi devenus les spécialistes du « bien public »⁷. Cependant, le manque de moyens pour la mise en œuvre d'une médecine gratuite au domicile du patient a transformé l'assistance, droit reconnu à tout citoyen, en un droit à l'hospitalisation. L'hôpital, l'hospice et l'asile ont ainsi rempli une fonction de contrôle social par l'enfermement des laissés pour compte de la société. La réclusion dans de nombreux établissements a été longtemps synonyme de travail forcé. La prise en charge du patient dans son environnement est donc restée une utopie. À la fin du XVIII^e siècle, Pinel⁸ conseille de libérer les malades mentaux de leurs chaînes et de les rééduquer par le travail et s'inscrit ainsi dans un « mouvement européen d'élan philanthropique ». La loi des aliénés (30 juin 1838), inspirée par Esquirol, institutionnalise la prise en charge des malades mentaux et contraint tous les départements à se doter d'un hôpital psychiatrique, offrant ainsi une prise en charge spécifique tout en garantissant certains droits. Plusieurs rapports dénonceront, après Pinel et Esquirol, la situation inhumaine des aliénés :

« On se préoccupe davantage de les maintenir séquestrés que de les traiter. Et nous sommes ainsi arrivés, cent ans après Pinel, à ce lamentable résultat de voir les aliénés, dont sans cesse on proclame la dignité de malades, rabaissés à la triste position de détenus⁹. »

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, l'univers asilaire est devenu intolérable pour les professionnels de la santé mentale, la situation des internés évoquant alors les camps d'extermination (de nombreux patients sont morts de faim durant la guerre). Le contexte sociopolitique est ainsi devenu favorable au processus de désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques. Un processus inverse est observé en médecine : l'hôpital général devient le lieu du progrès médical et technique alors que, jusqu'à la réforme Debré¹⁰, seuls les plus démunis avaient recours à l'hôpital pendant que les catégories sociales plus favorisées préféraient les soins à domicile¹¹. En France, la prise en charge du patient dans son environnement est restée une utopie jusqu'à la psychiatrie de secteur dont l'objectif est de soigner les malades d'une collectivité dans son contexte afin de préserver l'intégration sociale. Le secteur est une unité administrative et géographique (70 000 habitants) de soins en santé mentale dont fait partie l'hôpital. L'objectif est d'assurer une continuité de soins, en dehors de l'hôpital, dans le contexte de vie du patient et, en cas d'hospitalisation, le patient doit pouvoir être suivi par la même équipe. C'est le principe de continuité : « Il n'y a pas de raison pour qu'une personne prise dans la difficulté relationnelle ne soit pas suivie par la même équipe à la fois dehors et dedans¹². » Ce mouvement de désinstitutionnalisation s'est fait dans de nombreux pays et des équipes soignantes pluriprofessionnelles ont été chargées à la fois de la prévention, du diagnostic précoce,

du traitement et du suivi des patients. Ces mêmes équipes ont aussi eu pour mission de coordonner l'organisation des soins dans le contexte du secteur. Cette politique de secteur fondée sur trois principes, la précocité, la continuité et la proximité des soins¹³, a répondu à une demande sociale de désinstitutionnalisation des malades mentaux. C'est ainsi que l'hospitalisation à domicile des patients chroniques ou non est devenue possible, l'objectif étant de préserver l'insertion sociale du patient. Il est important d'insister sur les progrès thérapeutiques ou « camisole chimique » qui ont permis d'autres soins, en particulier à l'extérieur de l'hôpital. La psychiatrie de secteur telle qu'elle a été mise en œuvre en France répondait à plusieurs objectifs : continuité des soins et couverture territoriale des besoins. Les secteurs sont des entités distinctes qui reflètent les caractéristiques de la population et du système de santé local. Une grande diversité de pratiques dans la mise en œuvre de cette sectorisation a été observée en raison de la spécificité des besoins de santé et/ou des objectifs thérapeutiques de l'équipe médicale. Comme le constate L. Murard¹⁴ : « Il n'est pas vrai, contrairement à ce qu'énoncent les textes, qu'un collectif de soignants couvre l'ensemble des besoins d'une population ; il n'y a pas de rapport fixe, défini une fois pour toutes, entre une équipe et une aire géographique donnée. » L'idée du secteur est celle du service destiné à une population en étant présent « là où les besoins émergent ». Dans le contexte de la France, la politique de sectorisation en psychiatrie a été réalisée sous l'égide de Lucien Bonnafé (1912-2003). La sectorisation se met en place dès 1958 et c'est par une simple circulaire ministérielle, en 1972, qu'est née officiellement la psychiatrie de secteur. Dans un entretien¹⁵ réalisé peu de temps avant son décès, Lucien Bonnafé fait le bilan du secteur :

« La naissance du secteur, les plus réacs la situent à partir de 1972, parce qu'il y a une circulaire de cette époque qui en parle. D'autres disent 1960, en se référant à une autre circulaire ministérielle. Moi, je ferais remonter sa naissance officielle à 1958, lors du colloque de Sèvres, qu'avaient organisé les centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active, auquel participaient tous les praticiens du secteur en France : Duchêne, Millon, Pariente, Fernandez-Zoïla, Bonnafé, Daumazon, Diatkine qui représentait Paumelle, Lambert, Koechkin, Tosquelles, Mignot, Torrubia. C'est en effet dans les années cinquante que le secteur s'est mis en place, non sans un certain nombre de difficultés. Par exemple, il fallait opérer des créations de service. Quand, à Sotteville-Les-Rouen, j'ai profité d'une redistribution de malades à la suite d'une création de service pour réorganiser le mien et le sectoriser, bien que mes collègues se soient montrés très timorés devant cette innovation qui était contre toutes les traditions. En revanche, il m'a été impossible de mettre en place un service bisexué. Le seul qui ait réussi à cette époque à créer un tel service, c'est Lambert en Savoie. »

■ De la médecine communautaire à la psychiatrie communautaire

Si en France, le débat dans les années 1970 porte sur le pouvoir institutionnel psychiatrique *versus* une psychiatrie hors institution et au service de la population, à l'étranger la question du service à la population prend d'autres formes comme la médecine communautaire¹⁶ ou les équipes mobiles d'urgence. Ce concept a été porté par les politiques publiques dans le contexte de l'après-guerre au Royaume-Uni, il est qualifié, par Walker¹⁷, de consensus précaire sur le fait que des populations fragiles comme les personnes

âgées, les enfants, les handicapés et les malades mentaux doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge médicale communautaire. En santé mentale, le *Mental Health Act* (1959) prévoyait de nouvelles structures d'accueil telles que des foyers ou des hôtels thérapeutiques. La même politique est appliquée aux personnes âgées qui doivent pouvoir être soignées chez elles. Aux États-Unis, en Hollande, au Royaume-Uni, il y a, à la même période, des innovations équivalentes telles que des équipes mobiles en psychogériatrie, centres de jour mobiles (en milieu rural, par exemple) ou équipes itinérantes circulant entre plusieurs structures. La rationalisation de l'hôpital, en procédant à un tri des malades en fonction de la durée de prise en charge médicale, a favorisé le développement de la médecine communautaire qui a trouvé deux décennies plus tard de nouveaux débouchés avec les maladies chroniques. Le concept de psychiatrie communautaire émerge à cette époque dans les pays anglo-saxons : Canada, Royaume-Uni et États-Unis. C'est une branche de la psychiatrie concernée par un programme coordonné de soins en santé mentale destinés à une population spécifique¹⁸. Les aspects inclus dans ce concept sont l'ensemble des facteurs sociaux, psychologiques et physiques reliés à l'étiologie, à la prévention et au maintien de la santé mentale d'une communauté (selon la définition du *Catalogue et Index des sites médicaux de langue française*). Ce sont les travaux¹⁹ d'un psychiatre de santé publique (Stein) et d'une spécialiste du travail social auprès des pauvres (Test) qui ont impulsé la recherche d'alternatives thérapeutiques à l'hospitalisation. Le modèle dit de Madison (Wisconsin) a été largement inspiré d'autres expériences aux États-Unis, en Australie, au Royaume-Uni et au Canada. Les *Assertive Community Treatment* ont été reproduits depuis les premiers travaux de Stein et Test²⁰ (États-Unis), en 1980, qui montraient une réduction des hospitalisations et un meilleur

contrôle des soins. L'objectif est de proposer une prise en charge communautaire dynamique et d'encourager les patients à profiter des avantages sociaux et des services à disposition. Ces alternatives à l'hospitalisation existent sous cette appellation dans de nombreux pays. Citons Lise Demailly²¹ :

« Les programmes d'Assertive Community Treatment (ACT) sont une invention anglo-américaine : États-Unis, Canada et Royaume-Uni. Ils émergent dans le Wisconsin dans les années 1970 (Stein et Test, 1980). Importés au Canada dans les années 1980, ils y sont généralisés dans les années 1995-1998, prenant le nom en Ontario d'«équipes de traitement communautaire dynamique» et au Québec de «suivi intensif dans la communauté» (Boudreau, 1980). C'est une pratique de la psychiatrie définie comme un programme coordonné de soins et de soutien multidisciplinaire en santé mentale, hors hôpital, destinée à une population spécifique. Les aspects pris en compte dans ces programmes sont l'ensemble des facteurs sociaux, psychologiques et physiques reliés à l'étiologie, à la prévention, et au maintien de la santé mentale d'une communauté. »

La communautarisation des services et des traitements en santé mentale au Québec a contribué à humaniser les soins et à rationaliser les dépenses et est en perpétuelle « réinvention »²². Malgré la diversité des pratiques, la prise en compte de l'expérience des intervenants et des usagers est centrale ainsi que le respect du choix du patient. L'équipe multidisciplinaire (gestionnaire, infirmier psychiatrique, travailleur social, ergothérapeute, psychiatre, psychologue) fait de la gestion de cas, assure une prise en charge 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 et mène une démarche de valorisation auprès des clients dans leur milieu de vie. L'équipe doit assurer le lien avec les individus qui évitent le

contact avec les services de santé mentale. Il faut comprendre les besoins, les aspirations et les espoirs : le point de vue du patient est central. Le cas des Pays-Bas est intéressant en raison du mouvement d'émancipation du patient dans les années 1970 qui a été concrétisé par la mise en place d'une représentation des usagers dans les services de santé. Depuis, le programme de santé mentale²³ actuel est centré sur le patient, sur la désinstitutionnalisation avec la création de multiples structures spécialisées pouvant accueillir toutes sortes de patients selon l'âge, la pathologie et la situation, et enfin sur la prévention. Malgré tout, le nombre de lits psychiatriques reste important²⁴ (1 pour 1 000 habitants).

La psychiatrie communautaire au Brésil et au Canada

Le concept de santé communautaire n'a pas fait florès en France contrairement à ce qui a été observé au Brésil²⁵ et au Canada dans les années 1960. Des variantes ont été développées au Chili, à Cuba, aux États-Unis et au Royaume-Uni. La santé communautaire est fondée sur la prise en compte des besoins de santé d'une communauté et la population participe à la définition des priorités et des besoins de santé. Les équipes de santé sont pluridisciplinaires pour favoriser l'approche globale de la santé dans son environnement. Le concept de santé communautaire est toujours d'actualité dans ces deux pays d'autant qu'il est inscrit dans chacun des systèmes de santé publique. La notion de santé communautaire a inspiré la thérapie communautaire²⁶, à la fin des années 1980, pour répondre aux besoins de santé et à la souffrance psychique des habitants des favelas au Brésil à l'initiative du psychiatre Adalberto Barreto²⁷.

Les principes de santé communautaire en France

On peut observer des initiatives locales inspirées par les principes de santé communautaire comme cela a été le cas en Seine-Saint-Denis avec les centres de santé²⁸. L'évaluation des besoins de santé se fait *in situ* avec la population. Ce concept a reçu un accueil favorable dans ce département caractérisé par un grand nombre de centres de santé administrés par les communes. Toutefois, ces initiatives n'ont pas d'impact sur l'organisation de la psychiatrie qui obéit à une autre logique, en l'occurrence celle du secteur. Le psychiatre brésilien A. Barreto, qui a fait une partie de ses études de médecine en France, a maintenu des liens avec la psychiatrie française. En 2011, il dresse un bilan de la diffusion de la thérapie communautaire en France²⁹ :

« La thérapie communautaire n'est pas une expérience unique, exotique et brésilienne. D'autres acteurs engagés dans le champ sanitaire ou social ont perçu les limites de leur action. Ils ont mis en place des outils reposant sur les mêmes valeurs que la thérapie communautaire systémique et intégrative (TCSI) et intégrant ces séances dans des associations d'entraide. Je citerai pour mémoire, mon ami J.-P. Boyer à l'hôpital Saint-Égrève, près de Grenoble... Riccardo Rodari, dans la Haute École de travail social (HETS), en Suisse... Nicole Hugon à Marseille et beaucoup d'autres collègues à Lyon, à Romans, à Strasbourg. Ils ont fait le constat qu'il ne suffisait pas de savoir traiter les maladies mentales ou avoir des outils sociaux pour lutter contre la précarité. Il fallait inventer d'autres formes d'action complémentaires, pour favoriser la resocialisation, lutter contre l'isolement et l'exclusion en s'appuyant sur les ressources des personnes dites en précarité. »

Les innovations en psycho-gériatrie

On peut aussi faire l'hypothèse que les principes de santé communautaire ont inspiré certaines innovations en psychogériatrie dès les années 1960 avec les travaux de Claude Balier³⁰ dans le XIII^e arrondissement de Paris. Les expériences étrangères de santé communautaire en psychogériatrie étaient connues des équipes de santé mentale du XIII^e arrondissement. Le secteur bénéficiait à l'époque d'une infrastructure médico-sociale et de santé exceptionnelle et pouvait innover sans porter préjudice à une offre de soins de base³¹. Il y a eu un métissage de la psychiatrie de secteur et de la santé communautaire appliquée à la santé mentale des personnes âgées. L'objectif est d'innover sur le plan médico-social en psychogériatrie dans le XIII^e arrondissement de Paris afin que les personnes âgées fragiles puissent bénéficier d'une prise en charge à domicile. Une enquête de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) sur les besoins médico-sociaux des personnes âgées³² a été réalisée avant la mise en place de structures innovantes : la création de structures extra-hospitalières telles que les hôpitaux de jour ou le centre de jour, qui est une institution ouverte articulée à d'autres structures, comme les équipes pluridisciplinaires de maintien à domicile. Il y a eu un déplacement avec la psychiatrie de secteur de l'hôpital vers le dispensaire inscrit dans une réalité sociale locale. Les équipes de psychogériatrie ont innové en proposant de se déplacer auprès des personnes âgées immobilisées à domicile. Ce sont en quelque sorte les premières équipes mobiles. Cependant, les usagers de ces nouveaux services n'ont pas été associés directement à l'évaluation des besoins et des prestations. Ces innovations resteront très localisées à quelques villes comme Grenoble : la généralisation de ces structures à l'ensemble du territoire national n'a jamais été réalisée.

■ La psychiatrie d'urgence

C'est aux Pays-Bas³³, que la théorie des crises a émergé et c'est d'ailleurs le pays européen le mieux équipé en services d'urgence. Le contexte est celui d'un pays touché par la crise économique des années 1930 et qui cherche à réduire le coût des hospitalisations en psychiatrie. La ville d'Amsterdam a alors confié à Querido, médecin de médecine sociale, la mission de désengorger les hôpitaux psychiatriques. Il est nommé psychiatre d'Amsterdam et élabore le concept d'aide psychosociale d'urgence en 1936. Ce programme a été repris par Lindemann après guerre. Le Royaume-Uni s'y intéresse dans les années 1950, puis ce sont les États-Unis. À l'origine, il y a les travaux de Tyhurst (1958) qui s'intéresse aux stress de la vie civile et la notion de prévention est abordée par Caplan³⁴. Ce sont des contributions à la théorie des crises. Cette théorie répondait aux besoins des patients et des familles qui, aux États-Unis, réclamaient une assistance immédiate et concrète car les hôpitaux psychiatriques d'État et la psychothérapie individuelle du secteur privé ne répondaient pas à cette demande. Le gouvernement fédéral et quelques États vont participer à la création de services d'urgence dès les années 1960. Il y a eu de nombreuses innovations, dans les années 1980, pour apporter des solutions à la prise en charge thérapeutique en situation de crise. En Amérique du Nord³⁵, des solutions ont été trouvées dès les années 1920 pour répondre aux bouleversements sociaux dont étaient victimes en majorité les pauvres, les personnes isolées et/ou perdues en milieu urbain. C'est par exemple le projet « *Travelers Aid Society* ». Aux États-Unis, les fonds publics ont financé des innovations dont l'évaluation était faussée : les professionnels auraient sélectionné des patients aptes à répondre favorablement au traitement. Dans les années 1970, il y a à nouveau de nombreux projets innovants qui visent à se rapprocher de la population démunie et les « techniques d'intervention devinrent plus directes et plus

accessibles ». Toujours selon Lefebvre, il y a eu confusion entre urgence et crise et « les hôpitaux finirent par gérer toutes ces expériences innovatrices qu'on voulait au départ communautaires ». On peut inscrire dans cette catégorie les services de crise, définis par le plan de santé mentale³⁶ du Québec, en 1997, et qui peuvent intervenir à la demande de la police. En Europe, c'est avec « retard », que les centres d'urgence ont été créés entre 1970 et 1974. On peut expliquer « ce retard » par l'offre de services publics de psychiatrie accessible à tous et de bonne qualité. Cependant, il y a une demande croissante pour une psychiatrie d'urgence comme pour les tentatives de suicide par empoisonnement dans les années 1950. Le concept de psychiatrie d'urgence³⁷ a été proposé pour permettre l'observation et la prise en charge des troubles psychiques dans leur contexte. Des situations de crise nouvelles telles que les urgences gériopsychiatriques, l'abus de substances psycho-actives, les urgences liées aux rétrovirus, la violence domestique, les patients chroniques, la « suicidologie », la psychiatrie des catastrophes, sont à l'origine du concept de psychiatrie d'urgence qui permet de contextualiser les troubles psychiques qui sont observés *in vivo* tout comme l'intervention thérapeutique est réalisée en situation de crise. L'augmentation des connaissances quant à l'influence réciproque du soma et de la psyché a permis de réaliser un diagnostic avec plus de certitude et d'orienter les patients en psychiatrie après un examen médical.

La situation en France

Un courant « idéologique » traditionnel considère que la prise en charge psychiatrique n'est possible que si elle est réponse à une demande. Ce courant s'appuie sur l'idée que la relation transférentielle fait partie intégrante de la prise en charge : « [...] Ajoutons un modèle rigidement psychodynamique qui met l'accent sur la demande, quitte à

attendre qu'elle soit parfaitement structurée, plus que sur l'offre³⁸. » Le dispositif met l'accent sur la demande avec le centre médico-psychologique (CMP) et bouscule l'idée selon laquelle l'urgence ne relève pas du domaine d'intervention de la psychiatrie. Le contexte cependant évolue du fait d'une demande sociale croissante et d'une évolution des idées quant à la prévention. En d'autres termes, l'accès précoce aux soins améliorerait le pronostic. En conséquence, on note une évolution favorable à ce nouveau dispositif d'autant qu'il répond à une nouvelle politique de santé mentale³⁹ qui organise une prise en charge en présence d'une « non-demande » :

« C'est l'anticipation dans les situations critiques qui permettra la prise en charge la plus adaptée. Concernant la réponse aux appels et situations d'urgence, l'enjeu consiste à élaborer ou consolider un dispositif lisible, connu des usagers et des aidants, ainsi que par les acteurs susceptibles d'être saisis de la situation (y compris élus locaux, forces de l'ordre). Où que cette urgence survienne et quel qu'en soit l'horaire, celle-ci doit trouver une réponse structurée à l'avance, réponse qui doit pouvoir être déclenchée par le premier professionnel alerté sur la situation. »

Depuis 20 ans⁴⁰, la France s'est engagée dans une politique d'équipement pour les urgences psychiatriques. En France, il y a une explosion de la demande pour les urgences psychiatriques (+ 5 % par an entre 1996 et 2006) en raison de la précarisation du lien social, l'évolution de la représentation des urgences, l'évolution de la psychiatrie avec le processus de désinstitutionnalisation et, enfin, le poids des associations (assistance en cas de crise). Le réseau ambulatoire intervient avant et après l'hôpital. Ces centres sont adjacents aux urgences. Il doit y avoir un réel travail de psychiatrie de crise : recontextualisation des

troubles dans l'environnement du patient. Ces urgences sont un maillon important de la prise en charge des suicidants. Les services ambulatoires ne traitent pas *in situ* les urgences alors que les crises émergent dans la communauté. Depuis 10 ans, l'orientation des politiques locales est favorable à la création de structures d'urgence extra-hospitalières. Les centres d'accueil et de crise sont situés en ville ou au sein de l'hôpital comme c'est le cas à Lille. Une telle structure passe par la mutualisation de moyens des secteurs concernés. Les cellules urgence médico-psychologique⁴¹ travaillent sous la coordination d'un psychiatre nommé par le Préfet de chaque département. Le psychiatre coordonnateur organise, en lien avec le service d'aide médicale urgente (SAMU), une prise en charge immédiate des victimes.

■ Conclusion : dynamiques et difficultés de diffusion de ces paradigmes ?

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les différences observées dans le processus de désinstitutionnalisation. Magali Coldefy⁴², dans un récent rapport de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), en identifie quatre : un calendrier spécifique à chaque pays, des fermetures de lits inégales, une intégration diverse de la psychiatrie à l'hôpital général, des structures alternatives diverses. Il est constaté au sein de ces pays, hormis la France, une grande disparité de l'offre de soins du fait de la régionalisation ou décentralisation des politiques de santé. À ces facteurs structurels, nous pouvons ajouter des références théoriques, conceptuelles et politiques différentes dans chacun de ces pays. La désinstitutionnalisation a été engagée en Angleterre dès les années 1930 avec le *Mental treatment Act* et a été poursuivie en 1971 par la suppression des hôpitaux spécialisés. Les fermetures de lits ont été les plus

importantes en Angleterre (112 sur 126 hôpitaux ont fermé). L'Allemagne devra attendre un rapport sur la condition inhumaine des hôpitaux psychiatriques en 1975 pour qu'une grande réforme propose des soins psychiatriques de proximité. Les fermetures de lits dans tous les pays ont été accompagnées de la création de structures alternatives incluant des structures d'hébergement, notamment dans le secteur privé comme c'est le cas en Italie après la loi 180 votée en 1978, à l'initiative de Franco Basaglia⁴³, qui a permis une fermeture progressive de tous les hôpitaux psychiatriques en 1999. Enfin, l'offre privée de soins est variable selon les pays : 5 % en Allemagne, 35 % en France, 50 % en Angleterre et en Italie. La comparaison de l'offre de soins dans le secteur public et privé reste à faire dans ces pays. Dans cette comparaison, la France apparaît en retard dans le domaine d'une prise en charge articulée avec le secteur social ; l'implication ou l'émancipation (*empowerment*) des usagers reste marginale alors qu'elle est systématisée dans le système anglais. En France, c'est la sectorisation engagée en 1960 qui permettra la mise en œuvre progressive d'une offre de soins extra-hospitalière. Actuellement, la prise en charge thérapeutique des patients est réalisée, en majorité, en extra-hospitalier. La désinstitutionnalisation a permis l'émergence de nombreuses innovations extra-hospitalières comme cela est le cas en Angleterre avec les équipes de santé communautaire en santé mentale, les équipes spécialisées, les équipes de résolution de crises, les équipes de prise en charge de patients difficiles, les équipes de prévention et celles de réhabilitation ou encore de celles des sans abri. Toutes ces actions doivent être évaluées à partir de standards de qualité. L'équipe mobile, au sens générique, peut intervenir dans des contextes très divers. À l'origine, les équipes mobiles ont été créées pour répondre aux besoins des plus démunis comme cela a été fait aux

États-Unis puis dans certains pays européens comme les Pays-Bas. L'idée est d'aller au-devant des besoins exprimés ou non des plus démunis palliant ainsi une carence des institutions sanitaires et sociales traditionnelles.

Les inventions organisationnelles

La modernisation de l'hôpital général, en France et à l'étranger, a aussi contribué à la restructuration de l'offre de soins répondant à une humanisation et à une rationalisation croissante⁴⁴ de l'hôpital. Cette modernisation coïncide dans le temps avec le processus de désinstitutionnalisation des malades mentaux. L'enjeu a tout d'abord été de désencombrer l'hôpital, lieu de progrès médical et de technicité, de patients qui traditionnellement y étaient pris en charge pour des raisons médico-sociales. L'hôpital-hospice a évolué sur plusieurs décennies en établissement à haute technicité réduisant ainsi la durée de séjour du patient à une utilisation optimisée du plateau technique. Cette rationalisation est à l'origine d'une réorganisation de l'offre hospitalière en fonction de la durée de séjour et, par voie de conséquence, de l'offre de soins extra-hospitalière avec notamment l'hospitalisation à domicile. Cette restructuration de l'offre de soins contribuera à inspirer l'extra-hospitalier psychiatrique. Ce n'est que depuis peu que l'hôpital psychiatrique est touché par la rationalisation des soins⁴⁵.

■ L'hospitalisation à domicile ou *Home Care*

Le service d'hospitalisation à domicile a été inspiré par l'expérience de *Home Care* initiée à l'Hôpital Montefiore de New York dont les médecins hospitaliers se déplaçaient au domicile des patients. Si le concept de soins à domicile est ancien⁴⁶, l'hospitalisation à domicile (HAD) a été créée en 1957 à l'Assistance publique de Paris en raison de

l'évolution du système de santé visant à désencombrer l'hôpital de court séjour et à associer la médecine hospitalière et la médecine de ville. En France, il y a un transfert à la médecine libérale du suivi à domicile des patients sélectionnés pour une HAD. La comparaison fait apparaître une continuité des soins dans le cas du *Home Care* alors que l'HAD s'appuie sur la médecine libérale. Plus de 142 structures existent sur le territoire national pour les patients dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière mais dont l'état justifie des soins ambulatoires. Selon un rapport de la Caisse nationale de l'assurance-maladie, l'HAD n'est pas toujours une alternative à l'hospitalisation mais vise dans de nombreux cas à organiser une rotation des patients à l'hôpital de court séjour⁴⁷. La charge assumée par les patients et les aidants est importante et lourde. L'HAD n'est ouverte aux malades mentaux⁴⁸ que depuis une décennie. C'est une prise en charge globale (équipe pluridisciplinaire) du patient sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur. Cette équipe peut poursuivre des objectifs spécifiques comme celui d'éviter une déscolarisation de l'enfant ou une désinsertion professionnelle (psychiatrie infanto-juvénile, addiction, personnes âgées). L'HAD vise la prévention primaire et secondaire et la déstigmatisation de la maladie mentale. La prise en charge est en réseau à partir de l'hôpital⁴⁹.

■ De la médecine psychosomatique à la psychiatrie de liaison

Ce sont les progrès de la psychiatrie (psychothérapies, innovations pharmacologiques), ainsi que l'intérêt manifesté par les somaticiens pour les théories psychosomatiques inspirées par les travaux de M. Balint à la *Tavistock clinic* de Londres, qui ont permis que la psychiatrie s'installe à l'hôpital général. Charles Brisset, à l'hôpital Rothschild, a fondé les premières consultations psychosomatiques. Une première équipe a travaillé à l'Hôpital Saint-Antoine à Paris

dans les années 1960 et a ainsi créé un précédent à l'hôpital général. Certains hôpitaux généraux ont un service de psychiatrie. Cette implantation a été favorisée par la médecine psychosomatique et par l'évolution thérapeutique de la psychiatrie qui ont contribué à en faire une spécialité comme une autre. L'équipe répond à une demande des somaticiens qui sont le plus souvent désarmés face à la souffrance psychique. L'épidémie du sida dans les années 1980 a réactivé le besoin d'une collaboration entre somaticiens et psychiatres. La psychiatrie de liaison est pluriprofessionnelle (psychiatre, psychologue et infirmier), ce sont des équipes mobiles en hôpital général rattachées à un secteur de psychiatrie ou à un établissement psychiatrique. On observe une grande diversité d'organisation selon les établissements⁵⁰. L'équipe spécialisée dans la souffrance psychique prend en charge les patients hospitalisés des services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique à la demande des soignants.

■ Les alternatives à l'hospitalisation : le cas du Québec

Au Québec, les alternatives à l'hospitalisation psychiatrique s'inscrivent dans un processus qualifié de « virage ambulatoire » qui touche l'ensemble du système de santé depuis qu'a été amorcée la désinstitutionnalisation⁵¹. Il faut à la fois réduire la durée d'hospitalisation (pour des raisons économiques) et traiter le patient dans son environnement naturel. L'évaluation des différentes alternatives a été réalisée en termes d'efficience (mesure de la performance d'un service au meilleur coût) et d'efficacité (objectif atteint sans considération pour le coût). Au Québec, avec la désinstitutionnalisation, on parle de services communautaires destinés à répondre à l'ensemble des besoins des patients qui étaient traditionnellement pris en charge par l'hôpital psychiatrique (soins, hébergement, nourriture, habillement et occupations). Il s'agit de

coordonner, à l'extérieur de l'hôpital, des services qui relèvent d'administrations différentes. Plusieurs alternatives sont proposées telles que l'hôpital de jour, les équipes mobiles d'intervention de crise, les thérapies familiales et surtout le *Program of Assertive Community Treatment* (PACT) ou suivi systématique de clientèle (*case management*) que nous avons mentionné plus haut. Ce service est un soutien complet de patients atteints de troubles mentaux graves. Il est inspiré par le modèle Madison (Stein & Test, 1980). L'objectif est d'offrir une aide pratique, de faciliter l'accès aux services utiles tout en développant les compétences du patient et d'améliorer sa qualité de vie. Il y a de nombreuses variantes du PACT, ce qui rend complexe la comparaison, et l'évaluation se fait au cas par cas. D'après le rapport⁵² publié par le Comité de la santé mentale du Québec, les études montrent que le traitement communautaire par un service de suivi systématique de clientèle est aussi efficace, et même parfois plus, que le traitement hospitalier, pour plusieurs critères.

■ La prise en charge précoce des troubles psychiques de la jeunesse en Occident

Un nouveau paradigme en psychiatrie s'est imposé depuis 20 ans. La prise en charge précoce des troubles psychiques de la jeunesse est une préoccupation commune aux politiques de santé mentale ; il s'agit de développer des stratégies préventives par une prise en charge précoce de la psychose. L'offre de soins extra-hospitalière semble la plus adaptée à apporter des réponses rapides et précoces. L'équipe mobile (au sens générique) est diverse dans ses objectifs et dans ses prestations ; les caractéristiques communes sont liées à la mobilité on se déplace au domicile du patient à sa demande ou non. L'équipe est multidisciplinaire et permet une prise en charge globale du

patient et parfois de sa famille. Mais le concept d'équipe mobile n'est pas standardisé bien qu'il soit présenté partout comme une alternative à l'hospitalisation en raison du processus de fermeture de lits psychiatriques, à l'œuvre dans tous les pays occidentaux depuis maintenant plus de 50 ans, et amorcé en France avec la psychiatrie de secteur. La mobilité-disponibilité des équipes est un des critères permettant une intervention au plus près de la population dans un souci de prévention des crises. Ainsi, ont été créées les équipes mobiles en prévention (*Early intervention services*) dont l'objectif est de réduire les troubles psychiques graves de la jeunesse (psychoses, schizophrénie, suicides) au Royaume-Uni et en Norvège. Ces équipes travaillent avec des gens qui ont entre 14 et 35 ans et qui présentent les prémices ou manifestent les premiers symptômes de la psychose. L'objectif est de mettre en place des stratégies préventives « *reaching people early* ». Cette démarche préventive est présentée comme un nouveau paradigme pour la psychiatrie.

