

Travail de recherche

Diplôme Inter Universitaire

« Santé Mentale dans la Communauté »

***« Être mobile, pas seulement
pour être mobile
mais pour être disponible »***

« Approche sociologique des Équipes Mobiles pour adolescent(e)s »



Année universitaire 2015

Etudiant : *Jean-Pierre Burnichon*

Tutorat : *Docteur Vincent Garcin*

Un hommage particulier à ma mère Annie Burnichon qui nous a quittés subitement le 12 juillet 2015, alors que nous finissions l'écriture de ce travail.

Merci à Aude Caria, Pauline Guezennec, Jean-Luc Roelandt et à tous les professionnels qui nous ont accueillis dans leurs structures.

Remerciements à l'Université de Lille et celle de Paris, à l'APHM au CCOMS et au PSYCOM : institutions initiatrices et organisatrices du Diplôme Inter Universitaire « *Santé mentale dans la communauté* ».

Un grand merci au Docteur Vincent Garcin, Médecin chef de pôle de pédopsychiatrie à l'EPSM Lille et président de « *l'Association des équipes mobiles en psychiatrie* » ; nous n'aurions pu trouver meilleur tuteur et expert pour nous accompagner dans cette démarche.

Remerciements au Centre Hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or et son directeur Mr Jean-Charles Faivre-Pierret qui ont pris en charge notre formation.

Ce mémoire n'est pas l'essentiel de notre recherche ; il ne reste qu'un objet et comme l'a si bien énoncé Antoine de Saint-Exupéry :

« Ce n'est point dans l'objet que réside le sens des choses mais dans la démarche »

Travail de recherche

Diplôme Inter Universitaire

« Santé Mentale dans la Communauté »

***« Être mobile, pas seulement
pour être mobile
mais pour être disponible »***

« Approche sociologique des équipes mobiles pour adolescent(e)s »



Année universitaire 2015

Etudiant : *Jean-Pierre Burnichon*

Tutorat : *Docteur Vincent Garcin*

Avant-propos :

Cette recherche sur les « équipes mobiles » est un questionnement à la fois personnel et professionnel, mais également une préoccupation de notre institution et du pôle de pédopsychiatrie dans lesquels nous intervenons.

Les équipes mobiles en psychiatrie demeurent depuis plusieurs années des sujets de réflexion au sein des instances de Santé françaises et européennes. Ces organisations peuvent répondre avec efficacité aux problématiques d'accès aux soins de Santé mentale dans la communauté. Ce processus s'inscrit aujourd'hui dans une perspective à la fois idéologique et économique des soins.

Afin de répondre au cadre méthodologique de la recherche universitaire, nous emploierons le « NOUS » tout au long de ce mémoire et utiliserons l'abréviation « EM » pour « équipe mobile » tout au long de cet écrit. La présentation des références bibliographiques est soumise aux règles de la norme ISO 690 de 2010.

Liste des acronymes utilisés

AEA : Assistance Educative Administrative

AEMO : Assistance Educative en Milieu Ouvert

AOT : Assertive Outreach Team for recovery (Équipe Mobile “Britannique”)

APHM : Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

APHP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ARH : Agence Régionale d’Hospitalisation

AS : Assistante Sociale

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CATTP : Centre d’Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CCOMS : Centre Collaborateur Organisation Mondiale de la Santé

CHRS : Centre d’Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPOM : Contrat Pluriannuel d’Objectifs et de Moyens

CUMP : Cellule d’Urgence Médico-Psychologique

DAF : Dotation Annuelle de Fonctionnement

DARES : Direction de l’Animation de la Recherche des Etudes et Statistiques

DASES : Direction de l’Action Sociale de l’Enfance et de l’Adolescence

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGAS : Direction Générale de l’Action Sociale

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DGOS : Direction Générale de l’Offre de Soins

Liste des acronymes utilisés (suite)

DGS : Direction Générale de la Santé

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l’Evaluation et des Statistiques

ELSA : Equipe de Soins et de Liaison en Addictologie

EM : Equipe Mobile

EMA : Equipe Mobile Adolescents

EMP : Equipe Mobile Psychiatrie

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

EPS : Etablissement Publique de Santé

EPSM : Etablissement Publique de Santé Mentale

ESMS : Etablissement de Santé Médico-sociale

ETP : Equivalent Temps Plein

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité en Santé

HJ : Hôpital de Jour

HPST : Hôpital Patient Santé et Territoire

IDE : Infirmière Diplômée d’Etat

INPES : Institut National de Prévention et d’Education en Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IVS : Institut de Veille Sanitaire

MCO : Médecine/Chirurgie/Obstétrique

MDA : Maison des Adolescents

MDR : Maison du Département du Rhône

Liste des acronymes utilisés (suite)

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

PMT : Projet Médical de Territoire

PPSM : Plan Psychiatrie et Santé Mentale

PRSP : Programme Régional de Santé Publique

PSYCOM : Organisme publique de communication sur la Santé mentale

RASED : Réseau d'Aide Spécialisé pour l'Enfance en Difficulté

RPS : Risques Psycho-Sociaux

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAMSAH : Service d'Accueil Médico-social pour Adulte Handicapé

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SICOM : Syndicat Inter-Hospitalier de Communication externe des hôpitaux de Paris

SISM : Semaines d'Information sur la Santé Mentale

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

T2A : Tarification à l'Activité

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

TS : Tentative de Suicide

VAD : Visite à Domicile

VAP : Valorisation à l'Activité en Psychiatrie

Table des matières

Introduction	p.12
 1 - Approche contextuelle	
10 - Personnelle (récit de vie)	p.14
11 - Professionnelle	p.14
12 – Institutionnelle	p.15
13 - Sociétale	p.15
14 - Question de départ	p.16
 2 - Méthodologie de la recherche	
20 - Type de recherche	p.16
21 - Objectif	p.17
22 - Cadre éthique et déontologique	p.17
23 -Choix de la démarche	p.17
24 - Protocole	p.17
25 - Terrain	p.17
26 - Echantillon	p.18
27 - Outils de la recherche	p.18
270 - Entretiens	p.18
271 - Questionnaires	p.18
272 - Analyse de documents	p.18
28 - Limites de la recherche	p.18
29 - Particularités ou invariants	p.19

3 - Concepts et analyse

30 - L'adolescence dans tous ses états	p.19
31 - L'hospitalisation des adolescents	p.22
310 - Généralités.....	p.22
311 - En secteur psychiatrique	p.23
312 - Les représentations de la maladie mentale	p.24
313 - La mutation sociétale	p.26
32 - La sectorisation	p.26
320 - Principes fondamentaux du secteur	p.28
321 - Le travail de disponibilité	p.29
33 - Les modes de prise en charge ambulatoire	p.30
331 - Le Centre Médico-Psychologique	p.30
332 - Les Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel, L'Hôpital de Jour	p.31
333 - L'Hospitalisation à Domicile en psychiatrie	p.31
334 - Les Visites à Domicile	p.32
34 - La psychiatrie de liaison	p.34
35 - La Maison des Adolescents	p.35
36 - La notion d'intervention au domicile	p.36
37 - Une autre alternative : « Les Équipes Mobiles »	p.36
370 - L'Équipe Mobile pédopsychiatrique « Adolescent »	p.37
3701 - Le cadre organisationnel	p.38
3702 - Le cadre clinique et théorique	p.39
3703 - La place de la famille	p.39
3704 - L'équipe	p.39
3705 - Les différentes fonctions	p.40
3706 - La moyenne d'âge des professionnels	p.41
3707 - Le genre	p.42

3708 - L'organisation du temps de travail	p.42
3709 - Les compétences requises	p.43
3710 - Depuis combien de temps travaillez-vous en Équipe Mobile ?	p.43
3711 - Combien de temps souhaitez-vous encore travailler en Équipe Mobile ?	p.44
3712 - Bénéfices personnels de travailler en Équipe Mobile	p.45
3713 - Bénéfices professionnels de travailler en Équipe Mobile	p.45
3714 - Les partenaires / Le réseau	p.46
3715 - L'Équipe Mobile s'inscrit en complémentarité de...	p.47
3716 - Points forts et limites de l'Équipe Mobile pour le patient	p.48
3717 - Points forts et limites de l'Équipe Mobile (visions des cadres et partenaires)	p.49
3718 - Points à améliorer dans l'organisation des Équipes Mobiles	p.50
3719 - L'avenir des Équipes Mobiles (visions des équipes enquêtées)	p.51
3720 - Commentaires en lien avec l'Équipe Mobile	p.52
38 - Les Équipes Mobiles en Europe et dans le Monde	p.54
381 - Des controverses sur les soins psychiatriques ambulatoires en Europe	p.55
39 - Des projets d'Équipes Mobiles sur le pôle de pédopsychiatrie 69 I 10	p.56

4 Préconisations pour la mise en œuvre d'une équipe mobile

41 - En sept points-clefs	p.59
411 - Constats et diagnostics	p.59
412 - Réflexions partenariales / Réseau / Transversalité	p.60
413 - Le cadre organisationnel et clinique / Les pratiques professionnelles	p.61
414 - La composition d'une équipe de professionnels (réflexions)	p.62
415 - Moyens à mobiliser	p.63
416 - Formations et analyse de la pratique	p.64
417 - L'évaluation de l'action	p.65

Conclusion	p.68
-------------------------	------

Références bibliographiques et numériques	p.70
--	------

Annexes :

A - Questionnaires adressé aux vingt Équipes Mobiles Adolescents contactées	p.77
--	------

B - Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement	p.79
--	------

C - Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 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	p.81
---	------

D - Cahier des charges technique des Équipes Mobiles spécialisées de psychiatrie destinées à favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion (Annexe rattachée à la circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005)	p.86
---	------

E - Trajectoire de soins pour les adolescents jeunes adultes des secteurs de psychiatrie générale G29 et pédopsychiatrie I 10 du secteur Lyon 9 (Vaise / Duchère)	p.87
--	------

F - Fiche de renseignements administratifs (premier appel Équipe Mobile ULICE Marseille) ...	p.89
---	------

G - Les dix commandements (Équipe Mobile ULICE Marseille)	p.94
--	------

Introduction

Notre société est actuellement traversée par une crise économique sans précédent qui engendre des replis égocentriques et provoque une cassure du lien social. L'individualisme s'incruste doucement dans nos valeurs sociétales même si émergent parfois des élans de solidarité (comme en témoigne la mobilisation en soutien aux attentats de « Charlie Hebdo » de janvier 2015). Les modes de vie changent, les configurations de la famille se transforment, les TIC (Technologies de l'Information et de la Communication) génèrent une socialisation virtuelle. Le travail ; espace d'investissement personnel et professionnel est aujourd'hui facteur de RPS (Risques Psycho-Sociaux). Le rythme et la temporalité de l'activité humaine s'accroissent, l'ensemble de ces facteurs de changement laissent sur la « touche » les plus fragiles et les plus démunis.

Le sociologue François Dubet met en exergue dans son ouvrage *Le Déclin de l'Institution*¹, que les entités institutionnelles telles que les services de Police, l'École et l'Hôpital ont du mal à absorber tous ces mouvements sociétaux. En effet, les agents de ces institutions ne trouvent plus dans l'exercice de leurs fonctions les valeurs qu'ils accordaient à ces entités et pour lesquelles ils exerçaient ce métier. A cette perte de sens des missions exercées dans le service public, s'ajoute « la pression du chiffre », due à la constante recherche de rentabilité et d'efficacité pour répondre aux indicateurs économiques.

Aujourd'hui il n'est plus tabou d'évoquer « l'hôpital entreprise » qui, issu des organisations nord américaines, a bousculé la notion du « prendre soin » (care) par celle de « produire du soin », orientation productiviste dans une approche quantitative et qualitative encadrée et soumise à certification. La T2a (Tarification à l'Activité) et le PMSI (Programme Médicalisé des Systèmes d'Information) sont devenus les principaux outils et indicateurs de soins !

La psychiatrie française n'échappe pas à cette crise idéologique. Avec son lot de réformes, les lois du 2 février 2002², celles du 11 février 2005³, du 21 juillet 2009⁴ (Loi HPST) et enfin la loi du 5 juillet 2011⁵ (relative aux soins sous contraintes) ont suscité de nombreux débats et controverses dans les établissements de Santé. A cela se rajoute des cloisonnements des courants de pensées (psychanalyse, neurosciences, comportementalisme, systémique et traitements chimiques) qui divisent le corps médical, mais aussi l'opinion publique. Les médias omniprésents aujourd'hui grâce à l'outil internet, se complaisent à mettre en avant les incidents les plus dramatiques (agressions, meurtres) en lien avec la maladie mentale, ce qui alimentent et renforcent les représentations les plus négatives des pathologies psychiatriques déjà suffisamment stigmatisées.

¹ DUBET, François, 2002. *Le Déclin de l'Institution*. Paris : Seuil, 421p. Epreuve des faits

² LOI n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

³ LOI n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

⁴ LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la Santé et aux territoires

⁵ LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

La politique de Santé mentale suscite de larges débats depuis la circulaire de 1960⁶ qui a initié le mouvement de désinstitutionalisation et la création d'unités géo-démographiques (secteurs), en développant des structures de types ambulatoires à l'extérieur de l'hôpital, permettant ainsi de réduire les hospitalisations. Hospitalisations qui, comme le cite Jean-Yves Giordana, psychiatre à Nice, peuvent être « stigmatisantes et facteurs de labellisation de la folie »⁷.

Les expériences Italiennes portées par le psychiatre Franco Basaglia⁸ sont d'ailleurs allées beaucoup plus loin dans ce mouvement de désinstitutionalisation puisqu'il a souhaité avec ses confrères fermer les asiles de la ville de Trieste, en Italie.

L'idéologie du secteur (aujourd'hui renommée pôle) étant « *de séparer le moins possible le patient de son environnement social et familial, d'éviter l'isolement et accompagner la personne tout au long de son parcours de soin, de la prévention, la cure et la postcure par la même équipe de professionnels* ». Plus de cinquante ans après la Loi de 1960, il persiste une grande disparité dans la mise en place des structures ambulatoires sur les territoires. Une analyse réalisée en 2013 par l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes montre la disparité dans la création de Centres Médico-Psychologiques de cette région avec des écarts de un à vingt CMP selon les pôles. Nous voyons bien que l'idéologie prédominante de réactivité, disponibilité et mobilité de la sectorisation n'est pas toujours opérationnelle sur tout le territoire.

La circulaire de 2005⁹ (cf. annexe B) qui incite à la création « d'Équipes Mobiles précarité » a ré-ouvert des pistes sur de nouvelles approches du travail de secteur. Dans cette dynamique, que cela soit dans le secteur MCO ou en psychiatrie, de nombreuses Équipes Mobiles ont vu le jour. Des organisations souples, adaptées à des spécificités, réactives et innovantes se sont développées tant en France qu'en Europe (Belgique, Royaume-Unis, Pays Bas, Norvège, Finlande et Suisse).

Aujourd'hui, il est nécessaire de s'interroger sur un éventuel « inachèvement de la politique de secteur » entravé par l'expansion des neurosciences, le néolibéralisme et le management bureautique qui prônent la réduction des coûts des soins, la standardisation des pratiques, l'expression du sécuritarisme et surtout la perte d'autonomie des médecins. Les constats sont les suivants : augmentation constante des files actives, baisse du nombre de lits d'hospitalisations vacants, délais d'attente augmentés pour l'obtention d'une consultation, hausse sensible des pathologies mentales en lien avec les taux de précarité et enfin, tentatives de suicide qui aboutissent le plus souvent à une hospitalisation.

Face à ces constats, pouvons-nous vraiment nous autoriser à parler de poursuite de l'idéologie de 1960, d'innovation et de réaffirmation de la philosophie de la politique de secteur ?

⁶ CIRCULAIRE du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

⁷ GIORDANA, Jean-Yves (Dir.), COLLECTIF, 2010. *Stigmatisation en psychiatrie et en Santé mentale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, XXIV-241p.

⁸ BASAGLIA, Franco, 1970. *L'institution en négation : rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia*. Paris : Seuil, 282p. Combats

⁹ CIRCULAIRE DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 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

Il s'agira d'interroger dans notre travail les différentes pratiques en cours, de vérifier si les professionnels sont prêts à imaginer et à mettre en œuvre d'autres outils de soin et d'aborder de nouveaux mouvements organisationnels, en acceptant un changement de paradigme et en faisant de l'ambulatoire une alternative à l'hospitalisation.

Notre recherche s'inscrit donc dans cette démarche de questionnement dans le vaste contexte de la psychiatrie communautaire et citoyenne. *« La Santé communautaire ainsi définie comme : l'approche locale des problèmes de Santé d'une communauté impliquant sa participation active à toutes les étapes. Elle est théoriquement mise en œuvre par un groupe associant professionnels et population. La priorité de la Santé communautaire est la promotion de la Santé. Une communauté peut s'exprimer comme étant un groupe d'individus partageant des intérêts, des aspirations ou des systèmes de valeurs communs. »*¹⁰

Sur le terrain, nous rencontrerons un échantillon représentatif d'Équipes Mobiles, nous questionnerons les organisations et relèveront la pertinence de ces innovations. Nous nous attacherons surtout à explorer plus spécifiquement les Équipes Mobiles pour adolescents, spécialité dans laquelle nous exerçons. Nous évoquerons des pistes d'actions ou de recommandations susceptibles d'être transposables et utilisables dans notre institution. Nous espérons également que notre analyse nous permettra d'éviter les écueils de démarrage inhérents à de nouveaux projets.

1 - Approche contextuelle

10 - Personnelle (récit de vie)

Nous nous situons ici dans le statut de « parent d'adolescent » où nous nous sommes trouvés parfois sans réponse face à des situations houleuses rencontrées dans notre quotidien : comportements jugés à risque, tristesse, anxiété face aux examens de notre adolescent. Dans ces instants, nous nous sommes demandé qui aurions-nous pu interpeller s'il y avait eu une « réelle » mise en danger ? Le médecin de famille ? Une association, un CMP ? Mais à aucun moment nous n'aurions imaginé l'hospitalisation ! Nous comprenons donc les parents qui sont hostiles ou souvent dépassés par les situations d'hospitalisation qui engendrent souvent une connotation négative de la première rencontre avec la psychiatrie.

Constat qu'il est difficile en tant que parent de trouver une réponse adéquate aux difficultés psychologiques de leur adolescent!

11 - Professionnelle

En tant qu'infirmier (profession exercée durant une quinzaine d'année) et plus tard comme cadre de Santé, nous avons été confrontés à des situations dramatiques d'adolescents en crise et nous nous sommes sentis démunis quant aux solutions à adopter ! Les temps de réponse pour proposer une

¹⁰ TEISSIER, Stéphane, ANDREYS Jean-Baptiste, RIBEIRO Marie-Adèle, 2004. Santé publique, Santé communautaire. 2^eéd. Paris : Maloine, 342p.

consultation sont assez longs, le nombre de lits d'hospitalisation insuffisant, les traitements parfois mal acceptés et l'adolescent restant alors isolé à domicile. Nous avons rencontré des parents qui face à des situations de scarification, d'addiction, de violences intrafamiliales arrivent au centre de consultation complètement dépassés par la situation et demandent une aide rapide et efficace.

Constat qu'il est difficile en tant que professionnel d'apporter une réponse rapide et adaptée à des situations de difficultés psychologiques d'adolescents !

12 - Institutionnelle

La région Rhône-Alpes est constituée de trois établissements publics de Santé mentale mais seulement deux d'entre eux possèdent des lits d'hospitalisation d'adolescents et ces derniers sont régulièrement occupés, avec des durées moyennes de séjour longues qui embolisent le turn-over.

Le Centre Hospitalier et le pôle pour lesquels je travaille ne possède pas d'Hôpital de Jour ni de lits d'hospitalisation pour adolescents et pourtant confrontés à des demandes de structures médico-sociales nombreuses ainsi qu'à des situations de crises récurrentes. Face à ces constats, une réflexion est en cours, au sein du pôle et dans les groupes « accès aux soins pour adolescents » des deux Conseils Locaux de Santé Mentale en vue d'imaginer une organisation qui puisse répondre à ces situations et offrir une réactivité et une disponibilité plus large pour les adolescents en crise.

Constat qu'il manque une organisation spécifique qui puisse intervenir sur le territoire pour répondre préventivement et plus rapidement aux situations complexes d'adolescents dans les familles ou les institutions médico-sociales.

13 - Sociétale

Le dernier Projet de Loi Santé d'avril 2015¹¹ cite dans son article 13 « *La Santé mentale ne se limite pas à la prise en charge hospitalière (...). Le traitement de la maladie mentale ne peut se limiter à une prise en charge médicale : il doit s'ouvrir à la cité, s'inscrire dans un territoire et mobiliser toute les forces qui le composent* ». De plus, la question du suicide des adolescents en France reste une préoccupation majeure du ministère de la Santé, ce thème avait d'ailleurs été proposé en janvier 2015 comme thème de préoccupation nationale.

En 2015, les Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM) ont développé le thème « Être adolescent aujourd'hui » comme un sujet d'actualité ce qui démontre un intérêt et une préoccupation pour cette population spécifique.

Même si la crise d'adolescence n'est pas une pathologie, certaines conduites de cette tranche d'âge peuvent être à risque et entraîner des conséquences graves et irréversibles sur la Santé physique et mentale.

¹¹ Projet de Loi de modernisation du système de Santé 2015, porté par Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des droits des femmes, adopté par l'Assemblée Nationale le 14 avril 2015

Constat que nos tutelles, nos élus sont conscients des problématiques de Santé mentale des adolescents en difficultés psychologiques et mettent en œuvre des politiques susceptibles d'améliorer la situation. Ces incitations nous permettent d'imaginer des organisations spécifiques et réactives auprès des adolescents en souffrance qui pourraient être soutenues voire subventionnées.

14 - Question de départ

Face à ces constats, notre approche contextuelle nous amène à interroger la pertinence des Équipes Mobiles pour adolescents au sein des organisations de Santé mentale. Sont-elles une réponse économique et clinique complémentaire et adaptée aux problématiques psychologiques des adolescents de demain ? En ce sens nous formulons ce questionnement de départ :

« En quoi et comment une Équipe Mobile peut-elle être un outil pertinent, une réponse complémentaire et adaptée à la prise en charge des problématiques psychologiques des adolescents sur les pôles de pédopsychiatrie ? »

2 - Méthodologie de la recherche

20 - Type de recherche

Nous avons choisi de réaliser une recherche de type « enquête de terrain » ; elle nous permettra d'apporter une aide théorique et méthodologique pour les projets de notre pôle d'activité médicale. L'enquête s'articule entre des lectures conceptuelles, les rencontres de terrains, des questionnaires, des interviews téléphoniques et des entretiens (focus groupe) lors de visites de structures. Un certain nombre d'éléments non envisagés lors de la question de départ peuvent apparaître au cours de la recherche ; nous les considérerons comme des particularités ou des invariants permettant de pondérer ou d'enrichir la réponse à la problématique initialement définie.

Cette recherche répond aux normes universitaires nationales d'un travail écrit et pourra faire l'objet d'une publication aux normes internationales.

21 - Objectif

L'objectif de cette recherche est de recueillir sur le terrain les points clefs de l'opérationnalité d'une Équipe Mobile pour adolescents, en repérer les écueils et les axes positifs. Nous pouvons considérer ce travail comme un support théorico-pratique qui pourrait nous permettre de baliser et d'anticiper la mise en œuvre d'une telle organisation sur notre pôle d'affectation. À l'issue de cette enquête, nous tenterons d'exprimer un cadre de préconisation qui pourrait servir à d'autres Équipes Mobiles en devenir.

Ce travail de recherche a également l'objectif de créer de nouvelles rencontres professionnelles, un apport de connaissances et d'expériences innovantes qui nous permettront de redynamiser notre fonction de cadre de Santé et notre mission de service public dans la communauté.

22 - Cadre éthique et déontologique

En tant que professionnel intervenant dans le cadre hospitalier, nous avons le devoir de préserver le secret professionnel, la confidentialité des lieux et des données recueillies. L'anonymat permettra de libérer la parole et donc d'enrichir les données récoltées. Chausser les lunettes de chercheur, c'est appliquer le cadre éthique et déontologique inhérent à toute action de recherche.

23 - Choix de la démarche

Notre recherche sera à la fois argumentée de données qualitatives et quantitatives recueillies à l'aide de questionnaires mais aussi par des entretiens collectifs et individuels téléphoniques qui nous laisseront la possibilité de relance ou de recentrage des propos. La temporalité de notre démarche et la multiplicité des lieux ne nous a pas permis de nous rendre in situ pour recueillir les données.

24 - Protocole

Les entretiens groupaux seront réalisés dans le cadre des visites au programme du diplôme Inter Universitaire, les entretiens individuels se dérouleront par téléphone et la diffusion des questionnaires sera organisée après appel au cadre de Santé et, pour certaines institutions, avec l'accord du Directeur des soins qui souhaitait visualiser le contenu de nos questions.

25 - Terrain

Nous touchons sur ce travail des Équipes Mobiles opérant sur le territoire national, nous avons contacté plus de vingt structures pour constituer un échantillon suffisamment large (quinze d'entre elles se sont présentées comme des Équipes Mobiles pour adolescents).

26 - Echantillons

Les entretiens collectifs et les questionnaires viseront l'ensemble des intervenants opérant au sein d'une Équipe Mobile (de la secrétaire au médecin). Pour les entretiens téléphoniques nous privilégierons les cadres de Santé ou manager des Équipes Mobiles.

27 - Outils de la recherche

Nous avons choisi d'utiliser l'entretien collectif non directif, ainsi que des entretiens téléphoniques semi-directifs. Un questionnaire (cf. annexe A) avec une partie de questions fermées ou à choix multiples nous délivrera un regard quantitatif. Une lecture des textes et parutions sur le thème des « Équipes Mobiles » élargira notre vision législative sur ces organisations.

270 - Entretiens

Nous avons choisi de participer à des entretiens de présentation collectifs avec des questions de relance (au regard du contexte, nous n'avons pas toute la maîtrise du déroulement), nous utiliserons notre grille du questionnaire tout en laissant les interviewés évoluer dans leur argumentation pour laisser libre cours à la parole.

271 - Questionnaires

Ils ont été élaborés à partir des mots clefs de notre recherche. Nous avons diffusé **cent-vingt questionnaires**, chaque document comprenant vingt questions ouvertes et/ou semi-fermées. Les questions ont été testées auprès de trois infirmières avant envoi... Nous n'avons pas eu de maîtrise sur le mode de passation en laissant cette initiative au cadre de Santé du service préalablement débriefé. Les supports papiers ont été adressés à la structure avec une enveloppe timbrée pour le retour. La durée de passation a été évaluée à vingt minutes. Sur l'ensemble des équipes interrogées, seules trois n'étaient pas spécifiques pour les adolescents, nous en avons tenu compte dans notre analyse.

L'analyse des questionnaires s'est déroulée avec l'aide technique du logiciel de recherche « sphinx ».

272 - Analyse de documents

Nous avons interpellé la documentaliste de notre établissement pour une aide méthodologique dans la recherche documentaire avec comme consigne de récolter les documents, articles sites internet, ouvrages traitant des Équipes Mobiles pour adolescents. Nous en avons réalisé une approche comparative en croisant les documents et lectures avec notre recueil de données.

28 - Limites de la recherche

Les limites de notre recherche résident dans le fait que notre échantillon est restreint. Le taux de retour des données est néanmoins significatif (**83 retours soit 69% sur 120 envoyés**).

Les entretiens collectifs ont été réalisés avec peu de maîtrise du temps et des questions (les échanges téléphoniques ne laissant pas percevoir les émotions et réactions des interlocuteurs). Notre recherche s'est déroulée dans un cadre temporel déterminé sans avoir de temps dédié par notre institution pour la réaliser. Ce manque de temps a réduit notre champ d'investigation au seul territoire national et uniquement métropolitain.

Cette recherche pourrait dans un deuxième volet s'enrichir de données plus approfondies issues d'initiatives européennes, (les Belges, les Anglais, les Norvégiens, les Suisses étant déjà bien avancés sur le développement de leurs Équipes Mobiles).

29 - Particularités ou invariants

Nous n'avions pas envisagé que notre questionnaire puisse entraîner des conséquences pédagogiques et réflexives ; en effet plusieurs cadres m'ont appelé pour me dire que les questions avaient déclenché des échanges pendant les réunions notamment sur l'analyse de leur pratique (le cadre organisationnel d'intervention, la composition et l'avenir de leur Équipe Mobile). Nous nous félicitons que notre modeste travail ait pu permettre à des professionnels de se réinterroger sur leurs pratiques.

3 - Concepts et analyse

Nous avons choisi de présenter l'analyse en la croisant avec les approches conceptuelles et l'ensemble de notre recueil de données (entretiens et questionnaires). Nous balayerons successivement différents axes concernant le fonctionnement des « Équipes Mobiles pour adolescents ». Nous traduirons ces données quantitatives et qualitatives à l'aide d'histogrammes suivi de commentaires et d'analyses.

