

**6<sup>EME</sup> CONGRÈS  
DE L'ASSOCIATION  
DES ÉQUIPES MOBILES  
EN PSYCHIATRIE**

**EQUIPES  
MOBILES :**



**ÉQUIPES MOBILES EN PSYCHIATRIE  
UN DEMI-SIÈCLE DE DÉVELOPPEMENT**

**CONSTATS ET PERSPECTIVES**

Serge Kannas, PHCS Hon

Nicolas Pastour, PHCS

Centre hospitalier de Plaisir (78)

## DE L'ASILE VERS LA COMMUNAUTÉ

### Le processus de déshospitalisation : désinstitutionnalisation (1950-1990....)

- Origines :
  - Critiques de l'asile dès avant guerre, mais surtout après 1945
  - Analogies entre l'asile et les expériences totalitaires et concentrationnaires
    - Influence de la sociologie américaine (Goffman : Asiles, 1961).
  - Mouvements des droits de l'homme
  - Émergence des associations de familles et d'usagers (influence des AA)
  - Découverte des premières chimiothérapies
- Organisation des soins:
  - Dominée par des structures fixes: soins centrés sur l'hôpital
  - Activités mobiles : les VAD effectuées dès avant guerre par les travailleurs sociaux et les médecins libéraux

## DE L'ASILE VERS LA COMMUNAUTÉ

### La période et le processus de désinstitutionnalisation (1950-1990)

- Basculement vers l'ambulatoire (virage communautaire) dans tous les pays développés, y compris en France :
  - Politique de secteur (circulaire de 1960)
  - La plupart des services restent fixes, mais se différencient : l'hôpital lui-même, multiplication des dispensaires qui deviennent des CMP, etc.
  - La mobilité n'est pas dédiée mais diffuse et relève de la pratique des VAD ou de liaison des équipes de secteur polyvalentes.
  - La mobilité médicale va décliner au fil des années jusqu'au milieu des années 1990.
- Développement et structuration des services d'urgence fixes et mobiles en soins généraux:
  - Services de secours (pompiers)
  - Organisation de l'urgence pré hospitalière (SAMU, 1956) puis SMUR (1965)
  - Circulaire inappliquée sur les urgences psychiatriques à partir des équipes de secteur (1979), et à l'hôpital général (1995-1997).
  - Constitution progressive d'un corpus de psychiatrie d'urgence et de crise

## DE L'ASILE VERS LA COMMUNAUTÉ

### La période et le processus de désinstitutionnalisation (1950-1990)

- Les succès de la désinstitutionnalisation en cinquante ans:
  - Lits publics : de 120.000 lits en 1950 à moins de 40.000 lits vers 2000, 36.000 en 2016 (mais + 35% lits privés)
  - DMS de 300 j/an en 1950, < 40 jours en 2000, = 30 j en 2016 dans le secteur public.
- Par  
La trans-institutionnalisation des personnes âgées et/ou handicapées:  
Vers les EHPAD, les structures médico-sociales (lois de 1975 puis de 2005)  
  
Et la mise en œuvre progressive de la politique de secteur
- Résultats : plus de 80% des personnes malades sont traitées en ambulatoire dans le secteur public, beaucoup plus si l'on inclut l'activité ambulatoire privée, près de 80% des hospitalisations sont libres

## LES AVATARS DE LA DÉINSTITUTIONNALISATION

### Limites de la désinstitutionnalisation

- La désinstitutionnalisation est restée inaboutie dans tous les pays développés:
  - par insuffisance d'accompagnement ambulatoire sanitaire (mobilité, réactivité, diversité, continuité, intensité) et social (insertion, logement, travail), soutenant les personnes sortant de l'hôpital ou susceptibles d'y être adressées.

