

Une innovation organisationnelle : les «équipes mobiles» de santé mentale en France. Conséquences pour les usagers.

Lise Demailly

Professeur émérite de sociologie, université de Lille 1

Olivier Dembinski, Catherine Déchamp Le Roux

*Recherche: Fédération de recherche en santé mentale du Nord Pas
de Calais/ CLERSE-CNRS UMR8019*

Montréal, Congrès de l'ACFAS, Avril 2012

But de la communication

Montrer comment certaines organisations du soin psychiatrique permettent, par des voies qu'on imagine pas forcément au démarrage de l'action,

- une meilleure prise en compte du vécu des usagers,
- une plus grande participation de ceux-ci à la construction du soin,
- une réinsertion sociale au maximum de ce qui peut être tenté en tenant compte au jour le jour de l'évolution du trouble psychique.

I- Contexte : Des innovations qui se produisent dans le cadre des « secteurs psychiatriques » en France

- **Le secteur public : hospitalisation et ambulatoire**
- **L'engorgement du secteur: pourquoi ? quelles conséquences?**
- **La nécessité d'un « travail de disponibilité »**
- **L'éthique de la disponibilité se décline ainsi : réactivité, mobilité, diversité de l'offre, prise en compte des points de vue des demandeurs.**

II- Les innovations étudiées

- **Les équipes mobiles en France : quatre types**
 - 1- Le modèle Rennes/ERIC : favoriser l'accès au soin les non demandeurs
 - 2- Le modèle : Clinique de la non demande et travail sur et avec le tiers
 - 3- Le modèle du travail “intensif” dans la cité
 - 4- Le modèle «médecins du monde».
- **Questions**
 - 1- Les difficultés à résoudre
 - 2- Les questions éthiques
 - 3- Intérêts et risques d'une éventuelle généralisation
 - 4- Quelle évaluation ?

Equipes mobiles et questions éthiques

Les professionnels décrivent une éthique du soin qui conjoint le «ne pas lâcher» (Dr V. Garcin) et le «ne pas forcer.». Il s'agit de conjointre quatre légitimités:

- celle qui est traditionnellement dévolue à la psychiatrie comme servante de l'ordre public
- 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..
- 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 leurs 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.

● **Les trois terrains. Méthodologie**

- **S1** : un secteur de pédopsychiatrie qui possède une «équipe mobile» de soignants travaillant à temps partiel en interventions mobiles, et qui revendique et publicise son travail de disponibilité.
- **S2** : un secteur de psychiatrie générale qui possède des équipes mobiles identifiées (groupes de soignants travaillant constamment en mobilité) et qui inscrit ce travail de disponibilité dans une philosophie globale du soin en santé mentale de type communautaire
- **S3** : un secteur de psychiatrie générale dont le travail de disponibilité n'est pas passé par la création d'équipe mobile.

- Méthodologie ethnographique: observation *in situ* des consultations médicales, des entretiens infirmiers, du travail de l'assistante sociale, des réunions d synthèse clinique et d'organisation. Entretiens informels ou enregistrés. Travail sur dossiers des patients.

Caractéristiques des trois terrains

	secteur 1 (pédopsy)	secteur 2	secteur 3
équipe mobile identifiée	équipe mobile adolescents	Équipe mobile SICC / AFAH	non
groupe moteur de l'innovation (avec Med 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 ya 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, éduc. spé., 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	permanence infirmière psy aux urgences somatiques. Fait la première proposition d'orientations (hospitalisation, centre de crise, CMP, VAD rien..), prend les RV.

Première demande au CMP ☒	réponse rapide, mais pas «en urgence», sous 24H. ☒	en principe sous 24H (de fait, quelques jours) ☒	permanence infirmière au CMP ☒ + RV sous 24H 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...) ☒
Rotation des personnels ☒	<u>Turn over</u> partiel ☒	<u>Turn over</u> ☒	Très stable. ☒

III - Les conséquences pour les usagers

La mobilité rapide des usagers entre les différents dispositifs du secteur, selon leur état.

A trouble équivalent, moins d'hospitalisations et plus brèves.

Moins de recours aux urgences psychiatriques

A chaque changement de dispositif, une négociation. Son contenu : la production d'un autodiagnostic à court terme, à moyen terme, et la production d'un projet

Enfin : Une meilleure qualité de vie pour les patients chroniques, une meilleure prévention pour les autres.

Adrélec : lise.demailly@univ-lille1.fr

- **Bibliographie de l'auteur:**

- Demailly L, 2008 « *Politiques de la relation. Sociologie des métiers et du travail de relation* » , Presses Universitaires du Septentrion
- Demailly L.,2011, *Sociologie des troubles mentaux*, La Découverte, coll. Repères
- Bonny Yves, Demailly Lise (Dir) 2012 *L'institution plurielle* , Les Presses du Septentrion
- Demailly Lise , Michel Autès (Dir) , 2012, *La politique de santé mentale en France, Acteurs, instruments, controverses*, Armand Colin (sortie juin)