30 - L'adolescence dans tous ses états

Avant de poursuivre notre propos sur les Équipes Mobiles pour adolescents, il nous semblait nécessaire d'aborder ce que nous définissons comme « Adolescence ».

Dans la société actuelle, l'adolescence semble prendre place de plus en plus tôt dans la vie. Il est difficile de trouver une seule définition de l'adolescence. « Transformation complexe », l'adolescence n'est que l'âge qui succède à l'enfance et précède l'âge adulte immédiatement après la puberté. L'adolescence correspond à une période de changement identitaire intense en raison de toutes les transformations corporelles, psychiques, sexuelles et sociales.

Du latin « *adolescere* » qui signifie « *grandir vers* », l'adolescence est un terme récent qui n'existait pas ou était ignoré quand, au sortir de l'enfance, on entrait immédiatement dans le monde du travail donc celui de l'adulte ! L'adolescence se détermine parfois en trois phases : la préadolescence, l'adolescence et la post-adolescence. Si l'on en croit le vocabulaire médical, l'adolescence se passerait de 13 à 19 ans et

serait déterminée par le seuil pubertaire et l'âge de la majorité ! La sociologie penche plutôt vers la définition d'une « *deuxième partie de la jeunesse où le sujet est encore dans toutes les dépendances ; civiles, résidentielles, économiques* ».

Si la date de la fin de l'adolescence fait débat, tous les spécialistes s'accordent à faire débiter l'adolescence à l'âge de la puberté physiologique. Cette modification pubertaire et psychique coïncide souvent chez les parents à une crise du « milieu de vie » et entraîne des modifications dans les alliances familiales, ce qui peut fragiliser les fonctions parentales.

Il ne faut pourtant pas résumer le terme d'adolescence à une crise pubertaire ou à une pathologie ! La Santé des adolescents et post-adolescents suivant le *Baromètre Santé jeunes* de 2010¹² est plutôt bonne, les plans de Santé successifs à leur encontre (plan nutrition Santé, plan suicide, plan addiction) montrent la préoccupation des politiques et la multiplication des actions mises en œuvre.

Ce constat rassurant cache parfois des situations plus discrètes mais non négligeables comme le décrochage scolaire, la pauvreté, les inégalités sociales, le chômage et l'inactivité. Ces risques de vulnérabilité pourraient vite inverser le constat et contribuer à un état de détérioration de la Santé des adolescents.

Une autre enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire réalisée par l'INSERM en 2013 « *Portraits d'adolescents* »¹³, initiée par Catherine Jousselme, professeur de psychiatrie à l'université Paris Sud, confirme la bonne Santé des adolescents et réaffirme le côté complexe de ces adultes en devenir.

Loin des clichés caricaturaux, cette étude menée auprès d'un échantillon de 15 235 jeunes de 13 à 18 ans montre que :

- plus de 50% des adolescents disent avoir confiance en l'avenir.
- 56% des adolescents pensent que l'adolescence n'est pas une période facile.
- 74% de filles et 58% de garçons privilégient l'isolement en cas de mal être.
- 75% des adolescents reconnaissent avoir besoin de limites.

Pourtant, parmi les six millions de jeunes âgés de 11 à 18 ans, 15% d'entre eux (soit 900 000 jeunes) présentent des signes tangibles de souffrance psychique qui s'exprime dans une grande diversité de comportements allant de la plainte somatique à la mise en danger physique et sociale à l'issue parfois fatale. On recense 40 000 tentatives de suicides par an en France, le suicide étant la deuxième cause de mortalité des 15/24 ans et nous savons qu'un tiers de ces adolescents-suicidant récidivent.

¹² BECK, François (Dir.), RICHARD Jean-Baptiste (Dir.), COLLECTIF, 2013. *Les comportements de Santé des jeunes : analyse du Baromètre Santé jeunes*. Paris : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, 346p. Baromètres Santé

¹³ JOUSSELME, Catherine, COSQUER, Mireille, HASSLER, Christine, COLLECTIF, 2015. *Portraits d'adolescents : enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013*. Paris : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 182p.

Une enquête¹⁴ de 2011 réalisée par l'observatoire des drogues et toxicomanies montre que 2,2% des 27 400 adolescents interrogés ont reconnu avoir fait une tentative de suicide dans l'année ayant nécessité une hospitalisation. Les TS sont trois fois plus fréquentes chez les filles. L'âge moyen de la première TS se situe à la moyenne de 14,4 ans.

L'Organisation Mondiale de la Santé avance que la dépression est la principale cause de maladie et de handicap chez les jeunes de 10 à 19 ans. En outre l'OMS, estime que les trois causes de décès des adolescents dans le monde (1,3 millions en 2013) sont les accidents de la route, le SIDA et le suicide. C'est la première fois que l'OMS publie un rapport complet¹⁵ dédié aux problèmes de Santé affectant les adolescents. Ces problèmes sont liés au tabac, à la consommation de drogue et d'alcool, au SIDA, à la Santé mentale, à la nutrition, à la sexualité et à la violence.

La France arrive en 3^{ème} position des pays européens pour la consommation de tranquillisants et de somnifères chez les adolescents¹⁶.

Une enquête INSERM de 2009¹⁷ montre que sur une population de 4 millions d'adolescents (15/19 ans), 11% présenteraient un trouble psychiatrique.

- 6% (soit 238 062 jeunes) souffrent de troubles anxieux.
- 3,2% (soit 127 703 jeunes) souffrent de dépression.
- 0,5% (soit 19 839 jeunes) souffrent de troubles bipolaires et schizophrénie.
- 0,4% (soit 15 789 jeunes) souffrent d'anorexie/boulimie.
- 0,3% (soit 10 832 jeunes) souffrent d'autisme et autres troubles envahissant du développement.

Une observation faite par la DASES de Paris en 2003¹⁸ montre que les adolescents placés en famille d'accueil ou en institution présentent une fréquence supérieure à la population standard de conduites d'instabilité (soit 31% d'entre eux), d'agressivité (40%) et de difficultés scolaires (30%).

Ces conduites ou pathologies ne peuvent être banalisées voire négligées et doivent être reconnues comme de véritables signaux d'appel, des indices de souffrances psychiques constituant un enjeu de Santé publique et une mission prioritaire de nos organisations de soins.

¹⁴ COLLECTIF, 2011. *Enquête sur la Santé et les consommations lors de la Journée d'appel et de préparation à la défense (ESCAPAD) – alcool*. Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Disponible sur <http://www.ofdt.fr> [Consulté le 26/08/2015]

¹⁵ COLLECTIF, 2012. *Santé de l'enfant et de l'adolescent : enquête sur le comportement de Santé des enfants d'âge scolaire (HSBC)*. Europe : OMS, 272p.

¹⁶ SOMMELET, Danièle, 2007. *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de Santé*. Paris : Ministère de la Santé et des solidarités, 950p.

¹⁷ COLLECTIF, 2009. *Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver*. 2^eéd. Paris : Institut National de la Santé et de la Recherche. 211p. Expertise opérationnelle

¹⁸ VERSINI Dominique, 2007. *Adolescents en souffrance : plaidoyer pour une véritable prise en charge*. Paris : Défenseur des enfants, 122p.

31 - L'hospitalisation des adolescents

310 - Généralités

Les Centres Hospitaliers ont progressivement construit une offre de soins à l'intention des adolescents car les besoins spécifiques de cette population sont de mieux en mieux circonscrits. La médecine de l'adolescent reste néanmoins imparfaite et s'articule entre les services de pédiatrie et de médecine générale.

Une des raisons principales du manque de service spécifique relève des divergences sur la notion de tranche d'âge. Pour l'OMS, l'adolescence s'inscrit sur une période de 11 à 24 ans ; cette tranche d'âge est limitée par de nombreux médecins à 12/19 ans, alors que les textes réglementaires français évoquent une majorité sexuelle à 15 ans, une majorité « psychiatrique » à 16 ans et une majorité légale à 18 ans. La pédiatrie quant à elle, a ces dernières années élargie son champ d'intervention à 18 ans.

Certains services de pédopsychiatrie limitent l'âge des patients à « 16 ans et trois mois » et orientent les « adolescents / jeunes adultes » en psychiatrie générale. Nous avons rencontré des « Équipes Mobiles pour adolescents » où la tranche d'âge s'étendait de 13 à 25 ans et pouvant même s'élargir sur la tranche haute en cas de poursuite du cursus universitaire ou de manque d'autonomie financière. Les discussions autour de la tranche d'âge s'avèrent toutefois peu utiles, des études ayant démontrées que les jeunes adultes (25 ans) ont des problématiques protéiformes qui semblent étonnamment proches de celles des 12/16 ans !

L'hospitalisation des adolescents reste souvent un point d'achoppement et peut être due à l'inadéquation des demandes de soins et la réalité fonctionnelle et culturelle hospitalière.

Dans l'inconscient collectif, il existe une crainte de nuire aux adolescents par la création d'une dépendance aliénante. Les professionnels ne sont pas tous formés à cette population particulière et aux pathologies spécifiques. Ils peuvent être aussi confrontés à des problématiques qui les concernent à double titre de professionnels et de parents lorsqu'ils croisent des conduites dans leur propre cellule familiale.

Même s'il existe des structures spécifiques ; les adolescents rencontrent leur première hospitalisation dans le secteur Médecine/Chirurgie/Obstétrique.

Le Dr Patrick Ayoun, pédopsychiatre, nous montre¹⁹ à propos d'adolescents suicidant que :

- 10% passent aux urgences pédiatriques.
- 25% sont gardés moins de 24h (dans un tiers des cas aucune évaluation n'a eu lieu).
- 50% jugent l'hospitalisation pénible.
- 85% ne rencontrent aucun sujet de leur âge.
- Un adolescent sur dix est hospitalisé plus de 24 h.

¹⁹ AYOUN, Patrick, 2008. *L'hospitalisation à temps complet des adolescents et ses indications en psychiatrie*. L'Information psychiatrique. Vol. 84 N°7, p. 701-707. [DOI : 10.1684/ipe.2008.0352]

En France, un adolescent de 12 à 25 ans a six fois moins de risque d'être hospitalisé qu'un enfant de 2 ans ou qu'une personne âgée.

Face à ces constats il est important d'imaginer d'autres outils préventifs ou complémentaires à l'hospitalisation.

311 - En secteur psychiatrique

L'hospitalisation en psychiatrie demeure un évènement rare à l'adolescence. Néanmoins, de jeunes patients bénéficient de soins hospitaliers le plus souvent en pédiatrie ou aux urgences qui détermineront ou non une alliance thérapeutique incontournable dans la prise en charge. Des premiers contacts avec la Santé mentale le plus souvent initiés par le médecin généraliste s'installent une crainte, une appréhension et pour beaucoup un rejet dû à une stigmatisation sociétale négative. L'hospitalisation reste le plus souvent assez courte et ne peut à elle seule résoudre les problématiques engendrées par la pathologie de la clinique adolescente.

Les services d'hospitalisation d'adolescents ont du mal à faire cohabiter les tranches d'âge, la maturité d'un patient de 18 ans vient se confronter à l'insouciance et aux relations ludiques des 12 ans. Il est difficile de faire cohabiter des pathologies délirantes avec des patients déprimés et suicidaires. De même, la prise en charge de l'anorexie requiert une approche particulière. Les jeunes patients arrivés en crise ont du mal à se projeter face à des jeunes avec des pathologies chroniques. A l'âge où la puberté peut enflammer certains comportements inadaptés, il est difficile de faire vivre côte à côte et 24h sur 24h des adolescents de sexe différents.

Le rapport au corps, la prise de traitements et la confrontation aux règles de l'institution hospitalière (heures de repas de coucher, toilette, rangement de la chambre, etc.) sont des contraintes que l'adolescent a du mal à accepter.

Dans nos entretiens, nous avons rencontré une véritable inquiétude chez les professionnels au sujet des adolescents qui ne se présentent plus : ils disparaissent du réseau scolaire, les IDE et médecins scolaires ont tellement d'absentéisme que les signalements (au bout de quatre jours d'absence sans justificatifs) ne sont plus adressés à l'Inspection Pédagogique. Ces jeunes adolescents se retrouvent souvent seuls à la maison, parfois enfermés dans le cercle vicieux des jeux vidéo ou des réseaux sociaux, désocialisés et fréquemment en conflit parental ; ils refusent de venir en consultation. Ce phénomène est nommé « Hikikomori » au Japon où il est apparu ce trouble de conduite inquiète les professionnels. Ces adolescents se comportent comme des ermites modernes et laissent perplexes leurs proches autant que les acteurs éducatifs et médico-psychologiques.

Ces constatations sont prégnantes dans certains secteurs où la précarité surajoutée laisse les plus faibles sur la touche : les Équipes Mobiles se transforment dès lors en Équipes Mobiles de la non-demande.

Même si pour les cas d'urgence ou de crise, l'hospitalisation reste nécessaire voire même l'ultime recours pour protéger l'adolescent et sa famille, elle ne peut répondre systématiquement à toutes les problématiques. Les pôles de pédopsychiatrie doivent mettre en place des stratégies organisationnelles susceptibles d'éviter une hospitalisation qui peut s'avérer inefficace voire traumatisante (nous l'avons évoqué précédemment) : le travail à domicile avec les partenaires de terrain s'avère être une judicieuse

312 - Les représentations de la maladie mentale

« J'ai assez vécu pour voir que différence engendre haine » disait Stendhal dans *Le rouge et le noir*²⁰

Michel Foucault affirme qu'il n'y avait pas de folie avant le 17^{ème} siècle car elle faisait partie de l'existence des hommes. Elle apparaît au Moyen-âge comme un surcroît démoniaque à l'œuvre de Dieu²¹. Cette image persistera jusqu'à la Renaissance où la folie sera mise à distance de la raison. Les conceptions premières de la folie sont donc celles du sacré, du religieux et du démoniaque. La folie comme aujourd'hui le sida- fait partie des maladies que l'on cache.

Emile Durkheim, sociologue considère que la « *Folie comme le crime ont une fonction sociale; la folie nous délivre des terreurs qui nous menacent* »²².

Sociologiquement la folie est perçue comme une cristallisation de toutes les transgressions bousculant l'ordre établi. Pour certains, la folie peut être générée par le groupe social, la folie n'étant pas partie intrinsèque de l'individu. Pour d'autres, elle agirait comme un processus extérieur, propre au groupe, qu'il utilise pour s'en protéger. Les délires, les persécutions sont souvent relayées dans les faits d'actualité ; les meurtres commis en Norvège en 2011 par Anders Behring Breivik ont pu être ainsi attisées par des élans racistes et persécutoires générés par les médias.

Les malades mentaux, individus « encombrants », sont souvent objets de discrimination. Denise Jodelet, dans son étude²³ consacrée à la colonie familiale d'Ainay-Le-Château où mille malades mentaux sont confiés à cinq-cents familles nourricières considère au terme de sa recherche que : « *Connaitre l'autre, c'est le savoir semblable* ». Cette rencontre paraît improbable dans la vie sociale : « *Cela conduit à éviter le contact et dans ce but ériger un ordre social qui protégera le groupe* » rajoute-t-elle.

Le rapport réalisé en 2009 par Edouard Couty²⁴, conseiller maître honoraire à la Cour des comptes, ajoute que la psychiatrie et ses intervenants souffrent d'une image négative. La psychiatrie est vécue soit comme trop répressive, soit comme trop laxiste.

Une enquête réalisée par le SICOM en 1993²⁵ démontre que 70% de l'opinion publique associent maladie mentale et folie ! Sont également associés les débiles, les dépressifs, les trisomiques ainsi que les meurtriers mais on ne considère la dangerosité et l'enfermement nécessaires que dans 25% des cas. Le public et les professionnels s'accordent sur l'inacceptation de la maladie mentale dans la société.

²⁰ BEYLE, Henri [Pseudo : Mr de STENDHAL], 1830. *Le rouge et le Noir : chronique du XIX*. Paris : Levasseur.

²¹ FOUCAULT, Michel, 1961. *Histoire de la folie à l'âge classique : folie et déraison*. Paris : Plon, XI-672p. Civilisations d'hier et d'aujourd'hui.

²² DURKHEIM Emile, 1897. *Le suicide : étude sociologique*. Paris : Alcan, 462p.

²³ JODELET Denise, 1989. *Folies et représentations sociales*. Paris : Presses universitaires de France, 398p. Sociologie d'aujourd'hui.

²⁴ COUTY, Edouard, CECCHI TENERINI, Roland, BROUDIC, Patrick, NOIRE, Dominique, 2009. *Mission et organisation de la Santé mentale et de la psychiatrie* » [Rapport présenté à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sport]. Paris : Ministère de la Santé et des Sports, La Documentation Française, 86p.

²⁵ *Enquête GMV Conseil pour le Syndicat Inter Hospitalier de Communication externe des hôpitaux spécialisés de Paris*. Avril 1993.

Edouard Zarifian, psychiatre, souligne²⁶ que les maladies mentales engendrent peur, méfiance, intolérance et exclusion auprès de la population générale. Les gens ne perçoivent pas que 800 000 personnes sont suivies chaque année en psychiatrie dont 73 000 seulement sont hospitalisées. Or 25% des français connaissent dans leur entourage quelqu'un qui souffre de pathologie mentale.

Sociologiquement les problèmes de Santé mentale ne sont guères différents des autres problèmes de Santé : quel que soit le type de morbidité, toutes les relations avec les caractéristiques socioprofessionnelles risquent d'être touchées par cette maladie. En effet, que l'on soit un cadre, un membre de professions intellectuelles supérieures ou que l'on fasse partie des moins instruits, (des pauvres, des chômeurs ou des moins qualifiés), la maladie mentale peut à tout moment toucher un élément de notre famille. Cependant, la ségrégation et la stigmatisation sont souvent des murs infranchissables pour les plus précaires et les plus démunis. Nous rejoindrons sur ce point Isaac Newton (1642-1727) : « *Les hommes construisent trop de murs et pas assez de ponts* ».

De nos jours, l'effet médiatique tend à renforcer les représentations négatives : on ne parle pas « d'assassin » mais de « schizophrène » dans les derniers événements douloureux qui ont fait l'actualité.

« *Non, la folie n'a pas disparu de notre univers familial. Autour de nous, il y a encore des fous, des hôpitaux psychiatriques, des psychotiques, des schizophrènes, des paranoïaques, des infirmiers et des infirmières, des médecins psychiatres, des centres de jour, des prises en charge, des maladies mentales, du délire. Et tout cela fonctionne, à notre porte, à notre insu, comme cela peut, avec des bas plus souvent qu'avec des hauts. Comment cela peut-il en aller différemment ?* »²⁷ (D. Conrad Télérama 2 février 2005).

Une sur-médiatisation d'événements violents (Lyon, Pau 2004, et Grenoble 2010) est propice à la désignation de boucs émissaires. Les malades mentaux comme d'autres communautés (étrangers) sont rendus responsables de la montée de l'insécurité.

L'importance de la terminologie utilisée a un impact non négligeable : un malade mental est souvent associé à un dépressif, un fou, voire-même un fou dangereux ou un « fou à lier ».²⁸

Se pose la question d'une adaptation du discours politique au discours médiatique, les représentations archaïques de la folie se portent bien, médias et politique se relaient pour donner une image désastreuse de la psychiatrie. Cette dernière tend à faire croire que folie égale violence, dangerosité et meurtre. Y a-t-il collusion du politique et du juridique pour un retour au sécuritaire et se saisir de l'événementiel pour mettre en place une politique plus stigmatisante que soignante mais rassurante pour la population ?

Adulte comme adolescent sont imprégnés de ce qu'appelle Serge Moscovici, sociologue, le « *noyau dur des représentations* »²⁹ (folie/violence/dangerosité) et il est bien sûr difficile encore de nos jours à

²⁶ ZARIFIAN, Edouard, 1988. *Les jardiniers de la folie*. Paris : Odile Jacob, 232p.

²⁷ CONRAD, D, 2005. *Occultées pendant longtemps, les maladies mentales reviennent au centre du débat public*. Télérama, n°2873 du 2 février [relatif à la maladie mentale et au débat suscité par le meurtre de Pau]

²⁸ KALAMPALIKIS, Nikos, DAUMERIE, Nicolas, JODELET, Denise, 2007. *De l'effet médiatique au fait politique : la Santé mentale en question*. L'Information psychiatrique. Vol. 83 N°10, p. 839-843

accepter de franchir la porte d'un CMP ou d'un service d'hospitalisation en psychiatrie, même si les résistances ont nettement diminué depuis le développement des soins en ambulatoire.

En tant que coordinateur des Semaines d'Information sur la Santé Mentale de notre institution, nous nous investissons chaque année pour mettre en œuvre des actions d'information et de dé-stigmatisation de la maladie et nous mesurons le long chemin qu'il reste à accomplir auprès de nos concitoyens pour que les personnes atteintes de problématiques de Santé mentale puissent trouver ou simplement garder leur place au sein de notre espace sociétal.

La stigmatisation des espaces ou de la maladie sont des freins à l'accueil du jeune adolescent en soins.

313 - La mutation sociétale

Le lien familial, l'éducation spécialisée, l'accompagnement psychothérapeutique, sont aujourd'hui confrontés à une révolution qui, depuis quelques années, exerce une influence décisive sur l'ensemble des pratiques : cette révolution relève de l'actuelle mutation sociétale indûment appelée «*crise*» par les politiques et les médias. Les modes d'être et de se comporter des enfants et des adolescents d'aujourd'hui ne répondent plus à nos modèles éducatifs et psychothérapeutiques qui se montrent de plus en plus insuffisants, voire contre-productifs. De fait, nous sommes tentés d'interpréter les moindres de leurs comportements en termes de déviances qu'il nous faudrait corriger, là où souvent il ne s'agit que de l'expression d'une nouvelle normalité, sous-tendus par des valeurs nouvelles sur lesquelles nous pouvons très utilement nous appuyer dans notre action éducative et psychothérapeutique.

L'expérience montre que dès que parents et éducateurs disposent des éléments de compréhension nécessaires, des problèmes éducatifs et relationnels d'apparence insolubles ; ils trouvent en peu de temps des solutions favorables à la situation.

32 - La sectorisation

Une histoire inscrite comme une alternative aux lieux de ségrégations comme l'asile concentrationnaire, aux lois contre la divagation, à la mendicité et à la place des aliénés, aux malades ou vieux dans la société. C'est aussi une lutte contre une mise à l'écart des maladies contagieuses, la lèpre, la syphilis, sur le modèle de l'hygiène sociale. En paraphrasant Michel Foucault³⁰, nous pouvons dire que le rôle des aliénistes, puis des psychiatres, des asiles, était à l'époque de surveiller, garder, isoler, classer et ramener à la raison les malades.

²⁹ MOSCOVICI, Serge, 1989. *Des représentations collectives aux représentations sociales*. In : JODELET, Denise (Dir). *Les représentations sociales*. 3^eéd. Paris : Presses universitaires de France, 424p.

³⁰ FOUCAULT, Michel, 1975. *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris : Gallimard, 318p.

Les premières traces de l'idée d'une organisation territoriale apparaissent en 1791, par le plan de la Rochefaucault-Liancourt (comité de mendicité de la constituante), qui propose le plus possible de soins à domicile, la création d'un grand hospice par département et un droit à l'assistance pour tout infirme ou aliéné afin qu'il soit reçu dans un établissement proche de son domicile. De nombreux médecins comme Esquirol au début du siècle se tourneront vers l'extérieur de l'hôpital. C'est l'arrivée des neuroleptiques en 1957 (Largactil) qui va accélérer le processus de « désaliénisation » ; les gardiens d'asile deviennent des soignants et le traitement permet de faire de l'hospitalisation un moment de passage pour le patient. Les prémices du secteur amèneront de grands débats auprès des médecins, entre ceux qui veulent soigner et ceux qui veulent organiser la vie asilaire. Les médecins militants comme Bonnafé, Daumezon, Follin, Tosquelles auront finalement le dernier mot !

C'est par une simple circulaire ministérielle du 15 mars 1960³¹ qu'est née officiellement la psychiatrie de secteur « Soigner hors des murs dans la cité » disait Lucien Bonnafé. La circulaire Chenot³² définira ainsi l'organisation de la psychiatrie « *La même équipe médico-sociale sous la responsabilité d'un médecin chef de secteur, assurera la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement si possible sans hospitalisation, les soins avec hospitalisation et la postcure de tous les patients d'un territoire géographique d'environ 67 000 habitants.* » *Le Centre Médico-Psychologique sera le pivot de cette nouvelle organisation des soins.*

La circulaire Boulin³³ du 18 janvier 1971³⁴ renforcera le principe du secteur : « *La sectorisation à partir d'un hôpital isolé départemental ne constitue qu'un palliatif qui présente de graves inconvénients. La politique de sectorisation psychiatrique passe par la déconcentration, il ne faut pas craindre d'être novateur car c'est la seule manière de faire coïncider le secteur sanitaire et le secteur psychiatrique.* »

Le secteur deviendra une réalité administrative par l'arrêté du 14 mars 1972³⁵ « *le secteur constituant la base du service public de Santé mentale.* »

La Circulaire du 16 mars 1972³⁶ sera le premier texte sur la prise en charge des enfants et adolescents.

La Loi du 31 décembre 1985³⁷ viendra enfin légaliser le secteur (la Circulaire étant une incitation, la Loi inscrivant une obligation).

³¹ CIRCULAIRE du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

³² CHENOT, Bernard, Ministre de la Santé Publique de juillet 1958 à août 1961

³³ BOULIN, Robert, Ministre de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale de 1969 à août 1972

³⁴ CIRCULAIRE du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie

³⁵ ARRÊTÉ du 14 mars 1972 fixant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies

³⁶ CIRCULAIRE n°443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents

³⁷ LOI n°85-1985 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

Le décret du 14 mars 1986³⁸ définira 3 types de secteurs :

- Secteur de psychiatrie générale pour les personnes de +16 ans.
- Secteur de psychiatrie infanto-juvénile de 0 à 16 ans.
- Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

L'arrêté du 14 mars 1986³⁹ (cf. annexe B) concernera les équipements et service de lutte contre les maladies mentales avec ou non possibilité d'hospitalisation.

- Equipement sans hébergement : centre médico-psychiatrique ; Hôpitaux de Jour ; ateliers thérapeutiques ; centre d'accueil thérapeutique à temps partiel ; service de soins extrahospitaliers.
- Equipement avec hébergement : centre d'accueil permanent (centre de crises) ; hôpitaux de nuit ; centre de postcure ; placement familial thérapeutique.

Au regard des textes, nous pouvons percevoir le long processus de la mise en place du secteur qui passe par une circulaire, un arrêté, pour enfin être complétement légalisé par une loi. Nous voyons aussi les résistances toutes aussi présentes du coté des législateurs que des médecins mais aussi de l'opinion publique. La sectorisation est une organisation dont les principes sont toujours vivants, à décliner dans une société complexe et soumis aujourd'hui à des contraintes économiques, qui auront un rôle dans la mise en œuvre des prises en charge.

Nous pouvons aussi comprendre les liens étroits existants entre les concepts de psychiatrie dans la communauté et la politique de sectorisation. Le Réseau International de Collaboration en Santé Mentale (RICSM) rappelait en 2007 des préconisations pour les pratiques de soins psychiatriques dans la cité⁴⁰ avec six critères qualitatifs qui sont toujours d'actualité et en lien avec l'idéologie du secteur d'il y a cinquante ans :

1. Pas de service d'hospitalisation fermé.
2. Plus de 60% du personnel intervenant dans la cité.
3. Permanence téléphonique constante.
4. Services psychiatriques toujours en relation avec les médecins généralistes.
5. Au moins une réunion par mois avec les associations d'usagers et de famille.
6. Réponse à l'urgence.

Certains de ces points (4, 5, 6) ne sont malheureusement pas toujours opérationnels sur le territoire du secteur.

320 - Principes fondamentaux du secteur

Précocité, continuité, proximité des soins et responsabilité en continue de la même équipe soignante pour toutes les phases du parcours thérapeutique constituent les principes fondamentaux du secteur.

³⁸ DÉCRET n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique

³⁹ ARRÊTÉ du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement

⁴⁰ ROELANDT, Jean-Luc, DAUMERIE, Nicolas, CARIA, AUDE, EYNAUD, Michel, LAZARUS, Antoine, 2007. *Changer la psychiatrie pour destigmatiser*. Santé mentale, n°115, pp. 16-21

De même, le refus de la ségrégation du malade mental (afin qu'il soit séparé le moins possible de sa famille), la volonté de la part des équipes soignantes d'intégrer, de maintenir ou de réintégrer le patient dans son milieu familial et social constituent d'autres principes essentiels du secteur. Michel Verpeaux, professeur de droit constitutionnel, cite à ce sujet : « *Il faut agir au sein ou au plus près du milieu de vie naturel du malade, afin d'éviter au maximum le rejet par l'entourage et la désinsertion sociale* »⁴¹.