Les équipes mobiles en France

En France, ce n'est que récemment que le cadre d'intervention des équipes mobiles a été défini⁵³. Selon une enquête réalisée sur les équipes mobiles⁵⁴, il est observé une grande diversité dans l'organisation des équipes qui ont cependant en commun de toutes se déplacer sur les lieux de la crise ou de l'urgence. Le travail en réseau est la règle mais soulève le problème du secret professionnel qui doit être partagé entre des acteurs différents. Dans la région Nord-Pas-de-Calais (chômage, minima sociaux, espérance de vie inférieure), le thème de la souffrance psychique dans le cadre de la précarité a été identifié comme une des priorités du programme d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Controverses et évaluation des politiques de santé mentale

La désinstitutionnalisation est inscrite dans les différents plans de santé mentale. Le courant de la médecine factuelle

ou *Evidence based medicine*⁵⁵ exige que l'on apporte les preuves de l'amélioration des patients par telle ou telle prise en charge. On est dans une phase d'évaluation des innovations thérapeutiques ci-dessus citées. Un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁵⁶ pointe les difficultés à comparer les politiques et les pratiques de santé mentale en Europe par absence de consensus sur les définitions conceptuelles et par la diversité dans les approches thérapeutiques extra-hospitalières en raison de la grande variété des systèmes de santé. Pour chaque pays, il faut prendre en compte la genèse des politiques publiques et le contexte idéologique qui fonde les pratiques de santé mentale. L'offre de soins globale est aussi à prendre en considération : « *A community based psychiatric inpatient unit in one country can be an institution on another. Perceived involvement of service users in one country is oppression in another*⁵⁷ ». La comparaison des alternatives à l'hospitalisation s'avère difficile. En effet, l'environnement de chacune de ces alternatives ainsi que les modalités d'un modèle peuvent varier en fonction du projet. De nombreux facteurs interviennent et interagissent sans que l'on puisse identifier une causalité à une réussite ou à un échec.

■ Les politiques européennes de santé mentale

En Europe, la prise en charge des troubles psychiques est devenue une priorité en santé publique. En effet, une personne sur quatre en souffre et la maladie mentale est la deuxième cause de mortalité après les maladies cardiovasculaires. En 2005, un plan d'action en santé mentale en Europe de l'OMS a promu la prise en charge ambulatoire et extra-hospitalière. Ce plan d'action européen se heurte à des politiques nationales spécifiques de déshospitalisation des soins psychiatriques alors que ces mêmes pays défendent l'idée d'une prise en charge alternative de la maladie mentale. Les alternatives ne sont pas

standardisées. Selon les pays, les politiques de santé mentale poursuivent des objectifs distincts. Les systèmes de protection sociale varient au sein de l'Europe sociale malgré des similitudes dans les valeurs. Ainsi, en Europe, les politiques sociales protègent, jusqu'à présent, les plus démunis contrairement à ce qui est observé en Amérique du Nord. Cependant, l'Europe sociale est confrontée à une précarité croissante de la population, à une aggravation des inégalités sociales et de santé et la jeunesse rencontre de grandes difficultés à entrer dans la vie active, ce qui compromet le processus de socialisation. Il est par conséquent indispensable de contextualiser les pratiques de prise en charge de la santé mentale dans les pays retenus pour la comparaison. Au niveau européen, nous disposons de monographies nationales et locales. L'évaluation est réalisée pour chacun des programmes.

■ Les controverses sur les alternatives à l'hospitalisation

La recherche documentaire⁵⁸ réalisée sur les alternatives à une prise en charge hospitalière de patients souffrant de troubles mentaux a révélé une controverse récente sur la validité de cette prise en charge qui se fait parfois au détriment d'hospitalisations nécessaires. La conjonction de facteurs économiques, tels que la réduction des coûts liés à l'hospitalisation *versus* la prise en charge à domicile, associés à un mouvement de libération du patient malade mental pouvant être pris en charge à domicile du fait de nouvelles thérapeutiques a, dans tous les pays occidentaux, contribué à la fermeture de lits de psychiatrie et à la création de structures psychiatriques dans la cité. Il y a un débat contemporain sur les nouvelles prises en charge thérapeutiques inspirées par la psychiatrie communautaire. Nous résumons les articles consultés en raison des arguments développés sur la psychiatrie communautaire ou ACT en Europe. Il est à noter plusieurs controverses⁵⁹

émergentes sur la réduction et même la disparition des lits de psychiatrie et une autre sur l'emprise des équipes ACT ou *Assertive Outreach Team* (AOT) (autre appellation plus fréquente en Europe) sur l'autonomie du patient et l'atteinte à la vie privée des patients.

La prise en charge par les ACT ne serait pas plus efficace

Certains travaux semblent montrer que la prise en charge thérapeutique par les ACT n'est pas plus efficace qu'un traitement standard. D'autres au contraire insistent sur la qualité de vie qui s'améliore avec cette prise en charge. Au Royaume-Uni, les évaluations ne montrent pas de réduction des hospitalisations, il n'y a pas eu d'évaluation locale lors de la mise en place en 1995 de 60 AOT. Une étude de cas réalisée sur l'Angleterre⁶⁰ montre le déclin des équipes ACT car il n'y a pas de réduction des hospitalisations et cette prise en charge est plus coûteuse sans réduction de l'hospitalisation. Cependant, les usagers ont une préférence pour les interventions des ACT. Les innovations thérapeutiques centrées sur le rétablissement « *whole life-recovery* » contribuent à changer les approches, les pratiques et les systèmes. Ce qui est différent, c'est le travail multidisciplinaire, les réunions d'équipe régulières, les visites à domicile, l'engagement du psychiatre dans l'équipe et la prise en charge du patient sur le plan social et sanitaire.

L'équipe ACT limite l'autonomie du patient

Une autre controverse porte sur la coercition qui est exercée (hors institution) sur le patient par l'équipe. C'est le paradoxe de l'approche globale du patient qui peut se manifester par un contrôle social sur la vie quotidienne du patient au sein de la communauté. La question est celle du respect de l'autonomie du patient. Les aspects éthiques du

travail des équipes AOT ou ACT sont maintenant discutés. Il est relevé une contradiction dans la prise en charge. Ainsi, l'équipe valorise l'indépendance de l'individu tout en incitant le patient à participer au service de santé mentale⁶¹.

La prise en charge précoce est-elle efficace ?

Une évaluation réalisée au Royaume-Uni⁶² sur les équipes d'intervention précoce des jeunes révèle une insatisfaction car il y a une stigmatisation de la prise en charge et l'accès à l'emploi et à la formation devient alors plus difficile. Les faits scientifiques le taux de suicides est resté élevé associés à l'insatisfaction des consommateurs ne sont pas en faveur d'une prise en charge précoce.

■ Évaluation des équipes mobiles en Europe

Un réseau européen, l'*European Assertive Outreach Foundation* (EAOF)⁶³, s'est donné comme objectif de faire dialoguer les cliniciens, les chercheurs et les responsables politiques afin d'apporter les solutions pour que les patients les plus vulnérables (atteints de troubles mentaux sévères) puissent recevoir des soins de grande qualité. L'objectif est de produire des connaissances comme une aide à la décision. Comme nous l'avons écrit plus haut, la comparaison internationale des équipes mobiles de psychiatrie est limitée par le fait qu'il n'y a pas d'équipes mobiles équivalentes dans tous les pays européens. Quand ces équipes existent, on compare des structures extra-hospitalières mobiles de prise en charge diverses d'un pays à un autre. De nombreuses évaluations de type monographique ont été réalisées Outre-Atlantique et montrent un meilleur contrôle des soins par la réduction des hospitalisations alors que les travaux réalisés sur les 60 AOT du Royaume-Uni ne montrent pas de réduction des hospitalisations. Ce réseau de psychiatres européens⁶⁴

(Allemagne, Italie, Royaume-Uni et Suède) a, en 2000, tenté de comparer les prises en charge du patient par des équipes qualifiées ACT. Le rapport mettait en évidence de grandes disparités liées au contexte national, aux ressources en services sociaux et aux objectifs différents poursuivis par les équipes (réduction des hospitalisations, amélioration des traitements). En revanche, le travail multidisciplinaire, le travail d'équipe avec des réunions régulières, les visites à domicile, l'engagement du psychiatre dans l'équipe et la prise en charge du patient sur le plan social et sanitaire sont des critères caractéristiques de ces équipes ACT. Selon l'EAOF⁶⁵, on disposerait maintenant de données suffisantes pour évaluer l'impact thérapeutique du « traitement communautaire dynamique » en s'appuyant sur une médecine factuelle mais le travail reste à faire. Un des objectifs de l'EAOF est de susciter la comparaison entre les pays européens dans le contexte d'une Europe sociale. Un premier congrès s'est tenu à Rotterdam les 5, 6 et 7 octobre 2011. Ce réseau est nordiste à 80 % (Pays-Bas, Norvège, Suède) et le comité exécutif est à l'image de ces équipes pluridisciplinaires (psychiatre et spécialiste de santé publique, infirmier en santé mentale avec une qualification en sciences sociales ou en sciences du management ou un PhD/docteur en santé mentale, psychologue, thérapeute corporel, travailleur social). L'approche comparée des structures des AOT a été initiée par ce premier congrès. Les Français sont absents du comité exécutif de ce réseau mais 4 équipes mobiles sont présentes au premier congrès : il s'agit de l'équipe ERIC (équipe rapide intervention de crise) de Plaisir (présentation d'études de cas) et des Lillois qui ont aussi présenté 2 communications⁶⁶. Des monographies d'équipes ont été présentées par pays puis par population cible. La comparaison est un des outils de l'évaluation. Elle est quasi impossible à réaliser compte tenu de la diversité des politiques de santé mentale, des systèmes de

protection sociale et des pratiques thérapeutiques malgré des références communes à une prise en charge active dans la communauté. Si le modèle Madison (Stein & Test, 1980) a inspiré de nombreuses réformes en santé mentale concrétisées par la fermeture de lits psychiatriques et par l'ouverture d'alternatives communautaires, il a aussi ses limites quand il s'agit d'exporter le modèle en Europe. En effet, les Nord-Américains ont été contraints de trouver des dispositifs de prise en charge des laissés pour compte des institutions traditionnelles et d'aller au-devant des besoins de cette population. Ces innovations répondaient à une carence du système de santé et de la protection sociale⁶⁷. Pour les initiateurs de ce réseau, le modèle n'est pas transposable tel quel car ces innovations ne sont pas adaptées à la réalité de l'Europe sociale (droits sociaux, protection sociale, assurance-maladie, droits à la retraite, allocation pour handicap) qui assure à tous les Européens un système de protection sociale universelle. La protection sociale, en Europe, est sous couvert de l'État⁶⁸ et a longtemps mieux protégé les plus fragiles et les plus démunis malgré des différences dans les systèmes de santé entre les pays européens. Malgré tout, les données épidémiologiques montrent que cette population fragile présente les mêmes caractéristiques de santé précaire que ce soit en Europe ou en Amérique du Nord ; la morbidité et la mortalité sont en augmentation pour les patients atteints de troubles mentaux. Selon le réseau, la prévention accompagnée d'une meilleure prise en charge devient une nécessité pour cette population. Les équipes mobiles seraient actuellement la meilleure réponse pour une prise en charge globale. En effet, les équipes mobiles ont la capacité d'aller au-devant d'une population qui n'est pas en mesure de se déplacer ou de solliciter des soins et de l'aide pour de multiples raisons. Notre hypothèse est que le réseau EAOF soutient une approche thérapeutique fondée

sur une conception différente de l'intervention psychiatrique « à la française » assez marquée par la psychanalyse, ce qui n'est pas le cas des Nordistes et Anglo-Saxons qui se disent plus pragmatiques. En France, l'importance de la psychanalyse dans le débat d'idées est à l'origine de controverses sur la légitimité d'une intervention qui serait à la demande d'un tiers ou pour prévenir un trouble sans une demande explicite du patient. Toutefois, les équipes mobiles sont préconisées par le nouveau plan Psychiatrie et santé mentale pour aller au devant d'une population non sédentaire et précaire. Alors que l'hôpital (général ou spécialisé) a été longtemps le pivot du système de santé français, le secteur a ouvert une brèche dans l'organisation de la prise en charge des patients. Le processus de déshospitalisation, plus récent, est observé dans tous les pays occidentaux et concerne l'ensemble du système de santé. Il est encouragé à la fois par des préoccupations économiques (fermeture des lits) et par un mouvement général de libération du patient mais les réponses sont diverses comme nous avons pu le constater. Il est difficile en France de faire du médico-social intégré à la communauté du fait de logiques et de financements spécifiques au secteur du médical et du social. L'organisation territoriale des politiques de santé depuis la Loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST)⁶⁹ de 2009 repense la nécessaire collaboration entre le sanitaire et le social. Le concept de territoire a été défini pour articuler, par un cadrage spécifique, et organiser la mobilisation conjointe des secteurs de la santé et du social sous l'égide des agences régionales de santé (ARS)⁷⁰. Le territoire se décline en domaines d'action tels que la gérontologie ou la santé mentale par exemple. L'organisation et la division du travail des équipes mobiles en Europe peuvent expliquer la grande variabilité observée. Ainsi, il n'existe pas en France d'infirmier psychiatrique super-qualifié (avec double

formation) responsable d'équipe mobile ou de travailleurs sociaux impliqués à 100 % dans une équipe médicale. On observe aussi une différence de culture médicale entre les Français qui continuent à présenter des études de cas alors que les Nordistes comparent des échantillons statistiques et s'appuient sur une médecine factuelle pour défendre ou non les *assertive outreach* ou *assertive community treatments* comme solution alternative à l'hospitalisation.

Conclusion

Il est évident que plusieurs concepts tels que la psychiatrie de secteur, la psychiatrie communautaire, la psychiatrie de crise et/ou d'urgence et la prise en charge des malades chroniques contribuent à une prise en charge hors de l'hôpital offrant ainsi une prise en charge plus ou moins diversifiée selon les pays et les régions. Il faut attendre en France l'idée de démocratie sanitaire⁷¹ exprimée par les États généraux de la santé, en 1998, puis concrétisée par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins de 2002 pour que l'on envisage de faire participer la population à la définition des besoins de santé de la communauté. Les pratiques de médecine communautaire ont inspiré, dans une certaine mesure, les actions de santé au niveau d'un territoire. En 2009, la loi HPST permet une décentralisation des réformes de santé et a institué les conférences régionales de santé qui prévoient une consultation des citoyens. Jusqu'à ces deux dernières lois, les réformes de santé relevaient de la seule compétence des experts et du pouvoir politique. Les représentants de la société civile n'étaient pas consultés. L'OMS Europe est engagée dans un travail d'évaluation des politiques et des pratiques de santé mentale en Europe (42 pays) qui contribuera à transformer la prise en charge de la maladie mentale. On peut penser que des directives européennes impulseront de nouvelles réformes qui seront

diversement traduites au niveau national comme cela semble être le cas en France avec le nouveau plan Psychiatrie et santé mentale qui encourage la connaissance des travaux et des expériences étrangères réussis. Enfin, les patients sont de plus en plus associés à l'évaluation et à la définition des ressources alternatives de traitement et on peut observer un nouveau rapport de forces qui contribue à transformer le système de santé mentale.

Annexe : trois exemples

■ Une équipe mobile du *Sainsbury Centre for Mental Health*

Historique

Le *Sainsbury Centre for Mental Health* (SCMH) a été créé en 1985 par la *Gatsby Charitable Foundation* qui est une fondation à but non lucratif. Le SCMH est affilié à l'Institut de psychiatrie du *King's College* de Londres. Il a pour objectif d'améliorer la qualité de vie de patients qui ont de sévères troubles mentaux. Le centre réalise une activité de recherche et de formation afin d'influencer les politiques et les pratiques en santé mentale et en travail social. En 2005, il s'est donné pour objectif de répondre aux besoins d'une population multiculturelle et de contribuer à une réduction des inégalités socio-ethniques.

Le concept

Le concept est d'aller au-devant de patients atteints de troubles psychiques graves et qui ne sont pas suivis par les services de santé mentale. L'idée est que l'on travaille avec le patient dans son environnement, où qu'il soit. Cette souplesse permet d'approcher les patients là où ils se sentent bien et de proposer des services auxquels ils n'auraient pas accès autrement. La relation avec le patient

est co-construite avec l'équipe et, quelles que soient les difficultés, l'équipe s'engage à maintenir un lien avec les clients. La relation de confiance permet à l'équipe de répondre aux besoins spécifiques des clients. En fonction des ressources locales, les équipes travaillent en partenariat avec le système de santé.

Les objectifs

Ils sont de réduire la durée d'hospitalisation, de proposer un lieu d'accueil, de soutenir les familles, de favoriser le lien social, d'améliorer la gestion du budget, d'accroître l'observance thérapeutique, de développer les compétences nécessaires à la vie quotidienne, de soutenir les activités quotidiennes, d'améliorer la santé globale et la qualité de vie, de stabiliser les symptômes, de prévenir les rechutes et de répondre à une demande d'aide le plus rapidement possible.

Les caractéristiques et le travail de l'équipe

Il s'agit d'une équipe multidisciplinaire (avec au minimum psychiatre, infirmier, assistant social) qui fait appel à des spécialistes tels que psychologue, ergothérapeute, conseiller ménager, en fonction des problèmes à résoudre. La prise en charge est limitée à une dizaine de patients par équipe et les contacts avec le patient sont fréquents (4 fois par semaine). Les soins et services proposés doivent être cliniquement fondés. Une relation thérapeutique est engagée et le patient est assuré d'une prise en charge 24 heures/24. On ne se débarrasse pas d'un patient. L'équipe doit aussi pouvoir travailler avec le réseau proche du patient et répondre de manière souple aux besoins du patient. L'équipe associe du personnel statutaire et des bénévoles.

Les clients

Ce sont des patients qui ont souvent un long passé de troubles mentaux sévères associés à d'autres troubles tels que la toxicomanie, l'errance, des troubles de la personnalité et des difficultés d'apprentissage. Ils ne sont pas suivis par le système de santé mentale qui ne répond pas à leurs besoins. Ce sont des patients qui ne prennent pas leur traitement et qui sont souvent hospitalisés en urgence. Ils peuvent aussi avoir des problèmes avec les services de police en raison de leur maladie. L'évaluation réalisée sur une année montre une réduction de 35 % des admissions à l'hôpital et une diminution de 62 % de la durée de séjour.

La philosophie

Le travail en équipe est la base du fonctionnement du SCMH, ce qui signifie que les patients sont pris en charge par tous les membres de l'équipe qui partagent les responsabilités et les décisions thérapeutiques. Les clients sont connus de tous et cette situation évite que ne s'installe une relation de dépendance avec un membre de l'équipe. Cette approche est aussi bénéfique à l'équipe en ce qu'elle réduit les risques d'épuisement. Le responsable de l'équipe pluridisciplinaire doit avoir les qualités requises et reconnues pour faire fonctionner celle-ci.

POUR EN SAVOIR PLUS

Keys to engagement: Review of care for people with severe mental illness who are hard to engage with services. Londres : The Sainsbury Centre for Mental Health, 1998.

Mental Health Topics: Assertive Outreach. Londres : The Sainsbury Centre for Mental Health, 2001, 14 p.

Burns T, Firn M. *Assertive Outreach in Mental Health: A manual for practitioners*. Oxford : Oxford University Press, 2002.

■ Équipes mobiles des trois âges de psychiatrie à Lausanne (Suisse)

Le contexte

Il est celui de la désinstitutionnalisation et des enjeux éthiques entre contrôle social et liberté individuelle. Le modèle suisse se positionne entre le modèle de secteur en France et le modèle d'ACT aux États-Unis. L'objectif est de fournir une prise en charge ciblée et proactive, de rendre accessible ces soins et d'inscrire ces interventions dans un partenariat, dans une perspective systémique, avec les intervenants et les services.

La cible

Les populations ciblées sont les adolescents, les adultes et les personnes âgées. Chaque équipe a développé des spécificités.

- **L'antenne d'intervention mobile pour les adolescents** (AIMA) est centrée sur les adolescents à haut risque n'ayant pas accès aux soins hospitaliers et semi-hospitaliers. C'est un modèle de suivi « proactif » en partenariat avec les parents et le réseau éducatif, social et de soins. La durée du suivi est en moyenne de 4 mois.

- **Le suivi intensif dans le milieu** (SIM) créé en 2002 propose une approche ciblée aux personnes qui n'accèdent pas aux soins. Le *Case management de transition* (CMT) a été proposé dès 2007 pour assurer une transition entre l'hospitalisation et le retour à domicile. La population suivie a entre 18 et 65 ans. L'équipe pluridisciplinaire SIM offre un suivi à des patients qui présentent des troubles majeurs et

qui présentent les caractéristiques suivantes : grands consommateurs de soins, refus de soins, psychose débutante sans demande de soins. Son modèle s'inspire de l'ACT et de l'approche milieu. Le lien avec les professionnels de premier recours est maintenu. Le CMT vise à évaluer les difficultés, les besoins et les ressources de la personne grâce à une échelle d'évaluation, assure le suivi de la personne de retour à domicile en lien avec le réseau sociosanitaire. Le CMT réduit le risque de réadmission précoce en permettant la consolidation des progrès thérapeutiques obtenus lors de l'hospitalisation.

- **L'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé (EMPAA)** : le vieillissement de la population explique une demande croissante de soins psychiatriques pour les personnes âgées vivant à domicile. L'équipe mobile de Lausanne s'est inspirée du modèle genevois. Elle est composée d'un psychiatre et de deux infirmières spécialisées, travaille en deuxième ligne, répond à des situations de crise et peut intervenir dans un délai court (24 heures). Sa mission est de fournir un diagnostic et une aide à la décision thérapeutique. L'équipe a aussi pour objectif de favoriser le travail en réseau.

La philosophie

La philosophie des équipes mobiles est de soutenir et compléter les soins de proximité. Les interventions ont lieu sur les lieux de vie et répondent ainsi à des besoins concrets. En fonction des spécificités des populations cibles, les conditions d'intervention varient. Les interventions peuvent toutefois être questionnées par les milieux socio-éducatifs dans le cas des AIMA. Il y a aussi la crainte d'un contrôle social et d'une ingérence de la psychiatrie (par des soins psychiatriques insistants) sans cadre légal au sein de la cité. Les équipes mobiles exercent une vigilance en lien

avec les associations d'usagers et de proches et cherchent à favoriser l'*empowerment* des usagers, des proches et des professionnels.

POUR EN SAVOIR PLUS

• Bonsack C, Holzer L, Stancu I, *et al.* « Les équipes mobiles de psychiatrie et les soins proches des lieux de vie des patients ». In Guex P, Gasser J (eds). *Pour une psychiatrie scientifique et humaniste*. Chêne-Bourg : Éd. Georg, 2011, 308 p.

■ Le modèle FACT : un exemple d'équipe mobile aux Pays-Bas

Le contexte

Comparé aux États-Unis, à l'Australie et aux autres pays européens, le processus de désinstitutionnalisation a été modéré aux Pays-Bas. En 1980, le système de santé mentale a organisé une prise en charge hors les murs (*transmural care*) flexible et continue, 7 jours/7 et 24 heures/24, avec un dispositif extra-hospitalier qui est devenu la norme dans les soins psychiatriques. Dix ans plus tard, les services de long séjour ont fermé progressivement des lits alors que les besoins en soins chroniques avaient explosé et que la population des sans abri, présentant souvent des troubles psychiques associés à une toxicomanie, augmentait. En 1994, une nouvelle réforme protège les patients qui ne peuvent être hospitalisés contre leur gré. Le système de santé mentale est alors critiqué par les responsables politiques saisis par les craintes exprimées par la population au sujet de l'insécurité générée par les malades mentaux dans la cité. La solution semble être dans la création des services d'ACT qui reste le moyen pour atteindre une population atteinte de troubles psychiques sévères vivant dans la communauté. Cependant, une évaluation a montré les limites du dispositif. En effet, 20 % de la population présentant les troubles les plus sévères semblent bénéficier du dispositif, qui n'est donc pas adapté

pour les 80 % restants qui présentent des troubles stabilisés. En cas de décompensation, rien n'est prévu pour une prise en charge hors de l'hôpital en urgence. Les équipes ne sont pas toutes multidisciplinaires et, en milieu rural, la distance ne permet pas la continuité des soins. La solution a été de proposer une équipe multidisciplinaire pouvant répondre aux besoins de toute une population d'une région afin de contribuer au rétablissement du plus grand nombre.

Le concept

La création d'une équipe FACT (pour *Fonction ou Flexible ACT*) est la version hollandaise des ACT. L'offre de soins est multidisciplinaire et limitée à une région (nord d'Amsterdam) de 225 000 habitants, découpée en secteurs de 50 000 habitants avec en moyenne 220 patients atteints de troubles psychiatriques.

L'équipe et son fonctionnement

Chaque équipe est composée d'un *case manager* (infirmier psychiatrique ou communautaire, travailleur social ou spécialiste de la toxicomanie), de psychiatres, de psychologues et de spécialistes de l'emploi. En 2007, il a été prévu d'associer des médiateurs santé pairs à l'équipe. Chaque membre de l'équipe établit une relation distincte et plus ou moins distanciée avec le patient qui peut être vu par tous. Les informations du dossier médico-social sont partagées. Chaque jour, entre 15 et 30 patients sont discutés par l'équipe. La prise en charge est différente pour les patients stabilisés. Ils reçoivent 2 fois par mois à domicile la visite du *case manager* dont l'objectif est de favoriser le rétablissement de la personne. Un plan de crise est établi au cas où des soins plus intensifs seraient nécessaires. Enfin, des rendez-vous réguliers sont pris avec

le psychiatre et le psychologue au centre. Pour les 20 % restants, un signalement est donné par le *case manager* à l'équipe. Ce patient doit être vu en urgence par le psychiatre au centre ou à domicile. Tout est fait pour éviter une hospitalisation et la famille est informée de la situation. Il est observé que dans 80 à 90 % des cas, le recours au service du FACT est temporaire.

La philosophie

Chaque équipe a son propre terrain d'intervention, ce qui signifie que des liens et des collaborations sont établis avec les médecins généralistes, les policiers et d'autres services. Un travail d'identification de clients potentiels est réalisé par le *case manager* et des informations sur le FACT sont données aux personnes. La continuité de la prise en charge est assurée par une organisation et des principes communs, par l'utilisation des services extra-hospitaliers et par l'implication personnelle des *case managers* dans le suivi des clients hospitalisés afin de favoriser la sortie. La réhabilitation et le rétablissement des patients sont les objectifs poursuivis. Le modèle FACT fait maintenant partie des normes du système de santé mentale, même en milieu urbain, car il assure la continuité des soins, favorise le rétablissement et la réinsertion sociale des patients puisque l'équipe a une meilleure connaissance des ressources locales du secteur. Le modèle est flexible car le service s'adapte aux besoins du client. En 2010, il y a 120 équipes FACT aux Pays-Bas.

POUR EN SAVOIR PLUS

Remmers van Veldhuizen J. Fact: a Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal* 2007 ; 43 (4) : 421-33.
European Assertive Outreach Foundation, *Crossing borders*,

First European Congress on Assertive Outreach, Oct 5-7 2011.

¹ - Nous reprenons le concept d'institutionnalisation utilisé couramment pour les personnes âgées ou malades chroniques pris en charge par une institution.

² - Goffman E. *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus* (trad. de Liliane et Claude Lainé). Paris : Éditions de Minuit, 1979. *Asylums* a été publié en anglais en 1961.

³ - Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard PY, *et al.* Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants d'inégalités de santé et le rôle du système de santé. *Questions d'économie de la santé* (IRDES) 2005 ; no 92.

⁴ - Ces missions sont plus larges que celles qui sont prévues en France par 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.

⁵ - Entretien avec Juan Rigoli. « Écouter les aliénés a été une révolution. » *Sciences humaines* 2013 ; no 31 : 34-37.

⁶ - C'est la thèse de l'historien Jean-Pierre Peter, collaborateur de Michel Foucault, ébauchée dans « Le grand rêve de l'ordre médical, en 1770 et aujourd'hui » (*Autrement* 1975-1976 ; no 4 « Guérir pour normaliser » : 183-92).

⁷ - Léonard J. *La médecine entre savoirs et pouvoirs*. Paris : Aubier, 1981.

⁸ - P. Pinel est nommé médecin des aliénés de l'hôpital Bicêtre en 1793.

⁹ - Murard L. Psychiatrie : le secteur ambigu. *Autrement* 1975-1976 ; no 4 « Guérir pour normaliser » : 65-75.

¹⁰ - Jamous H. *Sociologie de la décision*. Paris : CNRS, 1969.

¹¹ - Peter JP. Le grand rêve de l'ordre médical en 1770 et aujourd'hui. *Autrement* 1975-1976 ; no 4 « Guérir pour normaliser » : 183-92.

¹² - Bonnafé L. « L'esprit du secteur ». Interview donné à la revue *Santé mentale* 2000 ; no 51 (octobre).

¹³ - Verpeaux M. « Le secteur psychiatrique outil de gestion médico-administrative ». In : Chanoit PF & de Verbizier J (eds). *Sectorisation et prévention en psychiatrie*. Toulouse : Érès, coll. « Psychiatrie et société », 1987, p. 49.

¹⁴ - Murad L, *op. cit.*, p. 67-75.

[15](#) - Entretien réalisé par Catherine Talbot-Lengellé paru dans le numéro 51 de *Santé mentale* (octobre 2000).

[16](#) - Bertolotto F, Schoene M. Santé publique et dynamique de changement au niveau local. Le rôle des municipalités. *ADSP* 1996 ; no 15 : 14-16.

[17](#) - Walker A. « Community Care policy : From consensus to conflict ». In : Bornat *et al.* *Community Care : a reader*. Basingstoke : Macmillan, 1993.

[18](#) - Boudreau F. The Quebec psychiatric system in transition. *La Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie* 1980 ; vol. 17, no 1 (février) : 122-38.

[19](#) - Stein LI, Test MA. *Alternatives to Mental Hospital Treatment*. New York : Plenum Press, 1978.

[20](#) - Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry* 1980 ; no 37 : 392-97.

[21](#) - Demailly L. Les politiques de santé mentale en Europe. *Sociologie santé* 2011 ; no 34.

[22](#) - Rodriguez del Barrio L, Poirel ML. Le traitement dans la communauté. *Santé mentale au Québec* 2011 ; XXXVI, 1.

[23](#) - *Mental Health Care in the Netherlands*, 2006.

[24](#) - Ravelli DP. Deinstitutionalisation of mental care in the Netherlands : toward an integrative approach. *Int J Integr Care* 2006 ; 6, PMC1480375.

[25](#) - Conill EM, O'Neill M. La notion de santé communautaire : éléments de comparaison internationale. *Canadian Journal of Public Health* 1984 ; 75 (2) : 166-75.

[26](#) - La thérapie communautaire est née en 1987 à Fortaleza dans le département de santé communautaire de la Faculté de médecine de l'Université fédérale du Ceará, à l'initiative du professeur Adalberto Barreto. La formation à la thérapie communautaire fait désormais partie intégrante de la politique publique du ministère de la Santé du Brésil.

[27](#) - Barreto A, Boyer JP. *L'indien qui est en moi : itinéraire d'un psychiatre brésilien*. Paris : Descartes et Cie, 1996.

[28](#) - Barreto A. *Thérapie communautaire intégrative*. Brésil : Ed. LCR Fortaleza, 2008, trad. fr. & Edition : AETCI-A4V, Grenoble, 2010, site ABRATECOM.

[29](#) - Schoene M. Ville, promotion de la santé et santé mentale. *VST (Vie sociale et traitements)* 2002 ; 1, no 73 : 20-22. Président de l'Institut Renaudot, Marc Schoene reprendra le flambeau du concept en Seine-Saint-Denis et en France.

[30](#) - Adalberto Barreto, conférence, Congrès des cinq continents, Lyon, 2011 et entretien entre Adalberto Barreto et Sylvain Thevoz, Association européenne de thérapie communautaire intégrative amis de quatre varas.

[31](#) - Balier C. L'intervention du psychiatre en gériologie. *Revue française de gérontologie* 1966 ; juin.

[32](#) - Balier C. Paris XIIIe arrdt, la géronto-psychiatrie dans la gérontologie. *Pluriel* 2005 ; no 50-51 : 9.

[33](#) - Calliard M, Le Roux C. *Les centres de jour*. Rapport pour le ministère de la Santé, CNAV et FNG, 1977.

[34](#) - Balier C. La prise en charge des problèmes psychiatriques des personnes âgées au sein d'une population. *Revue internationale de psychiatrie sociale* 1966 ; no 1.