4 conséquences principales :

- Transfert de charge de l'hospitalisation vers l'environnement social et surtout familial (non dit et non pris en compte)
- Précarisation des personnes malades en rupture d'insertion ou sans logement accompagné : augmentation du nombre de malades mentaux désinsérés/SDF
- Mécanisme de porte tournante/tourniquet hospitalier «revolving door»
- Judiciarisation croissante des personnes malades

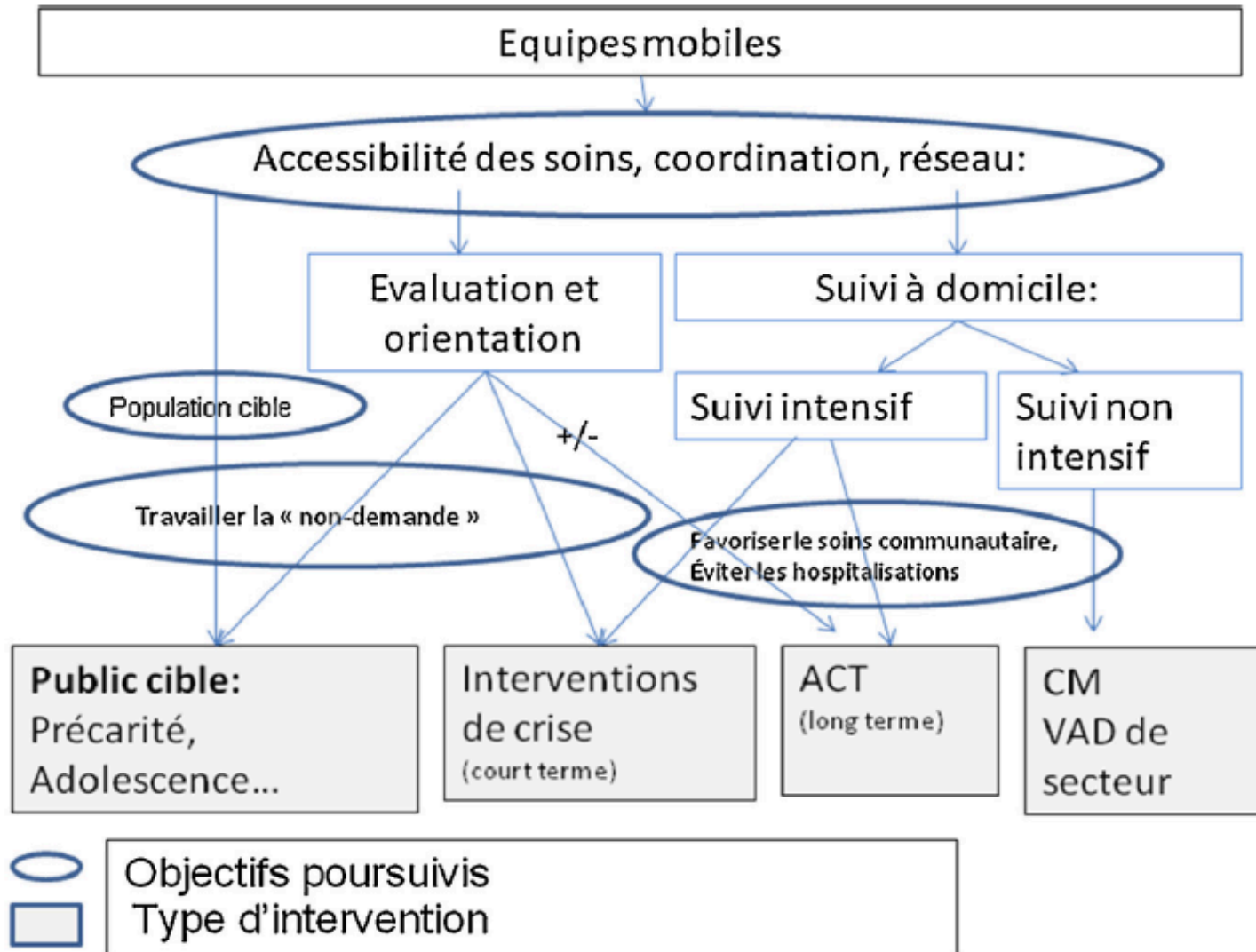
## LES AVATARS DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION

### L'émergence des services mobiles dans la communauté

- Constat progressif:
  - Limites de la fixité et de la polyvalence en tempo moyen des services de santé mentale  
→ Insuffisance d'adaptation des soins et de l'accompagnement social de plus en plus manifeste
  
- Réponses :
  - Développement partout dans le monde de services fixes ou mobiles dans les pays riches, ou paradoxalement dans les pays pauvres
  - Proposer de nouvelles d'alternatives à l'hospitalisation, HAD, accompagnement intensif ...
  - Faciliter l'accès aux soins
  - Aider à la coordination
  
- Réponses multiples: sanitaires, médico-sociales/éducatives

## LES AVATARS DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION

M. Ramonet, J.-L. Roelandt/Annales Médico-Psychologiques xxx (2013) xxx-xxx



## LES AVATARS DE LA DÉINSTITUTIONNALISATION

### L'émergence des services mobiles dans la communauté

- Nouvelles réponses ambulatoires mobiles permettent à davantage de personnes malades de:
  - Vivre en dehors des services d'hospitalisation
  - Répondre dans le temps et dans l'espace aux besoins non pourvus dans la communauté, principalement pour l'accès aux soins, les personnes handicapées psychiques : SMI, Seriously Mentally Ill des anglo-saxons, troubles graves et persistants, etc.
- Leur objectif général:
  - rendre plus efficaces les politiques ambulatoires d'insertion ou de maintien dans la communauté des personnes malades mentales et mieux répondre aux besoins des usagers/utilisateurs.
- Développement plus lent en France: politique de secteur qui « pouvait/devait » tout faire ?
- Ces services se différencient en tout ou partie des structures ou des services fixes polyvalents. Ils s'implantent selon le modèle de soins, d'organisation, selon le rythme, l'ampleur, le mode de financement, le militantisme et l'histoire santé/social du pays ou du territoire concernés.



## LES AVATARS DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION

### L'émergence de services mobiles dans la communauté

- Équipes mobiles d'urgence et de crise intervenant à domicile et d'intervention brève :
  - plus de 1000 équipes dans le monde en 2000, auxquelles s'ajoutent les 335 équipes du NHS créées en 2005, et celles de Belgique
  - En France, moins d'une dizaine d'équipes de ce type : les premières, transitoires, entre 1958 et 1969, dans le XIII<sup>e</sup> arrondissement de Paris (ASM XIII) puis, bien plus tard, ÉRIC (Charcot, 1994) puis deux équipes à Paris, l'UMES, le CAPSID en région parisienne (2000), Nancy, également Bayonne, Poitiers, ces deux dernières équipes co-intervenant avec le SAMU.
- Équipes mobiles de moyenne ou de longue durée, de soins et de réadaptation/d'accompagnement intensif (community assertive outreach).
  - Modèle référent : celui de Stein et Test à Madison, USA (1980).
  - Publics: SMI, comorbidité addictive, 1<sup>er</sup> épisode...
  - Nombreuses équipes dans les pays anglo-saxons (USA, GB et Commonwealth), en Italie, en Hollande, etc.
  - Très peu de telles équipes en France (est-ce le rôle des équipes de secteur ?) mais développement probable (centre de preuve de Versailles)
- Dans certains pays, également en France, ces équipes peuvent inclure des ex patients rétablis pair aidants (housing first, working first).