Ces principes restent d'actualité et se déclinent encore aujourd'hui dans des pôles médico-économiques hospitalo-centrés.

321 - Le travail de disponibilité

« *Le travail de disponibilité* » trouve ses racines dans l'histoire de la psychiatrie française notamment en 1864 avec Jean-Pierre Falret psychiatre à La salpêtrière qui évoque son patronage à domicile pour les patients convalescents sortant de l'asile. Jean-Pierre Falret créateur de « la folie circulaire » a fait basculer la psychiatrie dans le domaine de la médecine mentale. Plus tard, à l'image de l'hygiène sociale la psychiatrie créera « *les infirmières visiteuses* ». Ceux sont les enfants de Paris qui bénéficieront des premières démarches à domicile, actions que L Bonnafé (psychiatre désaliéniste) définira comme « *aller au devant de la population* ».

Le travail de disponibilité est différent de la notion d'hospitalité, c'est d'abord se mettre en adéquation entre la temporalité des patients (demandeurs de soins) et la temporalité des soignants (producteurs de soins). L'éthique de l'hospitalité va par contre de mise avec celle de la disponibilité.

Ce qui est généralement nommé comme travail de disponibilité réside dans : « *La réflexivité, et les transformations organisationnelles en vue de produire plus de disponibilité de l'équipe soignante par rapport au besoin de la population* »⁴².

Une autre définition exprime « *la disponibilité d'un secteur psychiatrique comme le fait qu'il trouve sans retard le dispositif (matériel, organisationnel et soignant) adéquat pour soigner et prendre en charge, à un moment donné, sur le territoire du secteur ,les personnes en demande et besoin de soins* ».

La notion de disponibilité est aussi le fruit des normes organisationnelles contemporaines avec les notions de Zéro délais, de permanence, de performance, de mobilité des travailleurs, de flexibilité (travail du dimanche !). Elle est en relation dans le secteur de la Santé à la montée en force des droits des patients.

La disponibilité en psychiatrie est liée à la réactivité et à la mobilité des équipes, elle fait débat auprès des psychiatres qui se demandent s'il est préférable de répondre rapidement à la demande ou de différer cette dernière ? De nombreuses Équipes Mobiles agissent dans les 24h quand il ne s'agit pas d'urgence.

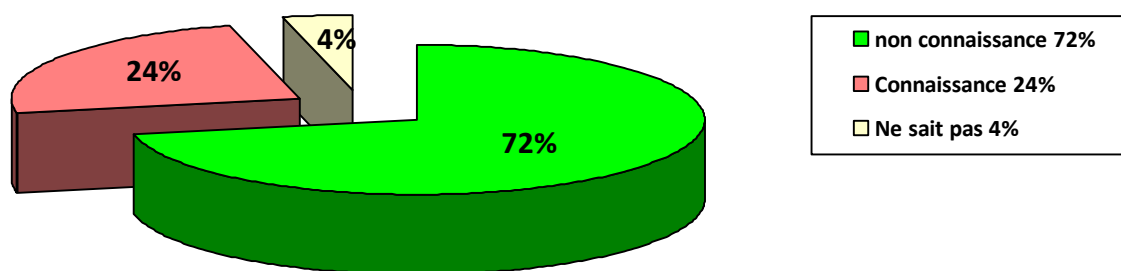
La disponibilité consiste aussi à utiliser une « palette d'alternatives adaptées » en vue de répondre à la demande, elle fait partie de l'idéologie du secteur et se définit souvent comme un idéal pour les soignants.

⁴¹ VERPEAUX, Michel, 1992. *Une classification médico-économique en psychiatrie de secteur ?* L'information psychiatrique. Vol. 68 N°3, pp 291-294

⁴² DEMAILLY, Lise, DEMBINSKI, Olivier, DECHAMP LE ROUX, Catherine, 2014. *Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité*. Montrouge : John Libbey Eurotext, XIX-105p.

Dans le questionnaire, nous avons remarqué que les professionnels les plus âgés connaissent l'idéologie du travail de disponibilité qu'ils rattachent facilement à la philosophie humaniste et relationnelle du secteur. Les plus jeunes semblent déroutés par la question.

Nous pouvons nous demander s'il s'agit d'un problème de formation initiale ? Nous savons par exemple que le diplôme infirmier de 2009 possédait un module restreint, voire inexistant sur l'histoire de la sectorisation. Nous avons même recensé des réponses où le professionnel ne comprenait pas la question. Une personne sur trois n'a pu définir « le travail de disponibilité » comme rattaché à la philosophie humaniste du secteur !



Histogramme : « Connaissance du travail de disponibilité »

33 - Les modes de prise en charge ambulatoire

331 - Le Centre Médico-Psychologique

Quelles que soient les pratiques, les expériences, les engagements des équipes, les équipes interrogées répondent toutes que « le CMP est le pivot du secteur ». Le Centre Médico-Psychologique (CMP) répond au cadre juridique de l'arrêté du 14 mars 1986 (cf. annexe B), il s'est souvent développé en lien avec la fermeture de lits d'hospitalisation et le redéploiement des moyens sur le territoire.

L'arrêté définit ainsi les CMP *« comme étant des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à disposition de la population. Les CMP peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique»*.

Des textes plus récents confirment le rôle essentiel du CMP dans le dispositif de soins : ainsi la circulaire du 14 mars 1990⁴³ stipule que « le secteur doit se centrer sur les CMP afin d'offrir des soins de Santé primaire près de la population et faire contrepoids à l'hospitalo-centrisme ».

Ces missions sont continuellement confortées à maintes reprises dans les plans psychiatrie et Santé mentale ou la vocation du CMP est décrite comme « devant évoluer dans un maillage territorial consolidé et contribuer au développement d'organisations fédératives entre plusieurs entités dans une optique de mutualisation permettant de répondre aux demandes de soins non-programmées».

⁴³ CIRCULAIRE du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de Santé mentale

Laurent El Ghazi, chirurgien et président de l'association *Elus, Santé publique et territoires*, évoque même les CMP comme « les partenaires des élus »⁴⁴. Pour les citoyens, le CMP doit être la première porte d'entrée vers le soin psychiatrique, le premier lieu ressource des patients et des familles.

Moins stigmatisé que l'hôpital le CMP est bien le pivot, l'axe autour duquel se déploie toute la panoplie des réponses à la souffrance psychique que ce soit le CATTP, l'Hôpital de Jour ou les Équipes Mobiles d'intervention à domicile.

332 - Les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, L'Hôpital de Jour

Comme les CMP, les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) et les Hôpitaux de Jour (HJ) sont des modalités de soins qui répondent au cadre juridique de l'arrêté du 14 mars 1986 (cf. annexe B). Ils se sont souvent développés en lien avec la fermeture de lits d'hospitalisation et le redéploiement des moyens sur le territoire. Adossés à l'organisation du CMP qui accueille la première demande, les HJ et CATTP apportent une réponse plus large dans le temps par des soins psychiques et des rééducations. Les prises en charge à temps partiel permettent aux enfants ou adolescents de rester scolarisés et de regagner tous les soirs leur lieu de vie et leur environnement familial et social. L'éventail de possibilités de prises en charge individuelles ou groupales dispensées par une équipe pluridisciplinaire permet de répondre à une grande part des problématiques évitant ainsi des hospitalisations parfois traumatisantes pour les jeunes et pour leur famille.

Le dernier panorama des établissements de Santé⁴⁵ met en évidence l'intérêt du travail ambulatoire en pédopsychiatrie. En 2014 les services de pédopsychiatrie ont suivis 57 500 enfants et adolescents en hospitalisation partielle ou complète et 487 000 en ambulatoire ; solution favorisée pour éviter la séparation d'avec les parents. Les patients âgés de moins de 20 ans ont bénéficié de plus de 4,5 millions d'actes en ambulatoire réalisés dans un des 3450 CMP pour 80% des cas.

Malgré un dispositif dépendant à majorité d'établissements publiques, il persiste des inégalités de territoire et une disparité d'équipement variant d'un pôle à l'autre suivant les orientations cliniques et les moyens et financements économiques. Le maillage territoriale n'est pas effectif dans tous les départements, il persiste des zones de difficulté d'accès aux soins ; des dispositifs mobiles ont en ce sens permis de déployer des professionnels au plus près des populations.

333 - L'Hospitalisation à Domicile en psychiatrie

Les premières approches de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) en psychiatrie datent de 1970, les lois sectorielles de 1986 qui définissent les structures d'hébergement et sans hébergement ont encouragées le mouvement mais c'est surtout le décret du 2 octobre 1992⁴⁶ qui met en évidence que « les structures dites

⁴⁴ EL GHOZI, Laurent, 2007. *Le CMP : ce que peuvent les élus*. Pluriels, N°68, pp.6-8

⁴⁵ BOISGUERIN, Dominique, BRILHAULT Gwennaëlle, 2014. *Le panorama des établissements de Santé*. Paris : Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, 174p.

⁴⁶ Décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L.712-2 du Code de la Santé publique

d'Hospitalisation à Domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de son état de Santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes».

Plus tard la circulaire ministérielle du 30 mai 2000⁴⁷ précisera le champ d'application de l'HAD. Elle spécifie que « l'Hospitalisation à Domicile concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de Santé. L'HAD a pour objectif d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en service de soins aigus ou de suite et réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible».

L'HAD en psychiatrie aurait pu prendre un plus grand essor en lieu et place des « appartements thérapeutiques » mais elle a du mal à se développer alors que dans le domaine MCO les HAD pour des pathologies comme l'oncologie et la diabétologie sont en plein développement.

Aujourd'hui l'HAD poursuit ses objectifs thérapeutiques mais aussi économiques ! L'HAD permet tout d'abord de préparer, de raccourcir, de relayer, d'éviter et de remplacer une hospitalisation à temps complet. Elle intervient donc en amont et/ou en aval de l'hospitalisation temps plein : en amont en évitant ou en préparant une hospitalisation temps plein et en aval pour raccourcir une hospitalisation et favoriser une post cure ainsi qu'une réinsertion sociale à la sortie de l'hôpital. Dans le cadre d'un travail en réseau l'HAD intègre le secteur et les professionnels libéraux (psychiatres et/ou généralistes, pédiatres, infirmiers libéraux...) mais aussi les associations et les structures de Santé ainsi que les services des Maisons du Département (MDR).

L'HAD recouvre ainsi l'ensemble des soins psychiatriques délivrés au domicile du patient, suffisamment guéri pour pouvoir vivre au sein du cadre familial mais pas encore totalement en état de se réadapter à la vie extérieure sans une prise en charge régulière en Hôpital de Jour.

Le temps d'HAD permettra de faire du lien entre le patient et son lieu de vie, entre le patient et son entourage. La prise en charge à domicile doit tenir compte du fait que le patient est une personne complexe dont les soins seront dispensés dans son cadre de vie, et de son entourage.

L'HAD peut également constituer une étape dans la prise en charge du patient, avant la mise en place d'un suivi ambulatoire.

Enfin, en assurant l'intervention de professionnels de Santé et d'acteurs sociaux à domicile, l'HAD peut favoriser l'accès aux soins des patients et des familles qui ne recourent pas aux structures de prises en charge traditionnelle. Elle peut éviter la stigmatisation inhérente à l'hospitalisation dans un établissement public de Santé mentale.

Afin d'éviter toute rupture de prise en charge du patient, une prise en charge en HAD nécessite le développement de collaborations et de complémentarités structurées. Cette modalité engage aussi l'accord du patient et de sa famille ou entourage.

⁴⁷ CIRCULAIRE n°DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'Hospitalisation à Domicile

334 - Les Visites à Domicile

Dans les actions de soins à domicile en psychiatrie, nous retrouvons en bonne place la Visite à Domicile (VAD) issue de la politique de sectorisation mais réellement mise en œuvre dans les années 1970. Elle débutait d'abord du lieu d'hospitalisation pour ensuite prendre sa base sur les centres médico-psychologiques comme Jean-Louis Sénon, psychiatre et professeur de psychiatrie, le cite « *Les CMP sont de véritables plaques tournantes de l'action de soins en psychiatrie publique, mais aussi des interventions infirmières à domicile du patient, les Visites à Domicile* ».

Pour l'infirmier, la VAD à ses débuts était la seule intervention extrahospitalière et une des manières d'exister dans le « socius ». On parle aujourd'hui d'une « pratique avancée », réalisée en majorité par les infirmiers et parfois même par les assistantes sociales et faisant partie des possibilités de suivis en ambulatoire. La VAD est considérée d'abord comme un soin empirique lié à l'indétermination du soin infirmier puis après un long travail d'expérimentation et d'évolution, elle a acquis un cadre avec l'arrêté du 14 mars 1986 (cf. annexe B) et le développement des dispositifs de soins sans hébergement (CMP, CATTP, HJ).

Plus récemment il est observé un net recul de la pratique des VAD, cela peut s'expliquer par la loi du 11 février 2005⁴⁸ qui définit les interventions des partenaires du médico-social au domicile ; les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) se déplacent désormais plus spécifiquement au domicile des patients. La circulaire du 4 février 2004⁴⁹ a posé un cadre pour l'Hospitalisation à Domicile en psychiatrie ; toutes ces modalités ont vu notamment pour le travail de suivi la pertinence des VAD réduite. D'autres facteurs ont aussi contribué au moindre recours à la VAD ; la contrainte des moyens, la volonté des soignants de laisser une grande part d'autonomie au patient mais aussi comme le cite Gilles Devers⁵⁰, avocat, le contexte juridique de la sphère privée ou intime du domicile et du respect des libertés qui a évolué. Enfin la loi du 5 juillet 2011⁵¹ (sur les modalités de placement en centre hospitalier et les libertés individuelles) qui peut faire glisser dans le regard sociétal les logiques soignantes vers des logiques de contrôle social.

Les VAD initiatrices du travail à domicile sont surtout utilisées pour un travail de suivi et d'observance du traitement mais aussi d'accompagnement social dans une démarche de post-hospitalisation pour des patients adultes ou dans le cadre du travail en géro-psycho-psycho. Nous avons peu trouvé dans la littérature, de VAD de première intention ou de crise ; certaines équipes de pédopsychiatrie ont envoyé un infirmier lors d'une inquiétude extrême du médecin de famille, des parents ou entourage ou en association avec les pompiers pour des adolescents connus et suivis où une alliance thérapeutique avait été instaurée avec l'infirmier désigné, pour des situations de replis ou phobie sociale majeure, d'épisodes délirants ou de

⁴⁸ LOI n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

⁴⁹ CIRCULAIRE DHOS/O n° 44 du 4 février 2004 relative à l'Hospitalisation à Domicile

⁵⁰ DEVERS, Gilles, 2012. Le cadre juridique de la Visite à Domicile. Santé Mentale n°170, pp. 58-61

⁵¹ LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prises en charge

dénutrition extrême. Les équipes prennent à cet endroit le relais des éducatrices qui dans le cas d'AEA⁵² ou AEMO⁵³ sont limités dans leur évaluation clinique et dans l'orientation vers les soins d'urgence !

Ne voyons nous pas à l'instar des VAD, le balbutiement professionnel mais prémonitoire d'un processus plus élaboré, plus réactif, plus clinique que sont les « Équipes Mobiles en psychiatrie » d'aujourd'hui ? L'Hospitalisation à Domicile et les VAD restent des outils pertinents qui peuvent s'inscrire en complémentarité d'autres initiatives innovantes et réactives élargissant ainsi la « palette de couleurs des soins à domicile ».

34 - La psychiatrie de liaison

La psychiatrie de liaison organise l'intervention d'équipes psychiatriques pour la prise en charge de troubles mentaux de patients hospitalisés dans des services de soins somatiques. Elle consiste généralement pour un EPSM à mettre à leur disposition un certain nombre de psychiatres de secteur. La psychiatrie de liaison se heurte à des difficultés identiques à celles qui freinent le développement des secteurs dans l'hôpital général. Les partisans d'une psychiatrie autonome indépendante et spécifique par rapport aux autres disciplines médicales se retrouvent aussi bien parmi les praticiens hospitaliers des services médico-chirurgicaux que chez les psychiatres de secteur. La collaboration entre équipes psychiatriques et celles des autres disciplines médicales devrait trouver une solution dans le cadre d'une présence accrue du secteur dans l'hôpital général.

La psychiatrie de liaison intervient souvent en cas de crise dans les services d'urgence, certains pôles de pédopsychiatrie développent une équipe de liaison avec les services de pédiatrie.

Depuis ces vingt dernières années la psychiatrie et la pédopsychiatrie ont largement investi l'espace des hôpitaux généraux, mais la cohabitation et la collaboration ont été longues à devenir opérationnelles. La proximité a dé-stigmatisé le travail psychologique et la pertinence d'une prise en charge holistique a rapproché les professionnels des différentes spécialités.

Plus récente, la psychiatrie de liaison en milieu carcéral s'est développée à partir de la loi du 18 janvier 1994⁵⁴, comme à l'hôpital général ce sont de petites équipes qui se sont externalisées de l'hôpital de rattachement pour proposer des soins psychiatriques de proximité.

Tous ces mouvements de désinstitutionalisation montrent l'intérêt de se rapprocher du patient et d'être présent à « l'endroit » de la crise.

⁵² Assistance Educative Administrative

⁵³ Assistance Educative en Milieu Ouvert

⁵⁴ LOI n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la Santé publique et à la protection sociale

35 - La Maison des Adolescents

La toute première Maison des Adolescents (MDA) est créée au Havre en 1999. En 2002, la Défenseure des enfants, Claire Brisset met en avant cette initiative intéressante à l'occasion de son rapport annuel⁵⁵ au Président de la République au et au Parlement et à largement soutenue le développement de ces structures. À la suite de la Conférence de la famille de 2004, les instances gouvernementales lancent le programme de soutien à la création des Maisons des adolescents⁵⁶. En 2007, 18 MDA sont recensées par Dominique Versini, défenseure des enfants. Le *Plan Santé des Jeunes* de février 2008⁵⁷ prévoit l'ouverture d'une MDA par département dès 2010. On recense aujourd'hui des Maisons des Adolescents dans un peu plus de 65 départements (métropole et DOM-TOM).

Ce dispositif naît, à cette époque, pour faire face à des besoins réels en matière de prise en charge des adolescents dans le domaine du soin :

- Il existe sur le territoire des zones géographiques sur lesquelles aucun lieu d'écoute ou de soins n'est proposé aux jeunes.
- Depuis plusieurs années, certains professionnels font état d'une évolution des statuts mais aussi des problématiques spécifiques à l'adolescence. Il est important de prendre en compte ces changements.
- Les parents et également les professionnels travaillant auprès de jeunes expriment le besoin d'être écoutés et aidés dans l'accompagnement de leurs adolescents.
- Les structures existantes ne sont plus nécessairement adaptées à toutes les demandes.

Les missions des Maisons des Adolescents

L'un des objectifs principaux des MDA est de faciliter l'accès au soin pour les jeunes. Il ne s'agit pas de se substituer à ce qui existe déjà.

D'une manière générale, les MDA sont là pour :

- Accueillir, écouter, informer et orienter les jeunes en prenant compte des spécificités de cette période particulière qu'est l'adolescence.
- Écouter, guider, soutenir l'entourage de ces jeunes.
- Être un lieu « ressource » pour les professionnels qui travaillent auprès des adolescents.

Ces structures assez récentes s'implantent progressivement sur les secteurs, ce sont des partenaires incontournables dans la prise en charge des adolescents en difficultés psychologiques. Ce dispositif est aussi une alternative à l'hospitalisation vers qui les Équipes Mobiles peuvent se tourner, moins stigmatisées que les CMP ou l'hôpital, les Maisons Des Adolescents peuvent faciliter un premier contact avec les soins psychologiques en dehors du domicile.

⁵⁵ BRISSET, Claire, 2002. *Rapport annuel du Défenseur des enfants au Président de la République*. La Documentation Française, 234p.

⁵⁶ *Programme national de soutien aux MDA, 2006-2010*. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/le-programme-national-de-soutien-aux-maisons-des-adolescents.html> [consulté le 27 août 2015]

⁵⁷ *Plan Santé des Jeunes*, 2008. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. [En ligne] Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation-du-Plan-version_final.pdf [Consulté le 27 août 2015]

36 - La notion d'intervention au domicile

Elle reste une question complexe qui engage à la fois une notion légale et clinique. Le « chez moi » délimite un espace où nous ne sommes pas conviés, une frontière symbolique où reposent les objets internes de l'adolescent mais aussi le lieu d'une intimité personnelle (la chambre) et familiale (salon, cuisine...). Le « chez moi » nomme l'identification du citoyen à son lieu d'habitation, c'est également la place de la personne dans un code familial (place à table, chaise du père...). L'intervention au domicile exprime des notions de territoire et d'appartenance comme autant d'espaces de réalité psychique. Jean Furtos, psychiatre, confirme ainsi « *L'accueil ne nous est pas acquis, nous nous asseyons sur des chaises, des fauteuils qui ne sont pas les nôtres, avec les règles d'une proxémique que nous ne maîtrisons pas* »⁵⁸. La CUMP est venue compléter ce dispositif en 1997 sur l'axe de l'urgence psychologique.

L'intervention au domicile permet d'évaluer la place de la personne, sa gestion de l'habitat et sa position dans l'organisation d'un cadre de vie humanisé et personnalisé.

Nous avons rencontré à ce sujet des approches différentes du domicile, certaines équipes ne rentrent au domicile qu'une fois invitées par les parents et en compagnie du médecin traitant. Les équipes de crise ou d'urgence arrivent en même temps que les pompiers. D'autres équipes utilisent un bureau mobile (camping car dédié). Certains professionnels souhaitent intervenir dans un lieu neutre ou social (café, bar) ou un parc municipal, d'autres se présentent à la porte du domicile sans entrer et accompagnent l'adolescent au CMP. Dans le cadre des crises dans les établissements scolaires, la rencontre se déroule avec le médecin ou l'infirmière scolaire, dans les établissements médico-sociaux, les interventions se font en binôme avec un éducateur référent de l'adolescent et dans un lieu neutre.

Autant d'équipes ; autant de démarches qui peuvent avoir une légitimité clinique. L'important étant que le cadre de l'intervention soit bien l'expression du cadre clinique de l'équipe et que soient rediscutés et analysés entre professionnels, tous les mouvements hors cadres.

37 - Une autre alternative : « Les Équipes Mobiles »

La pénurie annoncée de professionnels sera encore plus prégnante dans les cinq prochaines années pour le corps médical et notamment les psychiatres. Les préconisations de l'OMS pour l'horizon 2020 suscitent la fermeture de 20% des lits pour réaffecter les moyens sur l'ambulatoire ; ces constats nous laissent à penser qu'il faut envisager d'autres alternatives de soin.

Les premières Équipes Mobiles (EM) ne sont pas uniquement le fait de la psychiatrie : dans le secteur MCO (Médecine/Chirurgie/Obstétrique) de nombreuses initiatives sont venues compléter l'offre de soin hospitalière depuis plusieurs années.

⁵⁸ FURTOS, Jean, 2011. Hospitalisation en psychiatrie de secteur. Toulouse : Erès, Dialogue n°192, p.100

Le SAMU, très envié et copié par d'autres pays a « déplacé » l'urgence vitale au domicile. L'initiative de sortir de l'hôpital pour aller au plus près des situations d'urgence a vu le jour en 1956 à l'hôpital Necker à Paris, puis en 1965 porté par le Professeur Louis Serre à Montpellier. La première Équipe Mobile « SAMU 31 » a été opérationnelle à Toulouse en 1965. La circulaire du 19 juillet 1972⁵⁹ est venue officialiser cette expérimentation Toulousaine. Autre équipe mobile la CUMP dès 1997 est venu compléter l'intervention du SAMU par un accompagnement psychologique des situations de crise et le débriefing post-traumatique des patients.

Ces vingt dernières années, on assiste à une explosion des EM dans un processus économique et budgétaire mais aussi dans une approche qualitative des soins (soins de proximité) et du respect de la personne et de ses choix.

En 1993 a été créé le SAMU social par le docteur Xavier Emmanuelli qui viendra répondre aux situations de grande précarité, la circulaire de 2005 (cf. annexe C) viendra conforter cet élan par la préconisation d'Équipes Mobiles.

Le vieillissement de la population et les progrès de la médecine notamment dans la lutte contre le cancer et les maladies cardio-vasculaires ont dynamisés les projets d'Équipes Mobiles spécifiques en géro-psycho-geriatrie, en soins-palliatifs, en soins en diabétologie et en oncologie.

Plus récemment la création des ELSA (Equipe de Liaison de Soins en Addictologie) en référence à la circulaire du 3 avril 2000⁶⁰, a facilité au sein des centres hospitaliers généraux la création des Équipes Mobiles en addiction.

370 - L'Équipe Mobile pédopsychiatrique « Adolescent »

C'est l'objet central de ce travail, nous trouverons ci-dessous une analyse des données que nous avons récoltées auprès des équipes que nous avons contactées et/ou rencontrées.

Dominique Versini, défenseure des enfants, avait rendu en 2007 un rapport⁶¹ au Président de la République repris par la Ministre de la Santé qui officialise et encourage la création d'Équipes Mobiles en pédopsychiatrie, depuis dix ans déjà quelques équipes étaient déjà opérationnelles sur le territoire. La loi de 2005 incitant la création d'EM précarité a dans cette mouvance vu éclore de nouveaux projets d'EM pour adolescents. Les adolescents sont au cœur des préoccupations des politiques de Santé et ont beaucoup de difficultés à faire une demande explicite dans nos CMP. Souvent ballotés vers 16 ans entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale ils attendent parfois plusieurs mois pour accéder à une consultation.

En 2008 s'est déroulé à Lille le premier congrès des Équipes Mobiles pour adolescents qui sera d'après un bon nombre des professionnels interviewés, le véritable point de départ de la création d'Équipes

⁵⁹ CIRCULAIRE DGS/650/MS 4 du 19 juillet 1972 relative aux directives générales en ce qui concerne les secours médicaux d'urgence (aide de l'Etat)

⁶⁰ CIRCULAIRE DH/EO2/DGS n°2000-182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de Santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie

⁶¹ VERSINI, Dominique, 2007. *Adolescents en souffrance : plaidoyer pour une véritable prise en charge*. Paris : Défenseur des enfants, 122p.

Mobiles pour adolescents. Dans nos échanges sur le terrain nous avons noté que l'Équipe Mobile « ERIC » (équipe rapide d'intervention et de crise) à Plaisir (dans le département des Yvelines) ; créée en 1993 par Serge Kannas, psychiatre, a été la toute première Équipe Mobile et restera ensuite « source d'inspiration » dans sa philosophie tout aussi bien que dans son organisation pour de nombreuses réalisations de ce type.

Les pédopsychiatres Sylvie Tordjman, Vincent Garcin et la sociologue Lise Demailly contribuent aujourd'hui, de par leurs expériences, l'organisation de congrès et leurs écrits de référence⁶² à faciliter l'extension des Équipes Mobiles tout aussi bien en France qu'en Europe.

3701 - Le cadre organisationnel

Il est très variable selon les équipes et leur composition, mais nous avons néanmoins noté des constantes :

Nous le verrons plus en aval dans le texte ; les professionnels travaillent à temps partiel, mi-temps en équipe mobile le reste de leur activité est réparti sur le travail de CMP/CATTP.

La plupart des équipes n'interviennent pas le week-end et pendant les congés d'été et transfèrent les demandes aux unités d'urgence ou d'hospitalisation.

L'intervention à domicile ne se réalise pas dans l'urgence et peut être différée de 24h voire 48h, les professionnels se concertent et font des liens avec le réseau de Santé mentale concerné.

Le déplacement s'effectue en binôme et les visites peuvent se répéter une dizaine de fois. Des professionnels du médico-social, ou des municipalités peuvent se joindre et participer au binôme d'intervention.

Certaines équipes se présentent à domicile, le plus souvent attendu par le médecin traitant, un éducateur, une assistante sociale, l'infirmière scolaire ... D'autres équipes utilisent un camping-car ou rencontrent l'adolescent dans un lieu neutre, (Café, jardin publique...)

L'objectif est bien sûr de répondre aux situations de non-demande et de préparer ou d'éviter une hospitalisation en invitant l'adolescent à se rendre en consultation au CMP.

Le retour d'intervention fait l'objet d'un débriefing et d'une synthèse clinique.

Nous n'avons pas trouvé dans toutes les équipes de cadre d'évaluation réellement formalisé et détaillé de leurs interventions!