[35](#) - Cooper JE (professeur de psychiatrie à l'Université de Nottingham au Royaume-Uni). *Services d'urgences psycho-sociales et psychiatriques*. Rapport sur une étude « La santé publique en Europe » (15 visites dans 8 pays), OMS Europe, 1982, 130 p.

[36](#) - Caplan G. *Principles of Preventive Psychiatry*. New York : Basic Books, 1964.

[37](#) - Lefebvre Y. La désinstitutionnalisation de l'intervention en situation de crise : une histoire à réinventer. *Santé mentale au Québec* 1991 ; vol. XVI, no 2 : 23-40.

[38](#) - Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

[39](#) - Sunnen G. Progrès de la psychiatrie des urgences. *Psychiatrie française* 1993 ; 26 (2) : 5-13.

[40](#) - Robin M, Pochard F, Ampelas JF, *et al.* Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France. *Thérapie familiale* 2001 ; 2 (22) : 154 (153-68).

[41](#) - Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

[42](#) - Massé G. L'intervention de crise. À quoi servent les urgences psychiatriques ? *Pluriels* 2006 ; no 56 (mars).

[43](#) - Circulaire de mai 1997.

[44](#) - Coldefy M. L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences. *Questions d'économie de la santé* (IRDES) 2012 ; no 180 : 1-8.

[45](#) - Colucci M. « Le "moment heureux" de la psychiatrie italienne ». In : Arveiller J (ed). *Psychiatries dans l'histoire*. Caen : Presses universitaires de Caen, 2008, p. 301-312.

[46](#) - Nous faisons référence à la réforme Debré de 1958 qui a réorganisé les études médicales et a changé les conditions d'exercice des praticiens hospitaliers étudiées par H. Jamous : *Sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières*. Paris : CNRS, 1969.

[47](#) - Bélart C, Dembinski O. « Les nouveaux outils de gestion en psychiatrie ». In : Demailly L & Autès M (eds). *La politique de santé mentale en France*. Paris : A. Colin, 2012.

[48](#) - 1790, concept de retour à domicile par le Président du Comité de mendicité de l'Assemblée constituante selon l'historique des Hôpitaux de Paris.

[49](#) - Bungener M, Horellou-Lafarge C. *La production familiale de santé. Le cas de l'hospitalisation à domicile. Une approche économique et sociale*. CTNERHI/MIRE, 1988, 256 p.

[50](#) - Sentilhes-Monkam A. Rétrospective de l'hospitalisation à domicile. Histoire d'un paradoxe. *Revue française des affaires sociales* 2005 ; 3 : 157-82.

[51](#) - Circulaire DHOS/O/no 44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.

[52](#) - Consoli SM, Lacour M. « Place et spécificité de la psychiatrie au sein de la médecine ». In : *Le livre blanc de la psychiatrie*. Paris : John Libbey, coll. « Fédération française de psychiatrie », 2003, 300 p.

[53](#) - Comité de la santé mentale au Québec. *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*. Rapport soumis au ministre de la Santé et des services sociaux. 1997, 227 p.

[54](#) - *Ibid.*

[55](#) - Le cadre d'intervention a été défini par la circulaire du 23 novembre 2005.

[56](#) - Mercuel A. Équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité. Un bilan et des perspectives. *Pluriels* 2007 ; no 67 (juin).

[57](#) - Le concept de médecine fondée sur des preuves a été développé à l'Université de médecine Mc Master au Canada, en 1980. Cette approche s'efforce de fonder les décisions cliniques sur les données actuelles les plus probantes : www.cochrane.fr.

[58](#) - *Policies and Practices for Mental Health in Europe*. WHO, 2008, 184 p.

[59](#) - *Ibid.*, p. 179.

[60](#) - Nicolas Daumerie, psychologue clinicien (CCOMS-EPSM Lille métropole), a dressé une liste d'équipes mobiles en santé mentale en Europe et en Amérique du Nord et du Sud. À partir de ces informations, l'étude a porté directement sur les articles et rapports produits par ces équipes.

[61](#) - SCM Mental Health Topics. *Assertive Outreach*. The Sainsbury Centre for Mental Health, 2001, 15 p. (web paper).

[62](#) - Firn M. *The rise and fall of ACT in England*, National Forum for Assertive Outreach 2011 (web paper).

[63](#) - Classen D, Priebe S. Ethical aspects of assertive outreach. *Psychiatry* 2007 ; vol. 6, no 2 : 45-48.

[64](#) - Renju J, Birchwood M. The national policy reforms for mental health services and the story of early intervention services in the United Kingdom. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 2005 ; September, no 30 (5) : 362-65.

[65](#) - Réseau nordique mis en place par un comité de néerlandais sur un format que je connais puisqu'il est celui de l'*European Society of Health and Medical Sociology*, créé en 1986, aussi par des nordistes avec le soutien de l'OMS pour analyser les inégalités sociales de santé : www.eaof.org.

[66](#) - Burns T, Fioritti A, Holloway F, Malm U, Rossler W. Case management and Assertive Community treatment in Europe. *Psychiatric Services* 2001 ; vol. 52 : 5.

[67](#) - EAOF, First European congress on assertive outreach « crossing borders », Oct 6-7 2011, Rotterdam, Pays-Bas.

[68](#) - V. Garcin et N. Daumerie (pour les équipes mobiles de Lille) et 2 pour ERIC (étude de cas) N. Bourvis, L. Zeltner, J. Fousson, F. Mauriac, M. Robin.

[69](#) - Pour mémoire, 40 ans après le *New Deal*, Lyndon B. Johnson déclare la guerre à la pauvreté, en 1965, et met en place un système de protection sociale pour les plus âgés (*Medicare*) et pour les plus démunis (*Medicaid*).

[70](#) - De Swaan A. *Sous l'aile protectrice de l'État*. Paris : PUF, 1995.

[71](#) - Loi HPST, 21 juillet 2009.

2 - Les modèles d'« équipes mobiles » en France

Lise Demailly, Olivier Dembinski

Ce chapitre propose un tableau général de la question de la disponibilité-mobilité des secteurs en France à partir d'une revue de la littérature et de nos observations des deux premiers congrès des équipes mobiles en France.

Petite histoire des « équipes mobiles » en France

La circulaire sur la création des équipes mobiles de psychiatre et précarité date de 2005 (voir *annexe 1*). Elle formalise un certain nombre d'équipes mobiles de psychiatrie, celles qui sont orientées vers les personnes en situation de précarité. Elle avait été précédée par diverses innovations dans le XIII^e arrondissement de Paris et à l'Hôpital Charcot.

Le premier congrès des équipes mobiles en psychiatrie de l'adolescent (voir *annexe 2*) se tient à Lille en 2008 et révèle que certaines équipes travaillent de cette façon-là depuis plusieurs années, dont la plus connue, ERIC (équipe rapide intervention de crise), créée par Serge Kannas en 1993 à l'hôpital Charcot.

Le deuxième congrès des équipes mobiles de psychiatrie, qui mêle psychiatrie adulte et pédopsychiatrie, équipes formelles et équipes de fait, s'est tenu à Paris le 8 décembre 2010. Il a réuni beaucoup de monde. Curiosité des professionnels ? Effets de mode et d'opportunité ? Profits de

distinction (faire partie du nouveau club) ? Militantisme innovant ? Recherches de solutions aux contradictions dans lesquelles se débat la psychiatrie française ? Il est difficile de trancher entre les hypothèses qui recoupent en partie les motifs invoqués par certains participants. Plusieurs expériences sont présentées, anciennes ou plus récentes :

- équipe précarité, Marseille (Dr Raphaël Bouloudnine) ;
- équipe de secteur psychiatrique adulte, Villejuif (Dr Anne Rauzy) ;
- équipe périnatalité, Paris (Dr Dominique Brengard) ;
- équipe de psychogériatrie, Pau (Dr Philippe Guillaumot) ;
- équipe ERIC, Plaisir (Dr Frédéric Mauriac et son équipe) ;
- équipe adolescents et changement de cadre, Rennes (Dr Matthias Wiss, Servane Corlay et Pr Sylvie Tordjman) ;
- équipe adolescents auprès du secteur médico-social, Lille (Dr Vincent Garcin, Melle Maud Julie et Mme Séverine Vandewynckel) ;
- équipe mobile précarité de Paris (Dr Alain Mercuel).

La reconnaissance administrative du travail de disponibilité est peu fréquente. Le label « équipe mobile » (2005) ne couvre que des cas particuliers. L'hospitalisation à domicile (HAD), développée en 2004, concerne surtout la MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et est un peu trop rigide pour la psychiatrie. Les inventions locales sont donc amenées à se donner leur propre nom pour s'identifier et le nom d'équipe mobile fonctionne comme nom de reconnaissance pour une partie du champ de pratiques de disponibilité qui nous intéresse ou à se passer de nom.

Ce que sont les « équipes mobiles » de psychiatrie

Il s'agit de groupes de soignants dont les pratiques n'ont pour cadre d'intervention ni l'hôpital ni les équipements ambulatoires du secteur et qui impliquent donc que les soignants se déplacent. Ils le font en camping-car (Rennes), dans la rue (Marseille), au domicile des patients, dans des foyers, des écoles, des maternités, des services d'urgence, etc.

Ce qui différencie entre elles les équipes mobiles, au premier regard, ce sont :

- les spécificités des publics visés : bébés et périnatalité, enfants et adolescents, adultes, personnes âgées, personnes en grande précarité. Elles peuvent être spécialisées dans un de ces domaines ;
- les modalités pratiques et organisationnelles choisies (équipe mobile, intervention en mobilité, mobilité de tout le secteur extra-hospitalier) ;
- les objectifs concrets qu'elles se donnent (prévention, accompagnement, thérapie brève, accès au soin, thérapie à domicile).

Ce qui rassemble ces équipes est néanmoins important :

- ce sont des initiatives individuelles de psychiatres responsables de secteur qui les portent quotidiennement ;
- leurs modalités mises en œuvre ont été adaptées progressivement et localement ;
- elles utilisent la « situation de crise » comme un levier pour amener les personnes vers le soin ;

- elles ont une implication dans la cité et de nombreux partenariats, qui sont régulièrement entretenus ;
- les interventions en mobilité sont souvent faites en binôme statutaire (médecin/infirmier, infirmier/assistante sociale, etc.) pour produire un regard croisé sur la situation de demande de soin ou de crise (et non pas juxtaposer des expertises). Mais on trouve aussi des infirmiers seuls en première ligne ;
- pour perdurer, ces initiatives nécessitent d'organiser le secteur autour de la mobilité ;
- elles s'appuient sur un « réseau d'alerte » qui repère les personnes en souffrance.

Des différences de philosophie, plusieurs modèles

Au-delà de ces points communs, on voit apparaître des différences de philosophie.

Certaines d'entre elles impliquent une « clinique de la non-demande » et un travail limité dans le temps, de quelques entretiens à un mois de suivi, pour faciliter l'accès au soin, lequel se fera ensuite de façon classique. Même si les interventions dans un cadre mobile peuvent être considérées comme déjà thérapeutiques, elles ne constituent pas la pratique de soin elle-même, qui se développera ensuite dans les centres médico-psychologiques (CMP) et les autres dispositifs ambulatoires du secteur. La justification de ces initiatives est qu'il existe des besoins de soins sans demande ou des demandes qui ont du mal à se formuler, voire des demandes implicites. Et qu'il faut donc « aller au-devant » des personnes

concernées et les aider à accéder au système de soins. Il y a là à la fois un souci de prévention et un souci d'équité.

Cette définition de l'équipe mobile comme facilitant l'accès au soin n'est en fait pas commune à l'ensemble des équipes. D'autres voient comme finalité première à la mobilité et à la disponibilité l'évitement ou le raccourcissement de l'hospitalisation, dont les motivations mêlent clinique et économie. Cette finalité n'est bien sûr pas contradictoire avec celle d'amener les éventuels patients au soin, mais la philosophie des interventions mobiles n'est tout de même pas la même, selon l'accent mis sur l'une ou l'autre.

En forçant le trait, on pourrait dire que, dans un cas, il s'agit de réinventer le secteur sur ses marges, parce que l'hôpital ou le CMP sont insuffisamment disponibles ou accessibles à certaines personnes. Dans l'autre, le dispositif permet surtout aux patients, chroniques ou non, en crise ou non, d'éviter l'hospitalisation et d'être soignés « dans la cité ».

À partir de cette polarité, on pourrait identifier plusieurs modèles.

■ Favoriser l'accès au soin des non-demandeurs

L'expression « clinique de la non-demande » rend bien compte du vécu des soignants qui travaillent dans ce cadre, mais masque l'existence, en fait, d'une demande, sociale, d'un réseau d'alerte que l'équipe psychiatrique sollicite, informe et remercie. Sylvie Tordman insiste d'ailleurs sur le fait que le secteur doit entretenir son précieux réseau d'alerte « en amont », composé d'acteurs divers : travailleurs sociaux, éducateurs, protection maternelle et infantile (PMI), protection judiciaire de la jeunesse (PJJ),

école, foyers, centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), familles...

En quelque sorte, nous pouvons risquer cette expression¹, il s'agit de soins à la demande d'un tiers, le tiers étant constitué de personnes qui souffrent ou d'organisations dont la paix sociale ou la routine professionnelle est menacée par le comportement d'un individu en crise, pour lequel ils sollicitent l'intervention de l'équipe mobile.

Dans ces situations, les soignants se retrouvent avec un problème clinique classique : comment faire pour que le soin à la demande d'un tiers, l'intervention, la proposition, l'approche qui s'ensuivent, puissent, à l'issue d'un travail spécifique nécessairement inventif² dont la « clinique de la non-demande » est donc le nom être transformés en consentement aux soins, qui se fera alors dans le dispositif habituel de soin.

Cette configuration vaut aussi pour des équipes en périnatalité, avec un réseau d'alerte surtout situé dans les centres de PMI. On comprend bien pourquoi c'est surtout en direction des bébés, enfants et adolescents que se développe ce type de soin à la demande d'un tiers.

■ Clinique de la non-demande et travail sur et avec le tiers

L'équipe, dans ce cas, y ajoute une variante intéressante, qui est de travailler en plus sur la demande du tiers elle-même. Par exemple, un intersecteur de pédopsychiatrie a ainsi signé 18 conventions avec des institutions accueillant des adolescents, foyers, instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)... Et les interventions de l'équipe mobile concernent en même temps l'institution demandeuse et l'adolescent qui pose problème. Elles sont

destinées à « faire bouger » conjointement l'institution perturbée et l'adolescent souffrant.

■ Le travail « intensif » dans la cité

L'équipe mobile n'est pas un dispositif d'accès au soin, mais le soin lui-même, et c'est le centre du secteur, car le secteur est mobile, comme le montre la [*figure 1*](#). Les patients suivis dans le cadre du suivi de soins intensifs dans la cité le sont donc logiquement en soin volontaire. Ce sont des patients en crise, chroniques ou non, à qui le suivi mobile, à domicile, permet d'éviter l'hospitalisation, permet d'être soignés et accompagnés « dans la cité ».

La question du soin sous contrainte se pose dans le cadre de ce modèle. Le groupe ERIC développe une réflexion éthique sur l'intervention mobile, sans dissimuler la violence sous-jacente de certaines situations et leur dimension de « contrôle social », quand les soignants sont parfois en compagnie des pompiers ou de la police, après signalement. Mais ils montrent qu'un soin sous contrainte, finalement négocié, finalement développé dans un cadre coopératif, permet d'éviter une hospitalisation d'office.

Des équipes de psychogériatrie développent aussi une pratique qui se rapprocherait de ce type d'équipe mobile : le très fort réseau partenarial dans la cité. Par exemple, le secteur supprime et reconvertit son poste d'assistante sociale, puisqu'il travaille très régulièrement avec les assistantes sociales de ville et que « la redondance est inutile ». Il s'agit là aussi d'éviter des hospitalisations en urgence « indignes » pour des personnes âgées.

FIGURE 1
Le travail intensif
dans la cité



■ Le « travail de rue »

L'équipe qui relève de ce modèle présente une expérience qui a sa propre cohérence et son originalité. Issue du modèle militant, anciennement enracinée dans le bénévolat, assez autarcique, cette équipe intervient sur un petit territoire où sévit la grande précarité. Progressivement, elle a réussi à nouer des liens avec cette population grâce aux maraudes. À force de ténacité, elle est parvenue à obtenir une reconnaissance institutionnelle lui permettant de disposer de lits dans les établissements hospitaliers, de logements afin de mettre en place un suivi nécessairement souple, et constituant une sorte de petit secteur *ad hoc*. Au cours des rencontres dans la rue, elle parvient à « apprivoiser ces errants », aux identités incertaines, qui apparaissent et disparaissent. On pourrait formaliser cette méthode en disant qu'il s'agit d'un petit secteur autonome et entièrement voué au soin de la précarité.

■ Conclusion

Il s'agit là des modèles les plus apparents, les plus formalisés, ceux qui ont cherché à énoncer publiquement leur propre philosophie. Notre travail de terrain (voir plus loin) nous montrera que certaines expériences sont plus discrètes : par exemple, elles se rapprochent du modèle « soin intensif dans la cité », mais sans équipe mobile identifiée.

Questions

■ Les difficultés à résoudre

D'après la littérature professionnelle et les congrès observés, les difficultés concernent trois moments :

- difficultés pour entrer dans l'innovation : il s'agit de pouvoir trouver des ressources humaines volontaires, construire un projet médical et soignant, construire les partenariats nécessaires ;
- difficultés liées au travail en mobilité-disponibilité : tensions organisationnelles, sur laquelle nous reviendrons, risques pour les soignants d'être confrontés à une violence dont la gestion est forcément différente de l'*intra* :

« Les difficultés rencontrées sont essentiellement de deux ordres. D'une part l'effet de "burn-out", notamment pour les médecins. Les situations de crise se caractérisent par l'importance des tensions entre les différents protagonistes, les professionnels étant immédiatement plongés dans des relations critiques dont il leur faut percevoir très rapidement les enjeux, au risque sinon d'être malmenés. L'intensité de ce travail, associé à la mobilisation nécessairement imprévisible et chaotique imposée par les demandes, peut conduire à des stratégies d'évitement préjudiciables. Cela a conduit

à une organisation où les plus exposés n'interviennent qu'à temps partiel. L'autre difficulté est le caractère menaçant, voire potentiellement dangereux, de certaines situations. Si les agressions réelles sont rares dans notre expérience (1/1 000), elles peuvent être sérieuses et/ou traumatisantes. Des règles de fonctionnement ont donc été mises en place afin de détecter les situations à risque, de prévoir dans ce cas des modalités d'intervention spécifiques, et de soutenir ceux qui ont été victimes » (Robin et al., 2001) ;

- difficultés pour soutenir l'innovation dans la durée, notamment lors du départ de ses promoteurs.

■ Les questions éthiques

Autour du « besoin » et de la « demande », la place de l'avis de la personne

Les professionnels décrivent une éthique du soin qui conjoint le « ne pas lâcher » (V. Garcin) et le « ne pas forcer ». Le « ne pas lâcher » un adolescent en crise peut impliquer de rester en bas de sa maison, jusqu'à ce qu'il accepte de recevoir les soignants ou d'insister jusqu'à ce qu'il accepte de prendre un rendez-vous au CMP et s'engage à l'honorer.

On trouve la même idée dans la littérature professionnelle.

« Ce qui a été élaboré dans les pratiques d'accueil et de crise se retrouve dans des lieux qui sont référés au social, dont l'extrême est la rue. Il y a déplacement de l'interface de négociation, mais pas de la structure d'accès aux soins. Ce mouvement suppose une grande vigilance éthique, où le respect de la personne, du secret médical et du secret partagé, comme préservation de l'intimité, est alors essentiel. La

confrontation avec le refus de soin est la règle dans la majorité des situations et le danger est de passer outre, de forcer la situation en urgence, de mettre de la structure psychiatrique partout et de psychiatriser la souffrance sociale. La position de suspension des savoirs dans l'échange et l'interface de négociation constituent la seule position éthique vraie et opérante, car ici le sujet met en place légitimement l'évitement.

Les équipes mobiles psychiatrie précarité ont été créées pour, d'une part, aller vers les personnes précaires et les accompagner vers les dispositifs de droit commun, afin qu'elles puissent prendre soin d'elles, et aussi, pour prendre soin des personnes qui travaillent en première ligne. Prendre soin des personnes qui ne le demandent pas met les soignants dans une position éthique délicate. Primum non nocere est un principe qui guide notre réflexion autour des accompagnements. Nous travaillons avec la personne, c'est elle qui nous dira comment elle veut que l'on accompagne, pas à pas, à son rythme. » (Martin, 2009)

Il s'agit de conjoindre quatre légitimités³ :

- celle qui est traditionnellement dévolue à la psychiatrie comme servante de l'ordre public : contraindre au traitement dans un cadre légal (l'éventuel « nouveau soin sous contrainte » s'il est légalisé, certaines interventions nécessitant une hospitalisation d'office⁴) ;
- celle qui est traditionnellement dévolue à la psychiatrie comme soin : répondre à une demande et constituer la personne en co-constructeur du soin. Rappelons même que, pour la psychiatrie d'inspiration psychanalytique, c'est le patient, qui, avec l'aide de ses soignants, s'auto-soigne. Mais, de façon diverse selon les situations cliniques, le soin

a ses exigences et sa logique propre, notamment parfois celle d'exercer le pouvoir d'organiser la vie du patient, ce qui fait que l'éthique et la légitimité du soin sont elles-mêmes complexes ;

- celle qui est traditionnellement dévolue au social : intervenir sur des populations qui en ont besoin, même si elles n'expriment pas une demande, ne vont pas spontanément vers des services sociaux qui leur sont pourtant destinés, intervenir parce que des besoins ont été nommés et désignés par des tiers ;

- celle qui concerne les droits de la personne et du citoyen, qu'ils soient malades ou pas.

Le tressage de ces quatre légitimités est variable selon les types d'équipes mobiles, la troisième concernant surtout la pédopsychiatrie et la précarité. L'éthique professionnelle, individuelle ou collective, se construit dans ce tressage de légitimités, qui ne sont pas forcément contradictoires, mais entrent cependant en tension.

Autour des rapports entre professionnels

Ceux-ci doivent être régis par le refus de la confusion des rôles : chacun intervient dans ses compétences, et c'est l'articulation de celles-ci qui fait réseau de soin éventuel.

Le respect du secret médical et celui du secret professionnel sont essentiels pour préserver l'altérité et l'intimité du sujet. Les échanges d'informations sont liés au type d'engagement et de « professionnalité » des intervenants, mais il semble que des traditions différentes s'instaurent dans les équipes, certaines partageant l'histoire intime du patient, d'autres non.

■ Intérêts et risques d'une éventuelle généralisation

Un éventuel programme actuel de généralisation des équipes mobiles et des financements ciblés pour les soutenir ne risquent-ils pas de les « normaliser » dans un cadre institutionnel déterminé par les seuls besoins administratifs et d'ordre public, alors que ces dispositifs étaient initialement le fait d'inventions locales, adaptées à des besoins situés et à des ressources particulières ?

La généralisation poserait les questions suivantes :

- La saisie administrative de l'activité, justifiée par les besoins des financements publics directs ou des subventions, peut difficilement ne pas respecter des découpages temporels précis propres aux logiciels de gestion, ni éviter d'être focalisée par l'obligation de résultat ou par la médicalisation. Le temps nécessaire à instaurer un lien, celui de respecter la volonté du sujet et les conditions éthiques de l'intervention seront-ils encore donnés dans le cadre d'un formatage administratif ?
- Il pourrait y avoir un risque d'exercer des violences et des culpabilisations sur les personnes au nom de l'urgence, de la morale ou de l'ordre dans le cadre d'une prise en charge mobile qui serait, pour des raisons extérieures à la volonté des soignants, de type autoritaire. La mobilité en soi ne garantit rien quant à l'éthique et la qualité clinique des interventions. Elle pourrait aussi exister dans le cadre d'un interventionnisme autoritaire généralisé.
- Les dispositifs déjà formatés (par exemple l'HAD) sont beaucoup moins souples que les dispositifs qu'inventent actuellement les équipes innovantes en fonction des besoins cliniques du terrain.
- On pourrait aussi redouter que les équipes mobiles, si elles étaient généralisées et obligatoires, ne se « routinisent

» et n'aient un effet pervers de masquage commode de pratiques auxquelles on ne réfléchit plus. Il ne faudrait pas que les équipes mobiles dispensent le secteur d'être mobile. Il ne faudrait pas non plus que les équipes mobiles suppléent la non-réactivité du secteur ou des secteurs voisins⁵ ou la faible mobilisation d'institutions voisines et leurs défaillances à faire correctement leur travail d'hébergement, de *care*, d'éducation, etc.

- Est-ce qu'un excès de disponibilité, de réactivité et de mobilité ne risquerait pas d'adresser à la psychiatrie toute une série de problèmes sociaux ? Si le secteur va partout où il y a de la souffrance qui ne s'exprime pas ou qui s'adresse d'abord à d'autres professionnels pour la ramener vers le soin psychiatrique, on peut s'interroger sur ce que signifierait l'effort de réorienter vers la psychiatrie toute la souffrance psychique. Sans doute le souci d'égalité de tous devant le soin et le désarroi ou la colère devant la misère économique et morale. Mais pourquoi, après tout, des travailleurs sociaux, des médecins traitants, des médecins du travail, des animateurs d'atelier de peinture ou des clubs de théâtre ne pourraient-ils pas aussi accueillir cette souffrance psychique ? Quitte à ce que ces « autres professionnels » s'adressent au secteur pour demander de l'aide quand c'est nécessaire, pour ces personnes ou pour eux-mêmes. Socialement, le problème du nonaccès au soin se pose surtout pour les gens qui n'ont accès qu'à pas-grand-chose dans la société actuelle. Mais le contact avec le secteur psychiatrique est-il leur premier problème ? La première solution dont ils ont besoin ? Question complexe⁶.

■ Quelle évaluation ?

Quelle est l'efficacité, ou le plus d'efficacité, de la mobilité des soignants ? La question de l'évaluation suscite des réponses clivées selon qu'il s'agit d'une évaluation à l'usage

de l'administration pour calculer l'efficacité des équipes mobiles ou d'une évaluation par et pour les professionnels en vue de leur propre réflexivité.

Sous sa première acception, la question de l'évaluation est liée à celle des coûts. Question compliquée méthodologiquement, font remarquer les cliniciens des équipes mobiles, car, quand on travaille en prévention (d'une crise, d'une aggravation, d'une hospitalisation, de conséquences néfastes à long terme), comment mesurer ce qui n'aura pas lieu ?

Sous sa deuxième acception, certains professionnels souhaiteraient inventer un outil commun pour les équipes mobiles. Il faudrait « une base commune à partir de laquelle chaque secteur va pouvoir inventer son propre outil de mobilité »². Il semble qu'une évaluation de la satisfaction des usagers devrait être possible, à 6 mois, 1 an, 2 ans... Elle impliquerait une observation externe à l'équipe et pluridisciplinaire, pour respecter l'aspect pluri-professionnel du travail, comme le propose l'équipe de Rennes. Il nous semble effectivement souhaitable que la base de toute évaluation des équipes mobiles soit d'abord leur description par un observateur externe, n'appartenant pas aux disciplines représentées et travaillant en immersion avec les équipes. Car, comme le savent depuis longtemps les sociologues du travail, il y a toujours des décalages entre le travail mis en forme dans les comptes rendus formels et le travail réel, décalages divers, produits de la formalisation et de la rationalisation aux fins de communication publique et qui peuvent être aussi bien des simplifications, des embellissements, la non-interrogation de zones naturalisées et donc « transparentes » (invisibles), que la sous-estimation de points intéressants. Sur cette base, des outils collaboratifs pourraient être construits, adaptés et utilisés par les équipes.

Par ailleurs, pour la réflexivité des équipes, des suivis statistiques seraient nécessaires. Nous avons remarqué la difficulté des équipes des trois terrains étudiés à produire des chiffres décrivant leur activité. Ce n'était pas notre objet de les construire. Et nous pensions que les outils informatiques existants devaient nous permettre de présenter une activité quantifiée des équipes mobiles formalisées ou non. En fait, nos contacts avec les trois départements d'information médicale (DIM) ou secrétariats ont été décevants, non sur le plan relationnel, mais sur celui des données effectivement disponibles et utilisables : le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et le logiciel Caryatide sont impropres à suivre les trajectoires des patients.

Nous allons retrouver l'ensemble de ces questions dans les chapitres suivants, consacrés au travail de terrain.

POUR EN SAVOIR PLUS

• France

Girard V, Sarradon-Eck A, Payan N, *et al.* Analyse de l'activité d'une équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) : des urgences médico-psychiatriques dans la rue à la pratique d'hospitalisation à domicile pour des personnes sans domicile. *La Presse médicale* 2012 ; 41 (5) : 226-37.

Gouiffès A, Olivier J. Création d'un réseau régional psychiatrie précarité. *Vie sociale et traitements VST* 2005 ; 4 (88) : 115-18.

Kannas S, Robin M, Pochard F, *et al.* *Étude d'impact d'un service mobile d'urgence médico-psychologique sectorisé comme alternative au traitement des urgences*

psychiatriques. Rapport de recherche CNAMTS-INSERM, 1998.

Marques A. *Construire sa légitimité au quotidien, le travail micro-politique autour d'une équipe mobile Psychiatrie-précarité*. Thèse de sociologie, EHESS, 2010.

Martin JP. Les risques institutionnels des équipes mobiles psychiatrie-précarité. *Vie sociale et traitements VST* 2009 ; 1 (101) : 16-8.

Mauriac F, Depraz N. Les « hiérarchies fonctionnelles » dans le travail avec les adolescents sur ERIC. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2008 ; 1 (40) : 153-68.

Pinquier A, Vignes M. Des enfants dans l'urgence. *Empan* 2011 ; 4 (84) : 56-61.

Pochard F, Robin M, Ferrand I, Kannas S. Évaluation des modalités de transposition d'un groupe mobile d'urgence psychiatrique. *Annales médico-psychologiques* 1998 ; 156 (5) : 347-9.

Przewlocka-Alves A, Boussard-Lalauze MF. Prendre soin de ceux qui ne demandent plus rien. *Le Coq-héron* 2011 ; 3 (206) : 123-9.

Robin M, Mauriac F, Pochard F, *et al.* Éthique pratique et situation de crise en psychiatrie. *L'évolution psychiatrique* 1998 ; n° 63 (1-2) : 227-34.

Robin M, Pochard F, Ampelas JF, *et al.* Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France. *Thérapie familiale* 2001 ; 22 (2) : 133-51.

Tordjman S, Garcin V. *Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*. Paris : Masson, 2010.

Vavasseur Desperriers J, Boulogne Y, Roelandt JL, Defromont L, Meaux A. Service de soins intensifs intégrés dans la cité (SIIC). *Pratiques en santé mentale* 2010 ; 56 (2) : 13-7.

- **Québec**

Lecomte T, Leclerc C (eds). *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec, 2004.

- **Suisse**

Bonsack C, Holzer L, Stancu I, et al. Équipes de psychiatrie mobiles pour les trois âges de la vie : l'expérience lausannoise. *Revue médicale suisse* 2008 ; n° 171.

- **Filmographie**

La patrouille de l'espoir, mercredi 5 octobre 2011 à 00 h 05 et vendredi 7 octobre 2011 à 08 h 50 sur France 3 Nord-Pas-de-Calais-Picardie.

Annexe : trois exemples

À la suite de ce panorama, nous proposons quelques fiches illustratives. Celles-ci n'ont pas le même statut que les études de cas présentées dans la suite de l'ouvrage. Car elles sont rédigées à partir de la documentation disponible et non pas d'observations de terrain. Or, la documentation insiste surtout sur les objectifs, l'organisation formelle, parfois les choix cliniques mais elle ne donne pas à voir les organisations concrètes de travail.

