



Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité

Lise Demailly
Olivier Dembinski
Catherine Déchamp-Le Roux



... Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité

Le « travail de disponibilité » est au cœur 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'ambulatoire auto-référent de l'ambulatoire 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.

Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité

Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité

Lise Demailly

Olivier Dembinski

Catherine Déchamp-Le Roux

Collection : L'Offre de soins en psychiatrie
Directeur de collection : Thierry Trémine



ISBN : 978-2-7420-1103-2
ISSN : 2270-1338

Publié avec le soutien de la Fédération de recherche en santé mentale Nord-Pas-de-Calais

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>

Éditrice : Maud Thévenin

© John Libbey Eurotext, 2014

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français d'Exploitation du Droit de Copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.

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'œuvre 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'Œuvre 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.

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



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 cœur 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*.

Sommaire

• Préface	V
• Introduction : les secteurs de psychiatrie et le « travail de disponibilité »	IX
Objet d'étude : mobilité, disponibilité, travail de disponibilité	XI
Le sens du « travail de disponibilité »	XIII
Méthodologie	XVI
Plan de l'ouvrage	XVIII
Pour en savoir plus	XIX
1 • L'apport des expériences étrangères à la philosophie de la mobilité	1
Le paradigme de la désinstitutionnalisation	3
Les inventions organisationnelles	14
Controverses et évaluation des politiques de santé mentale	17
Conclusion	23
Annexe : trois exemples	24
2 • Les modèles d'« équipes mobiles » en France	29
Petite histoire des « équipes mobiles » en France	29
Ce que sont les « équipes mobiles » de psychiatrie	30
Des différences de philosophie, plusieurs modèles	31
Questions	34
Pour en savoir plus	38
Annexe : trois exemples	39
3 • Étude de cas : secteur 1 (pédopsychiatrie), la réactivité au service des adolescents	51
Une philosophie de secteur axée sur la réactivité	52
Les aspects organisationnels	54
La nature du travail dans le cadre de la mobilité-disponibilité	58
Les trajectoires des adolescents	61
Conclusion	63
4 • Étude de cas : secteur 2 (psychiatrie générale), la psychiatrie dans la cité	65
Une philosophie de secteur axée sur la mobilité et la dissémination dans la ville	66
Les aspects organisationnels de l'équipe SIIC	68
La nature du travail dans le cadre de la mobilité-disponibilité	73
Les trajectoires de soins	78
Conclusion	80
5 • Étude de cas : secteur 3 (psychiatrie générale), un secteur disponible	81
Une philosophie basée sur la disponibilité des soignants de l'ambulatoire	82
Les aspects organisationnels de l'équipe du centre médical psychologique	84
La nature du travail dans le cadre de la mobilité-disponibilité	86
Les trajectoires de soins	90

Conclusion	91
Annexe	92
6 • Conclusion	95
Pertinence et fragilité du secteur	95
Synthèse des trois terrains	96
À quelles conditions peut-on s'engager dans ces innovations ?	98
Avec quelles mises en œuvre ?	100
Quel bilan	102
Pour en savoir plus	104
• Liste des principaux sigles	105

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

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 Farnarier.



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

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