⁶² - TORDJMAN, Sylvie (Dir.), GARCIN, Vincent (Dir.), COLLECTIF, 2010. *Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 170p. Pratiques en psychothérapie

- TORDJMAN, Sylvie, WISS, Matthias, 2010. *La rencontre de l'adolescent en difficulté et la non-demande : expérience d'une équipe mobile*. Pratiques en Santé mentale, Vol. 56, n°2, pp. 35-40

- TORDJMAN, Sylvie, 2011. *Des équipes mobiles pour préadolescents en difficulté*. Santé Mentale, n°162, pp.63-67

- TORDJMAN, Sylvie, WISS, Matthias, 2014. *À la rencontre des jeunes en souffrance : l'expérience d'une équipe mobile pluriprofessionnelle*. Louvain-la-Neuve : De Boeck, 277p. Carrefour des psychothérapies

- DEMAILLY, Lise, DEMBINSKI, Olivier, DECHAMP LE ROUX, Catherine, 2014. *Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité*. Montrouge : John Libbey Eurotext, XIX-105p.

3702 - Le cadre clinique et théorique

Les équipes que nous avons rencontrées ne mettent pas en avant le cadre théorique mais évoquent plutôt le cadre organisationnel. De tradition en pédopsychiatrie, l'approche psychanalytique semble prédominante, mais la présence des parents, les dysfonctionnements familiaux et la notion « d'enfant-symptôme » poussent les thérapeutes à intervenir dans une configuration clinique « systémique ». Nous n'avons pas rencontré d'autre cadre théorique prédominant, notre regard et nos questions se portant plus naturellement sur les aspects sociologiques de l'organisation.

3703 - La place de la famille

La place de la famille tient un rôle prépondérant dans la prise en soins des adolescents. Si tout le monde est d'accord sur la nécessité d'engager une communication, une coopération voire une alliance thérapeutique avec les parents, les modalités vont varier en fonction des problématiques en cause (ex : l'anorexie) et la nature des liens. Dans des familles de plus en plus recomposées ou dans un environnement monoparental il est important de distinguer les situations problématiques et voire à leur proposer un espace spécifique. Il est parfois souhaitable d'imaginer une mise à distance pour apaiser les états d'excitation et d'angoisses réciproques.

La maladie de l'adolescent a un impact sur la vie de couple des parents, parfois les avis divergent sur la conduite à tenir et les décisions à prendre engendrent des sentiments de honte d'impuissance ou de culpabilité. Des conséquences collatérales touchent aussi la fratrie qui se trouve impliquée et confrontée à la maladie et à l'anxiété des parents. Parents et fratrie doivent faire l'objet d'une attention particulière et d'espace de parole s'ils le souhaitent.

Les professionnels qui interviennent en binôme à domicile se déterminent souvent pour que l'un d'entre eux se consacre plus particulièrement à l'entourage familial. Les parents sont souvent les plus réticents à l'hospitalisation, ils acceptent plus facilement la venue de l'Équipe Mobile surtout quand ils se sont heurtés à de la violence, une opposition ferme de leur enfant ou des signes inquiétants comme le délire, l'insomnie, l'hypersomnie ou la dénutrition. D'après les professionnels la situation de précarité ou d'hygiène défectueuse sont des freins à l'intervention de l'équipe au domicile par peur d'un signalement, d'un retrait ou du placement des enfants. L'annonce de la qualification des intervenants est souvent décisive, la fonction d'assistante sociale dans ces situations peut engendrer la « porte close ». Dans ce cas, les intervenants proposent une discussion en dehors du foyer familial, voir même dans un véhicule comme lieu de rencontre.

3704 - L'équipe

Nous avons rencontré des équipes soudées où la hiérarchie n'apparaît pas au premier plan dans l'organisation. Les relations interpersonnelles se présentent chaleureuses et bienveillantes ; il existe un véritable soutien mutuel dans les situations complexes. Les espaces de débriefing et de réunions cliniques laissent libre la parole de chacun : du médiateur de Santé au médecin. Ces équipes qui interviennent sur le

terrain ont besoin d'un véritable soutien « d'équipe » et une « écoute attentive » à leur retour d'intervention.

De nombreux invariants existent dans toutes les équipes avec chacune leurs particularités. Il est nécessaire de ne pas gommer ces particularités pour faire entrer l'équipe dans un processus uniformisé gestionnaire.

En psychiatrie, il est important de respecter ces particularités comme le cite Georges Gaillard, psychologue clinicien : « *Le professionnel travaillant à partir de sa manière de se rendre présent à l'autre, soit donc à partir de ce qu'il est; la professionnalité demeure une position fragile puisque ce ne sont que les autres professionnels et les différents garants ayant fonction de référence qui peuvent qualifier l'acte comme relevant ou non de la sphère de la professionnalité telle qu'elle est attendue dans un contexte donné* »⁶³.

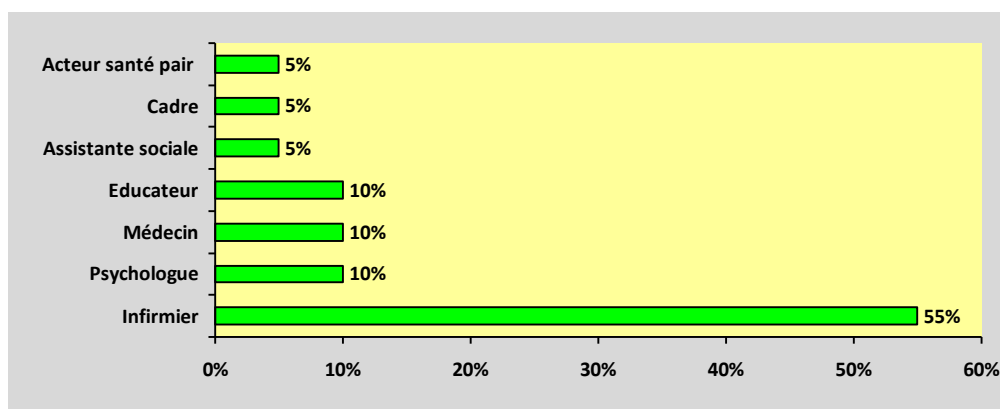
Pour garantir cette professionnalité au sens de l'ensemble des compétences des membres de l'équipe, nous devons soutenir une régularité de l'élaboration collective, du penser collectif et renforcer tout ce qui peut faire lien. Faire équipe c'est aussi exister dans la tête de chacun de ses membres. Le binôme psychiatre et cadre de Santé ont un rôle important à jouer en ce sens au sein de l'Équipe Mobile.

L'idéologie des soins partagée et l'approche humaniste sont également le lien et le trait d'union des professionnels. Nous avons néanmoins perçu des limites à cette dynamique « d'équipe soudée » notamment dans la difficulté pour de nouveaux professionnels qui intègrent le groupe EM où les liens et les rapports interpersonnels sont forts.

En général, nous l'avons entendu dans nos interview le nouveau professionnel qui « n'épouse » pas l'idéologie ambiante ne reste pas longtemps et peut être mis à l'écart du groupe ! Les cadres de Santé ont bien perçus cette difficulté et sont très vigilants dans le recrutement, l'accueil et l'intégration d'un nouveau professionnel.

Nous le verrons plus bas dans le texte, il y a peu de jeunes professionnels qui intègrent les Équipes Mobiles, ce sont souvent des personnes qui ont une bonne expérience de la psychiatrie et du travail en ambulatoire.

3705 - Les différentes fonctions



⁶³ GAILLARD, Georges, 2011. *Tolérer l'effraction, travailler à inclure*. Ciopsy n°5, pp. 7-27.

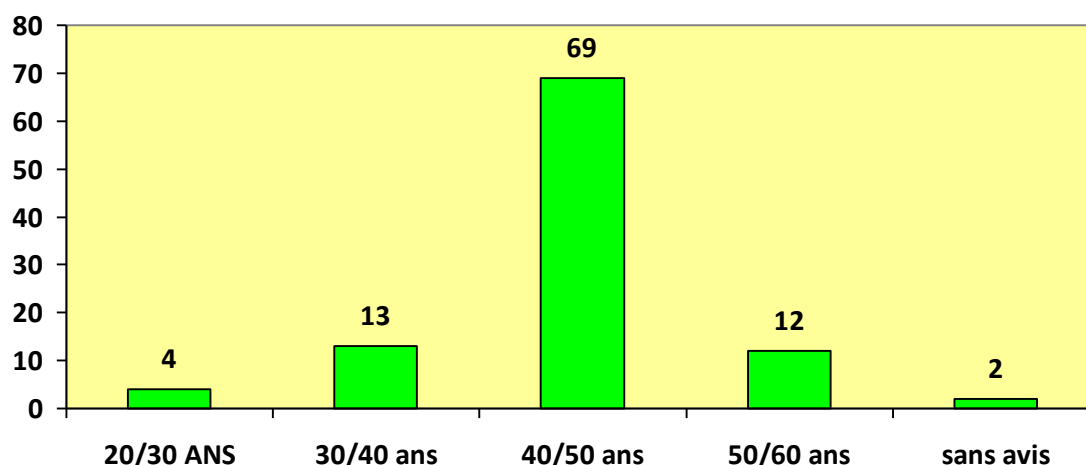
[En ligne] Disponible : <http://www.revuecliopsy.fr/n5-avril-2011/> [Consulté le 27 août 2015]

Histogramme « composition d'équipe » (pour 10 intervenants)

Les Équipes Mobiles que nous avons interrogées sont assez différentes dans le nombre d'ETP⁶⁴ qui les composent. Nous avons rencontré des équipes avec trois professionnels et d'autres comme l'EM « ERIC » à Plaisir (78) ou vingt-trois professionnels interviennent ; mais cette dernière reste une organisation particulière et sa pratique d'ouverture 24h/24 tous les jours de la semaine et toute l'année justifie le nombre de professionnels impliqués.

Les points communs des Équipes Mobiles interviewées sont sans doute : des professionnels qui interviennent à temps partiels au sein d'une équipe composée d'un médecin, d'un psychologue, de plusieurs infirmiers, d'un éducateur. Tous ces acteurs interviennent à la fois en Équipe Mobile et/ou en CMP/CATTP (voir mais c'est rare en intra-hospitalier). D'autres membres de l'équipe sont présents en « périphérie » et ponctuellement comme l'assistante sociale, le cadre de Santé, la secrétaire, et pour deux équipes un médiateur de Santé pair.

3706 - La moyenne d'âge des professionnels

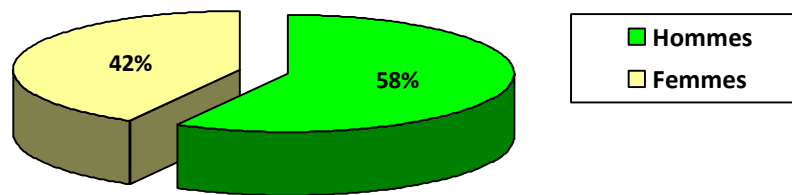


Histogramme : « Âge des professionnels en activité travaillant en Équipes Mobiles pour adolescents »

Nous pouvons constater que la moyenne d'âge des professionnels qui travaillent au sein des Équipes Mobiles est pour **69%** la tranche des **40/50 ans** alors qu'en service d'hospitalisation la moyenne est plus proche des 30/40 ans suivant les institutions. Ces chiffres ne reflètent-ils pas le besoin d'expérience et de maturité pour travailler en autonomie au domicile de l'utilisateur ? Est-ce un manque de compétences pour de jeunes professionnels infirmiers issus d'un diplôme « généraliste » qui ne permet pas d'être opérationnel rapidement face à des situations complexes et parfois violentes ? Est-ce un choix murement réfléchi d'intervenir plusieurs années en service d'hospitalisation et de s'inscrire plus tard dans une philosophie de soin moins hospitalo-centrée ? Enfin nous avons remarqué qu'il est difficile d'intégrer en tant que jeune professionnel des équipes déjà constituées et parfois « hermétiques ».

⁶⁴ Equivalent Temps Plein

3707 - Le genre

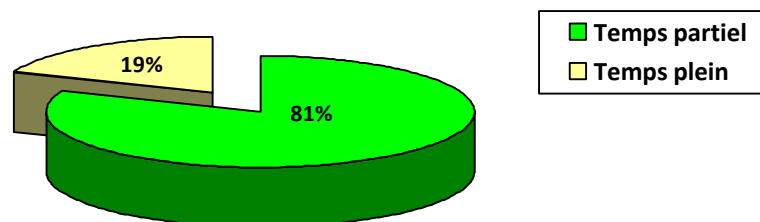


Histogramme « Genre des professionnels qui interviennent en Équipe Mobile »

Ces chiffres nous ont tout d'abord étonnés car ils ne reflètent pas la moyenne de la population de professionnels de Santé que nous rencontrons dans les hôpitaux. En effet le genre masculin est représenté à 27% des effectifs dans les milieux hospitaliers pour 73% de genre féminin. Notre recherche fait ressortir pour les Équipes Mobiles interviewées **des chiffres légèrement inversés**.

Il y a là, source de questionnement ; est-ce que les représentations du travail en Équipe Mobile entraîneraient des réticences auprès du genre féminin ? Est-ce que les éléments de la stigmatisation cités plus haut où la « dangerosité » reste le noyau dur des représentations auraient un effet sur les professionnelles ? Travailler en binôme et être sur le terrain sans être protégé par « les murs » institutionnels n'entraîneraient-ils pas des peurs ou des craintes ? Nous n'avons pas vraiment trouvé de piste concrète en réponse à ces questions !

3708 - L'organisation du temps de travail



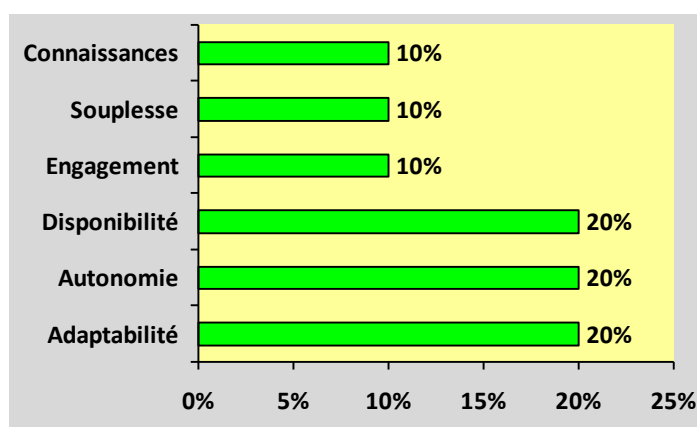
Histogramme « organisation du temps de travail en Équipe Mobile »

Sur l'ensemble des Équipes Mobiles interrogées nous avons retrouvés l'organisation du temps de travail pour **81%** d'entre elles se déroule à **temps partiel**. Cette organisation concerne l'ensemble des intervenants.

L'activité EM est le plus souvent en alternance avec le travail en CMP/CATTP : soit organisée sur des jours déterminés (par exemple trois jours en EM et deux jours en CATTP), soit organisée sur des demi-journées (matin CATTP et après-midi ou fin de journée en EM). Certaines Équipes Mobiles travaillent en horaires adaptés (exemple 12h/19h). La plus part des EM ne travaillent pas le week-end et renvoient les appels téléphoniques aux unités intra-hospitalières ou aux urgences qui accueillent la demande et la transfèrent plus tard à l'Équipe Mobile.

Le principe de ne pas travailler dans l'urgence permet de gérer la situation et de différer la demande dans les 24h/48h.

3709 - Les compétences requises



Histogramme « des compétences requises pour travailler en EM »

Il ressort de nos données plusieurs **mots clefs** systématiquement exprimés :

Nous avons posé la question sur les compétences requises ou attendues pour travailler en EM. L'**adaptabilité** reste la compétence la plus citée ; en effet les situations complexes loin de la sécurité des murs, la proximité avec des moments de crise ne se retrouvent pas dans des protocoles rigides mais plutôt dans des réponses ou postures singulières et **adaptées**.

L'**autonomie** est un souhait exprimé par les professionnels qui interviennent en EM, ils trouvent là le sens de leur projet professionnel en étant régulièrement soumis à des prises de décisions, à la gestion de l'organisation des interventions et au compte rendu de la mission auprès de leurs collègues.

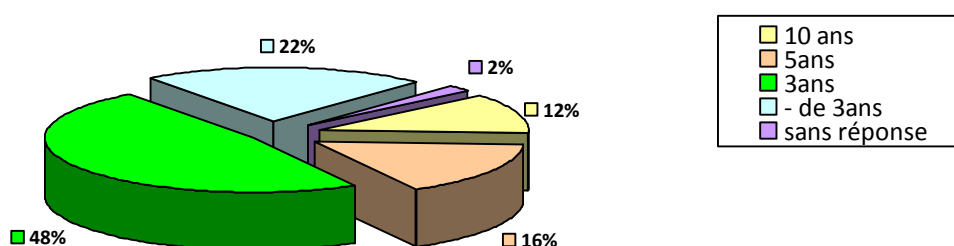
La **disponibilité** c'est aussi bien « *pouvoir se déplacer* » (mobilité) qu'être « *disponible psychologiquement* » pour accueillir les projections transférentielles des patients.

L'**engagement et la persévérance** sont des éléments nécessaires pour assurer les missions et apporter des solutions aux problématiques.

La **souplesse** est nécessaire dans la dynamique d'équipe, auprès des partenaires du réseau mais également envers les familles.

Nous retrouvons enfin dans les compétences requises les **connaissances cliniques** qui sont incontournables dans les prises de décisions tout aussi bien que dans les réunions de synthèse.

3710 - Depuis combien de temps travaillez-vous en Équipe Mobile ?

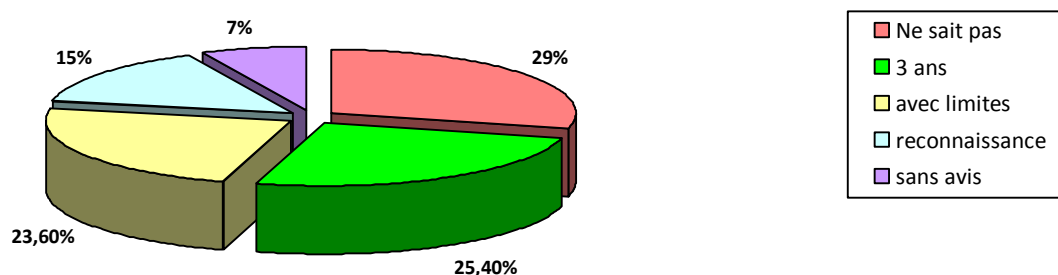


Histogramme « Depuis combien de temps travaillez-vous en EM »

Les premières Équipes Mobiles sont apparues dans les années 1995 mais le plus grand mouvement de création s'est déroulé dès 2005 (10 ans) en lien avec la « spécificité » précarité et la loi promulguée. L'organisation des premiers congrès sur les EM a aussi été un élément déclencheur d'initiatives en ce sens. Depuis 2010 (5ans) des équipes spécifiques adolescents se développent dans les pôles de pédopsychiatrie ou au sein des maisons des adolescents.

Les chiffres que nous exposons ici reflètent surtout des Équipes Mobiles adolescents, des organisations récentes (3 à 5 ans) qui se sont prêtées à notre recherche pour avoir en retour des informations sur d'autres EM. Nous pouvons aussi croiser ces données avec le pourcentage de 48% (3ans) d'interviewés qui souhaitent encore travailler trois ans en EM. (Histogramme ci-dessous)

3711 - Combien de temps souhaitez-vous encore travailler en Équipe Mobile ?



Histogramme «Combien de temps souhaitez-vous travailler en EM »

Un tiers des interviewés **ne sait pas combien de temps** il va continuer d'intervenir en Équipe Mobile, ce temps serait donc indéterminé.

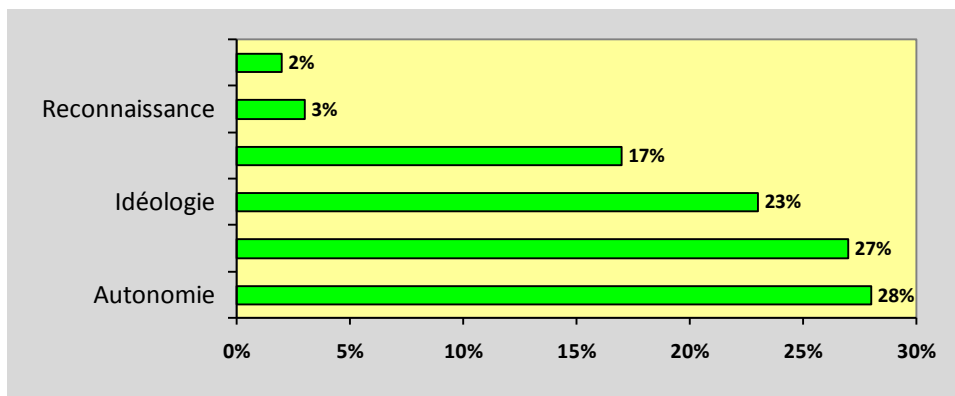
Pour 25% c'est une durée **de trois ans** qui est exprimée, c'est exactement le temps moyen que les jeunes professionnels infirmiers passent aujourd'hui dans une unité hospitalière avant de changer (turn-over) dans un mouvement de mobilité professionnelle.

D'autres professionnels 23% **se donnent le temps** de voir l'évolution de leurs **capacités physiques et psychiques**, de la charge de travail, et de la dynamique d'équipe...).

Les Équipes Mobiles en psychiatrie sont des organisations dynamiques voir instables comme nous pouvons également le percevoir dans les services d'urgence MCO, SAMU... où l'engagement est fort et les répercussions peuvent se ressentir dans l'espace personnel, ce qui justifie le principe de précaution d'un engagement sur le long terme.

Pour les 15% d'interviewés restant c'est la **reconnaissance** de leur travail qui sera le moteur de leur engagement, nous ne pouvons nous empêcher de croiser ces chiffres avec les recherches sur les risques psychosociaux à l'hôpital où la reconnaissance arrive au premier plan des ressources contre le burn-out !

3712 - Bénéfices personnels de travailler en Équipe Mobile



Histogramme « Bénéfices personnels du travail en Équipe Mobile »

Il ressort de nos données plusieurs **mots clefs** systématiquement exprimés :

Que ce soit à titre personnel ou professionnel et individuellement ou en équipe **l'autonomie et la responsabilité** sont des éléments incontournables d'attractivité et de fidélisation en Équipe Mobile.

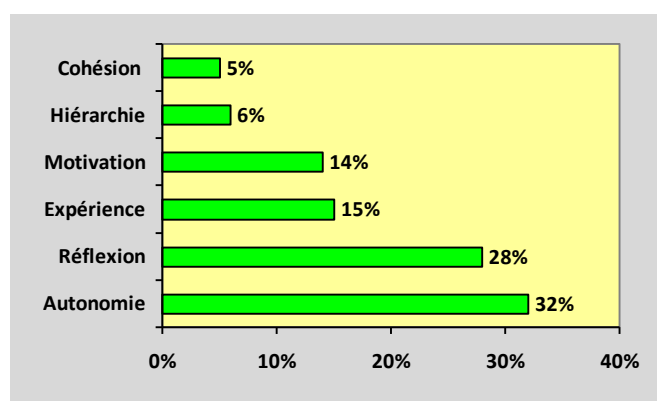
Les glissements des institutions de Santé vers « l'hôpital entreprise » et la comptabilité des actes éloignent les soignants de leur philosophie première « *la Santé n'a pas de prix !* »

Travailler en ambulatoire où la pression économique est encore pour quelques temps moins prégnante, leur permet d'être plus en adéquation avec une **idéologie humaniste du soin**.

Intervenir en « équipe ambulatoire » permet pour les interviewés **d'échapper à une routine** ressentie en service d'hospitalisation et reste également une source de **créativité et d'innovation**.

Nous avons beaucoup abordé la notion de **reconnaissance** professionnelle, elle est d'autant mieux ressentie quand elle **provient des familles et des adolescents**.

3713 - Bénéfices professionnels de travailler en Équipe Mobile



Histogramme « Bénéfices professionnels de travailler en Équipe Mobile »

Il ressort de nos données plusieurs **mots clefs** systématiquement exprimés :

Nous avons exposé ci-dessus les bénéfices personnels, en ce qui concerne les professionnels nous retrouvons en bonne place **l'autonomie** comme élément transversal et moteur, (l'autonomie est d'ailleurs associée sur cette question à la **prise de décision**).

Les bénéfices relèvent d'une possibilité de **réflexion clinique approfondie**, d'un **apprentissage continu** et d'une **validation de l'expérience**. Peut-on imaginer qu'en service d'hospitalisation ces éléments soient moins présents ou enrichissants ? Est-ce le cadre ou l'ambiance du travail de terrain qui modifie ces perceptions ?

Source de motivation, l'Équipe Mobile apporte nous l'avons vu plus haut **innovation et créativité** en lien également avec le niveau **d'implication**, les professionnels se sentent vraiment **acteurs** et **moteurs** de l'organisation.

Les rapports professionnels en extrahospitalier sont-ils vraiment différents ? Il est clairement exprimé un ressenti de **nivèlement de la hiérarchie** et une meilleure **cohésion d'équipe**.

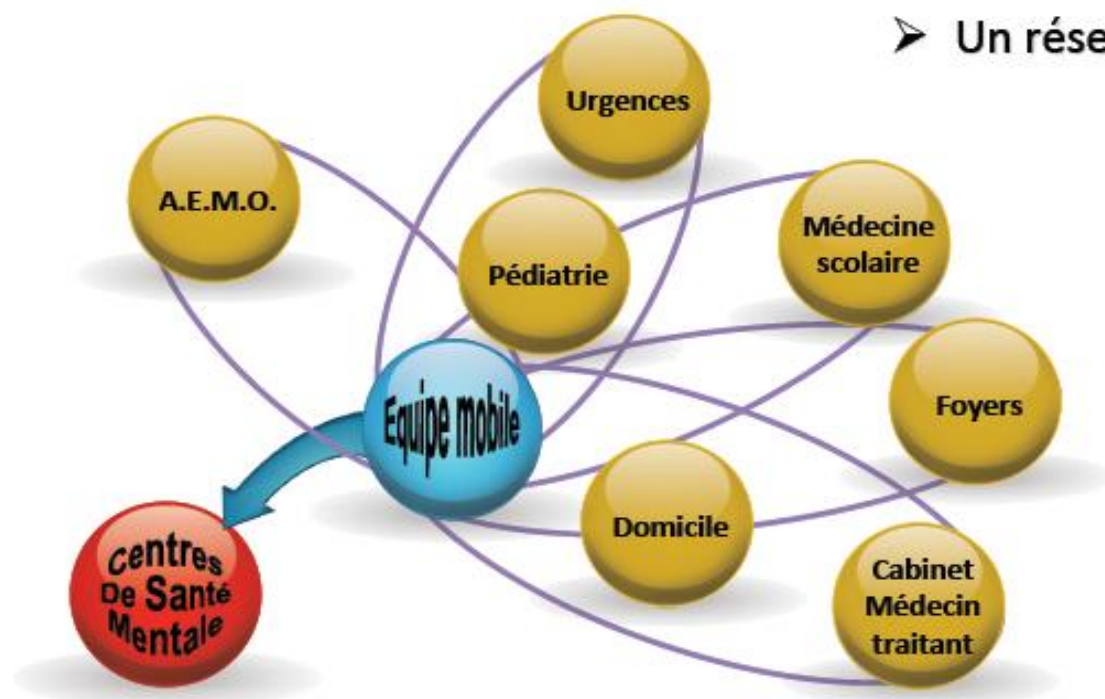
Nous pouvons à cet endroit avancer que les Équipes Mobiles sont des équipes restreintes en nombre ou les binômes impliquent tous ses membres y compris les médecins ; cette situation particulière engage une proximité professionnelle et personnelle entre les agents.

3714 - Les partenaires / Le réseau



L'équipe mobile pour adolescents

➤ Un réseau



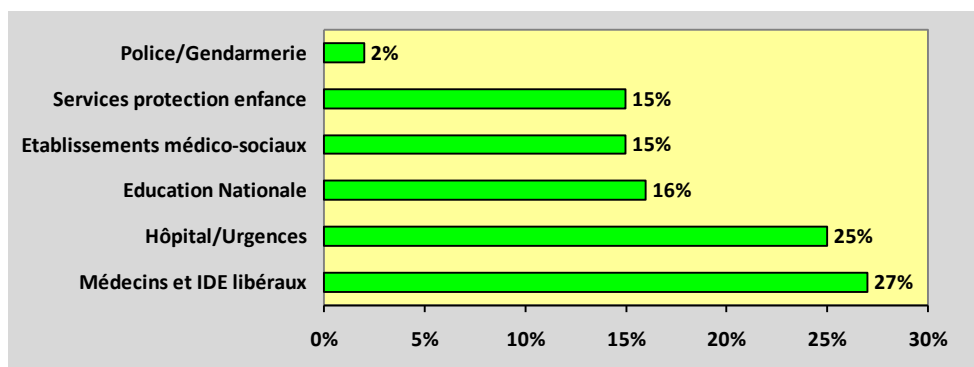
Nous présentons ci-dessus le réseau de l'Équipe Mobile Adolescents d'Armentières-Tourcoing, (espace TOM) qui représente le « réseau type » que nous avons le plus régulièrement rencontré.