Néanmoins ces fiches permettent de compléter et nuancer notre panorama. Nous avons choisi, pour leur intérêt intrinsèque et leur originalité par rapport à nos terrains, trois équipes, de format différent, visant des publics différents et bénéficiant d'une médiatisation inégale. La première est ERIC, une des plus anciennes et emblématiques équipes mobiles son fondateur S. Kanas a été responsable de la mission d'appui... , qui a produit une abondante littérature clinique. Elle s'adresse à tous les types de demande et se réclame d'une philosophie clinique systémique. La fiche permettra de la spécifier par rapport au modèle « Rennes/ERIC » que nous avons identifié. La deuxième est spécialisée « psychiatrie et précarité », MARSS (mouvement et action pour le rétablissement sanitaire et social) de Marseille, et commence à se faire connaître nationalement. La troisième « psychiatrie et gériatrie », du département de l'Ain, a très peu développé d'écriture pour se faire connaître nationalement.

■ **L'équipe rapide d'intervention de crise (ERIC)**

L'équipe ERIC propose, d'un côté, une évaluation psychiatrique d'urgence, souvent à domicile et, d'un autre côté, un suivi de crise d'inspiration systémique accompagnant le patient et son entourage pour une durée pouvant aller jusqu'à un mois (présenté comme « alternative à l'hospitalisation »).

Contexte local et dispositifs

Six secteurs de psychiatrie adultes sont rattachés au centre hospitalier Jean-Martin Charcot dans la région parisienne, que ce soit pour les hospitalisations ou pour les structures de soins ou de consultations de proximité. Il s'agit d'une population d'environ 520 000 habitants correspondant en grande partie au territoire de santé 78 (Yvelines Sud). À

l'est, une zone urbaine à forte densité de population, au sud-ouest, une zone rurale.

L'équipe ERIC est une structure à visée transversale. ERIC est le service mobile d'urgence psychiatrie dépendant de l'hôpital Charcot, opérant comme un service mobile d'urgence (SMU) et de post-urgence psychiatrique territorialisé pour les 6 secteurs.

Elle offre, pour des urgences psychiatriques, la possibilité d'une intervention par un psychiatre et un infirmier psychiatrique, 24 heures/24, 7 jours/7, sur le lieu même de l'urgence ou à l'hôpital, à la demande des médecins généralistes ou du SAMU-centre 15. Le but des interventions est de réaliser, dans la mesure du possible, une alternative à l'hospitalisation psychiatrique en s'appuyant sur les ressources des patients et de leur entourage. C'est pourquoi, au-delà de l'urgence, ERIC offre la possibilité d'une prise en charge de crise d'une durée maximum d'un mois qui s'effectue en collaboration avec les équipes des 6 secteurs concernés.

Un service comme ERIC ne représente cependant qu'une partie de la filière « urgence psychiatrique » dont le centre de gravité devrait être le service d'urgence de l'hôpital général. Il s'agit d'un projet coordonné avec une réponse mobile (ERIC) et une réponse fixe [2 services d'accueil des urgences (SAU), une au centre hospitalier de Versailles et une à l'Hôpital de Rambouillet]. En plus, ERIC opère en appui d'un hôpital privé et d'un service médico-psychologique régional (SMPR).

Le réseau de partenaires comprend le SAMU (le service d'aide médicale urgente et, également, le centre de régulation médicale des urgences d'une région sanitaire), les médecins généralistes, psychiatres libéraux,

psychologues libéraux, institutions sociales et médico-sociales, la police, la gendarmerie...

Groupe cible et objectifs de l'équipe

ERIC touche une population de tous âges qui a peu recours au système de soins spécialisés, en particulier public, et ce, même pour des troubles évoluant depuis plus de 5 ans. En 1994, près des trois quarts des patients n'étaient pas connus des structures de soins publiques alors qu'un tiers d'entre eux présentaient une pathologie chronique.

Les objectifs principaux sont d'intervenir en urgence dans le contexte de la crise, de travailler avec tous les partenaires concernés pour éviter l'hospitalisation systématique en psychiatrie et prévenir le passage à la chronicité, d'offrir une alternative de qualité, en mobilisant les ressources du patient et de son entourage, et plus généralement celles de son réseau. Les autres objectifs principaux sont :

- détecter et évaluer les troubles psychiatriques, y compris dans les pathologies mixtes, ce qui suppose une bonne articulation avec la MCO, les filières alcool et toxicomanie ;
- initier précocement le traitement ;
- réaliser, en cas d'orientation vers l'hospitalisation, le circuit le plus court possible pour le patient ;
- faciliter l'entrée, si nécessaire, des nouveaux patients dans le dispositif psychiatrique ou médical et ce, dans les meilleures conditions ;
- être partie prenante d'une politique de prise en charge et de prévention du suicide, dont les urgences psychiatriques ne sont qu'un maillon.

L'équipe et son fonctionnement

L'équipe multidisciplinaire contient des médecins [2,8 équivalents temps plein (ETP) praticiens hospitaliers, 1,4 ETP assistants et 2 étudiants internes], des psychologues (2,5 ETP), des infirmiers (17 en 3/8), un cadre infirmier (1 ETP), une secrétaire médicale (1 ETP) et une garde médicale de nuit et de week-end.

Les interventions peuvent s'effectuer sur le lieu de la crise, dans des lieux de consultation d'urgence, mais dans la plupart des cas au domicile en y associant l'entourage du patient.

La mobilité du dispositif permet d'assurer de surcroît des consultations d'urgence dans divers lieux où le maintien sur place d'une équipe psychiatrique 24 heures/24 n'est pas justifié (SMPR, clinique, hôpital général).

Le principe général est d'intervenir à la demande des professionnels de première ligne. ERIC intervient chaque fois qu'un partenaire souhaite l'avis ou l'intervention d'une équipe spécialisée du fait de l'intensité ou de la complexité de la situation, face à un problème psychologique ou psychiatrique aigu, ou du fait d'une crise familiale. À la demande des usagers, l'équipe intervient en principe après une orientation par les professionnels ou la régulation SAMU-centre 15.

Le travail

L'équipe est opérationnelle 24 heures/24, 7 jours/7, depuis janvier 1994. Elle opère en moyenne 3 interventions d'urgence par jour et suit 986 personnes en moyenne par an (prise en charge de 1 à 30 jours).

Une intervention d'urgence est limitée dans le temps (parfois 2 heures) comprenant une évaluation de l'état clinique, une évaluation et mobilisation du réseau, une élaboration des hypothèses de crises, un ajustement de l'indication d'hospitalisation en proposant (si possible) une offre de soins alternative, une proposition d'une thérapie de crise (par ex., réduire les tensions, soulager l'épuisement du patient ou de son entourage).

Une post-urgence peut comprendre :

- un maintien du travail en binôme ;
- les entretiens médicaux ou psychologiques de post-urgence (permettent de réévaluer l'état clinique, de travailler les enjeux relationnels, de vérifier l'observance des prescriptions) ;
- les visites à domicile, le plus souvent effectuées par un binôme infirmier : les visites ont pour objectif de compléter les informations, d'évaluer l'impact de l'intervention d'urgence sur le système, de l'amplifier, de renégocier les enjeux relationnels, de s'assurer de l'observance des patients et familles... et le cas échéant de demander une ré-intervention de l'équipe d'urgence ;
- les contacts téléphoniques, maintien du lien avec le patient, ses proches et les professionnels.

Philosophie clinique

L'équipe admet chez ses soignants des pensées théoriques différentes : courants systémique, psychanalytique, pédopsychiatrique, psychiatrie institutionnelle, phénoménologie minkowskienne, EMDR (pour *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*). Mais la

dominante reste systémique comme le montrent les nombreux travaux cliniques produits par l'équipe.

POUR EN SAVOIR PLUS

Robin M, Mauriac F, Pochard F, Waddington A, Kannas S, Hervé C. Éthique pratique et situation de crise en psychiatrie. *L'Évolution psychiatrique* 1998 ; n° 63 : 227-34.

Robin M, Pochard F, Mauriac F, Waddington A, Kovess V, Kannas S. Urgences psychiatriques : doit-on aller sur le lieu de leur émergence ? *L'Information psychiatrique* 1996 ; n° 72 : 458-62.

Fousson J, Pastour N, Zeltner L, Mauriac F. C'est pas de la psy : extension et limites de l'intervention de crise en psychiatrie. *L'Information psychiatrique* 2013 ; 89 (2) : 143-50.

■ L'équipe mobile MARSS⁸, psychiatrie et précarité

Cette équipe, de type « psychiatrie et précarité », intervient auprès d'une « population cible » : les personnes sans abri souffrant de troubles psychiatriques sévères et vivant dans les rues du centre-ville de Marseille. Les activités de cette équipe mobile « psychiatrie et précarité » (EMPP) se partagent entre un travail de rue (aller à la rencontre des personnes sans abri et présentant des troubles psychiatriques graves) et un accompagnement à la sortie de la vie dans la rue. Ce dernier s'appuie sur deux dispositifs visant à offrir aux personnes sans abri un lieu de vie semi-collectif et des logements individuels (Sarradon-Eck *et al.*, 2012).

« Ce programme de santé communautaire est né du métissage entre des pratiques de santé communautaire

développées localement, à Marseille, dans les années 1990 dans le champ du sida et de la toxicomanie et des pratiques anglo-saxonnes, développées autour du concept de rétablissement dans les années 2000. Il s'est construit sur un partenariat entre l'ONG [organisation non gouvernementale] Médecins du monde et l'Assistance publique Hôpitaux de Marseille entre 2005 et 2006. » (Dossier de presse)

Contexte global, contexte local

« Depuis la fin des années 1980, des travaux ont mis évidence une prévalence de 30 à 50 % de troubles psychiatriques sévères parmi les personnes sans abri. [...] Des barrières à l'accès aux soins ont été décrites : la peur de l'hospitalisation en psychiatrie, la priorité accordée à la recherche d'un logement et de la nourriture, la "résistance" des professionnels de santé à travailler avec ce type de population, la fragmentation des services médicaux et sociaux et la stigmatisation. [...] »

Le 23 novembre 2005, une circulaire ministérielle⁹ relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion a officialisé la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie : les EMPP. Il en existait 126 en France en 2010 dont les deux principales missions définies par un cahier des charges étaient d'aller au contact des personnes en situation de précarité et d'exclusion en se positionnant dans une « fonction de tiers » et de soutien aux équipes médico-sociales de première ligne, d'assurer une « interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires » (Sarradon-Eck, 2012).

Dans l'hyper-centre de la ville de Marseille, plus de 35 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Le nombre de personnes sans abri dans la ville de Marseille serait d'environ 5 000 sur une année. Selon les taux de prévalence de la littérature, 1 000 à 1 500 personnes sans abri seraient affectées par des troubles psychiatriques graves à Marseille. Dans ce contexte, une équipe pluridisciplinaire bénévole a été progressivement située à partir de 2004 au sein de l'ONG « Médecins du monde », qui a une connaissance des populations sans abri. Elle a été institutionnalisée en EMPP fin 2007 et financée sur la base d'un partenariat entre l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM) et « Médecins du monde », puis avec l'association « habitat alternatif social » en 2010.

Objectif de l'équipe

« L'équipe mobile de santé communautaire travaille depuis plusieurs années avec les personnes vivant dans la rue et présentant des troubles psychiatriques sévères (schizophrénie et troubles de l'humeur). Il s'agit de personnes qui n'ont plus de contact avec les institutions sanitaires depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, et qui sont majoritairement éloignées de leur famille. »
(dossier de presse)

« Le but du programme MARSS est de permettre aux personnes accompagnées de construire peu à peu un projet thérapeutique mais aussi un projet de vie. »
(Girard et al., 2012)

Fonctionnement

Travail de rue

« L'EMPP organisait des tournées exploratoires ou ciblées, véritables “visites à domicile”. Les membres de

l'équipe allaient à la rencontre des personnes qui laissaient transparaître des signes de maladie mentale évoluant sans traitement depuis longtemps (incurie, attitude d'écoute, comportement bizarre, accoutrement étrange, errance, soliloque). Par leur présence prolongée dans la rue, des professionnels se familiarisaient avec les conditions concrètes d'existence de ces personnes. [...] » (Girard et al., 2012)

Lieu de vie semi-communautaire

« L'EMPP intervenait dans un lieu d'accueil ciblé pour les personnes rencontrées dans la rue qui sont orientées uniquement par des professionnels de l'équipe. Le terme "semi-communautaire" renvoie à l'idée que les personnes disposent d'un espace privatif (une chambre, soit un "chez soi") et un espace commun où s'organise la vie collective (cuisine, salle commune). Quinze personnes pouvaient y être accueillies. Entre 2007 et 2008, ce lieu sans financement dédié a fonctionné. Depuis fin 2009, il a eu un financement à statut juridique de type résidence accueil géré par l'association "habitat alternatif social" (convention avec l'AP-HM), tout en revendiquant un fonctionnement d'expérimentation. Ce statut d'expérimentation, reconnu par l'État, a permis d'accueillir des personnes non stabilisées, voire en post-crise immédiate. Il pouvait jouer le rôle d'alternative à l'hospitalisation à certains moments du séjour de la personne. [...] Les professionnels y assuraient des permanences médicales sociales hebdomadaires et des soins infirmiers. L'appui de ce lieu permettait à l'EMPP de prolonger les soins commencés dans la rue. Il permettait aux personnes suivies de s'inscrire plus durablement dans le projet de soin que les professionnels vont élaborer avec eux. » (Sarradon-Eck, 2012)

Hospitalisation

« L'EMPP doit faciliter l'accès aux services hospitaliers psychiatriques par la collaboration avec l'équipe soignante hospitalière, l'accompagnement et le suivi des personnes. [...] L'EMPP a été rattachée à un service hospitalier avec 5 lits intersectoriels facilitant les parcours thérapeutiques quand une hospitalisation était nécessaire, sans tenir compte de la sectorisation habituelle. » (Girard et al., 2012)

Le travail

« Sa taille est plus importante que la moyenne (15 salariés à temps plein, contre une moyenne nationale à 3,6). En 2010, elle était composée de 4 médecins (2 psychiatres, un généraliste, un interne en psychiatrie), 2 infirmières, 2 éducatrices spécialisées, une assistante sociale, 3 médiateurs de santé, un secrétaire et de coordinateurs. La forte présence médicale spécialisée (20 % des professionnels de l'équipe contre 8 % pour la moyenne nationale) et la présence d'un médecin généraliste la différenciaient des autres EMPP françaises. Une autre particularité de cette EMPP était la présence de médiateurs de santé, ayant une expérience de la vie dans la rue et du rétablissement d'une maladie psychiatrique sévère. » (Girard et al., 2012)

Objectif du travail de rue

« Favoriser une reconnaissance mutuelle entre les intervenants de terrain et personnes sans chez-soi, afin d'instaurer une relation de confiance. Ce modèle d'intervention orientée autour du rétablissement a été développé par l'équipe de recherches Yale Program for Recovery and Community Health encourageant les

professionnels à ne pas uniquement repérer les vulnérabilités, mais également les compétences des personnes, afin de les valoriser et les utiliser. »
(Sarradon-Eck, 2012)

Hospitalisation

« Les hospitalisations depuis la rue sont des moments délicats et importants dans la construction d'un lien de confiance. Plusieurs règles élaborées collectivement ont permis de les encadrer [...] le projet construit avec la personne, si possible dans la rue et avant son hospitalisation, devait prévoir une possibilité d'hébergement à la sortie et une continuité des soins.

Les hospitalisations sous contrainte ont été décidées en équipe sur deux critères principaux : la notion de danger (la personne était en danger en raison de ses troubles psychiatriques aigus, d'une décompensation, de problèmes somatiques graves, majorés par sa situation de vie dans la rue qui la rendait plus vulnérable et pouvait l'exposer à la violence) ; toute autre méthode pour convaincre la personne de la nécessité d'une hospitalisation avait déjà été tentée plusieurs fois et sur une période assez longue (6 mois à 3 ans). Lors d'une hospitalisation sous contrainte depuis la rue, ou si la personne nécessitait un transport médicalisé, les pompiers assuraient le transport vers l'hôpital. [...] Lorsque l'hospitalisation était consentie, l'équipe utilisait son véhicule de service ou les transports en commun. »
(Sarradon-Eck, 2012)

Clinique

L'activité des professionnels de MARSS se concentre sur « l'accompagnement et les soins orientés vers le

rétablissement des personnes ». La notion de rétablissement (*recovery*) « reconnaît les capacités qu'ont les personnes affectées par un trouble psychiatrique sévère de surmonter la maladie, de la contrôler, voire de la vaincre, d'avoir une vie satisfaisante et d'être des citoyens à part entière » (Sarradon-Eck, 2012).

POUR EN SAVOIR PLUS

Dossier de presse, 2011, « Rencontre avec l'équipe mobile de santé communautaire AP-HM Médecins du monde ».

Gery Y. Entretien avec Vincent Girard, psychiatre, responsable d'une équipe d'intervention dans la rue auprès de sans abri. *La santé de l'homme* 2008 ; n° 408 (juillet-août).

Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, novembre 2009 : (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_soι.pdf).

Girard V, Händluber H, Lefebvre C, Simonet E, Staes B. « Rencontres de rues : développement d'un programme pilote de médiateurs/travailleurs-pairs en santé mentale à Marseille ». In : Greacen T, Jouet E (eds). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*. Toulouse : Érès, 2012.

Girard V, Sarradon-Eck A, Payan N, et al. Analyse de l'activité d'une équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) : des urgences médico-psychiatriques dans la rue à la

pratique d'hospitalisation à domicile pour des personnes sans domicile, *Presse Med* (Elsevier-Masson) 2012 : 226-37.

http://www.dailymotion.com/video/xqpk8p_docteur-vincent-girard-le-concept-de-soins-orientes-autour-du-retablissement-une-rehabilitation-psyc_webcam

Sarradon-Eck A, Farnarier C, Girard V, Händlhuber H, Lefebvre C, Simonet E. Des médiateurs de santé pairs dans une équipe mobile en santé mentale. Entre rétablissement et professionnalisation, une quête de légitimité. *Lien social et Politiques* 2012 ; n° 67 : 183-99.

■ L'équipe mobile départementale de psychogérontologie (EMDPG) de l'Ain

L'équipe mobile liée à la psychiatrie du sujet âgé dans le département de l'Ain, intégrée au réseau gérontologique, s'inscrit dans une perspective de prévention. Ce travail interdisciplinaire réunit des métiers de la psychiatrie, du somatique et du social qui interviennent directement au domicile de la personne âgée en souffrance et de son environnement, pour éviter l'hospitalisation¹⁰.

Contexte global

La géronto-psychiatrie est d'origine récente. Fort peu de psychiatres se réclament de cet exercice. De ce fait, trop souvent encore le traitement des troubles psychiatriques de la personne âgée reste uniquement le fait du généraliste. Des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) apparaissent très démunis par rapport à une population qui présente de plus en plus fréquemment des troubles psychiques. Petit à petit émerge l'idée d'une clinique spécifique :

« Petit à petit émerge l'idée d'une clinique spécifique, caractérisée par le poids du somatique dans les handicaps qui affectent la relation au monde ainsi que les risques d'isolement social et/ou de dépendance aux tiers. La psychiatrie du sujet âgé concerne des affections psychiatriques vieilles (psychoses chroniques, maladies bipolaires, pathologies névrotiques, addictions, troubles du caractère et de l'adaptation), celles qui sont liées à la situation sociale et existentielle actuelle, notamment des dépressions, mais aussi les pathologies neurologiques, dans lesquelles les troubles psychiatriques font partie intégrante de la maladie ou en constituent un effet réactionnel¹¹. »

Contexte local

Le dispositif personnes âgées (DPA) du centre psychothérapique de l'Ain, a été créé en 1999. Il dispose entre autres de deux unités de court séjour d'hospitalisation à vocation intersectorielle ; chacune de 20 lits répond à une mission singulière :

- l'unité court séjour géronto-psychiatrique traite les pathologies dues à la problématique du vieillissement (dépression, décompensation psychotique tardive...) ;
- l'unité court séjour psycho-gériatrique traite les troubles psycho-comportementaux liés aux pathologies dégénératives ;
- une consultation mémoire interdisciplinaire ;
- une cellule de prévention des situations de détresse de la personne âgée ;

- un centre médico-psychologique pour personnes âgées (CMPPA).

Le département de l'Ain comprend 656 000 habitants, dont 12,33 % de plus de 65 ans. Le DPA n'offre donc que 40 lits pour 69 680 habitants.

« Pour éviter les hospitalisations qui elles-mêmes "désinscrivent" le sujet âgé de son quotidien, pour intervenir en amont d'une crise, le concept d'équipe mobile départementale de psychogérontologie (EMDPG) a été pensé et élaboré depuis 2002 pour se concrétiser fin 2007 grâce au financement complémentaire de l'ARH [Agence régionale de l'hospitalisation]. » (Blond JC, 2010)

Objectifs

« Si le signalement d'une crise désigne un individu singulier, nous constatons qu'elle implique le plus souvent un groupe (famille, professionnel...), si bien que nous traitons à chaque fois de situations qui n'ont en commun que leur complexité. Notre outil se doit d'intégrer cette complexité. Ainsi la réponse donnée est le miroir de la situation réfléchie dans un temps déterminé de mise en commun où chacun, en son nom et à partir de sa culture professionnelle, exprime sa représentation de la situation. De ce débat émerge la stratégie d'intervention qui sera ensuite négociée avec les acteurs du système, avec en premier lieu le médecin traitant. » (Blond JC, 2010)

Fonctionnement

L'EMDPG se compose de professionnels à l'interface du monde social et du monde médical, monde médical qui a intégré à la fois le psychisme et le somatique : un médecin

psychiatre (0,5 ETP), un médecin gériatre (0,5 ETP), une psychologue (0,5 ETP), 2 infirmières (2 ETP), une assistante sociale (0,4 ETP), une ergothérapeute (1 ETP), une psychomotricienne (1 ETP) et un cadre de santé (0,5 ETP).

L'activité de l'EMDPG croît de façon importante, multipliée par deux au bout d'un an de travail.

On remarque l'importance du travail de coordination dans le budget temps de l'équipe. L'activité globale de l'EMDPG se décompose ainsi : soins directs au patient 39 % du temps, aide aux aidants 20 %, coordination régulation 41 %.

La majorité des actes est réalisée dans la période de crise et leur fréquence décroît au fur et à mesure que la crise s'apaise (de 32 actes au premier mois à 3 au 12^e).

Clinique

« Nous allons à la découverte de l'“Autre”, dans sa globalité, en tenant compte de la dimension psychique, holistique, systémique, écologique et de déstigmatisation. En d'autres termes, l'appareil psychique, la dimension socio-affective (sa biographie, son histoire actuelle et son environnement social et relationnel) et somatique (son état organique et ses handicaps) ne sont pas dissociés. Le domicile devient le lieu d'exploration des dynamiques et des potentialités et par la suite le lieu d'intervention du soin. » (Blond JC, 2010)

POUR EN SAVOIR PLUS

Blond JC, Naz F, Caschera V, et al. L'équipe mobile de psychogérontologie de l'Ain : un outil de prévention.

L'Information psychiatrique 2010 ; 86 (n° 1 : « Psychiatrie du sujet âgé : enjeux cliniques et institutionnels ») : 21-6.

Massé G, Veber A. Prise en charge des troubles mentaux du sujet âgé : quel rôle pour la psychiatrie ? *Pluriels* 2007 ; n° 66 (mai) : 1-6.

¹ - Dans un sens non administratif.

² - Par exemple est inventif ce que l'équipe de Rennes a réfléchi autour des lieux de rencontre, autour de l'utilisation du camping-car de consultation, de la composition du binôme de soignants, de l'évaluation en continu des pratiques.

³ - Cf. sur ce point Ana Marques, 2010.

⁴ - Cf. l'intervention de l'équipe ERIC dans le deuxième congrès des équipes mobiles sur la façon de travailler thérapeutiquement sur un refus de soins.

⁵ - Dans le secteur 3, l'équipe a refusé de recevoir en première demande les enfants en dessous de 17 ans, ce qui aurait masqué les insuffisances du secteur voisin de pédopsychiatrie.

⁶ - Question travaillée par des expériences comme *House first*, le logement d'abord, qui concerne des personnes sans domicile fixe.

⁷ - S. Tordjman, au 2e congrès des équipes mobiles.

⁸ - Ce programme regroupe des acteurs du mouvement et action pour le rétablissement sanitaire et social.

⁹ - 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.

¹⁰ - Le descriptif de cette équipe mobile a été rédigé à partir de l'article de Jean-Claude Blond, Naz Françoise, *et al.* (2010) cité en bibliographie.

¹¹ - <http://www.observatoire-retraites.org/>

3 - Étude de cas : secteur 1 (pédopsychiatrie), la réactivité au service des adolescents

Olivier Dembinski

Notre premier terrain est un inter-secteur de pédopsychiatrie dont l'originalité tient à la grande réactivité-disponibilité d'une partie des soignants qui interviennent dans le cadre d'une équipe mobile¹. Elle a été mise en place à l'initiative des psychologues et du chef de pôle il y a maintenant 10 ans. Ce dispositif s'inscrit dans une réorganisation de l'offre de soins sur l'inter-secteur qui vise à rendre le soin accessible. Dans ce cadre, l'inter-secteur a aussi développé des partenariats avec la médecine scolaire et des foyers de placement où son action s'articule autour de la prévention et de la sensibilisation aux problématiques de santé mentale.

Le pôle de psychiatrie publique de l'enfant et de l'adolescent regroupe les populations de 23 communes soit environ 300 000 habitants, dont la composition sociale est proche de la médiane des habitants de la région Nord-Pas-de-Calais. Elle se distingue néanmoins par sa jeunesse. Plus de 85 000 habitants de l'inter-secteur ont moins de 18 ans (soit près de 30 % alors que la moyenne nationale est de 12 %). De fait, sa file active est importante avec plus de 3 800 patients.

L'inter-secteur dispose d'une unité d'hospitalisation (ouverte de 8 lits) pour accueillir les adolescents mais la prise en charge est principalement ambulatoire. Elle se fait dans l'un des 4 centres de santé mentale (CSM), en hôpital de jour (de 18 places pour les enfants de moins de 6 ans) ou dans le cadre des équipes mobiles. La dotation en équivalent temps plein (médicaux ou non) de l'inter-secteur se situe dans la moyenne de la région et le *turn-over* y est quasiment inexistant.

Une philosophie de secteur axée sur la réactivité

Le « travail de disponibilité » est ici pensé au regard de la problématique de l'accès au soin. Il s'organise autour d'une réorganisation de l'offre de soins qui vise à développer une prise en charge précoce des demandes des adolescents. Le dispositif mis en place comprend la réduction des délais de rendez-vous en CSM (moins de 30 jours actuellement), l'ouverture d'un espace d'écoute sans délai et la mise en place d'une équipe mobile.

Cette équipe mobile se propose de répondre dans les 24 heures à des demandes de soins « non explicites » qui s'expriment à travers une mise en danger de l'adolescent (tentatives de suicide, comportements auto- ou hétéro-agressifs, automutilations, troubles des conduites alimentaires et sociales, passages anxieux-dépressifs, etc.) Concrètement, un binôme pluridisciplinaire intervient à la demande d'un tiers (parent, service d'urgences et de pédiatrie des hôpitaux, institution d'accueil des adolescents, enseignant, infirmière scolaire, etc.) sur différents lieux de l'inter-secteur pour évaluer cliniquement la situation et mettre en place un projet thérapeutique avec l'adolescent. L'équipe mobile réalise ainsi plus de 600 interventions en mobilité par an pour environ 240 enfants et adolescents.

Ces interventions en mobilité s'inscrivent dans un cadre formalisé :

- Une infirmière de permanence recueille les demandes par téléphone du lundi au vendredi et planifie dans les 24 heures les interventions du binôme sur 7 lieux de l'inter-secteur (hôpitaux, CSM)². Ce numéro de téléphone dédié est repris dans l'ensemble des dépliants, affiches, publications web, qui présentent l'inter-secteur.

- Toutes les interventions sont réalisées par un binôme pluridisciplinaire non médical en première intention (infirmier/psychologue, infirmier/assistante sociale). Chaque rencontre fait l'objet d'un contact téléphonique avec un médecin référent (présentation de la situation et du suivi proposé). Les médecins assurent donc quotidiennement une astreinte téléphonique et conservent dans leur emploi du temps des plages d'urgences afin de pouvoir planifier un rendez-vous médical dans les 48 heures si nécessaire.
- La proposition/négociation d'une prise en charge et sa planification se font dès la première rencontre : intervention en mobilité de soutien, intervention en mobilité médicale, rendez-vous en CSM avec infirmier et/ou psychologue et/ou médecin y compris en urgence sur des plages horaires réservées dans la semaine.
- À l'issue de la rencontre, le binôme doit obtenir l'assurance que l'adolescent ne va pas se mettre en danger pour autoriser une sortie de l'hôpital ou avant le prochain rendez-vous.
- Chaque intervention donne lieu à la rédaction d'une fiche qui comprend des données administratives et comptables, la retranscription écrite de l'entretien, la proposition de prise en charge qui a été mise en place par le binôme.
- Ces interventions font l'objet d'une présentation/discussion lors de réunions de synthèse hebdomadaires. Certaines situations peuvent aussi être évoquées lors de la réunion de synthèse des CSM si l'adolescent est ou y a été suivi (donc 2 fois dans la même semaine).
- Le nombre d'interventions est limité à 3 ou 4 et ne doit pas excéder 10 sur une période courte d'une à deux

semaines.

- Il n'y a pas d'hospitalisation directe sans un rendez-vous avec le médecin qui suivra l'adolescent en hospitalisation et le soignant qui l'accueillera à son admission. Dans ce cadre, l'accord de l'adolescent est obtenu sur la base d'objectifs définis avec lui et sa famille et/ou son institution (période, durée, etc.). Dans le cas d'une institution, un travail de partenariat avec l'Aide sociale à l'enfance (ASE) est systématiquement mis en place afin de planifier la sortie, les permissions et d'engager l'aide sociale dans la prise en charge.

Les interventions en mobilité sont de quatre types :

- de première demande avec un binôme non médicalisé dans les 24 heures qui suivent la demande. Le premier objectif de ces interventions peut être défini par le terme « d'accroche thérapeutique ». Il s'agit de rencontrer les adolescents pour toute situation signalée sur l'inter-secteur, de nouer un premier contact autour de ce qui les a amenés à rencontrer une équipe soignante, de leur faire dire des paroles importantes, d'appréhender leur demande et celle des parents. Ce travail vise à transformer la souffrance en questions pour renverser la plainte en symptômes analysables. Selon les situations, il s'agit ensuite de proposer et de faire accepter une prise en charge adaptée ;

- de soutien à la suite d'une première intervention ou dans l'attente d'une prise en charge en CSM. Il faut en moyenne 2 rencontres pour assurer cet ancrage thérapeutique et mettre en place avec l'adolescent des modalités de soins adaptées (consultation, groupe thérapeutique, hospitalisation, soins indirects). L'objectif est de poursuivre le travail d'accroche thérapeutique, de suivre l'évolution de

la situation de l'adolescent et de prévenir une nouvelle mise en danger ;

- médical lorsqu'un avis médical est demandé par les soignants ou afin de planifier une hospitalisation ;
- de soutien indirect dans les foyers avec l'équipe éducative, mais en dehors de la présence de l'adolescent. L'objectif est d'aider les équipes éducatives qui rencontrent des difficultés avec des adolescents (suivis ou non en CSM sur l'inter-secteur). Le binôme est composé d'une assistante sociale et d'une psychologue qui ne doivent pas être engagées dans le suivi de l'adolescent. Il ne s'agit donc pas d'une « nouvelle » psychiatrie de liaison en direction des équipes éducatives mais d'un véritable travail de prévention et de la sensibilisation aux problématiques de santé mentale qui s'articule autour d'une mise en perspective du comportement de l'adolescent avec l'équipe éducative.