## LES AVATARS DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION

### L'émergence de services mobiles dans la communauté

- En France comme à l'étranger, on recense également :
  - Des équipes dédiées à la précarité, au soutien à l'hébergement ou aux SDF.
    - une centaine en France depuis le plan psychiatrie et santé mentale de 2005
  - Des équipes dédiés aux adolescents (Lille, Rennes, etc.)
    - développement est favorisé par la politique en faveur des MDA.
  - Des équipes dédiées aux personnes âgées (Pau, Lot, Lorraine)
  - Des équipes dédiées aux addictions, à la prise en charge du suicide, à la périnatalité...
- Des équipes mobiles d'accompagnement médico- social/social, éducatives : SAMU Social (1993), SAMSAH, SAVS, SESSAD (services d'éducation spécialisée et de soins à domicile)
  - Favorisées par la Loi de 2005 sur le handicap
- Des équipes de liaison avec le secteur scolaire, judiciaire, la PMI.
- La mobilité virtuelle (télé psychiatrie) peut-elle s'inscrire dans ce contexte ?
- Très grande variété des réponses et des organisations, ce qui rend la recherche comparative compliquée.

## AVANTAGES GÉNÉRALEMENT OBSERVÉS:

- Création d'un savoir faire spécifique
- Amélioration du travail en réseau,
- Amélioration de la coordination, de la connaissance
- Lisibilité accrue du dispositifs psychiatrique,  
→ Pour une efficacité thérapeutique en général non inférieure aux services fixes.

## CRITIQUES GÉNÉRALEMENT OBSERVABLES EN FRANCE :

- Complexification accrue de la coordination
- Manque de critères explicites d'inclusion/exclusion
- Manque de critères explicites d'évaluation, de ressort territorial, de durée d'intervention, etc.,
- Fragilité du fait de la faible taille, entraînant difficultés de recrutement, saturation et burn-out.

## CONCLUSIONS ET QUESTIONS PROVISOIRES

- Il existe un développement majeur et continu qui n'est pas seulement un effet de mode.

### **Va-t-on vers la fin de la désinstitutionnalisation ?**

- Explosion de la demande :
  - File active annuelle: augmentation de plus de 62% de 1994-2004, 16% de 2010 à 2016 (DREES)
  - Taux d'Occupation de plus de 100% dans de nombreux hôpitaux psychiatriques
    - Reflet de la saturation consécutive des dispositifs hospitaliers et mise sous tension de leur fonctionnement, et ambulatoires : + 18% 2010-2016
    - Entraînant des délais de rdv de plus en plus longs.
- Différents facteurs conjuguent leur effet :
  - Croissance démographique et vieillissement
  - Diffusion des produits toxiques
  - Précarisation d'une partie de la population
  - Induisant la multiplication des situations d'acuité sous forme d'urgence et de crise.
- À cela s'ajoute la désertification médicale, surtout en pédopsychiatrie. Tout ceci ne peut conduire qu'à l'accentuation des besoins d'accès aux soins, en particulier sous forme de dispositifs mobiles, sauf risque futur de réinstitutionnalisation.

## CONCLUSIONS ET QUESTIONS PROVISOIRES

Qu'apprenons-nous de la pratique psychiatrique en équipe mobile ?

- À travailler avec la personne malade et son entourage, quels que soient les niveaux (famille, entourage, collègues, condisciples, et contexte social plus large), sauf refus des soignants
- Que cette coexistence est plus une solution qu'un problème lorsque l'action soignante/accompagnante est inclusive et coopérative
- Que le regard sur la maladie mentale est modifié par le travail en équipe mobile : Dichotomie habituelle entre maladie/normalité effacé par une observation contextuelle, ce qui modifie la vision de la clinique et de la nosologie
- Que le rétablissement de la personne, s'il a lieu, est en général plus rapide lorsqu'il s'effectue à domicile, y compris dans les situations graves.
- Que le regard de la personne malade et de son entourage est modifié, en général de façon positive, et les membres de la famille apprennent de/dans ce processus

## BIBLIOGRAPHIE

S.Kannas, M.Robin (2009) : *Interventions psychiatriques au domicile et équipes mobiles*, in Tordjman & V. Garcin (2009) : *les équipes mobiles auprès d'adolescents en difficulté*, Masson éd., Paris, chapitre 2, pp 11-33.

M. Ramonet, JL. Roelandt (2013): soins intensifs à domicile : modèles internationaux et niveau de preuve, *Annales médico-psychologiques*; 171 (8): pp 524-530.