Suivant les secteurs, et nous le voyons dans l'histogramme suivant ce réseau est élargi au **service de police et de gendarmerie** (2%) qui interviennent en priorité sur les problématiques d'addiction, de fugue,

de tentatives de suicide ou de violence chez les adolescents.

Même si les Équipes Mobiles pour adolescents ne répondent pas à un critère normatif la constitution d'un réseau de partenaires reste rigoureusement identique d'un territoire à un autre.

Il a été constaté dans une recherche que le premier interlocuteur en cas de difficultés psychologiques d'un adolescent c'est le **médecin traitant**, qui est également souvent le premier prescripteur de psychotropes. Il n'y a rien d'étonnant de le voir comme le partenaire le plus cité dans notre travail.



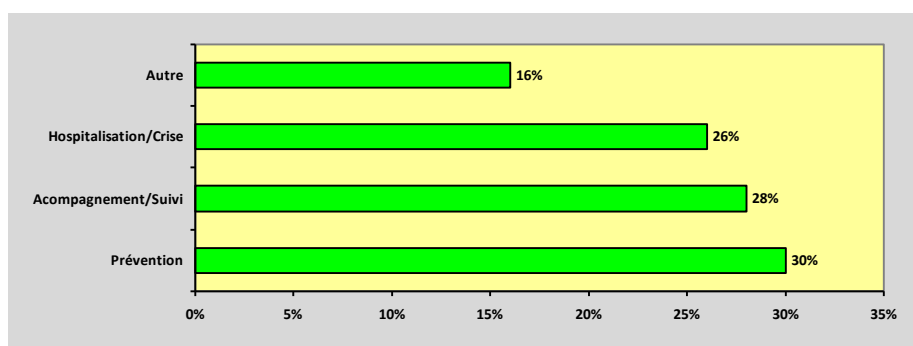
Histogramme « des principaux partenaires en EMA »

Il ressort de nos données plusieurs **mots clefs** systématiquement exprimés :

Nous retrouvons au premier plan les premiers interlocuteurs du soin que sont les **généralistes** et les **IDE libéraux**, le **service des urgences** qui reçoit les appels 24h/24 (et qui reste aujourd'hui souvent le seul recours face à la pénurie de médecins), les pharmacies sont aussi sollicitées.

Dans un second temps les partenaires cités sont la **médecine scolaire**, les **structures médicosociales**, tous les services de la cité ou du département (**ASE, RASED, SLEADO, Protection de l'enfance et PMI**) mais également les **services de maintien de l'ordre** qui assurent un rôle de prévention.

3715 - L'Équipe Mobile s'inscrit en complémentarité de...



Histogramme « Equipe mobile complémentaire de... »

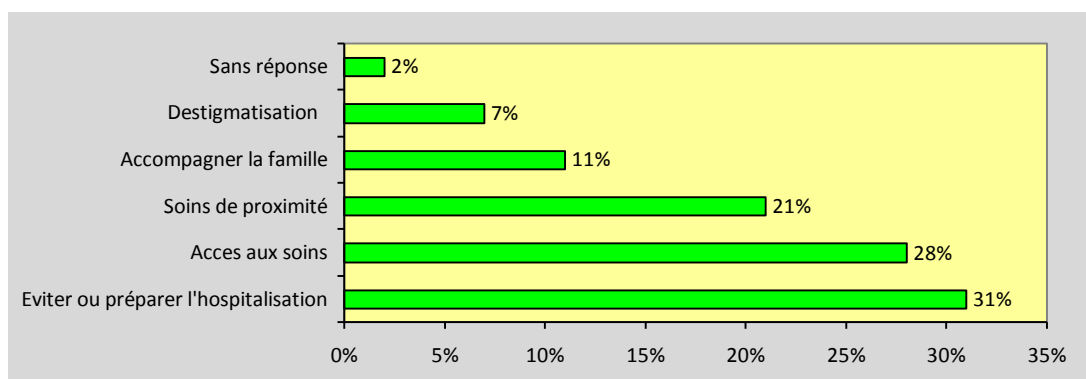
Notre question permettait de hiérarchiser trois indicateurs et laissait une proposition ouverte :

Notre échantillon d'Équipes Mobiles étant éclectique (équipe de crise, d'urgence, d'accompagnement), nous nous trouvons avec un lissage des réponses avec une proportion un peu plus importante pour le **travail de prévention** permettant d'anticiper une crise et de permettre l'accès aux soins. Il est

compréhensible de trouver en troisième position la gestion de la crise /l'hospitalisation car les équipes n'interviennent qu'exceptionnellement dans l'urgence et sont contactés quand l'adolescent est déjà hospitalisé.

Pour la réponse ouverte nous retrouvons au quatrième rang le soutien aux partenaires confrontés à des situations complexes et un accompagnement des parents et fratrie pour qui la maladie mentale fait effraction dans la dynamique familiale.

3716 - Points forts et limites de l'Équipe Mobile pour le patient

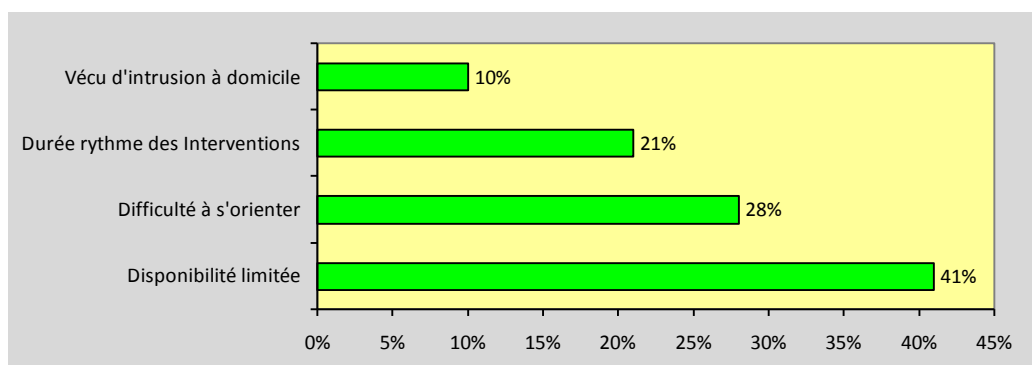


Histogramme des « points forts de l'Équipe Mobile pour l'utilisateur »

Il ressort de nos questionnaires plusieurs **mots clefs** systématiquement exprimés :

La présence de l'Équipe Mobile va tout d'abord permettre **d'éviter ou de préparer une hospitalisation** nous retrouvons ici la notion de prévention citée plus haut. L'intervention va faciliter une approche singulière de l'accès aux soins de proximité, mais également **d'accompagner la famille ou l'entourage**.

Enfin la démarche va pouvoir **déconstruire les représentations de la maladie mentale et déstigmatiser « l'image négative »** du pédopsychiatre ou du psychologue.



Histogramme des « limites de l'Équipe Mobile pour l'utilisateur »

Il ressort de nos données plusieurs **mots clefs** systématiquement exprimés :

La disponibilité est limitée car le nombre des professionnels qui constitue les EM est restreint. Ce constat nous ramène au manque de moyens humains déployés et affectés au sein des Équipes Mobiles. La disponibilité est surtout limitée sur le week-end, les vacances et périodes de fête. En effet la plupart des

Équipes Mobiles n'interviennent pas sur ces périodes et renvoient la demande sur les urgences ou les services d'hospitalisation.

Il est parfois difficile **d'orienter** le patient lorsqu'il relève de troubles spécifiques comme les troubles des conduites alimentaires ou l'addiction. Certains services qui mettent en doute l'efficacité de l'EM constituent des blocages quand ils sont sollicités ; et ce sont le plus souvent des unités de psychiatrie!

Il est exprimé le **rythme et la durée des interventions qui peut être limité** ! Pour d'autres ce sont les configurations géographiques des aires d'intervention surtout en milieu rural qui limitent le nombre des déplacements.

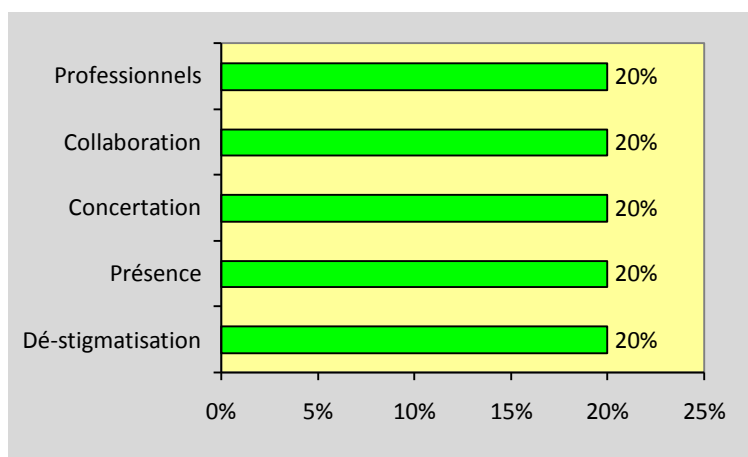
Des interviewés on noté chez le patient un vécu **d'intrusion dans sa sphère personnelle ou intime**.

(Ces limites concernant l'usager ont été exposées par les professionnels, il aurait été judicieux de rencontrer des adolescents qui ont vécus les interventions de l'EM.)

3717 - Points forts et limites de l'Équipe Mobile (visons des cadres et les partenaires) (à partir des entretiens téléphoniques)

Nous n'exprimerons pas les données en pourcentage l'échantillon n'étant pas assez conséquent.

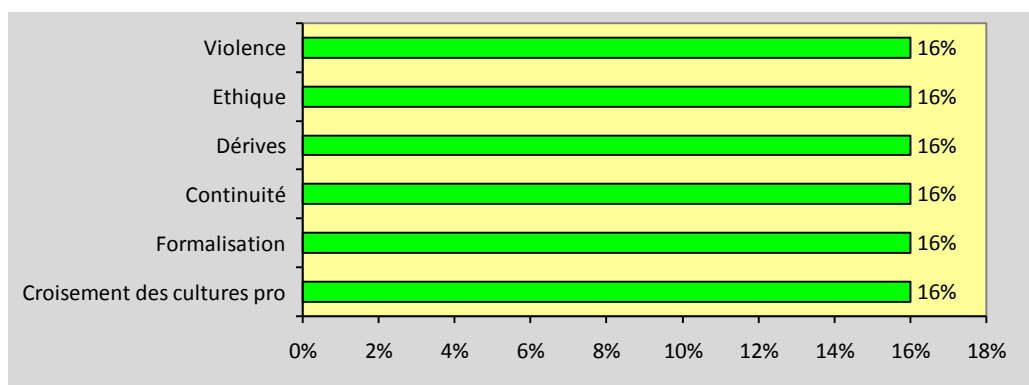
Les points forts :



Histogramme des « points forts de l'Équipe Mobile vu par les cadres et les partenaires »

Il en résulte : des **professionnels** impliqués, dynamiques, autonomes et responsables. Des liens de **collaboration pluridisciplinaire**, une véritable approche et **concertation partenariale** qui se manifestent par **une présence** accrue et régulière des professionnels sur le terrain et auprès des usagers. Les cadres ont repéré dans cet esprit un mouvement **de stigmatisation** du travail en Santé mentale.

Les limites :



Histogramme des « limites de l'Équipe Mobile vu par les cadres et les partenaires »

Il ressort de nos entretiens plusieurs **mots clefs** systématiquement exprimés :

Des difficultés à **croiser les cultures professionnelles** et à donner du sens aux situations (confusion des rôles, décision non partagées...) sont des écueils qui mettent à mal l'organisation des soins.

Il existe un véritable paradoxe entre l'engouement des institutions pour les Équipes Mobiles et le risque d'une **normalisation ou formatisation par nos tutelles** de cette organisation.

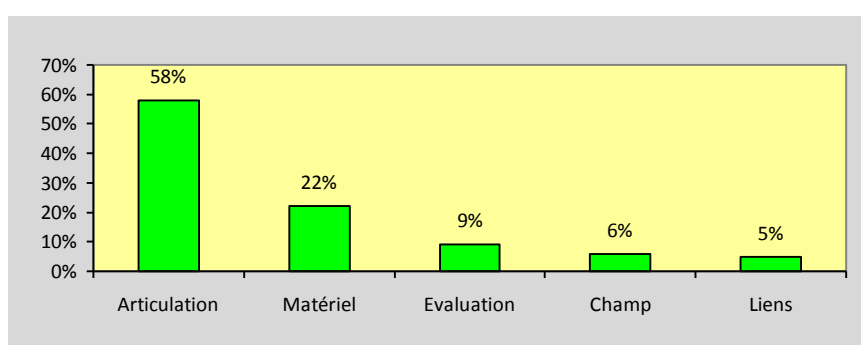
Il y a également des craintes sur une **dérive** des interventions des Équipes Mobiles qui seraient sollicitées vers d'autres problèmes sociétaux.

Des équipes ont constaté une **discontinuité** dans les prises en charge engendrée par la composition des équipes trop restreintes ou par l'indisponibilité des structures d'accueil.

Travailler dans l'espace intime et personnel du domicile des patients entraîne des **questions éthiques** au sein des équipes.

L'approche en « front line », nécessite une confrontation à la **violence ou à des situations traumatisantes** qu'il est nécessaire de prendre en compte dans le cadre des ressources humaines.

3718 - Points à améliorer dans l'organisation des Équipes Mobiles



Histogramme « Points à améliorer »

Il ressort de nos données plusieurs **mots clefs** systématiquement exprimés :

L'articulation est pour 58% des questionnés le point essentiel à améliorer, en effet il est difficile d'organiser des temps de rencontre réguliers avec l'ensemble des partenaires. Certaines équipes font le

point téléphoniquement chaque début de matinée avec les référents des structures qui collaborent au processus régulièrement et une fois par mois en groupe élargi.

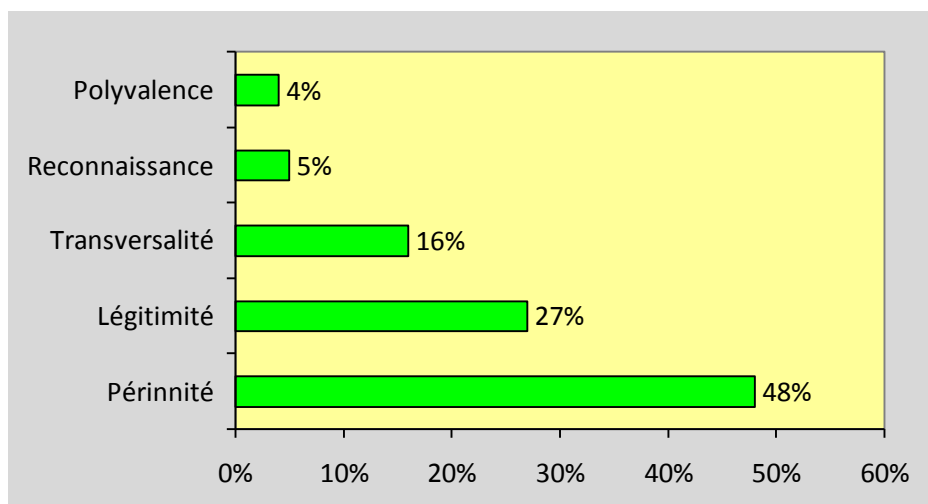
La mise à disposition de matériel de communication et de moyens de déplacement (véhicule) arrive en seconde position des points à améliorer. En effet des équipes utilisent leur véhicule, prennent le taxi ou le bus et se déplacent à pied, l'affectation d'un véhicule de fonction contribuerait à une meilleure mobilité et reste indispensable, surtout en milieu rural. Dans le même état d'esprit : le matériel informatique, l'usage des e-mails, le téléphone portable deviennent des outils indispensables, certaines équipes ont du mal à se doter d'un matériel performant. Une équipe de Marseille a symboliquement salué sa « mobilité » quand elle s'est vue dotée d'un téléphone mobile !

L'évaluation n'est pas une démarche systématisée notamment pour tout ce qui relève de la prévention et des actes dans la communauté (réunions, action d'information, de dé-stigmatisation...), les équipes pour 9% d'entre-elles pensent que développer les indicateurs d'évaluation leur permettra d'être mieux reconnus.

Améliorer le champ d'intervention des Équipes Mobiles est un point qui reste à développer pour 6% des questionnés, les équipes très spécialisées pourraient s'orienter vers plus de polyvalence et élargir leurs interventions en amont et en aval de la prévention à la crise jusqu'à l'accompagnement et au rétablissement.

Le **renforcement des liens** entre les Équipes Mobiles d'autres secteurs ou d'autres spécificités est aussi évoqué.

3719 - L'avenir des Équipes Mobiles (vision des équipes enquêtées)



Histogramme « Avenir des Équipes Mobiles »

Il ressort de nos questionnaires plusieurs **mots clefs** systématiquement exprimés :

La pérennité ; les questionnés souhaitent à 48% que les Équipes Mobiles puissent s'inscrire comme un outil pérenne pour la prise en charge des soins psychologiques dans les pôles ; que ce soit à partir de

l'hôpital ou en ambulatoire. Certaines équipes se sont vues attribuer des moyens non pérennes mais soumis à évaluation dans les trois ans, d'autres n'ont pas eu de ressource financière et ont réaffecté leur personnel à moyen constant. Ces situations provoquent l'inquiétude des professionnels sur la pérennité de cette organisation.

La légitimité ; en lien avec la réponse précédente, les questionnés (27%) expriment une demande de légitimité (texte de loi, inscription au plan Santé mentale, soutien plus marqué des Agences Régionales de Santé) ; divers points qui entraineraient plus de sérénité dans le fonctionnement des Équipes Mobiles.

La transversalité ; piste intéressante (pour 16% des questionnés), l'Équipe Mobile pour adolescent doit s'inscrire dans une transversalité de réponses pluridisciplinaires avec la psychiatrie générale, les services MCO (pédiatrie/urgences), en lien plus proche avec les médecins généralistes (premiers interlocuteurs des jeunes patients) et en collaboration avec le milieu éducatif et scolaire. Certaines équipes sont déjà inscrites dans ce processus et sont présentes physiquement dans les services d'urgences pédiatriques.

La reconnaissance des pairs ; les Équipes Mobiles pour adolescents souffrent (pour 9% des questionnés) d'un manque de reconnaissance de la part d'autres équipes de pédopsychiatrie ou d'équipes qui interviennent en service d'hospitalisation. Comme nous l'avons cité préalablement, les options cliniques peuvent être divergentes suivant les médecins, la politique de secteur et notamment le travail ambulatoire ne constitue pas une réponse suffisante pour certains professionnels qui restent attachés à l'hospitalo-centrisme. L'importance d'évaluer les dispositifs permettra « chiffres en main » de démontrer l'intérêt de l'intervention à domicile, la baisse des hospitalisations et la satisfaction des patients et des partenaires de soins ainsi que les élus.

La polyvalence ou l'approche généraliste : En effet certains professionnels imaginent des Équipes Mobiles polyvalentes ou généralistes et capable de pouvoir intervenir sur plusieurs spécificités (suicide, troubles des conduites alimentaires, addiction, non-demande, précarité....

3720 - Commentaires en lien avec l'Équipe Mobile

Nous avons laissé en fin de questionnaire la possibilité d'ajouter des commentaires sur des sujets que nous n'aurions pas abordé. De nombreuses phrases courtes sont venues enrichir nos données qui ne se présentent pas comme doléances mais plutôt comme objets de réflexion !

Tout d'abord il ressort des commentaires « **la difficulté à définir la dénomination de l'Équipe Mobile** » afin d'être le mieux repéré possible par les partenaires et les usagers. Nous avons en ce sens relevé un grand nombre de dénominations différentes : (Equipe mobile d'évaluation et d'observation, Equipe mobile de crise, Equipe mobile de la non-demande, Unité d'intervention et d'urgence, Equipe mobile des trois âges, Dispositif d'intervention à domicile, Unité de soins soutenus à domicile, Equipe mobile de pédopsychiatrie, Equipe mobile pour adolescents, Equipe mobile pour adolescents en difficultés, Dispositif de soins à domicile, Equipe mobile de soins intensifs à domicile pour adolescents, Equipe mobile de liaison, Unité mobile d'évaluation et de crise....). Ces dénominations sont souvent exposées en acronymes (EMILI, EMRIC, ULICE, EMA, EMEC,...), ce qui accentue la non-visibilité de l'action proposée et

un questionnement chez les professionnels (infirmiers et psychologues libéraux par exemple).

Cette difficulté, nous l'avons bien repérée dans les réponses de chaque membre d'une même équipe qui avait du mal à nous livrer une dénomination identique de leur organisation. Nous avons également relevé l'ambiguïté entre les termes d'urgence et crise qui laisse entrevoir des perceptions différentes sur la mission ! En ce sens l'équipe ULICE de Marseille et notamment le docteur Samuel Bouloudnine, a quant à lui largement débattu sur les notions de crise et d'urgence⁶⁵. **L'urgence** qui survient quand les capacités d'adaptation au système sont dépassées et qui nécessite une intervention immédiate. **La crise** comme un moment d'extrême instabilité du système (et pas seulement d'un seul individu) qui peut conduire vers un nouvel état. La crise étant un moment opportun de changement ou l'équipe peut accompagner, dans un modèle systémique, la famille à contenir les manifestations de souffrance et d'évoluer vers une autre organisation.

D'autres commentaires qui pourraient faire l'objet d'un débat éthique sont exprimés, notamment sur les notions de **demandes de soins et besoins de soins**. Faut-il attendre une demande, un engagement, une démarche ? L'expression d'un besoin est-il nécessaire pour justifier une intervention ? Doit-on attendre une crise, un fait marquant ? La demande de la famille, de l'entourage ou des professionnels est-elle suffisantes ? Intervenir sans demande ne relève-t-il pas du « paradoxe de l'aide contrainte » développé par Guy Hardy⁶⁶, assistant social, formateur en programmation neurolinguistique.

En poussant la réflexion, ne pouvons nous pas risquer de glisser dans les interventions à domicile vers un **contrôle social** ? Qu'en est-il d'une intervention quand l'adolescent ou la famille font l'objet d'une information préoccupante (approche judiciaire), où peuvent se superposer la présence au domicile de plusieurs équipes, dont l'éducateur d'AEMO ? L'articulation et l'information doivent être prépondérantes entre les professionnels.

Enfin le dernier commentaire nous semble prépondérant et perspicace, il s'agit de **la notion de secret médical et de secret partagé**. En effet dans les espaces de concertation entre partenaires, quel est le flux d'informations susceptibles d'être échangées, partagées ? Qu'en est-il des données médicales ? Nous avons rencontré plusieurs équipes et ce sujet n'a pas vraiment été abordé.

38 - Les Équipes Mobiles en Europe et dans le monde

Depuis une cinquantaine d'années le mouvement de désinstitutionalisation s'est déployé dans tous les pays occidentaux. La mise en œuvre de solutions alternatives à l'hospitalisation varie en fonction du contexte politique, social et culturel de chaque pays.

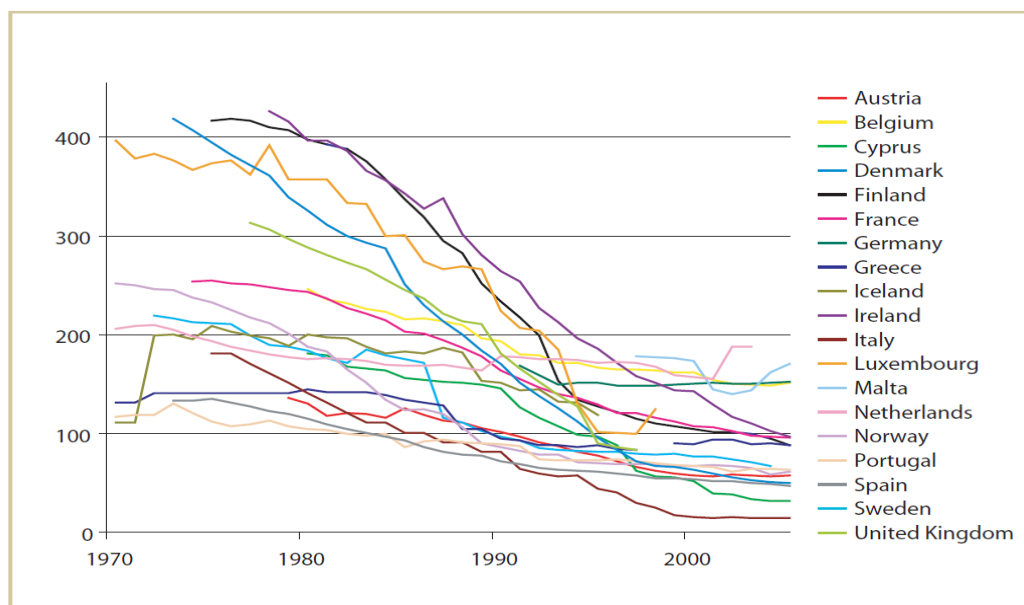
Il y aurait aujourd'hui plus de 700 Équipes Mobiles de psychiatrie dans le monde, dont plus de la moitié aux Etats unis.

⁶⁵ BOULODNINE, Samuel, MENDZAT, Ruddy, NAUDIN, Jean, 2013. *ULICE : une équipe d'intervention de crise dans une psychiatrie en crise*. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, n°50, pp. 163-186

⁶⁶ HARDY, Guy (Dir.), COLLECTIF, 2001. *S'il te plaît, ne m'aide pas ! L'aide sous injonction administrative ou judiciaire*. Ramonville-Saint-Agne : Erès, 134p. Relations

En Europe, des travaux démontrent un accès inégal aux soins associé à des inégalités liées aux conditions de vie. Ces constats sont prégnants depuis les années 1980 ; les Équipes Mobiles en activité répondent à plusieurs finalités : la prévention, le traitement de l'urgence, la précarité et le développement des soins en ambulatoire se préoccupant ainsi de publics diversifiés. Les Équipes Mobiles se sont développées parallèlement au mouvement de réduction des lits constant en Europe depuis les années 1970 (tableau ci-dessous).

Figure 1: Trends in availability of psychiatric beds in Western Europe, 1970–2005,



Source: European health for all database

Le **Royaume Uni** a créé un programme de plus de 330 Équipes Mobiles de psychiatrie générale en s'appuyant sur une analyse : la collaboration Cochrane (qui a regroupé plus de 28 000 volontaires dans plus de 100 pays pour optimiser la recherche médicale en psychiatrie) a mis à jour que l'Équipe Mobile accroit la satisfaction des usagers avec des résultats identiques au traitement hospitalier.

La ville de Birmingham a elle-même considérablement réduit ses lits pour développer des AOT⁶⁷ avec une organisation et des objectifs sensiblement identiques aux Équipes Mobiles de psychiatrie française.

Les Équipes Mobiles du Canton de Vaud en **Suisse** développent une psychiatrie mobile des trois âges avec des résultats probants :

- Amélioration des résultats des soins et de l'insertion sociale dans les troubles sévères
- Réponse aux attentes du réseau, des proches et des patients
- Meilleure accessibilité aux soins pour les patients marginalisés tout en diminuant le recours à l'hospitalisation pour les hauts utilisateurs
- Réduction des réadmissions après la sortie de l'hôpital

⁶⁷ Assertive Outreach team for Recovery

La Belgique est elle aussi en pleine réforme. Bernard Jacob, chef de projet et coordinateur fédéral Belge, évoque, malgré les soubresauts de politique interne et l’alternance de deux ministres de la Santé en très peu de temps, la mise en place de l’article 107 de la loi sur les hôpitaux devient aujourd’hui effective. C’est une transformation de l’offre résidentielle vers une offre plus communautaire avec l’objectif de maintenir les citoyens dans leur lieu de vie. C’est également une approche globale et intégrée qui permet de mieux gérer l’entrée à l’hôpital avec une vision de la Santé mentale partagée avec tout le réseau et les circuits de soins et axée sur le rétablissement.

Cette réforme apporte des **aspects novateurs** :

- La création de réseaux trans et inter sectoriels ;
- Une mobilité des soins vers la communauté ;
- Une valorisation de la première ligne (ambulatoire) ;
- Une réhabilitation psycho-sociale comme perspective à réaliser ;
- L’intégration de l’expérience et l’expertise des aidants et usagers.

De ce projet résulte la création de deux types d’Équipes Mobiles sur le territoire Belge :

- 35 créations d’Équipes Mobiles de suivi de longue durée
- 22 Équipes Mobiles de crise.

Cette réforme Belge vient modifier l’organisation actuelle en gelant 1 500 lits d’hospitalisation, en diminuant la durée moyenne de séjour en institution, en recentrant le mode de prise en charge vers des soins de proximité et en développant une continuité des soins entre institution et soins ambulatoires. Comme d’autres pays Européens, en lien avec des diagnostics édifiants mais également face aux contraintes économiques, la psychiatrie Belge poursuit son mouvement de désinstitutionalisation et d’intervention de proximité.