Cependant, ces soignants ne sont pas les seuls à être mobiles au sein de l'inter-secteur. D'une part, une psychiatrie de liaison préexistait à la mise en place de l'équipe mobile même si elle était limitée à un établissement hospitalier. D'autre part, la recherche d'une prise en charge coordonnée avec d'autres institutions (écoles, foyers, justice, ASE) et les partenariats développés par l'inter-secteur induisent aujourd'hui des déplacements pour une partie des professionnels des CSM³. Enfin, au-delà des contacts interpersonnels que les soignants ont su développer au fil de leur carrière, les professionnels des institutions (éducateurs, assistante sociale, famille d'accueil, etc.) sont désormais sollicités pour participer à des réunions de synthèse dans les lieux de soins. C'est notamment le cas lorsqu'une prise en charge coordonnée doit être mise en place pour des adolescents qui présentent des pathologies du lien social et familial. Souvent organisées à la demande

de la pédopsychiatrie, elles impliquent qu'ils se déplacent et se rendent disponibles. En retour, ces réunions permettent aux professionnels impliqués dans le projet de vie de l'adolescent d'échanger leur point de vue, de coordonner leurs actions et d'exprimer leurs attentes vis-à-vis de la pédopsychiatrie.

Le travail de terrain des sociologues

L'équipe mobile a été logiquement un des objets centraux de notre travail, mais nous avons aussi observé le fonctionnement de l'unité d'hospitalisation et rencontré une partie des soignants des CSM. Le travail s'est fait par immersion en continu pendant une période de 3 semaines. Nous avons pu assister à l'ensemble du travail des soignants y compris les réunions de synthèse et les réunions d'équipe. Au cours de cette période, nous avons eu accès à l'ensemble des dossiers de l'équipe mobile et aux notes des soignants.

Les aspects organisationnels

La mise en place de ce dispositif s'inscrit dans le projet d'établissement et ne correspond donc pas uniquement à une volonté individuelle. Il s'alimente de l'expérience du chef de pôle et des soignants (psychologues, assistante sociale, infirmiers) qui se sont engagés dans ce projet d'équipe mobile et plus généralement dans la réorganisation de l'offre de soins sur l'inter-secteur. Les deux psychologues ont ici joué un rôle important, notamment pour définir le cadre d'intervention de l'équipe mobile.

Ensemble, ils sont les garants de cette innovation vis-à-vis des autres soignants de l'inter-secteur, des usagers et de l'établissement. Il s'agit d'une spécificité au regard des autres dispositifs que nous avons observés. Généralement, les médecins travaillent la clinique et les enjeux politiques liés à la fonction de chef de pôle. Ils sont impliqués dans les choix médicaux et stratégiques dès lors qu'ils touchent à

l'organisation du service, mais ne prennent pas en charge l'organisation et le contrôle du travail qui relèvent du champ de compétence de l'encadrement intermédiaire (les cadres de santé et de soins).

Or, ici, les fonctions de régulations (sociales, organisationnelles, techniques), d'interface (qui renvoie à des rôles hiérarchiques et politiques), de compensations (face aux dysfonctionnements de tout type) sont prises en charge par les membres de l'équipe mobile lors des réunions d'équipe. Dès lors, on peut considérer que leur engagement relève d'une forme de militantisme dont la mise en acte quotidienne dépend de leur capacité à trouver des réponses collectives aux problèmes qu'ils rencontrent et à traduire cette innovation afin que les professionnels avec lesquels ils travaillent se l'approprient.

■ Organisations budgétaires du travail en mobilité

L'équipe mobile est un dispositif transversal qui regroupe ponctuellement des professionnels aux qualifications variées provenant de plusieurs entités (CSM, unités d'hospitalisation). Sa mise en place s'est donc faite à moyens constants. Son fonctionnement repose sur 2 psychologues, 1 assistante sociale et 6 infirmières qui consacrent en moyenne 30 à 35 % de leur temps de travail à la mobilité, soit 3,5 équivalents temps plein (ETP) non médicaux, auxquels s'ajoutent 2 psychiatres et 1 interne (pour 1 ETP médical).

En dehors des plages horaires qu'ils consacrent à l'équipe mobile, ces soignants interviennent en CSM ou dans l'unité d'hospitalisation selon des modalités propres à ses structures. La majorité a rejoint l'équipe au moment de la création du dispositif en 2003. Ensemble, ils réalisent dans ce cadre 7 % des consultations de l'inter-secteur.

Qualifié d'action exemplaire sur le plan national par la Haute autorité de santé (HAS) en 2006, elle a reçu le trophée CREER (Collaboration, ressources, échanges, d'expériences en réseau) de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) en 2008 qui récompense les projets les plus innovants dans le cadre de la mise en œuvre des réformes hospitalières. Cette reconnaissance institutionnelle ainsi que le travail de diffusion-promotion (colloques, ouvrages, articles, documentaires, etc.) réalisé par une partie des membres de cette équipe (psychologues, assistante sociale, chef de pôle) ont contribué à sa visibilité au niveau national et international. Cet investissement renvoie à un travail spécifique qui sert aussi la politique de l'établissement public de santé mentale (EPSM) et contribue à pérenniser les moyens de l'inter-secteur⁴. Aujourd'hui, la légitimité institutionnelle de ce dispositif ne peut plus être remise en cause et son fonctionnement inspire d'autres équipes qui souhaitent développer des équipes mobiles en pédopsychiatrie.

■ Les moyens en personnel et le recrutement

Le choix de ne pas avoir une équipe dédiée a sans doute permis « d'économiser des recrutements » dans la mesure où la charge de travail se trouve répartie entre les soignants des différentes unités du secteur. Il y a certes eu des recrutements au moment de sa création, mais ils ne peuvent être attribués à la réorganisation de l'offre de soins sur l'inter-secteur. Pour le chef de pôle, il s'agit d'un choix. Ne pas avoir une équipe dédiée permet d'éviter une trop grande spécialisation et une coupure entre l'équipe mobile et les autres soignants. Pour les soignants, cela implique qu'ils peuvent conserver une pratique régulière en CSM en dehors des plages horaires qu'ils réservent aux interventions en mobilité. En contrepartie, l'appropriation des soignants est plus faible. De fait, ils disent « *je fais une*

équipe mobile » et jamais « *je fais partie de l'équipe mobile* ».

Cette expression renvoie à trois interprétations de nature différente. D'une part, ils ne se considèrent pas comme une équipe au sens du collectif de travail qui partage des savoirs spécifiques, des espaces et des biens communs. Le travail en équipe mobile renvoie donc pour eux principalement au cadre de ces interventions en mobilité. D'autre part, ils considèrent que ce travail s'intercale, intensifie ou parfois désorganise leur activité en CSM. Pour le dire autrement, « l'activité mobilité » fait partie du travail, mais ne constitue pas une variable déterminante dans le choix du poste de travail. Par ailleurs, tous refusent de ne « faire que de l'équipe mobile » même si le travail est présenté comme « intéressant ». Enfin, le modèle professionnel de référence des infirmiers et des psychologues des CSM est proche de celui de la profession libérale avec une gestion du carnet de rendez-vous et une certaine autonomie dans le choix des pratiques (comportementaliste, analytique, thérapie cognitive, thérapie familiale, hypnose, etc.) reconnues comme une « spécialité officieuse » par les autres soignants de l'inter-secteur. Ils sont par ailleurs reconnaissants vis-à-vis du chef de pôle qui est parvenu à composer avec les orientations de chacun. Dans tous les cas, le travail en binôme pluridisciplinaire s'inscrit lui dans un cadre précis avec des objectifs spécifiques. Il implique que le psychiatre et le psychologue ne soient pas seuls en première ligne à décider de la nature de la prise en charge, de la durée, des objectifs, de l'approche thérapeutique, des hypothèses, de l'efficacité de la démarche, etc. Il leur faut accepter de travailler sous le regard de l'autre et donc de partager une partie de leurs savoirs, c'est-à-dire de leur pouvoir.

Enfin, pour être disponibles, ils doivent nécessairement rendre transparent leur agenda et accepter un décompte de

leur temps de travail pendant les interventions en mobilité. Travailler dans l'équipe mobile implique, pour tous, d'accepter qu'une partie de leur temps de travail soit planifiée par d'autres, en fonction des besoins de l'équipe. Il s'agit là d'un changement radical, en particulier pour les médecins qui doivent rester joignables et disponibles. Or, une partie des médecins hospitaliers n'est pas prête à sacrifier l'autonomie dont ils disposent dans la gestion de leur emploi du temps et à se voir « prescrire leur activité » par des psychologues, des infirmières ou une assistante sociale.

Cependant, les opportunités professionnelles étant relativement nombreuses en psychiatrie, on peut légitimement penser que ces soignants ont fait le choix de venir travailler dans cet inter-secteur et de consacrer une partie de leur temps aux interventions en mobilité. De fait, l'ancienneté est élevée y compris dans les CSM d'où est issue la majorité des soignants de l'équipe mobile. Une grande partie de ces infirmiers ont un diplôme d'infirmier psychiatrique qu'ils ont complété par des formations et un investissement personnel pour acquérir de nouvelles compétences. C'est aussi l'entraide, le travail en binôme et les réunions de synthèse hebdomadaires qui leur permettent d'acquérir les savoirs de base indispensables pour réaliser ces interventions en mobilité. Enfin, la reconnaissance nationale dont bénéficie ce secteur contribue à le rendre attractif pour certains, mais l'approche développée (l'intervention précoce et intensive, le travail en binôme et avec des partenaires extérieurs, la mobilité et la disponibilité, etc.) peut aussi en rebuter d'autres.

D'une façon générale, il faut disposer d'une solide expérience, en particulier pour parvenir à transformer une première rencontre en accroche thérapeutique et assumer la responsabilité d'une orientation, y compris auprès des

professionnels des autres secteurs et/ou des institutions avec lesquels l'inter-secteur est partenaire.

■ Répartition des temps de travail

Le planning hebdomadaire des permanences d'équipe mobile est établi par un cadre de soins puis diffusé *via* l'intranet. Il permet à tous les soignants de l'inter-secteur de connaître les deux binômes d'astreinte ainsi que le médecin référent. En moyenne, il y a une dizaine d'interventions en mobilité par semaine. Généralement, un seul binôme parvient à les faire toutes (soit 3 à 4/jour), mais la variabilité de leur durée (difficile à prévoir), les temps de déplacement et surtout la charge psychologique qu'implique ce type de travail ne permettent pas d'aller au-delà de 5 par jour.

Dans tous les cas, les binômes ne se donnent pas de limite de temps en dehors de celles imposées par la planification journalière des interventions. Cependant, les premières demandes nécessitent un travail de présentation, de recueils d'éléments, d'analyse de la situation, d'acceptation et de mise en place de la prise en charge qui « consomme » souvent beaucoup de temps. C'est aussi le cas pour les premières demandes réalisées par un médecin en raison de la nature du travail médical et des objectifs poursuivis (par exemple une hospitalisation). Les interventions de soutien correspondent toujours à des situations connues par le binôme et sont plus brèves. Cependant, il arrive aussi qu'un travail à visée thérapeutique débute, c'est le cas lorsque la demande de l'adolescent se fait plus précise. Les interventions dans les foyers nécessitent quant à elles des échanges nombreux avec l'équipe éducative des foyers. Ces réunions regroupent plusieurs participants (éducateurs, directeur) et sont elles aussi plus longues.

Cependant, la question de la charge de travail déborde celle des horaires. Dans la mesure où le binôme intervient en deuxième ligne, celle-ci dépend en partie de l'activité de ces structures (service de pédiatrie, d'urgences, CSM, enseignants, travailleurs sociaux, etc.). Enfin, la charge de travail est aussi liée à « l'activité ordinaire de travail » en CSM ou en hospitalisation. Une activité importante, du fait de la file active dans les CSM et du type de patients en hospitalisation à laquelle il faut ajouter un travail individuel lié à la prise en charge des adolescents (administratif, de coordination, de réunion, de réflexion, etc.), qui représente environ 5 % de leur temps de travail.

La nature du travail dans le cadre de la mobilité-disponibilité

■ Contenu du travail

On peut décomposer ce travail en quatre catégories.

Le travail de planification des équipes mobiles

C'est l'un des points cruciaux du dispositif dès lors que l'équipe mobile se propose de répondre dans les 24 heures à toutes les demandes qui lui parviennent⁵. Il est réalisé par une infirmière expérimentée et comprend la réception des demandes par téléphone de 8 h 30 à 17 h 30, la rédaction d'une fiche papier de cette demande, la planification des interventions dans les 24 heures, le recueil et la diffusion d'informations concernant l'adolescent auprès du binôme et l'archivage des dossiers de l'équipe mobile. Cette planification est lourde. Chaque intervention implique plusieurs coups de téléphone pour tenter d'appréhender le motif de la demande, regrouper au même moment et au même endroit le binôme, l'adolescent, les parents, auxquels peut s'ajouter le référent social.

Les déplacements

La majorité des soignants utilisent leur véhicule pour les déplacements pour lesquels une indemnité kilométrique a été mise en place. Cette solution évite de disposer d'un nombre de véhicules de service important et elle est considérée par les soignants comme une commodité dans la gestion quotidienne de leurs déplacements domicile/lieu de travail. Par ailleurs, les temps de déplacement ne sont pas très importants (15 à 20 minutes) et, généralement, le binôme enchaîne les rendez-vous sur le même lieu. Cependant, les soignants considèrent que ce travail implique plus de fatigue qu'une pratique en CSM.

Le travail auprès des adolescents

Il s'agit essentiellement du travail fait lors des interventions en mobilité. Il s'organise exclusivement autour du temps de l'entretien. Il peut être découpé en quatre parties :

- **La rencontre avec l'adolescent** (accompagné des parents pour les plus jeunes). Elle commence systématiquement par la présentation des personnes présentes et de leur spécialité professionnelle et du cadre de l'intervention. Ensuite, l'un des soignants commence l'entretien par le recueil d'informations socio-administratives (nom, prénom, âge, lieu de résidence, scolarisation, fratrie, etc.). Cette première série de questions est assez directive. La deuxième série est beaucoup plus ouverte et porte sur les événements qui l'ont amené à rencontrer l'équipe mobile, son ressenti, les explications/justifications avancées, ses souhaits et/ou sa demande afin que sa situation puisse s'améliorer, qu'il ne se mette plus en danger, etc. Au cours de l'entretien, les soignants intercalent des questions destinées à repérer des signes cliniques (permettant de faire des hypothèses sur la présence d'un syndrome) et à

mieux saisir la trajectoire de l'adolescent (relations que l'adolescent entretient avec les autres adultes, les autres adolescents, événements marquants ou traumatisants, etc.). Ce travail est donc très proche de celui qui pourrait être fait en CSM si ce n'est qu'il est réalisé par un binôme et parfois en dehors du CSM. Il vise à comprendre la situation et, pour cela, le binôme doit parvenir à nouer une relation avec l'adolescent, le faire parler, « *poser toutes les questions car les réponses doivent venir de l'adolescent* » (psychologue). Le soignant qui mène l'entretien s'efforce de « *nettoyer la plainte de l'adolescent* » (psychiatre) pour en extraire des symptômes analysables avec pour objectif principal d'amener l'adolescent au soin.

• **La rencontre avec les parents en présence de l'adolescent.** Cette deuxième phase vise essentiellement à donner la parole aux parents afin de croiser les discours et à explorer leurs interprétations/représentations de la situation. Généralement développée de façon chronologique (sous la forme d'histoires de vie de famille), cette parole réactive souvent des souffrances, des angoisses, des peurs, fait surgir des conflits, etc. Le binôme va alors mobiliser les éléments qui lui semblent signifiants sous la forme de questions pour les mettre en perspective avec les gestes et les discours des adolescents. Cette confrontation parfois difficile provoque des réactions (verbales ou non) qui n'échappent pas au double regard du binôme. Ce faisant, les échanges abordent évidemment la question de la demande de soins ou de prise en charge de la part des parents. Une demande qui est assez semblable à celle faite aux médecins. Les parents ne se posent pas toujours la question de ce qui ne va pas ou plus, mais pensent souvent que le spécialiste a une solution. Or, le travail du binôme vise justement à expliquer que « la solution » passe aussi par leur adhésion et leur participation active à la démarche de soins.

- **La confrontation des points de vue entre les parents et l'adolescent.** Cette partie vise à tenter d'élaborer un consensus entre les parents et l'adolescent autour d'une première proposition de prise en charge qui sera validée par téléphone avec le médecin référent de l'équipe mobile. Dans les services hospitaliers, elle est transmise au médecin de l'équipe avec les préconisations qui en découlent (sortie ou non de l'adolescent en hospitalisation, nouvelles interventions de l'équipe mobile, rendez-vous en CSM, etc.).

- **La proposition/justification de suivi faite aux parents et à l'adolescent peut prendre deux formes :** l'orientation vers un CSM ou une nouvelle intervention de l'équipe mobile (médicale ou non). Les parents et les adolescents acceptent toujours cette proposition même si elle ne leur semble pas satisfaisante dans la mesure où ils savent qu'ils peuvent solliciter l'équipe mobile dans les 24 heures. D'une façon générale, il s'agit donc d'un nouveau « *rendez-vous pour aller à la découverte de quelque chose* » (psychologue). La fin de l'intervention n'est donc qu'une étape, elle vise à ouvrir de nouvelles perspectives de soins. Les rencontres suivantes adoptent un déroulement similaire mais, parfois, un travail de type psychothérapeutique commence. Dès lors, le soignant qui mène l'entretien, s'implique, manifeste son ressenti, est empathique ou confrontant avec les parents et/ou l'adolescent. L'équipe mobile médicale est souvent un « espace de travail thérapeutique » dans lequel le thérapeute s'engage et se positionne en tant que médecin qui propose une voie de sortie. Lorsque le médecin ne parvient pas à atteindre son objectif, il va alors proposer de nouvelles rencontres sur un mode intensif afin de « *sortir l'adolescent de l'impasse* » (psychiatre) dans laquelle il se trouve par la voie qui lui semble la plus appropriée.

Le travail d'enregistrement, de synthèse et de confrontation

Ce travail est très chronophage. Il se déroule dans le cadre des interventions en mobilité et se prolonge lors des réunions hebdomadaires de synthèse. Il comprend :

- le signalement de l'arrivée du binôme dans le service ou le CSM, et le recueil d'informations auprès du secrétariat ou de l'équipe soignante du service ;
- les échanges entre les soignants du binôme sur l'interprétation de la situation de l'adolescent et les propositions de prise en charge ;
- la transmission d'une synthèse de ces éléments au médecin référent ainsi qu'au médecin du service hospitalier le cas échéant ;
- la planification de cette prise en charge ;
- la rédaction d'une « fiche d'équipe mobile » qui accompagne la prise de note réalisée par l'un des membres du binôme (souvent mot à mot) ;
- enfin, la rédaction d'un résumé (origine et motif de la demande, éléments recueillis lors de la ou des rencontres, analyse de ces éléments, hypothèses proposées et projet) présenté lors des réunions de synthèses hebdomadaires de l'équipe qui visent à mettre en discussion le travail effectué.

■ Les savoirs des soignants

Les savoirs des psychiatres de l'inter-secteur sont relativement personnalisés même si l'orientation est à dominante psychanalytique. Il en va de même pour les deux psychologues dont les styles sont très différents bien que l'orientation soit elle aussi à dominante psychanalytique.

D'une façon générale, le chef de pôle intervient peu dans la définition du projet de prise en charge lorsqu'il est défini par les autres médecins. *A contrario*, le travail des soignants est discuté lors de réunions de synthèse.

Aux savoirs cliniques, il faut ajouter des savoirs de type managériaux. L'élaboration et la mise en œuvre de cette équipe mobile ont nécessité une modification de l'organisation et des pratiques. Ces changements génèrent encore des tensions dont la gestion réclame des savoirs particuliers dès lors qu'il s'agit de questionner les pratiques, les objectifs et/ou le cadre sans exclure les soignants dont les positions peuvent être différentes.

En ce qui concerne les savoirs des soignants, ils sont très proches de ceux mobilisés dans le cadre du travail en CSM. Tous disent cependant que « *la spécificité du travail en équipe mobile c'est de ne pas aller trop loin* », de « *connaître les limites du travail* » ou, pour le dire autrement, de ne pas commencer un travail thérapeutique avant l'heure. Mais ces limites sont évidemment variables en fonction des soignants. Si les infirmiers vont rarement au-delà, les infirmiers les plus expérimentés, les psychologues et les médecins sont eux plus enclins à débiter un travail qu'ils poursuivront en CSM avec l'adolescent. Le travail en binôme a aussi produit des glissements entre les savoirs infirmiers et ceux des psychologues cliniciens.

Les trajectoires des adolescents

L'accès aux soins est érigé en dogme au sein de l'équipe mobile. Il est traduit par les soignants de la façon suivante : « *il ne faut pas lâcher tant qu'on ne l'a pas amené là où on veut l'amener* » et « *sans avoir l'assurance qu'il ne se remettra pas en danger* » (infirmiers, psychologues). Cette posture implique que les soignants se positionnent en tant

que tels pendant l'entretien, c'est-à-dire qu'ils s'engagent pour parvenir à montrer à l'adolescent et à son entourage qu'ils sont dans une impasse, que l'issue ne peut être celle d'une nouvelle mise en danger, qu'il faut trouver une autre voie (de nature thérapeutique de préférence). Ce travail peut nécessiter plusieurs interventions avec des binômes de nature différente (médicaux ou non) et des référents multiples (ASE, éducateurs, assistante sociale, médecins, etc.). Dès lors deux trajectoires types peuvent être identifiées.

■ L'orientation vers un centre de santé mentale

Une grande partie de la file active est composée d'adolescents dont l'histoire est marquée par un passage auto- ou hétéro-agressif ayant entraîné une hospitalisation. Pour la majorité d'entre eux, les interventions du binôme (rarement plus de 3) auront suffi pour mettre en place une prise en charge sous la forme d'un rendez-vous dans un CSM. Ce sera aussi le cas d'un grand nombre d'adolescents vus en CSM ou au point écoute.

L'orientation vers un psychologue et/ou un médecin en CSM est de fait plus rare. Elle est plus souvent le fait des psychologues et/ou des médecins qui « s'adressent » l'adolescent. Enfin, pour d'autres adolescents, il s'agit d'une « reprise de suivi ». Dans ce cas, les interventions visent à remettre à plat la situation (avec le foyer, une structure d'accueil, la famille, les soignants d'un autre secteur, etc.) et éventuellement à compléter la prise en charge avec d'autres professionnels des CSM (médecins, psychologues, assistante sociale, etc.).

Ce type de trajectoire étant majoritaire, on peut dire que l'équipe mobile contribue à saturer les CSM. Par ailleurs, si la majorité des adolescents se rend à ce premier rendez-

vous (94 %), cela n'exclut pas de nouvelles rencontres avec l'équipe notamment lorsque « la prise en charge ne tient pas ».

■ L'orientation vers l'hospitalisation

Parmi ces adolescents, une petite partie se verra proposer une hospitalisation en pédopsychiatrie (7 %). Ce sont plus souvent des adolescents qui présentent des pathologies du lien social et familial et/ou chez qui la dimension pathologique de certains troubles est plus marquée. Bien que peu nombreux, ils nécessitent une prise en charge lourde, pluridisciplinaire et souvent difficile à mettre en œuvre en particulier quand elle nécessite la mobilisation de nombreux professionnels (de la justice, du travail social, de la santé, de l'éducation). Beaucoup sont ou ont déjà été suivis sur le secteur. Une partie a connu plusieurs périodes d'hospitalisation parfois planifiées de façon périodique. En dehors des ordonnances de placement provisoire qui peuvent contourner le principe de l'équipe mobile, ce type d'orientation implique souvent plusieurs interventions.

Conclusion

Conformément aux recommandations de la HAS et de la Fédération française de psychiatrie, l'inter-secteur développe une prise en charge globale (médicale, psychologique, sociale) des adolescents en souffrance qui déborde les frontières classiques entre institution. Cependant, il n'est pas un secteur « classique » de pédopsychiatrie. Sa spécificité, il la doit en grande partie à l'investissement des psychologues et du chef de pôle dans la mise en place d'une équipe mobile. Aujourd'hui, si la légitimité institutionnelle de ce dispositif est assurée, sa pérennisation reste fragile car elle repose encore essentiellement sur les soignants de l'équipe mobile qui ont

participé à sa mise en œuvre, des soignants, parfois malmenés par la charge de travail induite par l'augmentation de la file active et l'intensification du travail en CSM induite par l'équipe mobile.

1 - Il y a deux équipes mobiles sur l'inter-secteur. L'une pour les adolescents de 12 à 18 ans et l'autre pour la périnatalité et la petite enfance. Seule, l'équipe mobile pour adolescents a fait l'objet d'un travail d'analyse.

2 - Une grande partie des demandes proviennent des hôpitaux et des CSM mais tous les habitants de l'inter-secteur peuvent solliciter l'équipe mobile. Soixante-dix pour cent de ces interventions se font dans les hôpitaux généraux de l'inter-secteur et 20 % en CSM. Le binôme peut également intervenir dans les foyers à la demande des équipes éducatives et de façon marginale au domicile de l'adolescent, mais en présence du médecin généraliste.

3 - Éducatrice qui intervient au titre des CSM (pour les adolescents placés en foyers sur le secteur), assistante sociale qui représente le secteur devant le Juge pour enfants, infirmiers qui participent à la cellule d'aide psychologique dans les écoles, institutrice spécialisée de la classe d'intégration scolaire autisme qui se déplace dans différents lieux (école, hôpital de jour, CSM), médecins et cadres qui se déplacent entre les différentes structures.

4 - Le service communication de l'établissement ne manque pas de mettre en avant les différentes étapes du développement des secteurs qui innovent dans les pages de son magazine diffusé en interne et sur le web. D'un certain point de vue, ces dispositifs servent de faire-valoir aux établissements dans le cadre du nouveau management public.

5- Une partie importante de ces demandes concerne des adolescents domiciliés en dehors de l'inter-secteur (environ 20 %), venant de secteurs de pédiatrie qui ne proposent pas le même type d'offre de soins ou qui ne prennent pas en charge les adolescents de plus de 16 ans.

4 - Étude de cas : secteur 2 (psychiatrie générale), la psychiatrie dans la cité

Olivier Dembinski

Le deuxième secteur a été promu site pilote pour « la santé mentale communautaire » par le département « santé mentale » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1998¹. L'établissement public de santé mentale (EPSM) auquel il est attaché a été certifié à trois reprises par la Haute Autorité de santé (HAS) et par l'Association française pour l'amélioration et le management de la qualité (AFAQ). Il est aussi l'institution d'affiliation du centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) depuis 2006.

Sous l'impulsion du chef de pôle, ce secteur est passé en 35 ans d'un mode de prise en charge unique (l'hospitalisation dans un service asilaire de 320 lits en 1976) à une offre de soins diversifiée et intégrée dans la cité. Elle se compose aujourd'hui de 10 lits d'hospitalisation, d'un service d'alternatives à l'hospitalisation (l'équipe mobile), de 4 centres médico-psychologiques (CMP) auxquels s'ajoutent des lieux de consultation dans des structures d'accompagnement de droit commun², d'un service d'activités d'insertion et de soins intégrés dans la cité (SAISIC), d'un dispositif travail et recherche d'emploi (DISPHP³), de près de 150 places d'hébergement⁴ (associatives et communautaires) et d'un conseil intercommunal santé, santé mentale et citoyenneté.

En dehors de l'unité d'hospitalisation, c'est tout un ensemble de dispositifs qui assure la fonction de disponibilité, dont le plus visible est une « équipe mobile », appelée SIIC/AFTAH (service de soins intensifs intégrés dans la cité/accueil familial thérapeutique alternatif à l'hospitalisation) disponible 24 heures/24 et 7 jours/7.

Ce secteur s'étend sur 6 communes et couvre un territoire urbain d'environ 85 000 habitants où le taux de chômage est de 8,7 % (région 14,7 %⁵). Il reçoit 60 à 80 nouvelles demandes chaque mois. Sa file active est de 1 900 patients dont 88 % sont suivis en ambulatoire. L'équipe soignante⁶ comprend essentiellement 8 praticiens hospitaliers [pour 7,4 équivalents temps plein (ETP)], 2 internes (médecine et psychiatrie), 59 infirmiers, 4 cadres de santé, 6,5 ETP de psychologues, 4 psychomotriciens, 8,5 éducateurs spécialisés. Quatre-vingt-deux pour cent de ces soignants travaillent en ville.

Une philosophie de secteur axée sur la mobilité et la dissémination dans la ville

Dans ce secteur, le « travail de disponibilité » est essentiellement pensé comme impliquant, non seulement la mobilité des soignants et des patients, mais aussi une certaine dissémination des équipements dans le tissu urbain (y compris des lieux de consultations). Le but est d'éviter les hospitalisations ou de réduire leur durée en facilitant un maintien ou un retour au domicile. L'hospitalisation est donc considérée comme plutôt nuisible pour le patient même si elle n'est pas toujours évitable dans le cadre de la politique actuelle de santé mentale⁷.

La fonction de disponibilité inclut plusieurs dispositifs :

- L'équipe AFTAH/SIIC : le SIIC est une « unité mobile » (disponible 24 heures/24 et 7 jours/7) de 12 places. Il fonctionne comme un service d'hospitalisation à domicile proposant un suivi renforcé des patients pendant une période de 8 jours renouvelables. Ce suivi comprend des

entretiens infirmiers quotidiens, des consultations (psychiatriques, psychologiques) auxquelles peuvent s'adjoindre des activités thérapeutiques, la participation à un groupe d'entraide mutuelle (GEM), de la relaxation (dans une piscine municipale). L'AFTAH permet d'offrir une transition (entre le SIIC et un retour au domicile) sans avoir recours à l'hospitalisation pour une durée moyenne de 3 à 4 semaines. Il dispose de 9 places réparties dans 8 familles d'accueil. Toutes les pathologies sont susceptibles d'être prises en charge par l'équipe AFTAH/SIIC hormis celles qui contre-indiquent un maintien à domicile (comme une intentionnalité suicidaire importante).

- Les visites à domicile réalisées par les soignants des CMP ainsi que les consultations proposées dans 5 lieux différents répartis sur le secteur (maison médicale, centre de consultation spécialisée, centre médico-sportif, centre médico-social, unité territoriale de prévention et d'action sociale) et l'accueil des premières demandes à J+1 en CMP.
- Les urgences prises en charge par un médecin psychiatre d'astreinte du secteur. Il est disponible 24 heures/24 pendant une semaine et coordonne l'équipe AFTAH/SIIC sur cette période.
- La liaison avec les services d'urgences du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) qui dispose d'un centre d'accueil et de crise (CAC) il accueille pour 72 heures les patients en détresse aiguë et les hôpitaux du secteur. Lors de l'hospitalisation d'un patient du secteur, un contact est systématiquement pris avec le SIIC. Un infirmier se rend sur place pour envisager avec le patient et le médecin référent les modalités de prise en charge (SIIC, AFTAH, plus rarement une hospitalisation sur le secteur).

- Les visites à domicile et en appartement associatif réalisées par l'équipe du SIIC.
- L'équipe intersectorielle Diogène (équipe mobile santé mentale et précarité qui travaille avec les sans domicile fixe).

Ce qui peut être considéré comme une « équipe mobile » serait donc l'équipe AFTAH/SIIC. Cependant, elle ne réalise qu'une partie des interventions mobiles du secteur. Par rapport à des trajectoires de patients du type « hôpital, puis SIIC ou famille d'accueil, puis CMP », ce sont les trois CMP qui réalisent quantitativement une grande part de la mobilité⁸ et ce, d'autant qu'ils assurent une prise en charge dont l'intensité de départ, au moment du transfert du SIIC, peut être importante (1 à 2 visites à domicile par jour). Par ailleurs, certains patients nécessitent des visites régulières, même espacées, sur une longue période. Pour ces personnes, « *il faut maintenir le contact pour prévenir la crise et pour intervenir en cas d'urgence, pour éviter l'hospitalisation* », « *pour les situations enkystées... pour lesquelles il n'y a pas de solution* » (psychiatre). Enfin, certains patients abandonnent la prise en charge, ce qui implique pour les soignants des CMP un surcroît de travail (déplacements, appels téléphoniques) pour tenter de mobiliser l'entourage et/ou d'autres professionnels afin de restaurer une prise en charge.

Les interventions du SIIC s'inscrivent dans un cadre spécifique défini par le chef de pôle :

- L'équipe peut être contactée directement au téléphone (24 heures/24 et 7 jours/7) par les personnes suivies sur le secteur ou non mais aussi par sa famille, un médecin traitant, un membre de l'équipe de psychiatrie du secteur (hospitalier ou ambulatoire), un psychiatre consultant aux

urgences ou un médecin, un membre des services sociaux. En cas d'urgence, un infirmier peut se déplacer au domicile afin d'évaluer la situation clinique et, si nécessaire, contacter le psychiatre du service. Ces demandes émanent principalement des hôpitaux, des médecins et des habitants du secteur.

- Pour chaque demande, une évaluation (de type bénéfice/risque) est réalisée de manière conjointe par un infirmier et un psychiatre de l'équipe dans les 24 heures (au domicile ou dans l'un des CMP).
- L'admission en SIIC se fait dans les 24 heures pour une durée de 1 à 2 semaines. Le suivi proposé comprend généralement des visites à domicile d'infirmiers (1 à 2 par jour avec dispensation ou non d'un traitement), deux visites à domicile hebdomadaires d'un psychiatre, un programme d'activités thérapeutiques dans les dispositifs du secteur.
- Chaque sortie du SIIC est programmée par le psychiatre avec l'utilisateur, le médecin traitant et l'entourage.

Le travail de terrain des sociologues

L'équipe SIIC a été logiquement l'un des objets centraux de notre travail, mais nous avons aussi observé le fonctionnement d'un CMP, notamment en ce qui concerne les nouvelles demandes et le suivi à domicile et en appartement associatif. Le travail s'est fait par immersion en continu pendant une période de 3 semaines. Nous avons pu assister à l'ensemble du travail soignant y compris les consultations des psychiatres. Si nous ne sommes pas allés observer celui de la psychomotricienne, c'est par manque de temps. Enfin, il faut ajouter qu'il y a une « tradition » d'ouverture de ce secteur aux observateurs (profanes, professionnels de la santé, stagiaires, etc.) du fait de l'engagement militant du chef de pôle et des liens qu'il entretient avec le CCOMS.

Les aspects organisationnels de l'équipe SIIC

■ Organisation budgétaire du travail en mobilité

La création de l'AFTAH/SIIC s'inscrit dans une réorganisation globale de l'offre de soins sur le secteur engagé par le chef de pôle à la fin des années 1970. La mise en acte de sa philosophie du secteur s'est traduite par un redéploiement progressif des moyens⁹ (humains et financiers) vers la communauté avec des dispositifs permettant d'offrir une prise en charge essentiellement ambulatoire. Historiquement, les CMP et le service d'alternative à l'hospitalisation ont été les premiers dispositifs à bénéficier de ces moyens et c'est progressivement que le secteur a étoffé son offre tout en faisant évoluer certains de ses dispositifs¹⁰. Aujourd'hui, le secteur est partenaire d'un grand nombre d'acteurs locaux de la santé (médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens, hôpitaux généraux, services sociaux, de logement, de loisirs, culturels, associations d'usagers, élus locaux, etc.) et l'AFTAH/SIIC assure l'essentiel de la prise en charge des usagers sur le secteur avec les CMP. Désormais, ce sont ces dispositifs qui mobilisent la majeure partie des ressources du secteur autrefois attribuées à l'unité d'hospitalisation¹¹ mais il n'existe pas de financement spécifique pour l'équipe mobile.

Un dossier de reconnaissance au titre de l'hospitalisation à domicile (HAD) a d'ailleurs été déposé, pour créer 12 places d'HAD, qui viendraient formaliser les 12 places du SIIC. Cette transformation aurait l'avantage de rapporter des ressources à l'EPSM. Aux yeux des soignants, elle aurait le grand désavantage du manque de souplesse. La reconnaissance au titre de l'HAD implique en effet le respect de normes techniques de certification qui encadrent les pratiques (nombre de visites, accueil téléphonique par une infirmière, gestion des médicaments, etc.). Par exemple, les médicaments devraient être délivrés par la pharmacie de

l'hôpital, alors que, dans le cas du SIIC, ils sont prescrits par un psychiatre du SIIC ou un médecin traitant et délivrés par une pharmacie et/ou « gardés » par les infirmiers du SIIC, qui en contrôlent la prise. Cette première demande n'a pas abouti car le mode de fonctionnement nécessairement souple et évolutif de l'équipe mobile ne lui permettait pas de remplir l'ensemble des critères de certification de l'HAD.

En dépit de cette situation, l'équipe mobile dispose néanmoins de moyens propres (locaux, voitures de service, lignes téléphoniques, professionnels, etc.). Elle est aujourd'hui composée d'un praticien hospitalier référent, d'un interne de psychiatrie, de 2 mi-temps de psychiatre, d'un cadre de santé, de 9 infirmiers temps plein (qui partagent leur temps entre le SIIC et l'AFTAH), d'une psychomotricienne, d'une éducatrice spécialisée (à mi-temps) et d'un psychologue (1/2 journée/semaine).

■ Recrutement au SIIC-AFTAH

À l'origine, cette équipe a été constituée avec un nombre restreint d'infirmières qui avaient fait le choix de suivre le chef de pôle dans sa volonté de redéployer le personnel sur la cité (appartements thérapeutiques, familles d'accueil, création de l'AFTAH). Ces changements ont provoqué des résistances de la part des professionnels dès lors qu'il a fallu redéfinir les pratiques, les modes d'organisation du travail, les lieux d'exercice et la composition des équipes (en intégrant d'autres professionnels, les usagers, les familles, etc.). C'est principalement par la création progressive de ces dispositifs et le renouvellement des équipes que le chef de pôle est parvenu à vaincre ces résistances.

Progressivement, les arrivées dans l'équipe se sont faites davantage de manière volontaire. Les infirmiers mettent généralement en avant la mobilité, voire « le côté urgence

», la diversité du travail (rupture de rythme, pas de routine, pas de travail de *nursing*, pas ou très peu de soins techniques), l'autonomie (dans la mesure où le travail n'est pas fait sous le regard des autres et les déplacements laissent une certaine liberté dans le déroulement/planification de leur journée de travail), l'intérêt pour le travail fait lors des visites à domicile. Ils établissent souvent la comparaison avec le travail à l'hôpital décrit comme un repoussoir.

Cependant, si les soignants ont choisi cet établissement et/ou ce secteur, ils sont moins nombreux à avoir fait le choix du travail dans cette équipe. Il y a plusieurs raisons à cette situation :

- La psychiatrie n'est pas une spécialité très demandée par les jeunes diplômés. Afin de trouver des candidats, l'EPSM recrute des soignants formés en Belgique ou qui occupaient des postes plus ou moins déclassés [maisons de retraites, centres de soins pour personnes âgées (CSPA), établissements privés, statuts précaires]. On retrouve ces trajectoires chez un grand nombre d'infirmiers du SIIC et du CMP pour qui le choix du secteur correspond à une réorientation dans leur carrière. *A contrario*, ce mode d'exercice peut devenir un choix qui s'inscrit dans un « plan de carrière » pour certains infirmiers. Le travail en équipe mobile peut être perçu comme une nouvelle étape dans l'acquisition de savoirs en vue d'une installation en libéral par exemple.

- En psychiatrie, la norme reste le travail dans les unités d'hospitalisation ou en CMP (avec la sécurité d'une équipe, un rythme et un type de travail spécifique, etc.). À cela s'ajoutent un vécu et des savoirs d'expérience, en tant que soignant et/ou stagiaire, fortement imprégnés par ces modalités de prise en charge. Des pratiques faites de

protocoles, de normes, de règles, d'habitudes, de rituels, etc., qui diffèrent du travail en équipe mobile dans la mesure où la chambre de contention, la « camisole chimique », l'enfermement, les activités thérapeutiques, la consultation dans un bureau de CMP, etc., génèrent un type d'interactions spécifiques avec les patients. De fait, intervenir en première ligne, seul, au domicile d'un patient effraie encore de nombreux soignants.

- Le travail en SIIC implique des compétences particulières dont ne disposent pas tous les soignants qui travaillent à l'EPSM. De fait, tous les candidats ne sont pas retenus et d'autres quittent ce mode d'exercice qui ne leur convient pas. Pour les cadres, il existerait une trajectoire idéale de recrutement des infirmiers en SIIC qui part de l'unité d'hospitalisation (pour se former au travail en psychiatrie), passe par le CMP (pour comprendre le travail en secteur et évaluer les capacités d'adaptation de l'infirmier) et se termine par le travail en SIIC en binôme (pour acquérir les savoirs de base nécessaires à ce mode d'exercice).

- Enfin, à l'EPSM il y a une gestion de la masse salariale qui répond à des critères d'activité essentiellement quantitatifs. Dans ces conditions, il faut attendre un départ pour envisager un recrutement, et ne connaissent le travail en SIIC que ceux qui y ont fait des remplacements, ce qui contribue à la méconnaissance de ce mode d'exercice, y compris parmi les infirmiers de l'EPSM.

Pour les médecins, le choix est clairement revendiqué. À côté des psychiatres plus âgés, dont les trajectoires vont d'un investissement militant dans la médecine humanitaire à un parcours classique de médecin hospitalier, trois autres psychiatres de la même génération ont trouvé dans ce secteur un terrain pour mettre en œuvre leur conception de la prise en charge en psychiatrie. Ce sont les militants du

quotidien de cette psychiatrie communautaire et les années qu'ils consacrent au secteur constituent une étape importante dans leur carrière.

■ Répartition des charges de travail

La charge globale de travail est liée à trois éléments principaux sur lesquels l'équipe soignante dispose d'une marge de manœuvre relative.

Elle dépend d'abord du nombre de patients admis, intrinsèquement limité par le nombre de places. Seuls les médecins peuvent intervenir sur cette variable, principalement en faisant sortir les patients du dispositif ou en ne les acceptant pas. C'est le cas pour les patients qui ne sont pas du secteur, ceux qui bénéficient déjà d'un suivi en libéral ou ceux qui sont adressés au SIIC pour une hospitalisation. Dans ce cas, le transfert doit se faire vers l'unité d'hospitalisation et non pas vers le SIIC.

Elle est aussi liée à l'intensité de la prise en charge définie par le nombre de visites à domicile prescrit par les médecins. L'équipe dispose d'une capacité limitée d'intervention par jour. Au mieux les soignants peuvent négocier avec les médecins une baisse du nombre de visites à domicile ou remplacer certaines de ces visites par un appel téléphonique, en particulier pendant les week-ends où ils doivent aussi assurer certaines visites à domicile des CMP et les urgences.

« Dans ce cas, ils font une sélection de patients potentiels pour lesquels ils évaluent les situations (en fonction des informations recueillies par leurs collègues lors des dernières visites à domicile et de leurs ressentis subjectifs). D'une façon générale, ils utilisent le téléphone pour les patients "qui vont mieux", "avec

un entourage" ou qui vont bientôt sortir du SIIC. Des patients avec lesquels ils sont parvenus à mettre en place une relation de confiance réciproque. Lors de ces appels, ils posent de nombreuses questions (déroulement de la journée, rappel des prochaines visites à domicile, activités, repas, sommeil, prise du traitement, etc.) mais surtout, ils font parler les patients pour percevoir si la visite à domicile est nécessaire ou non. Dans tous les cas, la question est posée directement au patient à la fin de l'appel téléphonique avec un rappel sur la possibilité d'appeler le SIIC s'ils en ressentent le besoin. » (note d'observation de l'auteur)

Enfin, elle dépend de la demande du patient. Elle peut difficilement être ignorée par les infirmiers, même s'ils peuvent limiter le temps des visites à domicile. Tous insistent d'ailleurs sur la nécessité de « *ne pas être trop invasif* », « *ne pas habituer le patient à un passage trop régulier... pour passer la main assez vite* », la nécessité d'« *activer des projets* » et de « *penser au relais dès le début* ».

La répartition de cette charge de travail entre les soignants est formellement organisée par les cadres de soins qui définissent les horaires, les temps de repos, les permanences pour les premières demandes (CMP), organisent les remplacements en cas d'absence, affichent une partie de ces informations, organisent les conditions matérielles de travail des soignants (voitures, cartes d'essence, téléphones, classeurs, etc.). Aussi bien au SIIC que dans le CMP, cette planification est assez souple. Les infirmiers échangent leurs horaires, journées, etc., souvent par téléphone et font des corrections directement sur la feuille des horaires. Le contrôle des cadres de soins vise surtout à maintenir une forme d'équité entre les soignants afin de prévenir les conflits. Cependant, l'observation de la

répartition de la charge de travail entre l'équipe SIIC et le CMP et au sein de l'équipe SIIC montre des différences.

Entre le SIIC et le centre médico-psychologique

Le tableau d'activité du CMP est composé de colonnes par soignant où sont répertoriés les patients et les actes. Les soignants peuvent avoir jusqu'à 40 patients dans leur colonne. Or, pour des raisons purement pragmatiques (de temps de déplacement et de durée légale de travail), les infirmiers ne peuvent pas faire beaucoup plus de 4 à 5 visites à domicile par jour. En conséquence, il est parfois nécessaire de rééquilibrer cette charge de travail au sein de l'équipe en fonction du nombre de visites à domicile, du type de patient, du nombre de premières demandes planifiées dans la journée, des formations, etc.

Pour l'équipe du SIIC, le tableau est une liste de noms de patients et d'actes à mettre en place mais ils ne sont pas attribués à un soignant. Cependant, on retrouve logiquement le même optimum de visites à domicile par jour mais, contrairement au CMP, le nombre de patients pris en charge peut varier dans le temps. Tous les soignants disent qu'« *après le mois de janvier ça baisse continuellement jusqu'en novembre avec un creux d'activité en juillet et août* ». Cette saisonnalité de la demande de soins implique bien évidemment « une fonction de veille » au SIIC et l'activité n'est jamais nulle. Cependant, l'équipe du SIIC peut occasionnellement prendre en charge du travail au CMP. Dans tous les cas, c'est le SIIC qui assure les visites à domicile du week-end et les urgences pour les CMP.

Dans le SIIC-AFTAH en interne

La répartition des visites à domicile entre les infirmiers se fait le matin et en début d'après-midi en lien avec les zones

de résidence des patients. Leur très bonne connaissance du secteur leur permet de regrouper les visites par aire géographique afin de réduire les déplacements. Chaque infirmier élabore ainsi sa tournée qu'il prépare (médicaments, dossiers, etc.). Il existe de petites tensions internes concernant la répartition de la charge entre le SIIC et l'AFTAH. Environ un tiers du temps de travail de l'équipe est consacré à l'AFTAH et ce sont plus souvent les infirmières qui prennent en charge les visites à domicile dans les familles et les appartements associatifs alors que les infirmiers tendent à préférer le SIIC. Cette répartition par genre est ressentie comme inégalitaire par les femmes dans la mesure où « *l'AFTAH est quelque chose d'aussi important que le SIIC et est aussi historiquement la matrice à partir de laquelle s'est développé le SIIC* ».

La nature du travail dans le cadre de la mobilité-disponibilité

■ Contenu du travail

On peut décomposer ce travail en cinq catégories :

L'accueil en continu des informations externes

Il s'agit de demandes des patients, d'anciens patients, de partenaires, de collègues, etc. Cet accueil est opérationnalisé par les téléphones portables (ceux des infirmiers et d'un psychiatre d'astreinte). Ils sont de fait fortement sollicités et leur gestion constitue un travail à part entière pour ceux qui en ont la responsabilité. Il arrive aussi que les soignants utilisent leur propre portable quand celui du SIIC n'est pas disponible.

Le travail direct auprès des patients

Il s'agit de soins infirmiers à domicile, participation à une consultation médicale, réunion relais avec un CMP, entretiens, visites/évaluation, planification d'activité, distribution de médicaments, contrôles de la prise des traitements, accompagnement de patients lors de certains de leurs déplacements dans les structures du secteur, auprès d'autres professionnels du soin ou non.

Les déplacements

Ils impliquent logiquement l'utilisation de véhicules (20 000 km/an/véhicule) qui, en raison des opérations de maintenance, peuvent être en nombre insuffisant, ce qui les oblige à emprunter un véhicule à un CMP ou leur véhicule personnel, ce qu'ils font avec réticence, car les petits accrochages sont assez fréquents vu le nombre de kilomètres effectués en agglomération.

Le travail indirect concernant les patients

Il s'agit de tâches liées aux prescriptions de médicaments et à la gestion administrative de la prise en charge. Ce travail comprend le contrôle des médicaments (types, doses, conditionnement, etc.), la préparation des piluliers pour les patients, la récupération d'une ordonnance, la négociation avec un pharmacien pour la délivrance journalière des médicaments, mais aussi la gestion de la pharmacie (afin d'éviter d'être en rupture d'approvisionnement et de disposer d'une souplesse de fonctionnement pour les urgences). La gestion administrative liée à la prise en charge comprend les bons de transport avec signature du médecin ainsi que la prise de rendez-vous pour l'hospitalisation d'un patient [en hospitalisation programmée à durée déterminée (HPDD) ou pour une série d'examen] avec un psychiatre du secteur ou un psychologue, y compris en urgence. Cette gestion des

plannings des patients implique souvent des appels téléphoniques au patient pour lui confirmer ou rappeler ses rendez-vous ou les activités thérapeutiques programmées dans le cadre de sa prise en charge.

À ce travail s'ajoute un travail administratif assez chronophage considéré comme un « *sale boulot* » au sein de l'équipe. Il est évalué par les intéressés à 20 minutes environ par visite (mise à jour des supports d'informations divers, mise à jour du classeur de transition, du dossier patient, du tableau d'affichage des patients, lectures d'informations diverses). Au-delà des supports de travail traditionnels, les soignants utilisent aussi l'ordinateur pour consulter des informations sur le dossier informatisé du patient. Cependant, le passage au dossier entièrement informatisé (avec la suppression du dossier papier) et l'obligation de coder leur activité dans le système informatique sont assez mal perçus par l'ensemble des infirmiers qui y voient surtout une perte de temps et une réduction de leur travail à des items.

Le travail de coordination

Il y a dans cette équipe une importante transmission orale formelle et informelle d'informations concernant le fonctionnement de l'équipe et la prise en charge des patients :

- informelle : avec le collègue au local au retour de visite à domicile, entre infirmier et psychiatre dans la voiture et surtout aux repas qui réunissent l'équipe mobile et celle du CMP voisin. La majorité de ces échanges s'insèrent dans les « trous » de la journée de travail, pendant les repas, avant ou après les réunions de régulation (téléphonique) biquotidiennes, lorsque les infirmiers se croisent dans les espaces de consultations ;

- formelle : lors de la conférence téléphonique du matin pour tout le secteur, les transmissions entre les deux équipes (matin et après-midi), la synthèse interdisciplinaire du jeudi qui accueille aussi psychologues et psychomotricien et lors des réunions biquotidiennes de régulation du secteur (par téléphone), hebdomadaires et mensuelles de coordination entre les médecins et les infirmiers. Ces moments sont beaucoup plus ritualisés et ce sont essentiellement les médecins qui s'expriment. L'exposé des situations est laconique (dans la mesure où elles sont connues de tous). Les médecins questionnent, corrigent, complètent les informations et décident.

Ces transmissions sont redondantes. C'est particulièrement frappant le jour de la réunion de synthèse de l'équipe. Coûteuse en temps pour certains, elle se caractérise aussi par une certaine inertie dans la représentation des patients. On peut émettre une hypothèse sur la fonction de cette redondance : elle permet la mémorisation des cas (des situations, des noms, des visages) et de la situation globale du SIIC et de l'AFTAH. Celle-ci est importante pour le travail de coordination en continu, car elle permet de répondre avec pertinence à une demande faite par un collègue infirmier ou un psychiatre, même si on n'est pas dans le local, avec le tableau sous les yeux et l'ordinateur à portée de main. « *Au SIIC il faut pouvoir compter sur les autres et avoir un regard sur tout ce qui se passe* » (infirmier).

Pour les infirmiers, c'est aussi une sorte de bilan/présentation hebdomadaire de leur travail devant le médecin. De fait, l'écoute du médecin participe aussi d'une forme de reconnaissance professionnelle. Ces réunions sont aussi les seuls moments où les infirmiers de l'unité peuvent collectivement tenter de faire valoir leur analyse/interprétation de la situation d'un patient, de son évolution, de la stratégie souhaitable, etc. Cependant, la

division du travail (entre médecins qui définissent la stratégie médicale et infirmiers qui appliquent les prescriptions) et les rapports de pouvoirs entre médecins et entre médecins et infirmiers interfèrent sur ces confrontations.

Globalement, on peut dire que les interventions des infirmiers sont plutôt brèves et synthétiques au regard de la richesse des éléments qu'ils ont parfois réussi à collecter lors des rencontres avec les patients. L'approche essentiellement médicale (voire psychopathologique) lors de ces présentations et la priorité donnée à la gestion du flux sont des explications que l'on peut avancer ici. Une approche qui est parfois critiquée par certaines infirmières : *« Parfois j'ai envie de suivre les patients quand ils vont mieux... Il y a des sorties (du SIIC) qui sont trop rapides... et on sait que ça risque de pas tenir ou alors qu'une hospitalisation serait plus efficace... mais les médecins ne nous écoutent pas. »*

Pour les médecins, le SIIC est d'abord un dispositif d'accès au soin de deuxième ligne. Il doit répondre aux situations de crise qui s'expriment vers d'autres professionnels (médecins généralistes, services d'urgence, CMP, etc.). La prise en charge développée par l'équipe « travaille la relation » mais elle doit être la moins longue possible car le patient ne doit pas être « attaché ». De fait, ils ne travaillent pas le transfert qui relève pour eux d'autres formes de prise en charge (CMP, consultations spécialisées, etc.). En cas de désaccord avec les choix médicaux ou lors d'événement considéré comme grave par les infirmiers, c'est le cadre de soins qu'ils sollicitent. D'une façon générale, ils sont nombreux à se sentir insuffisamment entendus par les médecins avec qui par ailleurs *« il ne faut pas trop en faire sinon ils délèguent plus »* (infirmier).

■ Les savoirs des psychiatres de l'équipe mobile

Les savoirs des psychiatres de l'équipe SIIC/AFTAH sont relativement personnalisés. Il y a donc une grande variété des pratiques d'entretien, qui est d'ailleurs un objet courant de plaisanterie au sein de l'équipe : « *Ah oui, quand je passe derrière lui, je relève les prescriptions, car lui, c'est à dose homéopathique.* »

Ces différences ne sont d'ailleurs pas totalement connues des personnes concernées, notamment en ce qui concerne la durée des consultations (de 15 minutes à 2 heures), le style d'écoute et le degré inégal de « centration » sur la prescription médicamenteuse. De fait, les psychiatres et les psychologues sont les seuls soignants à ne pas co-intervenir dans la prescription de soins. Les infirmiers en revanche connaissent ces différences de style des psychiatres et les apprécient différemment.

Pour un grand nombre de patients, la majorité des psychiatres donne une ordonnance assez longue et la technique utilisée pour modifier ou baisser les doses est assez empirique. Elle se fait principalement au vu des évolutions constatées lors des visites à domicile. Cette question des médicaments se pose différemment en première demande. Les patients qui ont déjà une ordonnance assez lourde de leur médecin ne viennent pas pour en obtenir plus. D'autres savent qu'il n'y a pas de médicaments pour surmonter leurs traumatismes. Bref, certains ne viennent pas chercher en psychiatrie des médicaments. Le SIIC répond en partie à cette demande. La visite journalière est souvent complétée par des activités généralement bien acceptées. Pour d'autres patients qui ne veulent ni médicaments, ni dispositifs, l'entretien infirmier ou de première demande avec le psychiatre peut évoluer

vers un ton de plus en plus conflictuel. Dans ce cas, c'est souvent le psychologue qui est sollicité.

Au cours de ces rendez-vous, les psychiatres doivent aussi savoir apprécier les risques de passage à l'acte des patients (qu'il s'agisse d'une nouvelle tentative de suicide ou d'une ré-alcoolisation) dans la mesure où ils ont la responsabilité des entrées/sorties du SIIC et de l'AFTAH. Il s'agit de prévoir comment va réagir un patient dans la vie normale, avec un soutien de proximité, et d'apprécier quel profit il va tirer de ce soutien. Ils doivent aussi éviter le risque d'une ré-hospitalisation en urgence car ces « rechutes » montrent la limite du fonctionnement du dispositif. Du coup, ils tendent à garder en SIIC des patients pour qui le risque leur semble important, mais, pour des patients moins compliants, qui refusent d'engager une démarche de soins conforme à la stratégie qu'ils souhaitent mettre en place, ils restent à « l'affût » d'un nouveau passage aux urgences ou d'une mise en danger pour renégocier avec le patient la prise en charge.

Enfin, ils doivent apprécier si l'hospitalisation doit être écartée ou non, si le suivi SIIC est nécessaire ou si un suivi par le CMP est suffisant. Les infirmiers remarquent des différences entre psychiatres sur la propension à décider un SIIC plutôt qu'un suivi en CMP, un SIIC plutôt qu'une hospitalisation. De fait, ils rectifient leur présentation de l'état d'un patient en fonction du psychiatre qui a pris telle ou telle décision.

■ Les savoirs des infirmiers de l'équipe mobile

Les savoirs des infirmiers sont un peu plus homogènes, car un certain nombre de routines rythment leurs activités : c'est le cas pour les entretiens de première demande pour lesquels l'utilisation du MINI-DSM IV tend à normaliser cette

pratique ou avec la lecture de l'engagement et le questionnaire sur les goûts dans le cas de l'AFTAH, la vérification du pilulier ou la distribution des médicaments dans le cas des visites à domicile.

Par ailleurs, les infirmiers disposent d'un socle commun de savoirs indispensables dans le cadre du travail en SIIC :

- savoir se déplacer en voiture dans le secteur et connaître les lieux de manière détaillée ;
- savoir utiliser efficacement les téléphones portables et les ordinateurs ;
- connaître les molécules de base utilisées en psychiatrie ;
- savoir se faire entendre par les médecins. Le management de type fusionnel (tutoiement, proximité, plaisanteries, etc.) ne facilite pas nécessairement l'écoute entre les infirmiers et les psychiatres. Obtenir cette écoute passe ici par une certaine expérience qui permet de s'imposer vis-à-vis des psychiatres ;
- ne pas avoir peur des patients. L'histoire du SIIC est faite d'événements perçus comme « à risque » ou de passages violents. Pour les soignants, il faut « *réussir à surmonter sa peur, mais ne pas se prendre pour des cow-boys, appeler la police et les pompiers quand ça se passe mal* ». D'une façon générale, il y a une certaine décontraction dans leurs déplacements, y compris là où d'autres professionnels du soin ne vont parfois plus ;
- avoir une très bonne connaissance des acteurs du secteur (assistantes sociales, cliniques, établissements de santé, pharmacie, médecins, etc.). Ils mobilisent ces connaissances lors des entretiens de première demande, mais aussi pour organiser et planifier une prise en charge

pluridisciplinaire. Les savoir-faire concernant la coordination du travail au sein du secteur et la coordination du travail avec l'environnement du patient sont extrêmement développés. Les visites à domicile s'accompagnent de décisions concernant les rendez-vous médicaux, le planning d'activité, la gestion des médicaments (autonome ou encadrée), la programmation du lieu et de l'heure de la visite suivante ;

- savoir mener un entretien. Tous disent avoir eu recours à des livres pour avoir les bases de ce qu'il faut faire pendant un entretien. Pour l'essentiel, ils visent à identifier l'évolution des symptômes de base liés aux troubles psychiatriques définis en psychopathologie (névroses, psychoses, états limites, dépression, anxiété, schizophrénie, délires, etc.), à contrôler le déroulement du plan de soins mis en place (prise de traitements, effets secondaires, améliorations, ressentis, participation aux activités prescrites), à recueillir des éléments biographiques ou contextuels, à parler avec le patient. Il n'y a pas de travail de type psychothérapeutique ou d'aide globale s'appuyant sur la relation, car les activités avec les patients sont rares (en dehors d'accompagnement lors d'un déplacement par exemple). Pour les infirmiers, ces visites à domicile constituent un aspect important des soins qu'ils dispensent au-delà de la distribution et du contrôle de la prise des médicaments. « *Il faut avoir une sensibilité sociale* », « *savoir faire parler les gens* », « *ne pas leur parler que de leur pathologie, de leurs souffrances* », « *les stimuler pour qu'ils fassent des activités, des projets* ». Pourtant, il y a des différences entre eux, selon les trajectoires antérieures, la formation et l'ancienneté. La rondeur de l'un des infirmiers, vieux routier des visites à domicile dans un cadre non psychiatrique, habitué à faire de l'humour et à parler de tout et de rien avec les patients, ne produit pas le même type d'interaction qu'avec d'autres infirmières plus attentives à

l'emploi du temps concret des patients, car elles font depuis longtemps de l'AFTAH.

Les formations à la thérapie brève sont surtout un réservoir de plaisanteries où se dissolvent des tensions, à table en particulier, où l'on invente les injonctions paradoxales qu'on aurait pu faire, mais ces formations ne sont pas utilisées dans les faits. Il n'est guère étonnant que ces techniques soient peu employées quand on observe par ailleurs que le registre de parole utilisé est souvent moral et éducatif (même si le jugement négatif dévalorisant n'a pas cours). En comparaison avec les entretiens réalisés par les infirmiers des autres équipes, nous avons remarqué la faible incitation à l'histoire de vie, même dans un entretien de première demande, faible incitation à l'explicitation des relations, même en cas de liaison à un service d'urgence et un faible intérêt pour la sphère du travail. La profession n'est pas demandée ni l'explicitation des difficultés rencontrées, même quand un patient signale ses difficultés au travail. Ce dernier point est d'autant plus étonnant que tous les observateurs notent la montée sociale de la souffrance au travail et que le centre collaborateur pour la santé mentale (CCOMS) a décidé de développer une réflexion à ce sujet.

Les trajectoires de soins

■ Les distributions des patients et des lieux

Les trajectoires de patients sont en partie déterminées, outre l'évolution de leur trouble, par le jeu des places disponibles. Pour prendre en charge une personne en SIIC, il faut de la place et pour transférer cette personne vers l'AFTAH il faut qu'une place se libère. Seule l'unité d'hospitalisation fonctionne à 50 % de sa capacité et dispose généralement de place.

Au-delà du jeu des places disponibles, les trajectoires des patients sont déterminées par un important travail de gestion clinique essentiellement assuré par les psychiatres, qui consiste à combiner l'appréciation des évolutions des patients et les contraintes de chaque dispositif.

Enfin, la négociation avec les patients, qui ont souvent leur propre point de vue quant à la place qui leur convient, est un élément important des visites à domicile et des consultations médicales.

■ Des tensions possibles

Dans un certain nombre de cas (rares), cette gestion clinique peut donner lieu à des tensions au sein de l'équipe. La majorité concerne des sorties jugées trop précoces de l'unité d'hospitalisation ou du SIIC, notamment lorsqu'elles se traduisent par une rechute. Dans ces cas, les infirmiers considèrent qu'il s'agit d'un échec qui « efface » une partie du travail qu'ils ont réalisé avec le patient même s'ils savent par expérience que ces rechutes font souvent partie des trajectoires de certains patients.

■ Les moments de l'orientation

Trois moments peuvent être identifiés comme le point où l'on décide du type de mobilité dont va bénéficier un patient :

- à la sortie de l'unité d'hospitalisation. L'hospitalisation fait alors office de sas thérapeutique entre le SIIC ou la famille d'accueil ou l'accueil dans un autre établissement (cure, post-cure, etc.). Il y a généralement la mise en place d'un SIIC même si l'hospitalisation a été de très courte durée (1 journée). On voit là le souci de la continuité des soins ;

- à la suite d'un rendez-vous de nouvelles demandes et de la réunion « tri-hebdomadaire de nouvelles demandes » où les patients peuvent être admis en SIIC ou en CMP ;
- à la suite d'un passage par les urgences. Ces hospitalisations sont généralement liées à une situation de crise et se traduisent presque toujours par une prise en charge par l'équipe du SIIC. Une grande partie de ces patients est du secteur et connaît les dispositifs mis en place (54 %).

■ Les trajectoires types

Quelques trajectoires types peuvent être identifiées, qui confirment l'hypothèse selon laquelle la mobilité des soignants permet de réduire le soin dans les murs dédiés.

Raccourcissement de l'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation est de 7 jours. Une partie importante des hospitalisations sont des hospitalisations d'office (HO) et des hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) pour lesquelles le SIIC permet d'éviter ou pour le moins de réduire cette hospitalisation.