381 - Des controverses sur les soins psychiatriques ambulatoires en Europe

Tout changement provoque des controverses : changer de modèle et s’orienter vers une psychiatrie plus communautaire dont il est difficile d’évaluer stricto-sensu son efficacité, laisse place à plusieurs questionnements notamment au Royaume-Uni où une recherche⁶⁸ a mis en évidence :

- Le peu de réduction des hospitalisations,
- Les chiffres du suicide qui restent constants
- Un coût plus important de ce processus sans baisse des hospitalisations

Le seul bénéfice mis à jour étant la satisfaction des usagers et des professionnels.

⁶⁸ **FIRN, M**, 2011. *The rise and fall of ACT in England*. National Forum for Assertive Outreach [WEB paper]

D'autres pistes remettent en cause le bien fondé de l'intervention précoce qui peut stigmatiser et engager l'adolescent dans un parcours déterminé irréversible.

Le débat tourne aussi autour de l'autonomie du patient, du vécu de contrôle sociale et d'intrusion dans son espace personnel (ou intime) et de sa famille.

Néanmoins les innovations thérapeutiques qui se centrent sur la notion de « rétablissement » (Whole life-recovery) contribuent à changer le regard sur la maladie mentale, les approches et les organisations.

En Europe comme ailleurs, le « tout ambulatoire » ne semble pas répondre seul aux problématiques de Santé mentale, la palette de soins doit être élargie (l'hospitalisation ayant complètement sa place dans l'organisation). Et surtout, c'est l'autonomie et la décision de l'usager qui doivent être prises en compte dans la réponse soignante (patient acteur de ses soins).

L'humilité, la réflexion, la recherche médicale et sociologique doivent poursuivre et améliorer ces changements dans un contexte socio-économique européen difficile.

39 - Des projets d'Équipes Mobiles sur le pôle de pédopsychiatrie 69 I 10

Nous avons la chance de travailler dans un établissement hospitalier et un pôle où les innovations et la créativité enrichissent la dynamique de travail et de management. Inscrit dans le projet d'établissement et du pôle ; la création d'Équipes Mobiles est au cœur de nos préoccupations. L'objet de notre recherche trouve ici tout son sens, il nous permettra d'apporter à nos équipes une approche théorique, sociologique et méthodologique pour la mise en œuvre d'Équipes Mobiles sur les pôles.

Un premier projet concerne particulièrement le Sud de notre inter secteur et les quartiers de Lyon 9^{ème} (VAISE/Duchère) ;(secteur urbain peuplé d'une population jeune et multiculturelle).

Le Conseil Local de Santé Mentale a déjà repéré dans un groupe de travail dédié aux adolescents, des difficultés d'accès aux soins dont les causes sont polymorphes. L'Éducation Nationale représentée par plusieurs collèges et lycées, pointe un absentéisme scolaire en hausse (comme le démontre aussi les chiffres nationaux) d'adolescents en ruptures sociales qui restent isolés à domicile, en claustration, en échec scolaire avec des problématiques psychologiques diverses que certaines équipes mobiles nomment « la problématique de la non-demande ». Ces ermites modernes que les chercheurs japonais nomment « Hikikomori » laissent perplexes les professionnels du soin psychiatrique.

Le parcours de soins a été identifié (cf. annexe E), la palette d'offres de prise en charge pourrait s'étoffer vers une Équipe Mobile pluridisciplinaire associant les différents partenaires et surtout la médecine scolaire en s'appuyant sur des places d'Hôpital de Jour adolescents/jeunes-adultes (psychiatrie générale et pédopsychiatrie) en projet sur les structures de Lyon Vaise. La démarche est déjà engagée par des réflexions au sein des pôles et du CLSM Lyon 9^{ème}, une commission de travail spécifique sera

opérationnelle dès septembre 2015 pour mettre en œuvre le montage et l'écriture de ce projet.

Un second projet est en cours de réflexion dans le Nord de notre secteur (Nord du département du Rhône), région rurale dont les diagnostics de Santé du territoire sont très alarmants, surtout ceux concernant l'accès aux soins des adolescents, la précarité des familles, les difficultés de déplacement et le manque de structures pour répondre aux problématiques de Santé mentale.

Ce secteur a la particularité d'avoir un taux de chômage supérieur aux normes nationales et de nombreuses institutions médico-sociales se sont implantées ainsi que des familles d'accueil pour venir compenser le manque d'industries et entreprises.

Un groupe de travail du CLSM « Rhône-Nord » de ce secteur a pointé depuis un certain temps, les difficultés d'accès aux soins. Ces difficultés sont notamment relatives à des adolescents en institutions médico-éducatives qui présentent des troubles psychiques graves relevant d'une orientation MDPH⁶⁹ et en rupture complète avec le milieu social et scolaire.

Ces adolescents sont, du fait de leurs troubles du comportement (souvent majorés par l'absence de projets adaptés), en difficulté dans leur milieu familial et en crise dans leur institution. Ils nécessitent un temps de rupture, d'adaptation à un traitement ou une hospitalisation.

Le projet réside à mettre en place une petite unité de 6 à 8 places (équipe dédiée pour adolescents) avec possibilité de prise en charge à temps plein ou en séquentiel de nuit avec une articulation médico-sociale, l'Éducation Nationale (apprentissage), voire une hospitalisation si nécessaire vers l'établissement hospitalier de rattachement.

Ce projet est spécifique et innovant, il devra se développer en lien avec les projets du pôle de psychiatrie générale de notre établissement hospitalier qui soutient la création d'une Équipe Mobile précarité mais également avec le projet d'un hôpital privé du secteur (l'Arbresle) qui envisage de développer sur son unité d'hospitalisation d'addictologie une Équipe Mobile spécifique pour cette pathologie.

L'ensemble de ces projets concernent les adolescents et jeunes-adultes pour lesquels des points de convergences sont à mettre à jour, ainsi que des concertations qui seront nécessaires afin d'envisager les collaborations et leurs priorités.

Nous pouvons imaginer que le conseil local de santé mentale jouera un rôle prépondérant dans la co-construction d'une équipe polyvalente.

Des rencontres avec des Équipes Mobiles « généralistes » seront nécessaires pour enrichir la mise en œuvre de ce projet transversal.

⁶⁹ Maison Départementale des Personnes Handicapées

Des modèles de structures expérimentales (ci-dessous) en activité ou encours d'élaboration seront sources de données pour l'aide à la construction de ce projet:

- **Le projet de la fondation de France 2015** « *Accompagner les enfants, leur famille et les jeunes en difficultés* »
- **Le groupe de travail de l'ARS Rhône-Alpes** : « *Amélioration du parcours de soins des adolescents en situation de handicap pris en charge dans les ESMS⁷⁰ et présentant des troubles psychiques et/ou psychiatriques* ».
- **La création d'un dispositif expérimental en Haute Savoie (soutenu par l'ARS)** en mars 2014 pour « *Des enfants et adolescents handicapés psychiques et ou présentant des troubles du comportement et nécessitant une mesure de protection de l'enfance* ». Il s'agit d'un équipement à double facette comprenant 18 places (dont 12 en internat et 6 en accueil de jour) articulé avec une Équipe Mobile pluri-professionnelle, et un dispositif opérationnel sur 365 jours.

-

Fort de notre enrichissement théorique et pratique sur « les Équipes Mobiles pour adolescents » nous proposons ci-dessous quelques pistes de réflexion sous forme de fiches de préconisations pour accompagner la mise en œuvre d'une telle organisation.

⁷⁰ Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux

4 - Préconisations pour la mise en œuvre d'une « Équipe Mobile »

41 - En sept points-clefs

411 - Constats et diagnostics

- ➡ S'enrichir du dernier plan de Santé national avec sa déclinaison régionale en Schéma Régional d'Organisation des Soins.
- ➡ S'appuyer sur le bilan annuel d'activité du secteur de pédopsychiatrie ; il reflète l'expression des dysfonctionnements ou plutôt des difficultés à répondre dans des délais acceptables à la demande (listes d'attente pour une première consultation qui s'allongent, manque de place dans les possibilités de prise en charge, hospitalisation systématique aux urgences, défaut de travail de prévention).
- ➡ Analyser les diagnostics du territoire de Santé (Santé, précarité, suicide, addiction, décrochage scolaire, délinquance...) qui portent un regard spécifique sur l'aire géo-démographique d'intervention du secteur psychiatrique.
- ➡ S'enrichir des données et des volontés exprimées par le réseau de Santé (médecin, Santé scolaire, Centres Hospitaliers généraux, infirmières libérales, services du Conseil Général, établissement médico-sociaux...) qui rencontrent des difficultés d'adressage vers les structures ambulatoires psychiatriques.
- ➡ Elaborer un recueil de données sur les ressources locales de Santé et Santé mentale (médecins, infirmières, associations, Maisons de Santé, établissements sanitaires ou médico-sociaux... (s'informer des possibilités et délais d'accueil).
- ➡ S'appuyer sur l'analyse des flux de déplacement de la population, l'organisation des transports et l'accessibilité des structures de Santé (surtout dans les territoires ruraux).
- ➡ Les Équipes Mobiles intervenant sur actions spécifiques (précarité, addiction, TCA) doivent se rapprocher les réseaux de Santé afférents tant au niveau régional que national.
- ➡ Les rapprochements entre les ASV ateliers Santé ville et CLSM conseil local de Santé mental éviteront la superposition d'actions de même type.

412 - Réflexions partenariales / Réseau / Transversalités

- ➡ S'appuyer sur les organisations existantes qui rassemblent les intervenants en Santé mentale. Les CLSM, même s'ils ne sont pas présents sur tous les territoires s'inscrivent comme des organisations incontournables dans les projets et l'amélioration des réponses aux demandes de soins. Le Conseil Local de Santé Mentale engendre un réseau collaboratif et une co-confiance entre les acteurs ; les situations complexes sont traitées et les patients ne restent pas des « patates chaudes » qui circulent indéfiniment!
- ➡ Développer la culture du « sens commun » et la mission de Santé publique par des ajustements mutuels entre les différents partenaires pour éviter les individualismes et corporatismes (démocratie dense).
- ➡ Nécessité de développer des stratégies cohérentes avec de nouveaux enjeux de mutualisation, des idées et ressources avec l'expression du processus bénéfice/perte.
- ➡ Dans le cadre du projet de mise en place d'une Équipe Mobile le partenariat n'est pas restrictif. Ce dernier doit s'élargir vers les services de pédiatrie, les médecins généralistes, les infirmières libérales, les associations de familles et patients, les services de maintien de l'ordre (gendarmerie, police), la PJJ, l'Éducation Nationale (médecine scolaire), les éducateurs de rue ou d'AEMO, les médiateurs Santé, les associations d'utilisateurs...
- ➡ Au niveau des structures sectorielles il est nécessaire de réfléchir sur la stricte limite du secteur (certaines équipes ont inscrit leurs actions dans une recherche d'efficacité dans des espaces plus vastes, plus cohérents et plus pertinents que la stricte limite de leur territoire).
- ➡ De même, il s'avère nécessaire d'envisager des transversalités entre secteurs de psychiatrie pour bénéficier d'un savoir-faire, éviter les redondances et couvrir un territoire plus vaste.
- ➡ Dans le même état d'esprit, l'adolescence ayant « un pied » dans le secteur de psychiatrie générale, la recherche de synergie doit se faire dans des dimensions plurisectorielle et non pas seulement dans un simple partage d'un espace immobilier, avec parfois un dispositif commun d'accueil, mais plutôt par la création d'outil de pilotage (Équipe Mobile) commun apportant une large réponse à l'échelle du territoire de Santé.
- ➡ Le point d'ancrage de l'organisation doit être rattaché administrativement aux pôles de psychiatrie et pédopsychiatrie, les formes les plus abouties de collaboration pourront se concrétiser dans le cadre d'une fédération intersectorielle d'un réseau de Santé. Le pôle de psychiatrie et l'établissement de rattachement reste maître d'œuvre de l'interface de cette articulation collaborative.

413 - Le cadre organisationnel et clinique / Les pratiques professionnelles

- ➡ Les publics visés : Il s'agira de définir le champ d'intervention de l'Équipe Mobile spécialisée en psychiatrie et pédopsychiatrie (urgence/crise/non-demande/addiction...) destinée à favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des adolescents en souffrance psychologique.
- ➡ Les acteurs de première ligne : Il sera opportun de définir les acteurs de première ligne qui expriment des difficultés face à des manifestations de souffrance, des demandes de soins ou d'étayage et aussi un soutien ou une formation pour le repérage, le décodage des problématiques. Ces différents acteurs pourraient être eux aussi soutenus et/ou accompagnés dans l'analyse des demandes et la mise en œuvre du premier contact ou de l'adressage.
- ➡ L'Équipe Mobile disposera d'un règlement intérieur (établissant les modalités d'intervention et les rôles et fonctions des différents intervenants) et d'un cadre de convention pour les collaborations extérieures.
- ➡ Un support numérique ou des fiches de réception des appels seront nécessaires pour affiner la réponse. (Pour exemple : cf. annexe G. L'équipe ULICE de Marseille a élaboré les « dix commandements de l'Équipe Mobile » qui expriment les prés requis du fonctionnement de leur EM).
- ➡ Dans le cas de collaborations avec les structures de l'Éducation Nationale ou médico-sociale, il sera nécessaire d'articuler les projets scolaires, les projets éducatifs avec le projet de soins et le projet de vie de l'utilisateur, afin de coordonner les prises en charge partagées. L'Équipe Mobile portera en ce sens une fonction d'interface au sein d'un réseau formalisé de partenaires.
- ➡ Veiller à continuellement adapter les missions de L'Équipe Mobile aux besoins de la population, (cadre horaire, supports d'accueil, matériel de communication et de transmission).
- ➡ L'intérêt du patient doit être prioritaire. Il conviendra d'être vigilant au respect du secret professionnel et aux données partagées.
- ➡ L'Équipe Mobile s'intégrera dans un dispositif global d'amont et d'aval de la prise en charge.

414 - La composition d'une équipe de professionnels (réflexions)

- ➡ Il s'agira de définir la composition pluridisciplinaire de l'équipe et les rôles et missions de chacun dans l'organisation des binômes d'intervention.
- ➡ L'Équipe Mobile est systématiquement portée par un ou plusieurs pédopsychiatres, parfois même c'est le chef de pôle qui porte le projet médical et l'organisation clinique. Souvent à temps partiel, il coordonne les espaces de réflexions, l'orientation des soins et l'articulation avec le pôle. Le médecin se déplace à domicile mais le plus souvent c'est en deuxième intention (traitement ou hospitalisation d'urgence).
- ➡ Les psychologues sont présents dans la plupart des Équipes Mobiles rencontrées, ils se déplacent à domicile en binôme avec un autre professionnel et animent avec le médecin les espaces de discussion, de débriefing et d'analyse de la pratique.
- ➡ Un cadre de Santé ou un infirmier référent (à temps partiel) se charge de l'organisation des plannings, de la gestion des ressources humaines, de l'aspect logistique (véhicule, matériel informatique, téléphonie...) et des axes organisationnels (planification des réunions, rencontre avec le réseau, supervision de la saisie de l'activité). Le management d'une Équipe Mobile doit articuler une vision humaniste des soins (mobilité /disponibilité), une approche à la fois économique et qualitative (efficacité) et des collaborations pluridisciplinaires et plurimodales dans l'organisation et l'opérationnalité.
- ➡ L'infirmière est la fonction la plus représentée au sein des Équipes Mobiles.
- ➡ Les assistants sociaux et éducateurs spécialisés sont absents de certaines équipes. Les équipes préfèrent interpeler les assistants sociaux du réseau municipal ou du conseil général et ne composer l'équipe qu'avec du personnel «soignant».
- ➡ Les secrétaires ne font pas systématiquement partie de l'équipe, du moins en ce qui concerne l'accueil ou la réponse téléphonique de la demande, par contre elles peuvent intervenir dans la rédaction des courriers et la saisie des actes.
- ➡ Des collaborations conventionnelles peuvent se mettre en place avec le secteur médico-social (éducateur détaché), avec l'Éducation Nationale (infirmière ou assistant social détachés) avec les médiateurs de Santé Pairs, avec les secteurs MCO (infirmier détaché des urgences) avec la psychiatrie générale (médecin, psychologue, infirmier, éducateur...) avec les associations qui travaillent en interface avec les secteurs de Santé (psychologue, infirmier de PMI ...), avec des personnels municipaux ou du Conseil Général (IDE, AS, puéricultrice, psychologue) et avec les pairs aidants.
- ➡ Dans tous les cas de figure, il sera pertinent d'éviter le turn-over des équipes par une recherche de stabilité de l'équipe. Il est nécessaire de fidéliser les professionnels qui connaissent bien le terrain, qui ont tissé des liens avec le réseau de soins, donc bien repérés sur le territoire car ils facilitent l'enracinement et une bonne stabilité organisationnelle de l'équipe. L'activité à temps partiel sur l'Équipe Mobile et en alternance sur une autre activité (CATTP/CMP/Hôpital de Jour) semble faire l'unanimité pour éviter l'épuisement des professionnels qui travaillent en front line).

415 - Moyens à mobiliser

- ➡ Inscrire le projet d'Équipe Mobile dans le projet de pôle, le projet d'établissement (projet médical) ainsi que dans le CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) de l'institution de rattachement. Le projet de loi de modernisation de notre système de Santé (adopté en 1^{ère} lecture par le Sénat en avril 2015) préconise même dans le cadre de l'EPRD (Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses - article L6143-4) d'apprécier les projets et financements au niveau d'un Groupement Hospitalier de Territoire ; un projet de développement d'Équipe Mobile pourrait donc s'imaginer en convention et collaboration avec d'autres structures types MCO (urgences...).
- ➡ Les activités de prévention, d'accueil, d'orientation et de soin des Équipes Mobiles doivent faire l'objet d'un financement pérenne de l'ARS. L'ampleur du champ et des modalités d'intervention des professionnels doit pouvoir amener au déploiement de co-financements avec d'autres budgets comme celui des collectivités territoriales, de l'Éducation Nationale ou des dotations de développement des réseaux de Santé par exemple.
- ➡ Le financement d'une Équipe Mobile peut aussi s'imaginer à partir du fonds FIRE (fonds d'intervention régional) qui est attribué à des organisations de soins innovantes et pertinentes.
- ➡ L'ARS peut aussi déployer des moyens dans le cadre du budget « actions nouvelles » qui est largement attribué au développement de l'ambulatoire et plus particulièrement les projets où les structures sanitaires se coordonnent avec celles du médico-social.
- ➡ Dans le cadre des péréquations des moyens des DAF (Dotations Annuelles de Fonctionnement) des moyens peuvent être redistribués ou transposés d'un établissement à un autre.
- ➡ Il sera nécessaire d'établir un budget prévisionnel de fonctionnement de l'Équipe Mobile comprenant les moyens humains (tenant compte de redéploiements et collaborations), les moyens techniques et logistiques nécessaires pour assurer et financer la couverture géographique et temporelle de la population adolescente du territoire d'intervention (implantation de l'EM au plus près du publique cible). Certaines équipes ont évalué le nombre de 13 ETP pour une population de 250 000 habitants (Équipe Mobile généraliste) mais ces chiffres ne restent qu'une estimation.
- ➡ Il sera important d'envisager des actions et des moyens de communication pour faire connaître l'Équipe Mobile (plaquette, site dédié, journées portes-ouvertes, animation dans le cadre des SISM...).

416 - Formations et analyse de la pratique

- ➡ L'intervention en Équipe Mobile demande des compétences spécifiques et des formations adaptées. (La formation « observation du bébé » selon Esther Bick est une action que nous avons plusieurs fois rencontrée au cours de nos entretiens avec les équipes).
- ➡ Le travail en « *front line* » engage des mouvements transférentiels, non protégés par le cadre physique et structurel de l'institution. L'Équipe Mobile doit pouvoir bénéficier d'un travail d'analyse de la pratique et d'espace de parole (réunions cliniques, synthèses) avec l'ensemble des professionnels impliqués dans l'action et la réflexion.
- ➡ Travailler en équipe élargie entraîne des tensions organisationnelles et des difficultés d'articulation. La capacité à planifier les emplois du temps et réunir les acteurs nécessitera des compétences managériales spécifiques (connaissance des différentes cultures et fonctions).
- ➡ Le recrutement et l'évaluation annuelle des prestations doit permettre de mettre à jour, valoriser et renforcer les compétences attendues de la part des managers.
- ➡ Une formation sur la dimension éthique du soin à domicile ainsi qu'une réflexion sur la demande ou non-demande de soins s'avèrera nécessaire. Pour les patients jeunes-adultes/majeurs les professionnels de pédopsychiatrie devront prendre connaissance des procédures d'hospitalisation sans consentement.
- ➡ Une approche de l'organisation systémique de la famille et des tiers ainsi que les formations autour des situations complexes ou le DU « adolescents difficiles » seraient des « formations pertinentes » pour les équipes.
- ➡ Soutenir l'innovation et la créativité dans la durée nécessite de pouvoir se former, s'informer auprès d'autres équipes. La participation aux colloques régionaux, nationaux et européens seront des « espaces ressources » pour les professionnels et pour les Équipes Mobiles isolées qui souhaitent se fédérer. (voir AEMP, association des Équipes Mobiles en psychiatrie).
- ➡ L'accueil de stagiaires permettra aux professionnels d'accomplir à la fois leur mission pédagogique mais également de transmettre leur savoir et expérience mais aussi de favoriser une attractivité pour le travail en EM.

417 - L'évaluation de l'action

Il est important de pouvoir répondre aux attentes des responsables institutionnels et de tutelles pour assurer la légitimité de l'EM en évaluant l'efficacité du processus organisationnel de manière quantitative et qualitative. La mise en place d'indicateurs partagés sera nécessaire pour mettre en œuvre l'évaluation. L'action d'évaluation est incontournable pour identifier les dysfonctionnements, pour se saisir des déterminants et apporter des correctifs. C'est un outil incontournable pour mettre à jour le travail réel. Une observation externe comme le propose l'équipe de Rennes serait un indicateur pertinent sur l'impact de l'EM dans la cité.

L'évaluation reste aussi un rempart à la généralisation des équipes mobiles qui perdraient ainsi leur souplesse, leur adaptabilité leur flexibilité et leur pertinence.

L'évaluation portera donc sur :

Quantifier l'activité :

- Nombre d'interventions et actes - Auprès des adolescents
- Auprès des professionnels

Apprécier la performance :

- Mesurer l'utilité
 - En direction des adolescents et leur famille
 - En direction des acteurs de première ligne
 - En direction des partenaires de Santé / réseau (médecins généralistes ...)

Apprécier la quantité et la qualité du service rendu (efficacité) :

- Nombre de signalements ou d'appels
- Nombre de déplacement/et temps de déplacement
- Nombre de consultations, hospitalisations, orientations
- Nombre de nouveaux dossiers
- Nombres de temps de réunions cliniques /synthèses/concertations partenariales
- Nombre de suivis en post cure

Apprécier l'incidence de l'EM sur l'état de Santé des ados du territoire // aux indices nationaux

- Taux d'hospitalisations
- Durée moyenne de séjour
- Taux de réadmissions
- Taux de suicides /passages à l'acte (violence)
- Taux d'absentéisme scolaire prolongé
- Délais de réponse à une nouvelle consultation

Apprécier la représentation du processus EM sur le territoire (Info/communication)

- Enquête de satisfaction auprès des populations /mesure d'impact
- Enquête de satisfaction auprès des professionnels
- Actions dans la communauté/publications/recherches

Apprécier la connaissance de l'EM par les tutelles

- Formalisation écrite du projet et de la charte de fonctionnement
- Rapport annuel d'activité partagé à l'ensemble des partenaires concernés

Envisager les facteurs prédictifs de l'évolution de l'équipe mobile

- Court, moyen et long terme

En réponse à notre problématique de départ :

« En quoi et comment une Équipe Mobile peut-elle être un outil pertinent, une réponse complémentaire et adaptée à la prise en charge des problématiques psychologiques des adolescents sur les pôles de pédopsychiatrie »

Nous pouvons in fine avancer qu'au regard des données recueillies, des rencontres, de l'analyse des expériences observées ; que l'outil « Équipe Mobile » peut être l'un des processus organisationnels et thérapeutique susceptible d'apporter une réponse complémentaire aux adolescents en difficulté psychologique dans la mesure où sa mise en œuvre tient compte des paramètres spécifiques de l'aire géo-démographique d'intervention, que la collaboration partenariale est effective et que les soins apportés aux patients sont efficaces .

Conclusion :

Nous arrivons au terme de ce travail qui a considérablement enrichi notre enseignement sur les « Équipes Mobiles » et plus spécifiquement celles destinées aux adolescents. Nous nous sommes efforcés de ne pas entrer dans une fascination que certains professionnels expriment comme « *une innovation organisationnelle qui répondrait à toutes les problématiques* ». Les Équipes Mobiles étant en ce sens actuellement assez visibles et médiatisées, en psychiatrie elles manquent néanmoins d'une véritable reconnaissance législative.

Pour se faire, notre regard s'est focalisé sur la Santé mentale dans la communauté et notre vision de cadre de Santé en pédopsychiatrie s'est sensiblement modifié concernant l'organisation des soins sur le territoire. L'article 13 du projet de loi de modernisation de la Santé d'avril 2015 précise en ce sens « *La Santé mentale ne se limite pas à la prise en charge hospitalière. Le traitement de la maladie mentale ne peut se limiter à une prise en charge médicale : il doit s'ouvrir à la cité, s'inscrire dans un territoire et mobiliser toutes les forces qui le composent* ».

Cette recherche nous a amené à revisiter l'histoire de la psychiatrie et l'évolution de celle-ci vers les notions de mobilité et de disponibilité. Ce retour sur le passé en lien à une philosophie des soins humaniste nous pousse à ne pas rester immobile face aux problématiques actuelles (listes d'attente, files actives qui augmentent, gestion de la crise) en invoquant régulièrement le manque de personnel ou en répondant systématiquement par la réponse de l'hospitalisation.

Comme l'évoque François Dubet, sociologue ; « *Les évolutions sociétales ont depuis quelques années grandement perturbées nos institutions* »⁷¹. Nous l'observons, l'Éducation Nationale, la police, l'hôpital ont dû mal à absorber les nombreux changements. L'individualisme, l'accélération du temps, le sens du travail, les modifications de composition de la famille, les techniques de l'information et de la communication, toutes ces particularités sont à prendre en compte dans nos organisations de Santé.

Pour orienter notre action, il est nécessaire de s'appuyer sur les diagnostics de Santé des territoires en tenant compte de l'évolution des pathologies et des mouvements géo-démographiques pour réorganiser notre offre de soins. La mobilité et la réactivité restent l'essence même du secteur. En étant créatif et innovant, en construisant des structures spécifiques parfois fragiles mais souples et adaptables, nous pourrions peut-être répondre plus rapidement et qualitativement aux problématiques de Santé mentale.

Revisiter nos organisations c'est aussi s'appuyer sur le vaste réseau de partenaires : CLSM, MDR, médecins généralistes, services d'urgence MCO, médiateur de Santé, éducateurs de rue, associations, médecine scolaire, gendarmerie, PJJ, élus... Les pôles de psychiatrie ne peuvent plus porter seuls les problématiques croissantes de Santé mentale qui touchent les citoyens et qui croisent aujourd'hui le domaine du social, comme la précarité. Les professionnels de la psychiatrie doivent construire une équipe élargie et s'appuyer sur un réseau de partenaires en créant une véritable co-confiance collaborative à l'image des Conseils Locaux de Santé Mentale.

⁷¹ DUBET, François, 2002. *Le Déclin de l'Institution*. Paris : Seuil, 421p. Epreuve des faits

Nos différentes rencontres nous ont aidé à approfondir des « expérimentations » ainsi nommées par les interviewés, qui nous permettent aujourd'hui d'identifier plusieurs pistes d'actions innovantes et transposables :

- La création d'Équipes Mobiles « spécifiques » : comme une Équipe Mobile pour les trois âges (Lausanne / Canton de Vaud), les Équipes Mobiles de la non-demande (Bain-de-Bretagne), les Équipes Mobiles de crise (ERIC)...
- La mise à jour de nouvelles relations collaboratives entre acteurs de territoire renforçant les liens organisationnels et le « faire ensemble » en se détachant des règles du jeu profondément enracinées des comportements individuels et collectifs régissant le fonctionnement de l'hôpital. Le cheminement novateur dépasse les blocages traditionnels liés à des caractéristiques métiers mais surtout sociologiques dans l'univers de la Santé, à l'identité culturelle forte et prégnante.
- La mise à l'écart de l'hospitalo-centrisme (poursuite de la désinstitutionalisation).
- La transformation de la relation au patient en « s'invitant » au sein du domicile et de la cellule familiale et l'inscrivant dans une démarche citoyen/usager.
- La transformation organisationnelle de la prise en charge vers des processus non-standardisés, souples, adaptables, réactifs, parfois fragiles, tenant compte des caractéristiques du territoire et permettant de répondre de manière pertinente et efficace à l'orientation des patients.
- Une mobilisation des professionnels vers une démarche créative, autonome et responsable source de motivation et de reconnaissance (indispensable surtout dans des périodes de démotivation et de Risques Psycho-Sociaux).

En regard de la hausse permanente des dépenses de Santé, de la baisse de nouveaux financements et des réorganisations des pôles à envisager souvent à budget constant, il est nécessaire de projeter la psychiatrie de l'avenir en poursuivant la création de « structures mobiles » qui répondent mieux aux besoins des patients. Même si cette approche - comme toute innovation - provoque des controverses entre psychiatrie classique et psychiatrie innovante, elle permettra de changer progressivement de paradigme en faisant de l'hospitalisation une alternative à l'ambulatoire.

A l'issue de ce mémoire, nous pouvons nous interroger si les « Équipes Mobiles en psychiatrie » venant compléter une palette d'offre de soins ne s'inscrivent-elles pas comme l'un des défis de la psychiatrie de demain ?

Références bibliographiques et numériques :

Ouvrages :

ABRIC, Jean-Claude, COLLECTIF, 2003. *Méthode d'étude des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 295p.

ALVIN, Patrick (Dir.), JEAMMET, Philippe (Dir.), POMMEREAU, Xavier (Dir.), COLLECTIF, 1997. *L'hospitalisation des adolescents : états des lieux et perspectives*. Paris : Minist7re de l'emploi et de la solidarité, secrétariat d'Etat à la Santé, Fondation de France, 102p.

BASAGLIA, Franco, 1070. *L'institution en négation : rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia*. Paris : Seuil, 282p.
Combats

BEYLE, Henri [Pseudo : Mr de STENDHAL], 1830. *Le rouge et le Noir : chronique du XIX*. Paris : Levasseur.

DEMAILLY, Lise, DEMBINSKY, Olivier, DECHAMP LE ROUX, Catherine.2014. *Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité*. Montrouge : John Libbey Eurotext, XIX-105p.

DUBET, François, 2002. *Le Déclin de l'Institution*. Paris : Seuil, 421p. Epreuve des faits

DURKHEIM, Emile, 1897. *Le suicide : étude sociologique*. Paris : Alcan, 462p.

FANSTEN, Maya, FIGUEIREDO, Cristina, PIONNIE-DAX, Nancy ,VELLUT, Natacha 2014.*Hikikomori, ces adolescents en retrait*.Armand Colin 212 p

FOUCAULT, Michel, 1961. *Histoire de la folie à l'âge classique : folie et déraison*. Paris : Plon, XI-672p. Civilisations d'hier et d'aujourd'hui.

GIORDANA, Jean-Yves (Dir.), COLLECTIF, 2010. *Stigmatisation en psychiatrie et en Santé mentale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, XXIV-241p.

HARDY, Guy (Dir.), COLLECTIF, 2001. *S'il te plaît, ne m'aide pas ! L'aide sous injonction administrative ou judiciaire*. Ramonville-Saint-Agne : Erès, 134p. Relations

JODELET, Denise, 1989. *Folie et représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 398p. Sociologie d'aujourd'hui

TEISSIER, Stéphane, ANDREYS Jean-Baptiste, RIBEIRO Marie-Adèle, 2004. Santé publique, Santé communautaire. 2^eéd. Paris : Maloine, 342p.

TORDJMAN, Sylvie, WISS Matthias, 2014. *Á la rencontre des jeunes en souffrance L'expérience d'une équipe mobile pluriprofessionnelle*. Louvain-la-Neuve : De Boeck, 277p. Carrefour des psychothérapies [DVD inclus. 2009. *Une équipe mobile à la rencontre des jeunes en souffrance*. 33mn]

TORDJMAN, Sylvie (Dir.), GARCIN, Vincent (Dir.), COLLECTIF, 2010. *Les équipes mobiles auprès d'adolescents en difficulté*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 170p. Pratiques en psychothérapie

TORDJMAN, Sylvie, WISS, Matthias, 2014. *Á la rencontre des jeunes en souffrance : l'expérience d'une équipe mobile pluriprofessionnelle*. Louvain-la-Neuve : De Boeck, 277p. Carrefour des psychothérapies

Articles :

AYOUN, Patrick, 2008. *L'hospitalisation à temps complet des adolescents et ses indications en psychiatrie*. L'Information psychiatrique. Vol. 84 N°7, p. 701-707. [DOI : 10.1684/ipe.2008.0352]

BONNAFÉ, Lucien, LENGELLÉ TALBOT, Catherine, 2000. *L'esprit du secteur : entretien avec Lucien Bonnafé*. Santé mentale, n° 51, pp. 16-20

BOULOUDNINE, Samuel, MENDZAT, Ruddy, NAUDIN, Jean, 2013. *ULICE : une équipe d'intervention de crise dans une psychiatrie en crise*. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, n°50, pp. 163-186

CAILLAULT, Pierre, GOUIFFES, Alain, EL GHOZI, Laurent, 2007. *Le CMP unique ordonnateur des soins*. Pluriels, n° 68, 8p.

CONRAD, D, 2005. *Occultées pendant longtemps, les maladies mentales reviennent au centre du débat public*. Téléràma, n°2873 du 2 février [relatif à la maladie mentale et au débat suscité par le meurtre de Pau]

DEVERS, Gilles, 2012. Le cadre juridique de la Visite à Domicile. Santé Mentale n°170, pp. 58-61

EL GHOZI, Laurent, 2007. *Le CMP : ce que peuvent les élus*. Pluriels, n°68, pp.6-8

FIRN, M, 2011. *The rise and fall of ACT in England*. National Forum for Assertive Outreach [WEB paper]

FURTOS, Jean, 2011. Hospitalisation en psychiatrie de secteur. Toulouse : Erès, Dialogue n°192, p.100

GAILLARD, Georges, 2011. *Tolérer l'effraction, travailler à inclure*. Ciopsy n°5, pp.7-27. [En ligne] Disponible : <http://www.revuecliopsy.fr/n5-avril-2011/> [Consulté le 27 août 2015]

GUEDJ, Marie-Jeanne, GALLOIS Eric, 2006. *La Visite à Domicile comme réponse à la réclusion de l'adolescent*. Enfances & Psy, n°30, pp. 43-55.

HENIN, Michel, ALEXANDRE, Catherine AGBOLI, Komi, DESSERPRIX, Virginie, VERNET, Alain, 2013. *L'équipe mobile auprès des adolescents en difficulté du Cher*. L'information psychiatrique, Vol89 n° 2, pp.151-157

KALAMPALIKIS, Nikos, DAUMERIE, Nicolas, JODELET, Denise, 2007. *De l'effet médiatique au fait politique : la Santé mentale en question*. L'Information psychiatrique. Vol. 83 N°10, p. 839-843

LANQUETIN, Jean-Paul, QUINET, Philippe, 2012. *Les Visites à Domicile : de quoi parle-t-on ?* Santé mentale n°170, pp.20-27

LEPOUTRE, Raymond, KANNAS, Serge, SARAGOUSSI, Sarah, MANDOPOULOS CLEMENTE, Martine, CANNEVA, Jean, 2009. *La famille du malade mental : de la prise en charge à l'accompagnement*. Pluriels n°46-47, 16p.

LEYRELOUP, Anne-Marie, 2008. *Hospitalisation à Domicile en psychiatrie : une idée pas si neuve*. VST Revue du champ social et de la Santé mentale, n°99, pp. 53-58

MOSCOVICI, Serge, 1989. *Des représentations collectives aux représentations sociales*. In : JODELET, Denise (Dir). Les représentations sociales. 3^eéd. Paris : Presses universitaires de France, 424p.

MOSCOVICI, Serge, 2003. *Représentations sociales : centres et périphéries, société et mœurs*. Journal des psychologues. Hors série, octobre, 9p.

ROELANDT, Jean-Luc, DAUMERIE, Nicolas, CARIA, AUDE, EYNAUD, Michel, LAZARUS, Antoine, 2007. *Changer la psychiatrie pour destigmatiser*. Santé mentale, n°115, pp. 16-21

SENON, Jean-Louis, LAFAY, N, PAPET, N, MANZARENA, C, *Grands courants de la pensée psychiatrique* Question 48 p.7

TORDJMAN, Sylvie, WISS, Matthias, 2010. *La rencontre de l'adolescent en difficulté et la non-demande : expérience d'une équipe mobile*. Pratiques en Santé mentale, Vol. 56, n°2, pp. 35-40

TORDJMAN, Sylvie, 2011. *Des équipes mobiles pour préadolescents en difficulté*. Santé Mentale, n°162, pp.63-67

VERPEAUX, Michel, 1987. *Le secteur psychiatrique outil de gestion médico-administrative*. In : CHANOIT, Pierre-François (Dir.), VERBIZIER Jean (Dir.). Sectorisation et prévention en psychiatrie. Ramonville Saint-Agne : Erès, p.49. Psychiatrie et société

VERPEAUX, Michel, 1992. *Une classification médico-économique en psychiatrie de secteur ? L'information psychiatrique*. Vol. 68 N°3, pp 291-294

Enquêtes / Rapports / Mémoire :

ARS et Conseil Général Haute-Savoie, 2011-2018. Cahier des charges : Pour la création en Haute-Savoie d'un dispositif expérimental pour des « *Enfants et adolescents handicapés psychiques et ou présentant des troubles de la conduite et du comportement et nécessitant une mesure de protection de l'enfance* ».

ARS Rhône-Alpes Synthèse du groupe de travail, 17 avril 2014. *Prévention et gestion de crises* » dans le cadre de l'amélioration du parcours de soins des enfants et adolescents en situation de handicap pris en charge dans des ESMS et présentant des troubles psychiques et/ou psychiatriques.

BECK, François (Dir.), RICHARD Jean-Baptiste (Dir.), COLLECTIF, 2013. *Les comportements de Santé des jeunes : analyse du Baromètre Santé jeunes*. Paris : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, 346p. Baromètres Santé

BOISGUERIN, Dominique, BRILHAULT Gwennaelle, 2014. *Le panorama des établissements de Santé*. Paris : Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, 174p.

BRISSET, Claire, 2002. *Rapport annuel du Défenseur des enfants au Président de la République*. La Documentation Française, 234p.

BUISSON, Jean-René, 24 février 2010. « *La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge* » Avis du Conseil, Économique, Social et Environnemental [Rapport présenté par Mr JR Buisson, rapporteur au nom de la section des affaires Sociales]. Paris : Ed. des Journaux Officiels, 75p.

COLLECTIF, 2006-2010. *Programme national de soutien aux MDA, 2006-2010*. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/le-programme-national-de-soutien-aux-maisons-des-adolescents.html> [consulté le 27 août 2015]

COLLECTIF, 2008. *Plan Santé des Jeunes*. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. [En ligne] Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation-du-Plan-version_final.pdf [Consulté le 27 août 2015]

COLLECTIF, 2009. *Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver*. 2^eéd. Paris : Institut National de la Santé et de la Recherche. 211p. Expertise opérationnelle

COLLECTIF, 2011. *Enquête sur la Santé et les consommations lors de la Journée d'appel et de préparation à la défense (ESCAPAD) – alcool*. Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Disponible sur <http://www.ofdt.fr> [Consulté le 26/08/2015]

COLLECTIF, 2012. *Santé de l'enfant et de l'adolescent : enquête sur le comportement de Santé des enfants d'âge scolaire (HSBC)*. Europe : OMS, 272p.

COUTY, Edouard, CECCHI TENERINI, Roland, BROUDIC, Patrick, NOIRE, Dominique, 2009. *Mission et organisation de la Santé mentale et de la psychiatrie* » [Rapport présenté à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports]. Paris : Ministère de la Santé et des Sports, La Documentation Française, 86p.

Enquête GMV Conseil pour le Syndicat Inter Hospitalier de Communication externe des hôpitaux spécialisés de Paris. Avril 1993.

ERNOULT, Annick, Le GRAND SEBILLE, Catherine, 2010. *Parents de grands adolescents et jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie : Quels vécus ? Quels besoins ? Quelles violences ? Quels soutiens ?* Fondation de France, Fondation Ernoul, Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix Marine, 80p.

FONDATION DE France. *Accompagner les enfants, leur famille et les jeunes en difficultés*. Appel à projets 2015-2016

JOUSSELME, Catherine, COSQUER, Mireille, HASSLER, Christine, COLLECTIF, 2015. *Portraits d'adolescents : enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013*. Paris : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 182p.

LAANANI Moussa, GHOSN, Walid, JOUGLA, Eric, REY Gregory, 2015. Association entre taux de chômage et suicide, par sexe et classe d'âge, en France Métropolitaine, 2000-2010. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n°1-2, pp.2-6

POPA ROMBEAU, Mirela-Simona, 2009. *Quels critères pour l'évaluation d'une équipe mobile psychiatrie-précarité ? L'exemple de l'Indre et Loire*. Mémoire de médecin inspecteur de la Santé publique promotion 2008/2009). Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 55p.

SOMMELET, Danièle, 2007. *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de Santé*. Paris : Ministère de la Santé et des solidarités, 950p.

VERSINI, Dominique, 2007. *Adolescents en souffrance : plaidoyer pour une véritable prise en charge*. Paris : Défenseur des enfants, 122p.

Législation :

CIRCULAIRE du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

CIRCULAIRE du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie

ARRÊTÉ du 14 mars 1972 fixant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies

CIRCULAIRE n°443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents

CIRCULAIRE DGS/650/MS 4 du 19 juillet 1972 relative aux directives générales en ce qui concerne les secours médicaux

d'urgence (aide de l'Etat)

LOI n°85-1985 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

DÉCRET n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique

ARRÊTÉ du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement

CIRCULAIRE du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de Santé mentale

Décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L.712-2 du Code de la Santé publique

LOI n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la Santé publique et à la protection sociale

CIRCULAIRE DH/EO2/DGS n°2000-182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de Santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie

CIRCULAIRE n°DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'Hospitalisation à Domicile

LOI n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

CIRCULAIRE DHOS/O n° 44 du 4 février 2004 relative à l'Hospitalisation à Domicile

LOI n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

CIRCULAIRE DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 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

LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la Santé et aux territoires

LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Projet de LOI de modernisation du système de Santé 2015, porté par Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des droits des femmes, adopté par l'Assemblée Nationale le 14 avril 2015

Documents / Adresses numériques :

Santé :

Consultation : <http://www.Santé.gouv.fr>

Information : <http://www.atih.Santé.fr>

Ministère de la Santé : <http://www.Santé.gouv.fr>

Urgence : <http://www.Santé.gouv.fr>

Législation :

Journal officiel : <http://www.journal-officiel.gouv.fr>

Textes de lois : <http://www.legifrance.fr>

Documentation :

ARS <http://www.perso-wanadoo.fr/arhra>

La documentation française <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

Organismes internationaux :

Ministère Santé Belgique : <http://www.psy107.BE>

OMS : <http://www.who-int/inf-fs/fr>

UNESCO : <http://www.unesco.org>

Annexes :

A Questionnaires adressé aux vingt Équipes Mobiles contactées

B Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement

C Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 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

D Cahier des charges technique des équipes mobiles spécialisées de psychiatrie destinées à favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion (Annexe rattachée à la circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005)

E Trajectoire de soins pour les adolescents jeunes adultes des secteurs de psychiatrie générale G29 et pédopsychiatrie I 10 du secteur Lyon 9 (Vaise / Duchère)

F Fiche de renseignements administratifs (premier appel Équipe Mobile ULICE Marseille)

G Les dix commandements (Équipe Mobile ULICE Marseille)

Annexe A - Questionnaires adressés aux échantillons d'Équipes Mobiles Adolescents contactées

Dans le cadre du travail de recherche du diplôme interuniversitaire « Santé Mentale dans la communauté » j'ai besoin d'enrichir mes concepts de votre expérience de terrain Ce questionnaire anonyme me permettra de mieux répondre à ma problématique et de valider peut être mon hypothèse

Merci pour votre participation à mon mémoire. JP Burnichon (Etudiant)

QUESTIONNAIRE

1 Votre fonction :

2 Votre âge :

3 Votre genre :

4 Année de mise en œuvre de l'équipe mobile ou vous travaillez ?.....

5 Type d'équipe mobile? Ex (ado, géronto, précarité).....

6 Depuis combien de temps travaillez-vous en équipe mobile ?.....

7 Travaillez vous en EM sur un plein temps ou à temps partiel ?.....

8 Pourquoi ?

.....
.....

9 Combien de temps souhaitez vous encore travailler en EM

10 Pourquoi ?(développez) :

11 Approche personnelle : Que vous apporte à titre personnel le fait de travailler au sein d'une équipe mobile ? (développez)

12 Approche professionnelle : Que vous apporte à titre professionnel le fait de travailler au sein d'une EM ? (développez)

.....
.....
.....

13 Que représente pour vous le travail de disponibilité ?(Développez)

.....
.....

14 Pouvez-vous me citer les plus values dont bénéficie le patient par l'intervention de l'EM ?(Développez)

.....
.....

15 Pouvez me citer les limites ou les points négatifs de l'intervention de l'EM ?(Développez)

.....

.....

.....

16 Peut-on exprimer que l'EM s'inscrit en complémentarité de : (Notez votre choix par ordre croissant de 1 à 4)

☐ Travail de prévention

☐ Gestion de la crise/hospitalisation

☐ Travail de postcure/suivi/accompagnement

☐ Autre ?

17 Que pourriez-vous améliorer dans l'organisation de votre EM ?

.....

.....

.....

18 Pouvez vous me citer les compétences attendues chez un professionnel pour travailler en EM ?

.....

.....

19 Comment imaginez-vous l'avenir des EM ?

.....

.....

.....

20 Avez d'autres commentaires à me faire part qui pourraient m'aider à argumenter mon travail sur les EM ?

.....

.....

.....

Merci pour votre participation

ARRÊTÉ

Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.

Version consolidée au 2 août 2015

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, et le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, chargé de la Santé,

Vu la loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, notamment son article 3,

Vu le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, notamment son article 9,

Article 1

Sans préjudice de l'application de l'article 9 du décret n° 80-284 du 17 avril 1980 sur les unités de consultation et de soins pour malades externes, les équipements et services de lutte contre les maladies mentales ne comportant pas hébergement mentionnés à l'article 3 de la loi du 31 décembre 1985 susvisée peuvent comprendre notamment :

- des Centres Médico-Psychologiques, qui sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à la disposition d'une population. Ils peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique ;
- des centres d'accueil permanent qui sont des Centres Médico-Psychologiques habilités à répondre à l'urgence psychiatrique, ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre, disposant notamment d'une permanence téléphonique reliée avec les organismes d'aide médicale urgente et organisant l'accueil, l'orientation et, le cas échéant, les soins d'urgence ambulatoires et à domicile nécessaires. Ces centres peuvent comporter quelques lits pour des prises en charge ne pouvant dépasser quarante-huit-heures ;
- des Hôpitaux de Jour assurant des soins polyvalents, individualisés et intensifs prodigués dans la journée, le cas échéant à temps partiel ;
- des ateliers thérapeutiques utilisant des techniques de soins particulières, groupes ergothérapeutiques notamment, en vue du réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale ;
- des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel visant à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe ;
- des services d'Hospitalisation à Domicile qui organisent des prises en charge thérapeutiques à domicile, associées s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessités par l'état de dépendance du patient.

Article 2

Les équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant hébergement, mentionnés à l'article 3 de la loi du 31 décembre 1985 susvisée, peuvent comprendre notamment :

- des unités d'hospitalisation à temps complet ;
- des centres de crise qui sont des centres d'accueil permanent disposant de quelques lits permettant des prises en charge intensives et de courte durée pour répondre aux situations d'urgence et de détresse aiguës ;
- des hôpitaux de nuit organisant des prises en charge thérapeutiques de fin de journée et une surveillance médicale de nuit et, le cas échéant, de fin de semaine ;
- des appartements thérapeutiques qui sont des unités de soins, à visée de réinsertion sociale, mis à disposition de quelques

patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue, de personnels soignants ;

- des centres de postcure : unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome ;

- des services de placement familial thérapeutique qui organisent le traitement des malades mentaux de tous âges, placés dans des familles d'accueil, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible.

Article 3

Le directeur général de la Santé et le directeur des hôpitaux sont chargés de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement,
GEORGINA DUFOIX.

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, chargé de la Santé, EDMOND HERVE.

Annexe C - Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005

Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 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

NOR : SANH0530523C

Date d'application : immédiate.

Références :

Circulaire DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV n° 2001-393 du 2 août 2001 d'orientation relative aux actions de Santé conduites dans le cadre des programmes d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la Santé mentale ;

Circulaire DHOS/O2 n° 507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et Santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération.

Annexe : cahier des charges technique des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie pour la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion

Le ministre de la Santé et des solidarités et la ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution et diffusion) ; Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]).

Le comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE - fiche n° 21) du 6 juillet 2004 a souhaité améliorer les réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité, par le développement d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie (« les équipes mobiles » mentionnées dans la présente circulaire). Cette mesure constitue, en outre, l'une des priorités gouvernementales annoncées par M. le Premier Ministre lors de son discours à l'Assemblée nationale, le 8 novembre 2005, afin d'améliorer la vie quotidienne dans les quartiers et les zones urbaines.

L'amélioration de la réponse aux besoins en Santé mentale des publics en situation de précarité et d'exclusion a constitué un objectif de la plupart des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ainsi que de la plupart des schémas régionaux de psychiatrie. S'il fait apparaître une démarche réellement volontariste et une phase d'innovations importantes en ce domaine, le bilan de ces différentes politiques révèle toutefois une grande hétérogénéité entre régions et au sein même de ces régions, qui plaident en faveur de la poursuite de l'effort.

Le caractère prioritaire de ce thème est réaffirmé dans le cadre de l'élaboration des volets psychiatrie et Santé mentale des SROS de troisième génération (circulaire DHOS/O2 n° 507 du 25 octobre 2004). Plus récemment, le plan psychiatrie et Santé mentale (PPSM) a intégré la mesure annoncée lors du CILE, afin de réaffirmer le caractère incontournable de cette action. Elle l'inscrit dans un logique d'action cohérente entre les champs sanitaires et sociaux.

L'objet de la présente circulaire est de définir les principes d'une meilleure prise en compte des besoins en Santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Elle établit un cahier des charges pour la création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, intégrées dans un dispositif coordonné et global. Ces équipes sont chargées de favoriser l'accès aux soins et la prise en charge de ces publics.

1. Enjeux de l'action

L'évaluation des besoins en Santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion se heurte souvent à l'absence de demande de soins manifeste, cette dernière étant plus aisément exprimée par le ressenti des professionnels de première ligne intervenant auprès de ces publics.

1.1. Des publics différenciés

Malgré les insuffisances des données épidémiologiques en ce domaine, plusieurs constats présagent de l'ampleur et de la complexité des besoins :

Une souffrance psychique exprimée dans des lieux et des formes multiples. Il existe une grande diversité des formes de

précarité (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...). Cependant, quelle que soit la forme de la précarité, tous les systèmes de prise en charge sollicités (sanitaire, social, éducatif, judiciaire) repèrent l'expression de souffrances psychiques.

Le malaise des professionnels travaillant auprès des publics en situation de précarité et d'exclusion. Ces professionnels de première ligne se sentent, en effet, impuissants, isolés, insuffisamment formés, peu soutenus dans leur institution. Pour les professionnels spécialisés, face à l'afflux des demandes de soins émanant du champ de la lutte contre la précarité et l'exclusion et dans un contexte démographique difficile, ce malaise s'exprime comme le sentiment d'une psychiatrisation excessive de problématiques sociales.

Les interventions des équipes de psychiatrie d'adressent à deux catégories principales de publics :

Les personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes. L'exclusion révèle des troubles psychiatriques sous-jacents qui vont se décompenser et interpellent le dispositif de soins psychiatriques. Or, un nombre parfois conséquent de malades mentaux échappe à une prise en charge spécialisée et se retrouve dans des dispositifs sociaux, parfois sans soutien ni suivi, voire échappe à tout dispositif. Par ailleurs, au-delà d'une pathologie psychiatrique, l'exclusion génère une souffrance psychique résultant de facteurs complexes qui s'auto-entretiennent (vulnérabilité individuelle, événements de vie...), pouvant aboutir à un basculement dans une forme de retrait progressif et de non demande.

Les professionnels de première ligne. Un grand nombre d'acteurs sanitaires, sociaux, éducatifs, professionnels et/ou bénévoles concourent à la Santé mentale et à des actions de prévention, par leur rôle d'accompagnement individuel, d'organisation des liens sociaux et familiaux, de restauration du lien social, de renforcement du sentiment d'appartenance, d'utilité et d'identité sociale. En effet, ces problématiques tiennent une place importante dans la souffrance psychique : l'exclusion et la précarité résultent d'une perte de ce qui fonde l'identité sociale de l'individu. Ces acteurs expriment toutefois une insuffisance de formation et nécessitent un étayage pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes et pour la mise en œuvre des premiers stades d'écoute et de soutien pré-thérapeutiques.

1.2. Spécificité de l'action des équipes de psychiatrie

Le rôle des équipes de psychiatrie dans le champ de la précarité et de la lutte contre l'exclusion est justifié par :

- l'importance de réintroduire la parole et l'écoute. Celle-ci ne s'opère pas toujours de façon directe en présence de l'utilisateur, mais peut s'opérer dans l'aide apportée aux intervenants de première ligne, en leur permettant de se resituer dans leurs relations aux publics exprimant une souffrance ;
- la possibilité, par le soutien et la formation des intervenants sociaux, de favoriser le repérage précoce des troubles psychiques et des besoins d'intervention, une orientation et un accompagnement adéquats vers le dispositif spécialisé ou non ;
- l'identification d'une pathologie psychosociale (dépersonnalisation, pathologies de la dépendance et de l'alcool, tentatives de suicide, états abandonniques et dépression) ;
- l'existence de situations aiguës, dans lesquelles la restauration de la dimension de la vie psychique est pour certains « grands exclus » la condition même de leur survie ;
- la présence de pathologies psychiatriques avérées dans les dispositifs sociaux ou en dehors de toute prise en charge.

2. Modalités de mise en œuvre des réponses psychiatriques en faveur des personnes en situation de précarité et d'exclusion

Les modalités d'élaboration des réponses aux besoins en Santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion sont nécessairement adaptées à l'hétérogénéité des situations, des lieux d'intervention (rue, associations, institutions sanitaires, sociales ou médico-sociales, quartiers) et des publics ciblés précédemment.

Elles reposent toutefois sur un principe général d'organisation, qui situe les soins psychiatriques en faveur des personnes en situation de précarité et d'exclusion dans le champ des missions de « droit commun » des équipes de psychiatrie publique, au titre des missions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale qui leur sont confiées.

La création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie en faveur des personnes en situation de précarité et d'exclusion ne saurait donc se substituer aux obligations de prise en charge des équipes de secteur en faveur de ces publics. Elles constituent, en revanche, un dispositif complémentaire, intersectoriel, situé à l'interface du dispositif de soins « de droit commun » et du dispositif social, afin de mieux appréhender la spécificité des besoins des publics concernés, tout en veillant à respecter le principe de libre-choix de ces patients.

Si les réponses ne peuvent pas être modélisées, l'objet de la présente circulaire est d'établir un cahier des charges pour le développement d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Il figure en annexe et correspond à des principes prioritaires que vous serez chargés de mettre en œuvre dans les conditions précisées ci-après.

2.1. Des principes prioritaires

L'application des principes généraux d'organisation des soins (proximité, accessibilité et continuité des soins) s'impose avec d'autant plus d'acuité dans le domaine de la prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de

précarité et d'exclusion, que les publics ciblés sont fortement désocialisés et s'excluent de toute idée de soins ou de prise en charge institutionnelle, alors même que la plupart d'entre eux ont déjà eu à connaître l'hôpital psychiatrique et les modes de prise en charge institutionnelle.

a) Aller vers les publics

S'agissant de la réponse aux personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes (qu'il s'agisse de publics très désocialisés et/ou de malades mentaux en situation de précarité), ce principe répond au fait que la dimension du travail pré-thérapeutique est essentielle et requiert une disponibilité à toute sollicitation là où elle se présente, au moment où elle peut s'exprimer, donc la plupart du temps hors du champ propre à la psychiatrie. La première mission des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie vise donc l'identification des besoins non repérés ou non pris en charge dans les dispositifs de « droit commun » tel le CMP, afin d'envisager l'orientation, les modalités d'accueil et l'aménagement de compétences spécifiques en faveur de ces publics.