Évitement de l'hospitalisation en psychiatrie

Si l'hospitalisation est évitée, la prise en charge peut aussi comprendre une période d'hospitalisation dans les établissements spécialisés de la métropole (cliniques, centres d'alcoologie, de cure et de post-cure). En d'autres termes, les psychiatres ne refusent pas l'hospitalisation quand un patient la demande, mais lui proposent différentes solutions qui comprennent l'offre locale de cliniques.

Maintien à domicile de patients chroniques

Ceux-ci représentent une part importante de la file active du secteur. Ils sont suivis, en CMP ou à domicile sur la base de rendez-vous réguliers (infirmier, psychiatre, psychanalyste, psychologue, etc.) auxquels peuvent s'ajouter des activités thérapeutiques sur le secteur et/ou dans la communauté. Dans ce cas, le SIIC pourra être mobilisé à tout moment de cette prise en charge, dès lors que la personne en fait la demande.

Cycliques : alternances entre hospitalisations et SIIC

D'autres trajectoires sont marquées par une circulation cyclique entre les différents dispositifs. Dans ce cas, la mobilité des patients permet d'éviter la chronicisation à l'hôpital.

Conclusion

Le secteur 2 n'est pas un secteur « classique » et le dispositif SIIC-AFTAH est une innovation organisationnelle qui s'inscrit dans une réorganisation globale de l'offre de soins soutenue par de nombreux acteurs (la direction de l'EPSM, des élus locaux, des usagers, d'autres professionnels du sanitaire et du social, etc.). Dans ce réseau, le secteur occupe une place particulière qu'il doit en grande partie à la personnalité atypique du chef de pôle et surtout à son engagement militant pour une psychiatrie sociale communautaire. À ce titre, son fonctionnement actuel montre que cette psychiatrie communautaire s'invente localement sur une temporalité longue.

Après son départ et le renouvellement d'une partie de l'équipe médicale, ces dispositifs ont logiquement évolué. Les psychologues sont davantage intégrés dans l'équipe et y consacrent une part plus importante de leur temps de travail. La prise en charge des urgences est elle aussi plus

importante, sans doute liée à la relocalisation de l'unité d'hospitalisation à proximité du CHRU. Cependant, la philosophie du secteur semble pérenne car elle s'appuie sur un réseau d'acteurs qui lui donnent sa consistance pratique.

¹ - Avec comme objectif général d'intégrer la psychiatrie dans le champ de la médecine et la santé mentale dans celui de la santé. Selon cette conception, la psychiatrie est en seconde ligne. Elle est partenaire au même titre que d'autres acteurs locaux de la santé.

² - Le secteur propose des consultations spécialisées (thérapies émotionnelles, cognitives, comportementales, brèves, psychanalyses, consultations interculturelles).

³ - Dispositif d'insertion socioprofessionnelle en direction des personnes handicapées.

⁴ - Ces places sont situées dans les 82 communes couvertes par les 9 secteurs de psychiatrie adulte de l'EPSM.

⁵ - Source : *Atlas de la psychiatrie et de la santé mentale dans le Nord-Pas-de-Calais*, FRRSM, 2010.

⁶ - Cent sept personnes travaillent sur ce secteur si l'on prend en compte l'ensemble des intervenants.

⁷ - La durée moyenne des hospitalisations est de 7 jours avec un taux de réadmission de 32 %.

⁸ - Les deux plus importants CMP du secteur assurent le suivi de plus de 700 patients.

⁹ - En 1978, 99 % des 143 professionnels travaillaient à l'hôpital (distant de 25 km du secteur). Aujourd'hui, 18 % des 126 professionnels travaillent à l'hôpital.

¹⁰ - À titre d'exemple, les 3 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ont fusionné en un seul pour devenir un service d'activités d'insertion et de soins intégrés dans la cité afin d'ouvrir certaines activités aux personnes de la communauté suivies ou non en psychiatrie sur le secteur.

¹¹ - Cette réorientation des moyens vers la communauté s'est faite dans le cadre du budget global.

5 - Étude de cas : secteur 3 (psychiatrie générale), un secteur disponible

Lise Demailly

L'originalité de notre troisième étude de cas est que le secteur 3 ne possède pas d'unité mobile ni d'équipe mobile. C'est la totalité du centre médico-psychologique (CMP) qui travaille en mobilité. L'autre originalité est le rôle moteur des infirmières et notamment du cadre de santé, qui ont mis en place des formes de travail mobiles de manière très empirique, au fil des projets de l'équipe ambulatoire, d'abord dans le cadre de la désinstitutionnalisation, puis dans celui de l'accueil de nouvelles populations potentiellement demandeuses de soins, en intégrant donc un travail de prévention.

Le secteur 3 couvre deux communes qui regroupent environ 53 000 habitants de milieu urbain dont les caractéristiques sociodémographiques se situent dans la moyenne régionale, donc assez populaire (37,7 % d'ouvriers, 6,6 % de cadres et professions intellectuelles). Le chef de service ainsi que la quasi-totalité des soignants y exercent depuis le début des années 1990, avec donc un *turn-over* moins élevé que dans d'autres secteurs.

La file active du secteur est de 2 165 patients en 2012. Les personnels se répartissent de façon équilibrée entre l'intra- et l'extra-hospitalier : 18,5 infirmiers, 3 aides-soignants, 1 assistante sociale, 1 cadre, 1 psychologue, 2 secrétaires travaillent dans l'unité d'hospitalisation (20 lits) ; en *extra*, travaillent 15,6 infirmiers, 0,9 cadre, 1 assistante sociale, 1 psychologue et 1,9 secrétaire équivalent temps plein (ETP). Les psychiatres partagent leur temps entre l'*intra* et l'*extra*.

Le secteur travaille avec le centre d'accueil psychiatrique intersectoriel (CAPI) d'un des hôpitaux généraux voisins. Le CAPI comprend 21 lits et a reçu 682 patients en 2012.

La quasi-totalité des personnels « du CMP », c'est-à-dire de l'ambulatoire, sont mobiles sur ce secteur (psychiatre, infirmiers, assistante sociale, cadre de santé).

Une philosophie basée sur la disponibilité des soignants de l'ambulatoire

Dans ce secteur, les thématiques de la disponibilité et de la mobilité sont historiquement liées d'abord au mouvement de désinstitutionnalisation, à la réduction du nombre de lits d'hospitalisation en long séjour et au programme de construction/rénovation engagé lors de la dernière décennie. C'est au début des années 1990 que les soignants, et notamment le cadre de santé de l'ambulatoire et quelques infirmières, se sont investis dans la mise en œuvre de dispositifs sectoriels afin de prendre en charge dans leurs lieux de vie habituels une partie des patients en longs séjours. Progressivement, une prise en charge moins hospitalo-centrée, plus ambulatoire et plus mobile s'est développée grâce à l'impulsion de cette équipe, qui a participé aussi à la mise en place de dispositifs intersectoriels pour compléter l'offre de soins en *extra* (ambulatoire).

La disponibilité de l'équipe se décline ainsi :

- une permanence infirmière 5 jours par semaine. Les rendez-vous se prennent directement au secrétariat du CMP à J+1 ;
- une astreinte médicale sur le CMP. Chaque médecin conserve sur son planning d'activités une plage horaire pour recevoir rapidement les patients de la file active et/ou ceux vus en permanence infirmière ;

- des visites à domicile : domicile, foyer logement, maison thérapeutique, appartement thérapeutique, maison de retraite, foyers d'hébergement, hôpital de jour (qui est un équipement intersectoriel) ;
- l'animation d'ateliers occupationnels¹ ou thérapeutiques² dans différents lieux du secteur, mais aussi de la ville : CMP, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), maison des associations, centre socio-éducatif, etc. Les ateliers thérapeutiques impliquent du « travail sur soi » (dans une optique comportementaliste « travailler les habiletés, respecter l'heure, être correct avec les autres »). Il y a en plus des ateliers thérapeutiques intersectoriels³ ;
- l'accueil des patients de la file active sur rendez-vous au CMP par les infirmiers, psychologues, psychiatres, assistante sociale ;
- la permanence téléphonique des soignants pour les patients dont ils sont référents ;
- une permanence infirmière de 8 h 00 à 20 h 00 aux urgences d'un l'hôpital général implanté dans une commune limitrophe du secteur. Cette permanence est organisée de façon intersectorielle (4 secteurs et un service d'hospitalisation y participent.) Les infirmières du CMP font une permanence par semaine au cours de laquelle les psychiatres du secteur assurent un passage biquotidien et un week-end sur 4 (vendredi, samedi, dimanche) ;
- une permanence infirmière dite de réécoute située dans un service proche des urgences de l'hôpital général. Ce dispositif est intersectoriel, il propose une prise en charge des tentatives de suicide (consultation et suivi intensif) de 9 h 00 à 17 h 00, 4 jours par semaine. Une garde a été mise

en place de 17 h 00 à 20 h 00 ainsi que le week-end (vendredi, samedi, dimanche) ;

- le travail d'accroche et de suivi fait par une infirmière dans le cadre du dispositif intersectoriel santé précarité « la Ravaude ». Cette prise en charge se fait généralement dans les foyers d'hébergement (provisoire ou non) ;
- le déplacement d'un binôme infirmier dans l'hôpital général du secteur et dans la maison de retraite voisine dans le cadre de la psychiatrie de liaison ou pour les patients suivis par le secteur (2 demi-journées par semaine).

Il n'y a donc pas d'« équipe mobile », mais une équipe polyvalente et mobile, dont les membres partagent leur temps de travail entre différentes activités. Ces activités impliquent des déplacements pour la quasi-totalité des soignants « du CMP » (infirmières, médecins, assistantes sociales), qui passent donc beaucoup de temps hors des murs du CMP. La disponibilité renvoie, elle, principalement à la capacité des soignants de l'équipe à répondre rapidement aux demandes des patients pour lesquels ils sont référents, que ce soit au CMP ou ailleurs, ou aux nouvelles demandes et aux situations de crise dans le cadre des deux dispositifs intersectoriels décentralisés.

L'équipe infirmière de ce secteur 3 n'est pas prosélyte, s'intéresse peu à son environnement lointain et n'a pas connaissance de ce qui se passe dans les établissements publics de santé mentale (EPSM) voisins. Elle sait que les secteurs voisins, avec lesquels il y a des activités intersectorielles, sont plus « classiques » et que le secteur de pédopsychiatrie est « scandaleusement » non réactif. Les inventions se sont faites de manière empirique, avec essais et erreurs et « du bon sens ». Par exemple, les infirmiers ont

diminué le nombre d'occupations proposées aux patients quand ils se sont rendu compte qu'en fait « *il fallait leur laisser le temps de souffler* », mais ont diversifié les activités possibles.

Le travail de terrain des sociologues

Le CMP, ses réunions et ses permanences ont donc été l'un des objets centraux de notre travail, mais nous avons aussi observé le travail en permanence infirmière aux urgences de l'hôpital général et la réécoute pour les suicidants, les visites à domicile en maison de retraite et foyer, les consultations médicales aux urgences ou à la maison thérapeutique, les réunions *intra/extra*. Le travail s'est fait par immersion au sein de l'équipe sur une durée de 3 semaines. Nous avons pu assister à l'ensemble du travail soignant, y compris celui des psychiatres, mais nous n'avons pas eu le temps d'observer le dispositif « Ravaude » en dehors d'une réunion de synthèse, ni le travail des psychologues.

Les aspects organisationnels de l'équipe du centre médical psychologique

■ Organisation budgétaire du travail en mobilité

Au début des années 1990, l'activité du secteur était organisée autour de l'hospitalisation. Le CMP assurait essentiellement des visites à domicile et quelques consultations avec 2 infirmières. La réduction du nombre de lits dans le cadre de la rénovation/relocalisation de l'hôpital, la construction d'un CMP, la création d'une maison thérapeutique puis le développement des activités thérapeutiques et des dispositifs intersectoriels se sont faits progressivement grâce au redéploiement des moyens humains de l'hospitalisation vers l'ambulatoire.

Depuis, le secteur poursuit son développement vers l'ambulatoire au gré des projets. Un dossier d'hospitalisation à domicile (HAD) est en cours de finalisation et le secteur contractualise ses relations avec d'autres services de soins

et d'hébergement qui accueillent les personnes âgées sur le secteur.

Aujourd'hui, l'équipe comprend 16 infirmières, 2 ETP de psychologue (dont 1 à temps plein sur le CMP), 1,5 ETP d'assistante sociale (dont 1 à temps plein sur le CMP), 5 psychiatres dont les activités se répartissent entre les différentes structures (CMP, EPSM, secteur d'hospitalisation, maison thérapeutique, gardes aux urgences) un cadre de santé, 1,5 ETP de secrétaire. Un nouveau CMP est en construction et de nouvelles activités thérapeutiques sont en cours d'élaboration par les soignants.

■ Recrutement

Le recrutement de la majorité de l'équipe soignante est lié à l'ouverture du CMP (1995) et de la maison thérapeutique (1997). Cette première mise en acte du secteur visait à accompagner certains patients des unités d'hospitalisation fermées vers une prise en charge ambulatoire. Ce mouvement a d'abord été porté par le cadre de santé (qui avait une formation d'ergothérapeute), 2 infirmières du centre d'hygiène sociale géré par la direction des affaires sanitaires et sociales (DASS) et qui se sont retrouvées rattachées à l'hôpital (au secteur), l'assistante sociale qui est là depuis 28 ans, qui sont parvenus à attirer d'autres infirmiers venus de l'*intra*, qui avaient envie de découvrir autre chose⁴. Ensemble, ils ont imaginé et coordonné la mise en place d'une grande partie des dispositifs du secteur (maison thérapeutique, ateliers thérapeutiques, permanence infirmière, réécoute, psychiatrie de liaison).

Le recrutement des 10 premiers soignants du CMP est lié à un engagement dans cette mise en acte spécifique du secteur. De fait, encore aujourd'hui, la cohésion au sein de cette équipe est forte. Il n'y a pas de *turn-over* et les

recrutements sont essentiellement liés aux départs en retraite (3 depuis la fin des années 1990). Tous ces soignants ont donc fait le choix de travailler en psychiatrie et surtout dans ce secteur et en *extra*.

En raison de leur âge, la majorité a reçu l'ancienne formation en psychiatrie complétée par des savoirs d'expérience et des formations certains d'entre eux sont désormais sollicités pour animer des sessions de formation , 4 d'entre eux ont un corpus de connaissances sensiblement différent. Issus de la MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), ils ont accumulé des savoirs dans le cadre de la formation continue et par expérience. Dans l'immédiat, aucun n'envisage de quitter le CMP.

■ Répartition des charges de travail

À l'équipe mobile participent donc les trois principaux groupes professionnels (médecins, psychologues, infirmières, auxquels il faut ajouter l'assistante sociale et les secrétaires). Chaque groupe a mis en place son propre système de répartition des charges de travail.

Pour les infirmiers, la répartition de la charge de travail est formellement organisée par le cadre de santé.

Elle fait l'objet d'un planning mensuel affiché au mur de la salle de réunion du CMP. Celui-ci regroupe pour chaque soignant des parts variables d'atelier (en CATTP), de visites à domicile, de temps à la maison thérapeutique, de permanence infirmière au CMP ou aux urgences, de réécoute, de psychiatrie de liaison. Ce planning repose sur un socle commun composé de visites à domicile, d'intervention à la maison thérapeutique et d'activités. Chaque infirmière prend en charge 2 ou 3 ateliers en CATTP, lui-même éclaté dans la ville, parmi les 20 proposés par le secteur (remédiation cognitive, relaxation, peinture, plein air, piscine, gym, activités manuelles, émission de radio, vélo, etc. ; 5 ateliers ont un fonctionnement intersectoriel). Leur répartition tient compte des affinités de chacun et de la rotation des soignants (indispensable pour assurer la continuité du fonctionnement des ateliers). De fait, le travail infirmier se caractérise par une certaine polyvalence lisible dans ces plannings et explicitement revendiquée par l'équipe.

Cependant, il existe une certaine forme de spécialisation. Au sein de l'équipe, 6 infirmières interviennent majoritairement en CMP (visites à domicile, permanence infirmière, ateliers, maison thérapeutique). Les 10 autres consacrent une part plus importante de leur temps de travail à la réécoute (1 ETP avec 2 infirmières), au dispositif « Ravaude » ($\frac{1}{2}$ ETP) et aux permanences infirmières dans le service d'urgence ($\frac{1}{4}$ ETP avec 8 infirmières). Cette répartition est liée à leur mise en œuvre. Les infirmières à l'origine de ces dispositifs sont aussi celles qui y consacrent la plus grande partie de leur emploi du temps.

Les psychologues et l'assistante sociale fonctionnent sur la même base d'une prise de rendez-vous individuel. Ils se répartissent les patients en fonction de leurs disponibilités, de l'accroche avec le patient et du problème à prendre en charge. Ce mode de fonctionnement leur permet de gérer leur charge de travail de façon autonome au regard des autres membres de l'équipe, mais l'assistante sociale est vraiment intégrée à l'équipe infirmière, les psychologues semblent plus isolés. Les psychiatres ont un mode de fonctionnement assez similaire tout en intégrant dans leurs plannings de consultations, des créneaux d'urgence, des temps de gardes, de synthèse ou pour d'autres activités administratives au sein de l'EPSM. Contrairement aux psychologues, leur participation aux gardes et la nécessité de réserver des créneaux d'urgence pour pouvoir apporter une réponse médicale rapide après une permanence infirmière nécessitent de jouer le jeu de la transparence des agendas, ce à quoi le cadre est attaché, mais qui suscite parfois quelques résistances en dépit du soutien du médecin chef.

La nature du travail dans le cadre de la mobilité-disponibilité

■ Contenu du travail

Comme dans les secteurs 1 et 2, on peut décomposer ce travail en quatre catégories.

Le travail direct auprès des patients

Comme dans de nombreux CMP, chaque patient de la file active a un référent (infirmier et médical) auquel peuvent s'ajouter un psychologue et l'assistante sociale (plus de 200 patients sont ainsi suivis dans ce CMP).

Une grande partie du travail de prise en charge des patients se fait donc principalement lors de rencontres planifiées (visite à domicile, consultation CMP, rencontre lors des ateliers). Il s'agit de visites/évaluation, de la distribution de médicaments, du contrôle de la prise des traitements, de l'accompagnement des patients lors de leurs déplacements (achats, transfert, démarches administratives, etc.), d'activités thérapeutiques en CATTP ou en maison thérapeutique, d'un accompagnement socio-sanitaire (mis en place par l'assistante sociale du CMP dans le cadre du projet soignant), de la mise en place d'un projet de soins avec le patient à la suite des permanences infirmières.

Ce travail est très polyvalent :

« On fait de tout et on fait tout... Par exemple quand X sort d'hospitalisation, il ne veut pas emménager dans son appartement, car il n'y a pas de doubles rideaux. Impossible d'expliquer cela aux psychiatres... On doit bricoler des trucs avec des torchons, du papier pour qu'il accepte d'emménager. Quand on s'aperçoit qu'un patient va plus mal, on va à deux, car cela peut être dangereux. Parfois, il faut appeler les pompiers si personne ne répond. Il faut tout gérer au quotidien donc. Parfois faire le ménage, quand ce n'est vraiment pas possible... »

Les entretiens y compris de première demande sont en général brefs, environ 20-25 minutes (c'est peut-être lié au

cadre théorique comportementaliste).

Le travail indirect concernant les patients

Il s'agit essentiellement de tâches liées à la gestion administrative de la prise en charge des patients. Il comprend la gestion des médicaments et de l'argent pour certains patients, des moyens nécessaires pour faire fonctionner certains ateliers thérapeutiques, de l'organisation de la prise en charge des patients avec d'autres partenaires (médicaux, sociaux, entourages, voisins, etc.), des entretiens téléphoniques « de réassurance » avec les patients.

Le travail d'enregistrement administratif de la pratique n'est pas très chronophage et les infirmières l'intercalent entre leurs déplacements. Il comprend essentiellement la mise à jour des dossiers infirmiers après chaque visite à domicile, atelier, entretien de réécoute. Dans le cadre des premières demandes, adressées aux permanences infirmières, il s'agit de la rédaction d'une fiche de synthèse et d'une fiche de transmission qui reprend essentiellement l'orientation proposée par l'infirmière.

L'informatisation des dossiers et la mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ont évidemment impliqué une double saisie de certaines informations, mais sur ce secteur ce sont les secrétaires qui réalisent ce travail. Les soignants sont eux particulièrement réticents vis-à-vis de cette saisie informatique de l'activité et des données concernant les patients. Enfin, si les soignants restent synthétiques lors de cette saisie, c'est aussi parce qu'ils connaissent depuis de nombreuses années une grande partie des patients pour lesquels ils sont référents.

Il leur arrive aussi d'intervenir ponctuellement auprès des travailleurs du médico-social⁵.

Le travail de coordination

Les transmissions formelles sont diverses. Elles comprennent :

- la réunion hebdomadaire de l'équipe du CMP (où sont invités le cadre de l'*intra* et un infirmier de l'unité d'hospitalisation). Elle porte principalement sur l'organisation générale de l'équipe *extra*, la régulation de la communication interne, quelques dossiers de patients en cours ;
- les réunions de synthèse périodiques avec les psychiatres (1 fois par mois avec chacun des 5 psychiatres à tour de rôle). Les réunions de synthèse avec les psychiatres portent sur les patients de ces derniers. Elles rassemblent donc uniquement le psychiatre référent et l'équipe infirmière. Leur régularité est plutôt mensuelle. Ces synthèses à visée informative sont animées par les psychiatres et portent principalement sur le projet de soins. L'ambiance des réunions est globalement moins hiérarchique que dans les secteurs 1 et 2, à cause de la personnalité du cadre de santé de l'*extra* et de l'ancienneté et de la cohésion de l'équipe infirmière ;
- la réunion avec l'*intra*, de façon hebdomadaire ;
- les réunions de chaque dispositif intersectoriel auxquelles participent quelques infirmiers, quant à la Ravaude, la réécoute, les ateliers thérapeutiques (par ex., atelier équestre 5 fois par an), la maison thérapeutique, le foyer (chaque semaine), l'hôpital de jour... ;

- une réunion par an, qui concerne la mise en œuvre du projet de l'ambulatorio (apparition de nouveaux projets : l'éducation thérapeutique, la création d'un atelier jardin) et la mise en cohérence des projets médicaux et infirmiers autour de quelques dossiers de patients qui posent problème.

Plus souvent, dans ce secteur 3, l'information est transmise de façon informelle. Psychiatres, infirmiers, assistante sociale et cadres de santé s'interpellent directement lorsque l'un ou l'autre souhaite obtenir des informations et/ou une décision concernant la prise en charge ou raconter un entretien qui mérite récit et discussion. Cette transmission informelle continue et abondante est favorisée par l'existence d'une salle commune, qui fait office de salle de réunion, mais aussi de café à 9 h 00 et 14 h 00, de cantine à midi, de lieu de rédaction de papiers pour les infirmiers qui rentrent de visite (puisque'ils n'ont pas de bureau, mais seulement des casiers dans la salle commune) et qui racontent donc celle-ci aux présents. On peut considérer qu'il y a ainsi chaque jour 3 heures de communication informelle, qui ne réunit pas tout le monde au même moment, mais qui aboutit tout de même au fait que tout le monde est au courant de tous les petits événements importants du secteur et que tout le monde connaît les patients.

Les déplacements

Ils se font sur une zone géographique principalement limitée au secteur et à la commune voisine. Les soignants utilisent généralement leur véhicule personnel pour lequel ils bénéficient d'un défraiement kilométrique. Mais il y a une voiture du secteur.

■ Les savoirs des psychiatres

Les savoirs et compétences des psychiatres, liés à la pratique de la mobilité, sont relativement personnalisés. Un psychiatre, aux dires des infirmiers, n'est pas l'équivalent d'un autre quant aux patients avec lesquels il est plus efficace. Et, si leurs disponibilités des agendas sont équivalentes, des infirmiers confient les malades en fonction des spécialités (par ex., selon l'âge des patients) ou du style de chacun.

La pratique clinique du secteur est depuis longtemps orientée par une approche comportementaliste, qui est affichée comme telle, mais semble peu dogmatique à l'observateur.

■ Les savoirs des infirmiers

Les savoirs infirmiers en lien avec la mobilité sont assez homogènes en ce qui concerne la prise en charge des patients à la maison thérapeutique et lors des visites à domicile. Au cours des entretiens, il n'y a pas de travail de type psychothérapeutique, mais une approche de type comportementaliste. Pour l'essentiel, il s'agit de parler avec le patient (afin d'identifier l'évolution des symptômes, d'observer son comportement et son environnement, de recueillir sa parole, ses souhaits, ses projets, de le stimuler, etc.) et de le « rassurer ».

À la maison thérapeutique et dans le cadre des activités en CATTP, il s'agit de mettre en place une aide globale en s'appuyant sur la relation. Cette relation passe par les activités de la vie quotidienne (faire les courses, les repas, gérer son emploi du temps, ses déplacements, etc.) et/ou par la participation aux ateliers thérapeutiques avec d'autres patients.

Dans le cas des premières demandes ou aux urgences somatiques, les savoirs des infirmiers concernent la première orientation (hospitalisation, rendez-vous rapproché au CMP/renvoi chez soi), qui se fait de manière intuitive [pas d'usage du *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM)]. Ils font une proposition qui doit ensuite être validée par le psychiatre. C'est d'ailleurs ce qui se passe généralement et les infirmiers en sont fiers. Les entretiens, y compris de première demande, sont en général brefs, environ 20-25 minutes (c'est peut-être lié au cadre théorique comportementaliste). On « évite les psychiatrisations inutiles ». Après les entretiens de première demande, les infirmiers âgés tendent à garder des suivis que leurs collègues plus jeunes « [re]mettraient au psychologue ».

Pour les entretiens de la réécoute, la première phase de la prise en charge est assez similaire et comporte une évaluation du risque de récurrence, de la critique du geste, etc. En fonction de cette évaluation, l'infirmière propose une prise en charge (sortie, orientation vers un CMP, le secteur libéral, un traitement, une prise en charge intensive à la réécoute). Dans ce dernier cas, la prise en charge (plusieurs rendez-vous à intervalle court dans le même local de l'hôpital général) sera assurée par la même infirmière, avec contrôle périodique par un psychiatre.

Les savoirs concernant la coordination du travail au sein du secteur et la coordination du travail avec l'environnement du patient sont très développés chez les infirmières. Tous les soignants ont une bonne connaissance des dispositifs et des secteurs voisins. Ils mobilisent leurs connaissances dans le cadre des permanences infirmières aux urgences, qui leur permettent d'interpeller directement les autres professionnels (médecins, infirmières d'autres secteurs) et de planifier les transferts de ces patients.

Le travail de première demande et d'urgence leur demande une grande autonomie et une certaine autorité, par exemple, depuis les urgences, pour téléphoner à un autre secteur et négocier un rendez-vous ou pour argumenter avec un patient qui veut absolument une hospitalisation, alors que l'infirmier pense qu'elle n'est pas nécessaire.

Ils ont également une bonne connaissance des services de MCO et savent « se faire respecter » des médecins du somatique, avec lesquels l'antenne « psy » du secteur a de bonnes et égalitaires relations de travail⁶.

Les trajectoires de soins

Les trajectoires des patients sont principalement liées à l'évolution de leurs troubles. Les capacités d'accueil interviennent peu et la file d'attente n'existe pas dans ce secteur, que ce soit pour être hospitalisé ou obtenir un rendez-vous avec une infirmière. La majorité des patients sont donc pris en charge en CMP par le biais des consultations.

De fait, le taux d'occupation de l'unité d'hospitalisation est proche des 50 %. Il est en partie lié à la mise en place d'une unité intersectorielle d'accueil et de crise qui offre aux patients du secteur et/ou à ceux vus aux urgences la possibilité d'être hospitalisés pour une durée de 72 heures. À ce dispositif s'ajoutent les permanences infirmières (aux urgences, au CMP et à la « réécoute ») qui proposent des rendez-vous sans délai et une prise en charge intensive des suicidants.

Enfin, la majorité des patients vus en permanence infirmière sont adressés à la psychiatrie (par le médecin généraliste ou les urgentistes). Elle correspond principalement à des reprises de suivi qui seront adressées aux soignants

référents. Par ailleurs, la permanence infirmière des urgences n'accueille pas beaucoup de patients du secteur.

Les hospitalisations se font donc principalement par le centre d'accueil et de crise (CAC) ou à la suite d'un passage aux urgences. Ce fonctionnement permet d'éviter et de réduire la durée de l'hospitalisation.

De la même façon, la maison thérapeutique (d'une capacité actuelle de 7 places) n'a jamais été pleine. Ce dispositif d'hébergement collectif et de soins avait comme projet initial de permettre aux patients chronicisés de sortir de l'hôpital. Pour ces patients, les durées de prise en charge à la maison thérapeutique étaient généralement longues (plusieurs années) avant qu'un projet de logement et de prise en charge ambulatoire puisse se mettre en place. Aujourd'hui, le secteur ne dispose plus de patient adéquat pour ce type de dispositif, car les sorties de l'hospitalisation chronique sont maintenant faites. De fait, la maison thérapeutique a été inoccupée pendant plusieurs mois et ne comprend, au moment de l'enquête, que 3 patients (présentant une psychose, un trouble peut-être bipolaire, une déficience). Elle sert donc plutôt de sas pour jeunes psychotiques qui quittent leur famille avant d'aller dans un foyer ou de trouver un logement, d'où l'importance de la fonction éducative (concernant surtout l'hygiène corporelle et le ménage, etc.). Son devenir soulève des interrogations au sein de l'équipe soignante.

Seule, la gestion des places en foyer logement et en appartement thérapeutique semble plus délicate dès lors que ses patients ne souhaitent et/ou ne peuvent trouver une autre forme d'hébergement. En d'autres termes, malgré le travail de l'assistante sociale, certaines situations limites sont difficiles à gérer. Les portes d'entrée existent, mais les offres d'hébergement pour sortir de la psychiatrie sont, dans

le secteur 3, comme ailleurs, plus difficiles à mettre en place avec certains patients (âgé, déficient ou faiblement autonome) et il ne reste que l'option HAD. Par ailleurs, les conjonctions psychose + toxicomanie trouvent difficilement de dispositifs de soins et d'accueil adaptés.

Il est à remarquer que les demandeurs d'hospitalisation psychiatrique qui viennent aux urgences proviennent en général des autres secteurs de l'intersecteur, dont le fonctionnement est moins réactif et moins mobile que celui du secteur 3.

Conclusion

Le secteur 3 est un secteur « classique » qui a su réaliser le virage de la déshospitalisation. Le cœur de son activité n'est pas les lits d'hospitalisation, mais le CMP, et son équipe soignante est mobile, polyvalente, unie et inventive. Comme tous les fonctionnements qui sortent de la routine, celui-ci est fragile. Il pourrait notamment être remis en cause après le départ à la retraite du cadre de santé¹ et des plus âgés des infirmiers, car la dynamique du dispositif repose bien sur les infirmiers. Le nouveau bâtiment du CMP (recentralisation du CATTP, disparition de la salle commune au profit de bureaux infirmiers) va peut-être aussi retirer à ce secteur des éléments de son originalité. Cependant, quand nous avons arrêté l'enquête, la réflexion collective sur l'offre de soin continuait.

Annexe

Notes d'observation à la permanence « psy » des urgences somatiques

Matin

1) Dans une chambre, une tentative de suicide. La dame va repartir dans le Midi, est déjà suivie dans une autre ville. *Pas de suivi.*

2) Une dame venue aux urgences. Le mari est parti avec le fils, en laissant des dettes. Elle est suivie. Semble abrutie de médicaments. Elle a déjà été hospitalisée. L'infirmière hésite : orientation au centre d'accueil et de crise ? On la laisse réfléchir. Finalement au 2^e entretien, la dame décide de rentrer. *L'infirmière avance le jour de sa visite à domicile* avec son secteur. Il lui est bien recommandé de téléphoner à son CMP si ça ne va pas ou aux urgences.