En réponse aux besoins des acteurs de première ligne, l'action d'aller vers les publics positionne l'équipe mobile spécialisée en psychiatrie sur une fonction de tiers. Le soutien aux travailleurs sociaux ou d'équipes médico-sociales, confrontés à des situations de vulnérabilité sociale et psychique et insuffisamment formés, constitue, de ce fait, une mission essentielle de ces équipes mobiles spécialisées. Ces interventions permettent une amélioration des connaissances des acteurs de première ligne. Elles les mettent en compétence de se repérer face aux problèmes concernés, de décoder et analyser les demandes, de mettre en œuvre les premiers stades d'écoute et de soutien. La mise en œuvre de ces objectifs s'appuie sur des actions d'information, de sensibilisation, de formation. La psychiatrie peut alors se resituer dans son travail, dans la mesure où ses interventions agissent sur la prévention de l'aggravation de troubles psychiques et des conduites de rupture.

b) La nécessité d'un partenariat dense et structuré

Les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie destinées aux personnes en situation de précarité et d'exclusion exercent une fonction d'interface au sein d'un partenariat pluriel et formalisé, reposant sur la volonté réciproque des acteurs et inscrit dans la durée. Il s'agit d'organiser des parcours permettant à ces publics d'accéder aux soins et de bénéficier de prises en charge globales et continues. Ces dernières permettent d'éviter des ruptures préjudiciables à la qualité de leur projet de vie et de réinsertion.

La nécessité de structurer des articulations autour des équipes mobiles spécialisées se situe alors à plusieurs niveaux :

- au sein du dispositif de soins psychiatriques lui-même, pour répondre à la nécessité de continuité des soins, éviter la succession de séquences de soins, et prévenir les recours itératifs aux services d'urgence ou aux hospitalisations sous contrainte ;
- entre le dispositif de soins spécialisés et les autres acteurs du champ sanitaire prenant en charge ces publics, et notamment les services d'urgences ;
- entre le dispositif de soins spécialisés ou non et le dispositif social et médico-social pour l'articulation desquels le rôle des PASS doit être réaffirmé.

Au sein des établissements de psychiatrie, cet enjeu impose que le projet d'équipe mobile spécialisée fasse l'objet d'une appropriation par l'ensemble des équipes de secteur et soit le fruit d'une réflexion de l'ensemble de la communauté médicale et hospitalière dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement. À cet effet, il est indispensable que ces équipes mobiles spécialisées soient coordonnées par un référent médical, chargé d'organiser et de structurer les liens avec les autres services de l'hôpital, en particulier pour assurer les relais utiles vers le dispositif ambulatoire, extrahospitalier ou d'hospitalisation à temps complet. Plusieurs modalités d'organisation avec les autres équipes de l'établissement sont possibles (par exemple, une répartition des personnes concernées en fonction de leur année de naissance). Les formes de ces collaborations peuvent aller du simple protocole ou convention à des formes plus abouties comme une fédération intersectorielle.

De la même façon, les relations entre les équipes mobiles spécialisées et les autres intervenants sanitaires (établissements de Santé généraux notamment) ou sociaux doivent être formalisées dans le cadre de conventions précisant les modalités d'intervention et de recours à l'équipe, les actions développées (en particulier dans le champ de la formation). Ces partenariats reposent, en outre, sur un principe de réciprocité portant d'une part, sur la reconnaissance des compétences et des savoirs respectifs et d'autre part, sur un positionnement du dispositif social comme un partenaire des prises en charge à part entière, notamment dans les parcours de réinsertion de patients pris en charge en psychiatrie (proposition de solutions d'aval de l'hospitalisation notamment). Les intervenants sociaux ne sont donc pas exclusivement en position de demandeur auprès des équipes de psychiatrie.

2.2. Modalités de pilotage et de mise en œuvre de ce dispositif

En se fondant sur ces principes, une priorité est donc accordée à la création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie pour favoriser la prise en charge des publics en situation de précarité et d'exclusion et des professionnels travaillant auprès d'eux, avec un financement dédié de 10,75 millions d'Euro sur la période 2005-2008.

a) La déclinaison de cette priorité
dans la planification régionale

Afin de prendre en compte les besoins locaux, les différences de moyens des équipes de psychiatrie, les particularités géographiques, les forces d'initiatives et d'innovation locales et la singularité de l'histoire des institutions, la mise en œuvre des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie est renvoyée à une planification régionale. Elle constitue une priorité des volets psychiatrie et Santé mentale des SROS 3, comme le précise la circulaire du 25 octobre 2004. En effet, la nature et les missions de ces équipes les situe clairement dans le champ de la prévention et du soin et donc du SROS.

Prenant en compte l'intrication des problématiques sanitaires et sociales en ce domaine, vous veillerez toutefois également à l'articulation du SROS avec les différentes politiques mises en œuvre dans ce domaine : volet précarité des programmes régionaux de Santé publique, dispositif de veille sociale, schémas départementaux de l'organisation sociale et médico-sociale ou plans départementaux d'insertion développés dans le champ social notamment. Cette cohérence nécessite une concertation privilégiée avec les DDASS, les collectivités territoriales, les élus, les professionnels et bénévoles ainsi qu'avec les institutions du secteur sanitaire et social. Il convient notamment de s'appuyer sur les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertions existantes. Cette concertation permettra, dans la phase d'élaboration des politiques, l'établissement d'un diagnostic partagé, puis, dans la phase de mise en œuvre, le croisement des priorités repérées dans ces différents domaines.

La mise en œuvre d'actions de formation croisées entre les professionnels de Santé et les travailleurs sociaux a par ailleurs démontré tout son intérêt sur le plan de la connaissance réciproque et de la création d'une culture commune. Il est donc essentiel de pouvoir, à chaque étape, identifier les enjeux dans le champ de la formation des acteurs.

Enfin, une approche globale sanitaire et sociale exige une reconnaissance réciproque et des partenariats denses et formalisés entre des acteurs diversifiés. Vous veillerez, autant que possible, à intégrer cette problématique dans la politique régionale de développement des réseaux de Santé que vous déclinez avec les URCAM et qui prend encore insuffisamment en compte la problématique « Santé-précarité ».

b) La déclinaison opérationnelle
du cahier des charges au sein de la région

Le cahier des charges technique (cf. annexe) doit vous permettre d'accompagner la mise en place d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie au sein de votre région.

L'objectif de continuité des prises en charge comporte un enjeu sur le plan de la détermination du ressort territorial de ces équipes. Compte tenu de la spécificité des compétences attendues en ce domaine, une organisation fédérant les objectifs et les moyens de plusieurs équipes de secteur doit être recherchée. Une réflexion à l'échelle du territoire de Santé doit être favorisée. Chaque fois que possible, cette approche doit, en effet, permettre une plus grande cohérence, continuité et mutualisation entre les interventions des équipes mobiles spécialisées et l'offre de soins « de droit commun », au sein d'une filière de soins structurée. De même, cette approche territoriale doit faciliter la cohérence avec l'organisation des soins somatiques, particulièrement dans le domaine des urgences, ce dernier correspondant le plus souvent à l'organisation des PASS. Cette recommandation n'exclut pas toutefois une organisation sur un niveau territorial plus fin, si le dimensionnement des territoires de Santé ne garantit pas la proximité de l'action des équipes.

c) L'organisation de l'allocation
de ressources pour l'accompagnement de cette priorité

Les moyens dédiés à cette priorité dans le cadre du PPSM sont des crédits d'assurance maladie pérennes, au titre de l'ONDAM hospitalier, destinés donc au soutien des établissements de Santé supports de ces équipes, sans préjudice des partenariats et des co-financements qui peuvent être favorisés dans les conditions définies ci-après. Afin d'abonder vos dotations régionales au plus près des besoins de financement correspondant aux priorités établies dans le cadre des SROS, la répartition des moyens sera réalisée sur la base d'un appel d'offres national. Pour l'année 2005, l'ensemble des régions a répondu à un premier appel à projets, en mai 2005. Cette première année constitue une phase d'impulsion (cf. circulaire DHOS-F2/DSS-1A/2005 n° 356 du 26 juillet 2005). Aussi, la priorité a été accordée au renforcement d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie existantes et à la pérennisation d'actions financées jusque-là par des crédits d'État, notamment dans le cadre des PRAPS, sous réserve que les demandes s'inscrivent dans la trame du futur cahier des charges. En revanche, le financement des projets qui ne sont pas immédiatement opérationnels a été reporté.

L'appel à projet national sera renouvelé annuellement, en amont de l'élaboration de la circulaire budgétaire des établissements de Santé ayant une activité de psychiatrie et antérieurement financés sous dotation globale. Pour cette année, comme pour les suivantes, les projets éligibles à ce financement devront s'inscrire strictement dans le cadre du cahier des

charges établi par la présente circulaire, et correspondre aux objectifs du SROS. Cette approche conduit à exclure les demandes visant à financer des interventions isolées (vacations, consultations et permanences ponctuelles) bien que celles-ci aient lieu dans des structures sociales et médico-sociales. Elle exclut également les demandes portant sur des problématiques très spécifiques (toxicomanie, parentalité, adolescence...), qui sont par ailleurs pertinentes au titre de la diversification des prises en charges et du développement de la psychiatrie de liaison, autre priorité du plan psychiatrie et Santé mentale.

Ce financement devra, enfin, s'inscrire dans une logique de co-financement, définie localement. Il convient de veiller à ce que chaque source de financement (PRSP, action sociale menée par les conseils généraux et les services déconcentrés de l'État, dotation régionale de développement des réseaux) contribue, dans son champ propre, à des actions de formation, au développement des prestations sociales et de réinsertion, au développement des réseaux. Si l'existence de cofinancements n'est pas un préalable indispensable à la création des équipes mobiles, elle est essentielle à leur pérennité et à une plus juste rémunération de la diversité de leurs activités et de la densité du partenariat qu'elles mettent en œuvre. S'ils ne sont pas immédiatement opérationnels, les cofinancements seront recherchés au gré de la montée en charge de l'activité des équipes.

Chaque année, le CILE et le comité national de suivi du plan psychiatrie et Santé mentale seront destinataires d'un état de réalisation de la mise en place des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Cette nécessaire transparence sur les résultats de la politique initiée exigera la réalisation d'une évaluation annuelle, dont la trame vous sera transmise prochainement, afin qu'un premier bilan soit réalisé au premier trimestre 2006.

Dans l'attente, vous voudrez bien faire part au bureau O2 de la DHOS, des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre des recommandations de cette circulaire. Les services de la DGS, de la DHOS et de la DGAS sont, en outre, à votre disposition pour toute information qui pourrait vous être utile.

*Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,*
J. Castex

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la Santé,
Pr D. Houssin

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de l'action sociale,
J.-J. Trégoat

Annexe D - Cahier des charges technique des équipes mobiles spécialisées de psychiatrie destinées à favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion (Annexe rattachée à la circulaire **DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005**)

1. Les publics visés

Le champ d'intervention des équipes mobiles spécialisées de psychiatrie destinées à favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion comporte :

- les personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes, qu'elles souffrent d'une pathologie psychiatrique avérée ou d'une souffrance psychique générée par la situation de précarité et d'exclusion ;
- les acteurs de première ligne exprimant des difficultés face à des manifestations de souffrance ou de troubles psychiques des usagers suivis et nécessitant un étayage, un soutien et une formation pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes, la mise en œuvre des premiers stades de l'écoute et du soutien.

2. Les missions et les principes d'action

Ces équipes n'ont pas vocation à se substituer aux missions de droit commun des équipes de psychiatrie publique dans le champ de la prévention, du diagnostic, du soin, de la réinsertion et de la réadaptation sociale.

Compte tenu des difficultés spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de précarité et d'exclusion, elles sont chargées :

- d'aller au-devant de ces publics, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire ;
- d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité.

A cet effet, il importe de veiller à l'intégration de leur action dans un partenariat dense et formalisé, associant les secteurs de l'établissement de rattachement, les établissements de Santé généraux, les praticiens libéraux et les intervenants sociaux et médico-sociaux du territoire couvert par l'équipe mobile spécialisée.

3. La palette d'actions mises en œuvre

Outre un rôle essentiel auprès des institutions pour le repérage des besoins et l'aménagement de réponses institutionnelles, les actions développées doivent prendre en compte les deux publics identifiés, sur la base d'actions prenant les formes suivantes :

3.1. En direction des personnes en situation de précarité et d'exclusion

Permanences dans des lieux sociaux repérés et fréquentés par les personnes en difficulté (CHRS, hébergement d'urgence, lieux de vie, accueils de jour...) voire participation à des interventions mobiles ou dans la rue (type maraude du SAMU social).

Entretiens individuels contribuant notamment à l'évaluation des besoins, y compris en urgence.

Accueil, orientation et accompagnement vers des prises en charge de « droit commun » (dont préparation à l'hospitalisation et aux sorties d'hospitalisation).

Prises en charge dans le cadre de groupes d'échanges ou de parole d'ateliers thérapeutiques.

3.2. En direction des acteurs de première ligne

Actions de formation (notamment formations croisées de professionnels de Santé et de travailleurs sociaux) sur les problématiques liées à la précarité.

Actions de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs.

Développement du travail en réseau à partir de l'examen de situations cliniques.

Soutien des équipes de première ligne (information, conseil, supervision).

4. Le fonctionnement

Sans objectif de modélisation du fonctionnement de ces équipes, il est toutefois incontournable de favoriser la mise en œuvre des principes suivants :

4.1. Une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un psychiatre

Compte tenu de l'ampleur de leur champ d'intervention, ces équipes doivent disposer de compétences diversifiées. Elles comportent au minimum : un temps médical et un temps de cadre infirmier, des infirmiers, des psychologues, un secrétariat. Autant que possible, les personnels doivent être expérimentés dans les pratiques de liaison au sein du secteur social et devront, *a minima*, être formés et connaître les modes d'intervention dans ce secteur.

La présence d'un temps médical est indispensable afin d'assurer une coordination, garante de la cohérence du projet de l'équipe au sein du projet médical de l'établissement de rattachement et d'organiser le relais médical vers le dispositif de droit commun.

Certaines équipes existantes ont, en outre, privilégié un mode d'organisation permettant la double appartenance des soignants à l'équipe spécialisée et à une équipe « de droit commun », sur la base de temps de travail partagés. Cette organisation permet, d'une part, de faciliter une continuité d'action entre ces deux niveaux d'intervention et, d'autre part, de prévenir des formes d'épuisement professionnel liées aux spécificités du public visé et aux modes d'exercice au sein de l'équipe mobile.

4.2. Une fonction d'interface au sein d'un réseau formalisé de partenaires

L'enjeu est de ne pas exclure ou isoler les professionnels chargés de prendre en charge des publics eux-mêmes exclus ou précarisés dont la prise en charge doit au contraire être globale et continue tant sur le plan sanitaire que social.

Au sein même de l'établissement de Santé de rattachement de l'équipe mobile, les relations avec les autres secteurs de l'établissement doivent être clairement formalisées, sur la base d'un accord préalable de l'ensemble des acteurs sur les modalités d'intervention de l'équipe mobile. Cette articulation repose particulièrement sur la coordination médicale assurée par le psychiatre référent de l'équipe mobile. Elle doit aussi faire l'objet d'une formalisation dans le cadre du projet médical de l'établissement, définissant les rôles respectifs de l'équipe mobile et des secteurs de psychiatrie générale ainsi que les modalités de relais entre ces intervenants. *A minima*, les modalités d'orientation vers les dispositifs de droit commun (ambulatoire, extrahospitalier, hospitalisation complète) doivent être prévues par une convention ou un protocole d'intervention. Les formes les plus abouties de ces collaborations pourront se concrétiser dans le cadre d'une fédération intersectorielle par exemple.

Les relations avec les partenaires de première ligne et les établissements de Santé généraux (notamment les services d'urgences et les PASS) feront également l'objet d'une formalisation définissant les modalités de recours, de relais et d'intervention réciproques, dans le cadre de conventions. Les formes les plus abouties de ces coopérations pourront se concrétiser au sein de réseaux de Santé.

L'équipe mobile dispose d'un règlement intérieur établissant ses modalités d'intervention et le rôle des différents intervenants.

5. Les financements

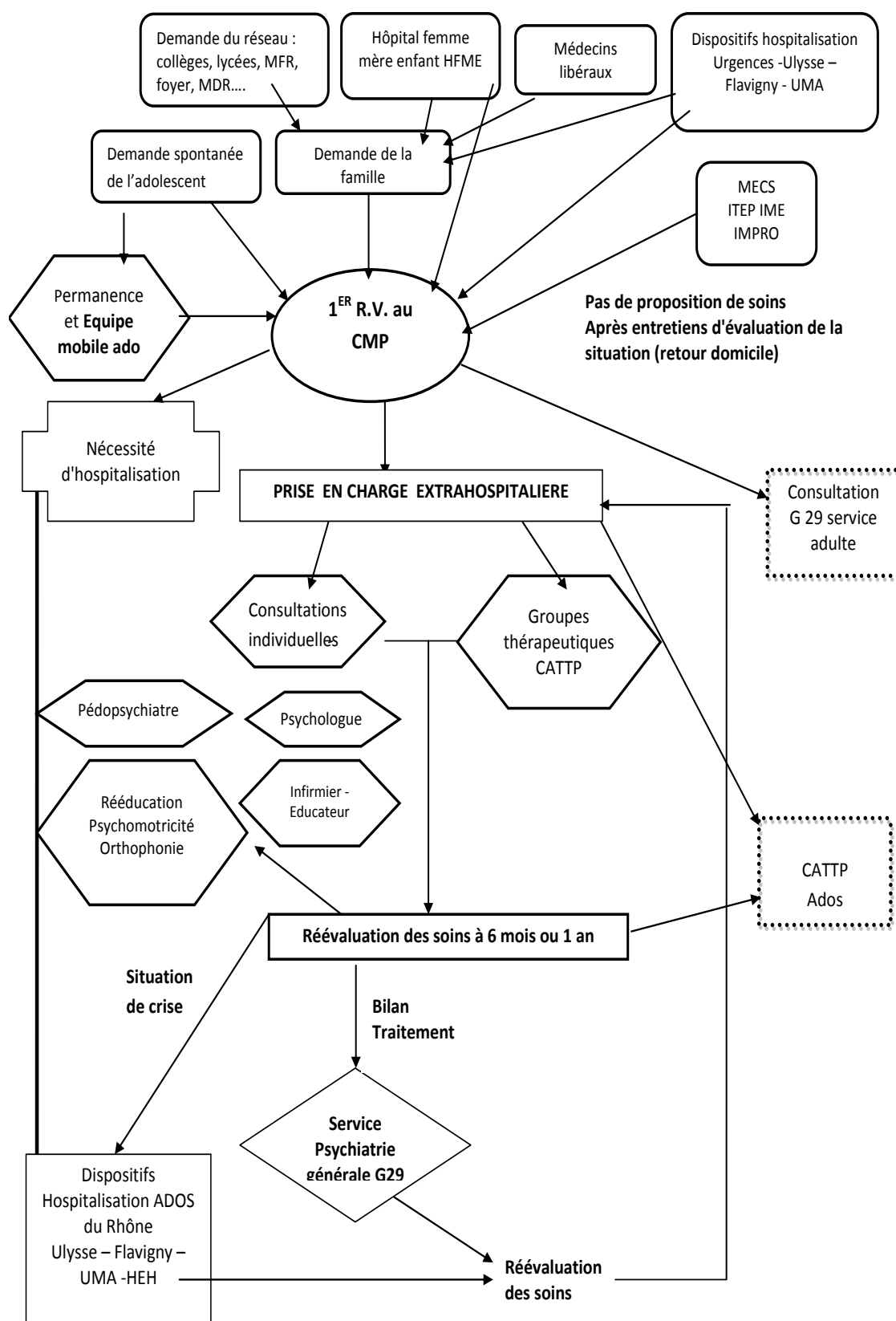
Les activités de prévention, d'accueil, d'orientation et de soins des équipes mobiles justifient un financement pérenne par l'assurance maladie au sein de l'ONDAM hospitalier.

L'ampleur du champ et des modalités d'interventions de ces équipes doit pouvoir amener au développement de cofinancements mobilisant des crédits d'Etat, des collectivités territoriales, voire des financements sur la dotation de développement des réseaux de Santé. Ces financements doivent permettre la mise à disposition de lieux d'intervention, la promotion d'actions de formation, le développement de prestations sociales adaptées, le renforcement de la coordination, par une reconnaissance réciproque des différents acteurs associés...

.....

Annexe E - Trajectoire de soins pour les adolescents jeunes adultes des secteurs de psychiatrie générale G29 et pédopsychiatrie I 10 du secteur Lyon 9 (Vaise /Duchère)

TRAJECTOIRE DE SOINS - ADOLESCENTS Lyon 9 (Duchere Vaise)



Centre Hospitalier Universitaire / Hôpital Sainte-Marguerite

Pôle Psychiatrie Sud / AP-HM

Unité Locale d'Intervention de Crise et d'Evaluation

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Date : Heure : Durée : Binôme :

APPELANT :

Nom – Prénom : Qualité :

Adresse :

Téléphones :

Adressé par :

ETAT CIVIL du PATIENT

NOM USUEL : Prénom :

Nom de jeune fille : Nationalité :

Date de Naissance : Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse :

Code Postal : Ville :

☐ Maison ☐ Immeuble – Etage : Code : N° porte :

Tél. Domicile : Portable :

Tél. Travail :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession :

Situation actuelle :

SITUATION FAMILIALE

Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Célibataire ☐ Vie maritale ☐ PACS ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve) ☐

Depuis le : Nb d'enfant(s) : Fratrie (patient inclus) :

CORRESPONDANTS MEDICAUX

Médecin traitant : Psychiatre :

Adresse : Adresse :

.....

Tél. : Tél. :

AUTRES PROFESSIONNELS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

COORDONNEES FAMILLE / RESEAU

Nom – Prénom	Lien	Adresse – Téléphone

CONTENU DU PREMIER APPEL

Évènements importants récents et anciens – ATCD médicaux

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Traitement actuel :

.....

.....

.....

.....

Évaluer la dangerosité :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Élargir le réseau (qui est concerné ? qui peut être là si ?)

.....

.....

.....

.....

.....

Motif de l'appel (quel est le problème, pourquoi ce jour) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Début de la crise actuelle :

.....

.....

.....

Annexe G - Les dix commandements (Équipe Mobile ULICE – Marseille)

1. *En binôme tu aviseras*

Une intervention se décide au moins à deux personnes. Idéalement 2 personnes répondent au téléphone et demande avis au 3^{ème}

Quel type de binôme ?

2. *De l'écrit tu parleras*

Une fiche téléphonique doit être remplie pour tout nouvel appel

Données administratives à recueillir systématiquement

CIMAISE Activité, rythme à coter, rythme ?

Regarder agenda, tâches

Transmission des informations

Planning réunion. ODJ. Moins longue, mieux planifié. Pause. Temps institutionnel. Jeux de rôle.

3. *En binôme tu interviendras*

Une intervention s'effectue à au moins à deux personnes qui doivent rester ensemble pendant toute la durée de l'intervention.

Quelle est la composition idéale d'un binôme ?

Type de binôme ? Pour quel type d'intervention.

4. *Avant de partir ton matériel tu vérifieras*

Sac à vérifier systématiquement

Fiche, adresse

5. *Le plus inquiet des tiens tu écouteras*

Quel est le risque d'une intervention, évaluer systématiquement une dangerosité potentielle.

Respecter l'avis du plus inquiet pour appel autre équipe (pompiers, police..°

6. *Le cadre tu rappelleras*

On ne reçoit pas les gens seuls, pourquoi ? Qui (patient désigné, entourage) ? Comment ? Dans quel but ? Se questionner si ça arrive.

Rappeler le cadre d'intervention d'ULICE aux personnes systématiquement mais aussi à soi même, c'est une intervention de crise limitée dans le temps. Penser aux limites de notre intervention, de notre portée et donc du poids qu'il nous est possible de porter.

Ou encore : Ne pas porter plus qu'on ne peut pas porter (c.a.d. ne pas être plus inquiet que l'entourage. Vérifier leur désir de changement (c.a.d. respecter leur désir de non changement) et leur implication (c.a.d. respecter aussi leur non-implication)

Se préparer à l'idée d'un relai

7. *La crise tu préciseras*

Le motif d'intervention Où est la crise ? Pourquoi une équipe de crise à cet endroit plutôt que la réponse classique ?

Où va t on ? Axes de travail (stratégie, hypothèse, fonction...au moins en choisir un et appuyer dessus...)

8. *Compétences et ressources tu rechercheras*

Qu'est-ce qui a été fait, qui a déjà fonctionné,

Toujours d'avoir à l'idée d'élargir, ce qui permet aussi au système d'avoir accès à d'autres compétences, d'autres solutions inexploitées pourraient voir le jour.

Les « compétences » n'existent pas en tant que telles, il faut les rechercher en permanence, c'est à dire créer un contexte, ce n'est pas déjà-là, donné en soit

9. *Ta cohérence tu questionneras*

Pertinence du dispositif qui doit être évalué (Bilan activité) par rapport au dispositif existant sur le territoire. Recherche et évaluation épidémiologique.

Et de notre implication par rapport à celle des familles

10. *Le Collectif tu respecteras*

Confrères. Croire en leurs compétences, du moins respecter celle que les personnes leur attribuent. Mais il est impossible de ne pas travailler et de créer des conditions de relai si on ne respecte pas les autres acteurs du réseau de soin.

Horaire à respecter, sinon au minimum prévenir.

Téléphone personnel, éteint pendant réunion et intervention.

« On commence à vieillir quand on a finit d'apprendre »

Proverbe japonais

Travail de recherche : DIU « *Santé mentale dans la communauté* »

Promotion : 2015

Auteur : Jean-Pierre BURNICHON

Tutorat : Docteur Vincent Garcin chef de pôle EPSM Lille Métropole

Titre : « *Être mobile, pas seulement pour être mobile mais pour être disponible* »

Mots clefs : Adolescence, accès aux soins, hospitalisation, Visite à Domicile, CMP, ambulatoire, équipe mobile, disponibilité, complémentarité, sectorisation, réseaux, partenaires, territoires, diagnostic, pôles.

Résumé

La création des Équipes Mobiles résulte le plus souvent d'une prise de conscience de dysfonctionnements sectoriels d'accès aux soins. La mise en œuvre d'une Équipe Mobile engage une réorganisation d'ensemble de l'offre de soins et doit faire l'objet d'une réflexion de l'équipe avec les partenaires du réseau de Santé mentale. L'accès aux soins « hors des murs » renvoie à une réponse humaniste et une posture clinique qui permet de mieux gérer la crise et/ou de répondre à la « non-demande ». Travailler en Équipe Mobile requiert des compétences spécifiques, de l'expérience, de l'autonomie, une responsabilité élargie et une disponibilité / réactivité / flexibilité des professionnels. En ce sens, mettre en place un tel projet, c'est inscrire l'équipe comme promoteur d'actions innovantes de soins.

L'organisation d'une Équipe Mobile ne répond pas à un cadre uniforme. C'est une organisation singulière, adaptable, parfois fragile et spécifique aux indicateurs de Santé mentale et aux contours géo-démographiques du pôle sur lequel elle évolue. Sa création relève d'une réflexion innovante échappant aux orientations tendant à l'homogénéisation et à la rationalisation des soins. L'Équipe Mobile n'est pas auto-suffisante elle doit s'inscrire en complémentarité des outils de soins ambulatoires (CMP, CATTP, Hôpital de Jour, visite et Hospitalisation à Domicile mais également dans une démarche de prévention et d'accompagnement des hospitalisations.

De nombreuses plus-values ont déjà été mise à jour par les Équipes Mobiles opérationnelles : une baisse avérée des hospitalisations et des suicides, un accès plus aisé aux problématiques de la « non-demande », la construction d'une véritable collaboration partenariale, des réponses adaptées aux institutions médico-sociales, une alliance thérapeutique forte avec les adolescents et leur famille mais aussi une motivation accrue des professionnels. L'Équipe Mobile permet d'élargir l'offre de soins, elle aspire comme le souhaiteraient plusieurs équipes interviewées à être plus polyvalente, flexible et transversale.

Des points restent néanmoins à améliorer ; la clinique de l'intervention au domicile, la reconnaissance mais surtout la légitimité de cette organisation qui peine à se déployer en France alors qu'elle est en plein essor en Europe. In fine, il nous semble important de ne pas rester sur une définition sémantique de la mobilité comme un simple « *déplacement géographique* » mais plutôt d'aborder cette notion comme un « **mouvement de disponibilité psychique** » prêt à accueillir les difficultés psychologiques de l'adolescent dans la communauté.

En ce sens nous pouvons nous approprier cette phrase du Docteur Vincent Garcin : « **Être mobile pas seulement pour être mobile mais pour être disponible** ».