3) Un monsieur très alcoolisé (bipolaire) demande de l'aide. Il est suivi par le CMP d'un autre secteur. Il a rendez-vous tel jour, mais c'est long. Le résultat de sa venue aux urgences est que *son rendez-vous sera rapproché*.

4) Monsieur P. vit dans la rue depuis 4 jours, ne sait plus ce qu'il doit faire, vient du Mans, a de grosses dettes à la SNCF car il circule toujours sans billet, cherche à se faire hospitaliser, mais a peur de perdre son foyer au Mans. L'infirmière, puis la psychiatre, refusent de l'hospitaliser. On lui prépare un plan de la ville avec un rendez-vous dans un CMP. Finalement en fin de journée, il décide de repartir au Mans (toujours sans payer de billet), avec des médicaments, et *l'infirmière téléphone au Mans pour qu'il ne perde pas sa place en foyer*.

5) Un monsieur sous Subutex[®], énervé, dit qu'il entend des voix, veut être hospitalisé. Le logiciel *Crossway* a permis à l'infirmière de voir qu'il avait en fait rendez-vous cet après-midi-là, dans un autre secteur. La psychiatre qui passe aux urgences pense qu'il cherche surtout un hébergement. Le monsieur n'a pas eu sa piqûre d'Haldol[®]. L'infirmière téléphone à son CMP, lui dit qu'il peut aller tout de suite à son CMP faire son injection et prend le rendez-vous avec son psychiatre.

6) Une dame du secteur téléphone, pour bavarder, avoir des nouvelles, en donner... Il y a ainsi des patients du secteur qui savent qu'il y a un infirmier de permanence aux urgences somatiques et passent un coup de fil.

Début d'après-midi

1) Jeune femme, tentative de suicide. Elle dort. Comme elle a déjà été hospitalisée et qu'il y a un suivi, pas de « réécoute ». L'infirmière informe le CMP concerné.

2) Un jeune homme qui veut absolument être hospitalisé. Il se fait des automutilations, voyage, a des dettes à la SNCF. Il essaie de dire qu'il est sur le secteur X (en fait Y). L'infirmier téléphone au secteur Y. Le docteur du secteur Y ne veut pas de l'hospitalisation. L'infirmière redoute un passage à l'acte quelconque au moment où on va lui annoncer ce refus. Finalement, il s'enfuit. On ne le retrouve pas. Plus tard, on apprend qu'il est retourné chez sa mère. C'est quelqu'un pour lequel il n'existe pas vraiment de structure alternative, un foyer médicalisé, mais qui accepterait les toxicomanes. Il se sent esclave chez sa mère, les rapports sont violents. Mais il ne tient pas en foyer... ou il faudrait peut-être une structure de type « *sleeping* » comme à Lille, se demande l'infirmière.

Note d'observation à la réécoute

Avec J., infirmière et un jeune psychiatre. Une dame âgée, très digne qui a fait une tentative de suicide après la mort de son mari. Elle a promis à sa fille de ne pas recommencer, mais elle regrette de s'être ratée. Elle sera revue encore une fois en réécoute à l'hôpital général, puis elle est partante pour des visites à domicile régulières. L'entretien a duré environ une heure.

1 - L'occupationnel est assumé. Un infirmier de l'ancienne formation d'infirmier psychiatrique le commente ainsi : « *Les anciens infirmiers savaient spontanément faire de l'occupationnel avec les malades, avec bon sens. Ceux d'aujourd'hui veulent toujours faire de l'“éducatif”, du “thérapeutique”, de la “technique”, ils manquent de bon sens et ont peur des malades.* »

2 - Atelier bois, piscine, équitation, remédiation cognitive, gestion de la maladie, éducation thérapeutique, danse, bowling...

3 - Notons celui de la radio, assez célèbre dans la métropole, inspiré d'expériences étrangères (radio *La Colifata* à Buenos Aires, soutenue par Manu Chao), réalisé par des patients de l'établissement public de santé mentale (EPSM) et des infirmiers, qui conçoivent hebdomadairement une émission, enregistrée dans un établissement culturel en ville : « *Même si les effets thérapeutiques sont indéniables, ce projet illustre avant tout le droit à la culture. Car à travers la radio, les patients peuvent s'exprimer, débattre, discuter sans intermédiaire, librement sur les ondes.* »

4 - L'évolution des hôpitaux leur paraît triste, le travail trop divisé. Ils ne reviendraient pas en *intra*, même si les conditions de travail leur paraissent plus difficiles en *extra*, notamment aux femmes. C'est très fatigant de travailler « en journée » plutôt qu'en travail posté. Il y a plus de difficultés pour assurer les démarches de la vie quotidienne.

5 - « *Elles travaillent en coordination avec le médecin de la maison de retraite qui leur adresse des demandes. L'équipe leur fait des demandes. Pendant tout un temps elles ont fait surtout des interventions : comment comprendre, comment prendre en charge [...], comment comprendre aussi des comportements un petit peu bizarres, comment mieux les prendre en charge plutôt que d'en avoir peur ou de faire monter la mayonnaise. Elles sont intervenues pendant plusieurs années. Elles ne le font plus, elles ne le font pas parce qu'il n'y a pas de demandes. Mais régulièrement on leur demande de venir un petit peu former quoi !* » (cadre de santé)

6 - Quand ce n'est pas le cas, c'est un événement : « *il y a eu des problèmes entre l'équipe de réécoute et les somaticiens, une infirmière du CMP a été maltraitée par les somaticiens à propos d'un patient difficile. On va faire un rapport d'incident* ». Cela n'exclut pas des jugements sévères sur les pratiques cliniques : « *Des fois il y a un schizophrène bien calme qui vient pour un problème somatique et ils nous le refilent et, là, un monsieur vient avec une angoisse et ils disent : c'est pas la peine de le voir !* » (psychiatre, aux urgences).

7 - « *C'est sûr qu'il y aura un problème. Les nouveaux cadres sont formatés, ils obéissent à la direction, sont hiérarchiques et administratifs. [...]* Si on leur met trop la pression, les jeunes, qui sont IDE [infirmiers diplômés d'État] et donc plus mobiles, partiront » (infirmière).

6 - Conclusion

Lise Demailly, Olivier Dembinski

Pertinence et fragilité du secteur

Nous l'avons dit en introduction de cet ouvrage : la mise en place du secteur (au sens d'une philosophie organisationnelle et clinique spécifique) a été entravée par la faiblesse de la volonté politique de l'État central. Le soutien législatif des années 1980 n'a par ailleurs pas duré longtemps puisque les réformes récentes tendent plus à en brouiller la lisibilité (création des pôles, superposition de territoires de tailles diverses pour l'action en santé mentale, territorialisation descendante et technocratique) qu'à approfondir la démocratie sanitaire) (Demailly, Chéronnet, Mossé, 2005).

L'insuffisante planification et l'insuffisant pilotage de la politique du secteur ont abouti à une mise en œuvre critiquable, au-delà de quelques réussites reconnues, dans les secteurs réels : la continuité des soins est restée souvent défailante, l'inégalité des moyens a perduré, les territoires ont connu un développement inégal de l'ambulatoire et tout particulièrement de l'ambulatoire ouvert sur les milieux de vie ordinaires, les pratiques violentes à l'égard des patients n'ont pas disparu (Laforgue & Rostaing, 2011), d'où les critiques des usagers et des familles.

Parallèlement, le manque de visibilité du travail fait¹ la trop grande discrétion, peut-être des équipes soignantes sur l'efficacité des pratiques spécifiquement inspirées par la philosophie du secteur (proximité, réactivité, clinique psychosociale, diversité de l'offre ou plus généralement une

offre qui sorte du « tout hôpital », continuité des soins, pratique des partenariats de la prise en charge dans la communauté, équipe pluridisciplinaire) n'a pas contribué à en installer la légitimité ni à en montrer l'efficacité.

Malgré le relatif isolement des équipes actives, les effets bénéfiques de la proximité, de la prévention, de l'intervention rapide, du travail de crise, etc., ont produit des inventions locales du type de celles que nous avons étudiées. Elles apparaissent nécessaires pour mettre en œuvre plus pleinement le secteur, elles montrent en creux la pertinence des idées selon lesquelles il avait été pensé à l'origine et la nécessité de continuer à l'inventer. Les représentations et les valeurs que portent ces inventions se diffusent, provoquent des mises en actes ailleurs, sont reprises dans les plans santé mentale. Plans, rapport, chiffrages rappellent que la prise en charge est surtout faite aujourd'hui par l'ambulatoire (et pas par l'hôpital ou les cliniques privées) et que c'est *là* qu'il faut prioritairement réfléchir à l'organisation et à la qualité des soins².

Le cycle de l'innovation en psychiatrie a commencé à l'hôpital (y compris pour le remettre en cause), mais ce cycle semble terminé. Aujourd'hui, si l'hôpital et/ou l'université produisent encore de l'innovation technique (pharmacologie, technologies du cerveau ou des gènes), s'ils produisent ou subissent l'innovation gestionnaire (réduction des lits, réduction de la durée des séjours, liens avec les urgences somatiques donc intégration horizontale de la « psy », gestion plus attentive de la pharmacie, psychiatrie de liaison, etc.), si la MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) continue à affiner son modèle hospitalo-gestionnaire néo-bureaucratique, on peut considérer que ce sont *les secteurs* qui sont aujourd'hui le lieu d'invention d'organisations des soins différentes. On pourrait d'ailleurs considérer que sur ce point ils sont en avance sur la MCO :

par exemple, mettre le collectif des infirmières en première ligne de l'organisation de soins, gérer de manière souple les agendas soignants/flux de patients, considérer le patient de manière globale (pas seulement comme un organe ou un corps, ni même un patient, mais un être social), adapter en continu les réponses des organisations sanitaires aux nouvelles demandes sociales et aux nouveaux besoins.

Les inventions locales montrent que le secteur ne se décrète pas (même si un encadrement législatif plus ferme aurait historiquement favorisé sa mise en place), ne se recopie pas, mais s'invente localement d'équipe en équipe, à la fois en continuité avec sa philosophie initiale et à partir du contexte actuel de la demande et du besoin de soins. Ce que nous avons nommé le « travail de disponibilité » (réflexivité et transformations organisationnelles en vue de produire plus de disponibilité de l'équipe soignante par rapport aux besoins d'une population) en est un bon exemple.

Après ces considérations générales sur les processus d'innovation dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, nous allons synthétiser les différences entre les trois terrains, dégager, à partir de ces trois expériences, comment peut s'y prendre un secteur psychiatrique qui veut évoluer vers plus de disponibilité et terminer par quelques éléments de bilan.

Synthèse des trois terrains

Les différences et ressemblances entre les trois formes de travail de disponibilité que nous avons observées peuvent se résumer dans le [tableau I](#).

Les différences entre les trois terrains sont riches d'enseignement. Elles montrent qu'avec des ressources

similaires et une population visée similaire (mise à part la taille, qui joue certainement un rôle), on peut s'engager dans un processus de mobilité disponibilité assez différent.

Tableau I
Comparaison des trois secteurs

	Secteur 1 (pédopsychiatrie)	Secteur 2	Secteur 3
Équipe mobile identifiée	Equipe mobile adolescents	Equipe mobile SIIC/AFTAH	Non
Groupe moteur de l'innovation (avec le médecin chef)	Les psychologues	Les psychiatres	Les infirmiers
Cadre théorique et clinique	Dominante psychanalyse	Éclectiques (TCC, systémique, consultations de psychanalyse, thérapie brève) [référence OMS]	Comportementalisme
Organisation	Les soignants travaillent en partie en intervention mobile	Il y a une équipe mobile spécialisée	Tous les soignants de l'extra sont mobiles sans qu'on parle d'équipe mobile
Concertation	Hebdomadaire, longue, approfondie cliniquement	Quotidienne, succincte	Quotidienne, diffuse
Soignants en mobilité	Psychiatre, psychologues, infirmiers, assistante sociale	Psychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs spécialisés, psychomotricienne	Psychiatres, infirmiers, assistante sociale
Urgences	Intervention mobile dans différents lieux (binôme et validation systématique par le pédopsychiatre par téléphone après chaque IM)	Entretien infirmier aux urgences quand le somatique le requiert	PI « psy » aux urgences somatiques : fait la première proposition d'orientation (hospitalisation, centre de crise, CMP, VAD rien), prend les rendez-vous
Première demande au CMP	Réponse rapide, mais pas « en urgence », sous 24 heures	En principe sous 24 heures (de fait, quelques jours)	PI au CMP + rendez-vous sous 24 heures avec un infirmier qui décide de l'orientation (pas de suivi/suivi infirmier/suivi psychologue/suivi psychiatre/autre)
Patients chroniques	Consultations au CMP et travail avec les adultes des institutions d'accueil chez eux	VAD et visites médicales dans les appartements associatifs, au domicile, dans les familles d'accueil thérapeutique	VAD et visites médicales et de l'assistante sociale dans les foyers, maisons de retraite, au domicile, en appartements associatifs, à la maison thérapeutique
Palette de dispositifs soignants et de partenariats (hors hôpital et CMP)	Hôpital de jour Travail avec les lieux qui accueillent des adolescents (foyers, écoles)	Consultations éclatées dans la ville, hôpital de jour, CATTP, familles d'accueil, partenariats avec lieux culturels et sportifs de la ville, travail avec médecins traitants et pharmaciens	Hôpital de jour, CAPI, CATTP éclaté dans la ville, ateliers thérapeutiques, maison thérapeutique, travail dans différentes structures d'hébergement (foyers, maison de retraite, etc.)
Rotation des personnels	Turn-over partiel	Turn-over	Très stable

SIIC/AFTAH : service de soins intensifs intégré dans la cité/accueil familial thérapeutique alternatif à l'hospitalisation; TCC : thérapie cognitivo-comportementale; OMS : Organisation mondiale de la santé; IM : intervention mobile; PI : permanence infirmière; CMP : centre médico-psychologique; VAD : visite à domicile; CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel; CAPI : centre d'accueil psychiatrique intersectoriel.

À quelles conditions peut-on s'engager dans ces innovations ?

La synthèse des observations permet de dégager les quelques conditions préalables qui sont nécessaires sur le plan matériel et humain pour s'engager dans un travail de disponibilité.

■ Sur le plan matériel

S'engager sur la voie de la disponibilité-mobilité du secteur ne demande que peu de moyens spécifiques, mis à part des téléphones portables et une ou deux voitures, quelques frais

de déplacement... Dans nos trois cas, les secteurs disposaient de moyens d'équipement dans la moyenne statistique française, mais ils avaient tous développé une offre de soins (maillage de leur zone) à partir d'un centre de santé mentale (CSM) ou centre médico-psychologique (CMP) dont les murs ne sont pas dans l'hôpital, avec des équipements dans la ville plus en proximité de la population du secteur que de l'hôpital (souvent excentré).

■ Sur le plan des moyens en personnel

Il est difficile de s'engager sur cette voie de l'innovation si l'on ne dispose pas d'une petite marge de manœuvre concernant les moyens en personnel. La disponibilité est contradictoire avec les flux tendus au travail. Les secteurs pauvres en personnel peuvent donc difficilement s'engager dans cette voie. On peut le voir sur les trois exemples : S1 et S2 peuvent dégager du temps de travail en binôme, S3 peut dégager le temps de permanences infirmières et de permanences psychiatres, temps où il ne se passe pas grand-chose (mises à part la coordination diffuse et la mise au point des écrits de chacun), mais qui sont essentiels pour la disponibilité du secteur : c'est ce temps « vide » qui permet d'obtenir un rendez-vous avec un psychiatre pour le lendemain et une prise en charge régulière de ce que nous pourrions appeler la « petite urgence » au sein du secteur.

■ Avec quel cadre théorique et clinique ?

Celui-ci ne semble pas avoir beaucoup d'importance.

S1 est plus marqué par la psychanalyse, S2 est éclectique (soit que les soignants se réfèrent à des écoles différentes, soit que les soignants eux-mêmes aient des références personnelles éclectiques), S3 est clairement comportementaliste.

Si la démarche du S2, lié au centre collaborateur pour la santé mentale (CCOMS), est explicitement inscrite dans une philosophie d'ensemble, la psychiatrie « communautaire » et « citoyenne » (celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la déshospitalisation), la démarche du S3 ne repose sur aucune philosophie externe, c'est une démarche empirique, pragmatique, peu idéologique, de développement de projets au vu de ce qui se passe dans le cadre de la déshospitalisation, fait qui a été accepté comme une donnée.

L'identification de l'expérience et le prosélytisme par rapport à ces inscriptions « philosophico-cliniques » sont également très différents. Si S1 et S2 se révèlent les plus prosélytes à l'échelle nationale (création de l'association nationale des équipes mobiles, par ex.) ou internationale, S3 est plus indifférent à l'image externe de son innovation de secteur (mis à part à une échelle locale et surtout pour les dispositifs intersectoriels).

Aux S2 et S3, les infirmiers reçoivent des formations continues à la thérapie brève systémique et, dans les deux cas, ils disent en entretien que cela ne leur sert pas à grand-chose. Les savoirs professionnels sont des savoirs d'expérience, plus ou moins intuitifs tout en étant conscients, plus au moins verbalisés dans le travail de coordination au sein du collectif.

Ces savoirs des personnels soignants (hors psychiatres), spécifiques du travail de mobilité, ont une dominante différente dans les trois cas : plus cliniques à S1 (par rapport à des quartiers, des tiers institutionnels, des situations), plus organisationnels à S2 (par rapport aux acteurs urbains et à la palette des dispositifs), plus centrés sur les orientations diagnostiques à S3 (les infirmiers accomplissent les tâches de première orientation, avec une grande

autonomie et responsabilité, même si ces orientations sont validées par les psychiatres³). Il ne semble donc pas que des savoirs professionnels particuliers soient un *préalable* à l'innovation, ils se construisent ensuite, au fur et à mesure.

Les seuls préalables en matière de cadre théorique et clinique pour la mise en route de telles innovations sont d'éthique et de goût :

- *éthique* de la disponibilité, et d'une « disponibilité » qui ne s'arrête pas aux frontières strictes du champ de compétences professionnelles formellement définies ;
- goût pour faire des choses « différentes », où l'autonomie et la responsabilité professionnelles seront plus grandes⁴.

Avec quelles mises en œuvre ?

On peut dégager cinq principes, qui sont d'ailleurs congruents avec la littérature de sociologie de l'innovation (Callon, 1986 ; Akrich & Callon, 1988 ; Alter, 1997 et 2000), ou de sociologie des communautés utopiques (Lallement, 2009) qui convergent autour de quelques capacités caractérisant le collectif innovant :

- la capacité à nouer des alliances en réseau avec d'autres acteurs et avec des objets (souvent sociotechniques) ;
- un *leadership* de type charismatique ou disposant du moins d'un certain charisme ;
- une vie démocratique dense.

Plus concrètement, nous avons identifié cinq principes.

■ **S'appuyer sur les ressources existant localement et les développer**

Il faut un moteur pour la mise en place du projet : un médecin chef bien sûr, par exemple, mais aussi un groupe professionnel. Un projet innovant doit s'appuyer sur les forces et les bonnes idées existantes. Il ne peut être introduit par décision hiérarchique il susciterait immédiatement des angoisses et refus quant à l'autonomie professionnelle ni en décalquant les innovations existantes (même si elles peuvent donner des idées, montrer qu'une telle démarche est possible et intéressante). Il faut s'appuyer sur des ressources locales, pratiquer un pilotage du changement participatif et souple pour permettre aux équipes d'inventer les pratiques qui sont bien accordées avec les nouveaux dispositifs, laisser donc des marges de liberté et de créativité aux soignants.

En revanche, dès que le projet est lancé, une politique volontariste de recrutement, en cooptation informelle, de personnels intéressés par le projet, est nécessaire pour étoffer l'équipe.

■ Négocier des temps, des lieux, des disponibilités avec des partenaires

Il s'agit de négocier par exemple :

- une disponibilité de la part d'un pharmacien pour donner ses médicaments tous les jours à un patient ;
- un jour de visite dans une maison de retraite ;
- un local aux urgences somatiques pour une consultation « psy » ;
- un local dans un lieu public pour une consultation CMP éclatée ;

- du temps des partenaires pour qu'ils participent aux réunions de coordination clinique.

Un travail de communication et de persuasion est à mener pour déstigmatiser les malades, mais aussi ceux qui travaillent « avec les fous », auprès des services d'urgence, de la MCO, du social. Les secteurs doivent montrer l'intérêt de leur approche aux dispositifs institutionnels susceptibles de faire des adressages (le réseau d'alerte à entretenir), mais aussi susceptibles d'apporter des moyens (les appartements associatifs pour S2, par ex.), d'où l'investissement utile dans les conseils locaux de santé mentale, ainsi que dans la communication avec les secteurs voisins vers lesquels ils réadressent des patients.

■ Surmonter des difficultés d'organisation

Le rôle du cadre de santé est ici essentiel, ainsi que celui du médecin chef, mais aussi celui de l'inventivité collective. Il faut s'attendre à une difficulté récurrente, mais particulièrement forte au début du processus, pour articuler les emplois du temps, répartir les tâches, répartir les places.

■ Prévoir un temps important de communication interne

Quelles qu'en soient les formes (longue et travaillée, systématique et légère, longue, diffuse et en grande part informelle), la densité de la communication interne est essentielle à la réussite de tels projets. Il faut que l'ensemble des soignants qui travaillent en disponibilité-mobilité soit en continu au courant de l'état de l'ensemble des malades suivis (même s'il y a des psychiatres référents ou des infirmiers référents).

■ Organiser les moments et les outils de la réflexivité

Une innovation meurt si elle n'est pas périodiquement remise en question, auto-évaluée, enrichie, poursuivie... Pour cela, des outils et des moments de réflexivité doivent être prévus.

Cela signifie le développement de l'auto-évaluation. Mais il faut aussi, pour nourrir cette auto-évaluation, rassembler les acquis du secteur, les relayer, les objectiver dans des écrits ou des chiffres. Pour cela, il faut des « scribes » qui fassent ce travail.

Le développement de la réflexivité implique aussi l'échange avec d'autres équipes, qu'il soit formalisé l'association des équipes mobiles est en ce sens une initiative précieuse ou informel par le biais de la formation continue ou des associations professionnelles (faire une visite, recevoir une visite, « piquer une idée »).

Quel bilan

Notre étude artisanale et ethnographique ne se donnait pas pour projet d'évaluer de tels fonctionnements. Néanmoins, nous pouvons énoncer un certain nombre d'observations ou d'hypothèses.

■ Les limites institutionnelles

Du côté des limites institutionnelles, on peut noter :

- l'absence de financement spécifique. Ce financement est redouté par certains car il ferait courir au dispositif d'équipes mobiles le risque d'une diffusion simplificatrice ou opportuniste⁵. Mais l'absence de financement le rend peu accessible aux secteurs pauvres en moyens humains ;
- la faiblesse du travail de médiatisation. Quelques équipes mobiles font de la publicité autour de leur travail. Des

colloques se tiennent, qui peuvent d'ailleurs donner l'impression que le vivier n'est pas très important, car c'est un peu toujours les mêmes qui se retrouvent. Mais sans doute d'autres secteurs, comme S3, ne se perçoivent-ils pas comme innovateurs ou pratiquent-ils le « pour vivre heureux, vivons cachés ». De ce fait, il est impossible de dénombrer les secteurs qui font un travail de mobilité.

Cela pose un problème de fond : il n'existe pas beaucoup de passeurs de ces innovations en psychiatrie. La formation n'explique pas aux futurs médecins les pratiques de la psychiatrie communautaire par exemple, ni que les patients pourraient leur dire des choses intéressantes sur la maladie et la prise en charge, ni que l'innovation organisationnelle et relationnelle fait partie du métier. Les facultés de médecine sont peu impliquées.

■ Les limites cliniques

- On peut noter que c'est une illusion de se satisfaire de faire fonctionner ces innovations en isolats par rapport aux autres secteurs (secteur voisin ou secteur concernant une autre tranche d'âge). Car les patients se déplacent, les adolescents vieillissent... Une généralisation de l'état d'esprit « mobilité-disponibilité » serait préférable pour que les bienfaits cliniques de l'innovation ne soient pas contrariés.
- Par ailleurs, d'après nos observations, le fonctionnement de type « patate chaude » on se débarrasse d'un patient indésirable n'est pas complètement éradiqué dans les cas étudiés et on a pu voir des patients indésirables, habitant à la limite géographique du secteur, se faire ainsi refouler ailleurs, même dans ces secteurs soucieux de mobilité-disponibilité.

■ L'intérêt pour les soignants

L'intérêt professionnel à travailler en mobilité-disponibilité, notamment pour les infirmiers, même si les questions d'organisation et d'emploi du temps sont parfois compliquées, est évident. Une équipe engagée dans un projet d'innovation est plus solidaire, plus motivée, plus réflexive.

La mobilité déstigmatise les soignants, car ils vont partout, se montrent, rencontrent d'autres professionnels, se positionnent différemment vis-à-vis des médecins, des cadres de soins. Les infirmiers psychiatriques ont perdu cette spécialité, mais peuvent, dans les processus innovants, retrouver l'espoir d'une nouvelle professionnalisation, car ils développent plus de savoirs cliniques et relationnels que les infirmiers de MCO, entre jeunes infirmiers diplômés d'État (IDE), épaulés par les plus anciens, comblent par une sorte de formation continue pratique les lacunes de leur formation initiale⁶, notamment quant au travail de relation. Ils pratiquent la co-construction du soin au sein de l'équipe pluridisciplinaire (y compris en ce qui concerne la médication), et accroissent donc leurs compétences.

■ L'intérêt pour les patients

Nous avons noté deux phénomènes qui intéressent directement le bien-être des patients.

- Des orientations vers l'hospitalisation inférieures au nombre de lits disponibles (phénomène surtout visible en psychiatrie d'adultes). La présence d'une équipe mobile produit une modification de la place de l'hospitalisation dans le soin ; l'hospitalisation y a sa place comme moment spécifique dans la prise en charge. Au lieu d'intervenir

comme échec par rapport à une prévention défaillante ou un suivi insuffisant, c'est un moment qui prend sens dans un parcours de prise en charge, lequel ne se limite pas à des rendez-vous médicaux dans un CMP installé à l'entrée d'un hôpital, mais mobilise une grande palette d'outils, de situations, de relations.

- Une plus grande co-construction du soin, avec le patient, car, comme le patient est *mobile* entre les divers dispositifs du secteur ou de l'intersecteur, la négociation avec lui concernant l'évaluation de son état, son vécu, le ressenti des médicaments, la nature de l'aide psychologique désirée, la nature des activités, ses projets de vie... se produit beaucoup plus fréquemment qu'en cas de placement fixe.

Ces deux résultats nous paraissent essentiels en termes de qualité et expliquent sans doute le succès mondial de l'idée de mobilité-disponibilité dans le soin.

POUR EN SAVOIR PLUS

Akrich M, Callon M, Latour B. À quoi tient le succès des innovations ? Deuxième épisode, l'art de choisir les bons porte-parole. *Annales des Mines* 1988 ; n° 12 : 14-29.

Alter N. La lassitude de l'acteur de l'innovation. *Sociologie du travail* 1993 ; 35 (4) : 447-68.

Alter N. *L'innovation ordinaire*. Paris : PUF, 2000.

Callon M. Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique* 1986 ; n° 36 : 169-208.

Demailly L, Cheronnet H, Mossé P. *La territorialisation de la politique de santé mentale*. KnowandPol, 6^e PCRD, Bruxelles/CLERSE/LEST, 2009.

Laforge D, Rostaing C. *Violences et institutions. Réguler, innover ou résister ?* Paris : CNRS, coll. « CNRS Alpha », 2011.

Lallement M. *Le travail de l'utopie. Godin et le familistère de Guise*. Paris : Les Belles Lettres, coll. « L'histoire de profil », 2009.

Liste des principaux sigles

ARS : Agence régionale de la santé.

ASE : aide sociale à l'enfance.

CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

CCOMS : centre collaborateur pour la santé mentale, France.

CLERSE : centre lillois de recherche et d'études en sociologie et économie, UMR CNRS 8019.

CMP : centre médico-psychologique.

CSM : centre de santé mentale (équivalent d'un CMP).

DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins.

DIM : département d'information médicale ou parfois, dans les usages, médecin responsable de ce département.

EMDR : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (désensibilisation et reprogrammation par mouvement des yeux)

EMPP : équipe mobile « psychiatrie et précarité ».

EPSM : établissement public de santé mentale.

ETP : équivalent temps plein.

GEM : groupe d'entraide mutuelle.

HAD : hospitalisation à domicile.

HAS : Haute Autorité de la santé.

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

ITEP : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique.

Loi HPST : loi « Hôpital, patients, santé et territoire »

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

MINI-DSM IV : version abrégée du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, version 4.

PMI : centre de protection maternelle et infantile.

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information.

SAMU : service d'aide médicale urgente.

SAU : services d'accueil des urgences.

SMPR : service médico-psychologique régional (pour les détenus).

UHSA : unités hospitalières spécialement aménagées.

UMD : unités pour malades difficiles.

¹ - Il y a peu de travaux sociologiques qualitatifs sur les secteurs, on sait très peu comment ils fonctionnent, au-delà des travaux statistiques de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), certes très utiles, mais qui ne renseignent pas sur les organisations du travail concrètes ni sur les pratiques cliniques.

² - Ce qui ne dispense pas de chercher à humaniser l'hôpital.

³ - Il est rare qu'un psychiatre invalide la proposition des infirmiers, notamment des plus expérimentés. Ceux-ci en sont fiers.

⁴ - C'est pour cette raison que la plupart des infirmiers du SIIC au S2 le choisissent et que les infirmiers du S3, qui ont connu l'*intra* classique, choisissent l'extra-hospitalier et la polyvalence mobile.

⁵ - Une innovation utopique qui se « routinise » connaît un processus de rationalisation, puis perd de son sens pratique tout en donnant lieu à célébration (Lallemant, 2009).

⁶ - Certains syndicats d'infirmiers réclament pour les « infirmiers psy » une année supplémentaire de formation initiale et l'accès à un master. Cette revendication semble logique : le travail de l'infirmier « psy » est essentiellement relationnel.

Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité

Le « travail de disponibilité » est au coeur même de la psychiatrie de secteur, de ses questions et de son avenir. À travers l'analyse sociologique d'initiatives de « terrain », cet ouvrage rend compte des innovations menées dans les secteurs psychiatriques pour créer des équipes mobiles, réactives et disponibles afin de répondre au mieux aux besoins des personnes en souffrance.

Il n'est pas toujours aisé pour les professionnels du soin de passer de l'intra à l'hôpital de jour ou au foyer post-cure. Accompagner dans la cité, hors du soin, implique de franchir une seconde membrane, celle qui sépare l'ambulatorio auto-référent de l'ambulatorio ouvert... La création des équipes mobiles se fait en fonction des disponibilités et des compétences des acteurs locaux et aussi des besoins de la population suivie par le secteur.

Ces équipes mobiles permettent ainsi de mettre en place des ponts entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et la communauté. Cette étude intéressera quiconque est concerné par ces expériences innovantes qui complètent l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale. L'approche sociologique permet un décentrement qui évite les jugements trop définitifs mais reste accessible à tous les soignants. L'ouvrage pourra aider les professionnels qui le souhaitent à mettre en place une équipe mobile en psychiatrie.

**Lise Demailly est professeur émérite de sociologie à l'université de
Lille 1
et membre du CLERSE (centre lillois de recherche et d'études en
sociologie et économie, UMR CNRS 8019).**

**Olivier Dembinski est maître de conférences en sociologie à l'UTBM
et membre de RECITS-IRTES.**

**Catherine Déchamp-Le Roux est professeur de sociologie à Lille 1
et membre du CLERSE.**

Table of Contents

Préface

Introduction : les secteurs de psychiatrie et le « travail de disponibilité »

1 - L'apport des expériences étrangères à la philosophie de la mobilité

2 - Les modèles d'« équipes mobiles » en France

3 - Étude de cas : secteur 1 (pédopsychiatrie), la réactivité au service des adolescents

4 - Étude de cas : secteur 2 (psychiatrie générale), la psychiatrie dans la cité

5 - Étude de cas : secteur 3 (psychiatrie générale), un secteur disponible

6 - Conclusion