L'Information psychiatrique 2019 ; 95 (4) : 237-43

Un demi-siècle de développement des équipes mobiles en psychiatrie : constats et perspectives

Serge Kannas [1]
Nicolas Pastour [2]

[1] PHCS honoraire, hôpital de Plaisir, 78 Plaisir, France

[2] PHCS, hôpital de Plaisir

Résumé. L'équipe ÉRIC (Équipe rapide d'intervention de crise) a été créée en 1994. Il s'agit d'une équipe mobile d'urgence et de crise fonctionnant 24 h/24, 7 j/7, centrée sur l'alternative à l'hospitalisation psychiatrique et l'inclusion active de l'entourage du patient (famille et réseau social). Lors de sa création et bien après, cette équipe, unique en France, a fait l'objet de nombreuses critiques de la part des professionnels de la psychiatrie. En 2018, beaucoup d'équipes mobiles existent en France, mais très peu sur la thématique de l'urgence et sur ce mode d'organisation, tandis que de nombreuses équipes similaires ont émergé dans de nombreux pays. C'est pourquoi il a paru intéressant d'établir un état des lieux de cette question, tant en France qu'à l'international, et de réfléchir à l'origine et l'évolution des idées, des services de santé mentale, de la psychiatrie en général, ou d'autres paramètres, qui ont poussé ou freiné au contraire leur développement.

Mots clés : équipe mobile, historique, évolution, désinstitutionnalisation, psychiatrie, organisation des soins psychiatriques

Abstract. A half-century of development of mobile teams in psychiatry: Findings and perspectives. In 1994, one of the authors (SK) created a psychiatric emergency mobile team working 24 hours a day and seven days a week—ÉRIC (Équipe Rapide d'Intervention de Crise)—, with a focus on avoiding psychiatric hospitalization, including patients' relatives (family and close social circle), in coordination with general emergency services (Samu), help and assistance services (firemen) and GPs, as well as the police. Sectorized throughout an area of south Yvelines with 150,000 inhabitants and further widened over the following years, this team—at first experimental, then permanently established—is still operating almost twenty-five years later. When it was created, and for many years, it was much criticized by many psychiatrists in France but welcomed by the families concerned. At the time of creation, and many years later, this team was quite unique in France. Today, in 2018, there are many established mobile psychiatric teams in this country—although very few focus on emergency and permanent organization—, and many similar teams also exist in a lot of foreign countries. That is why it appeared interesting to the authors—given the opportunity provided by the tenth national congress of mobile psychiatric teams—to lay out a brief overview of what exists in France and in foreign countries and to think of the evolution of ideas, practices, and mental health services in psychiatry on the basis of their foundations, as well as the factors influencing—to a greater or lesser extent—the development of mobile psychiatric teams in France or in other nations.

Key words: Mobile team, historical, evolution, deinstitutionalization, psychiatry, organization of psychiatric care

Resumen. Medio siglo del desarrollo de los equipos móviles en psiquiatría: constataciones y perspectivas. El equipo ERIC (Equipo Rápido de Intervención de Crisis) se creó en 1994. Se trata de un equipo móvil de emerrgencia y de crisis que funciona las 24 horas y los siete días de la semana centrada en la alternativa a la hospitalización psiquiátrica e inclusión activa del entorno del paciente (familia y red social). Cuando se creó y mucho después, este equipo era único en Francia, y ha sido objeto de numerosas críticas de parte de los profesionales del psiquiatría. En 2018, existen muchos equipos móviles en Francia pero muy pocos con la temática de la emergencia y con este modo de organización, mientras muchos equipos móviles han surgido en numerosos países. Por todo ello resultó interesante hacer un repaso de esta cuestión, tanto en Francia como a nivel internacional, y reflexionar sobre el origen y la evolución de las ideas, de los servicios de salud mental, de la psiquiatría en general u otros parámetros que han impulsado o al contrario frenado su desarrollo.

Palabras claves: equipo móvil, historial, evolución, desinstitucionalización, psiquiatría, organización de la atención psiquiátrica

Correspondance : S. Kannas <serge.kannas@gmail.com>

doi:10.1684/ipe.2019.1940

En 1994, après plusieurs années de recherche clinique et d'expérimentations pratiques, une équipe mobile d'urgence et de crise fonctionnant 24 h/24, l'équipe ÉRIC (Équipe rapide d'intervention de crise) a été créée sous la responsabilité du Dr Serge Kannas, avec son équipe au sein de l'EPS Jean-Martin-Charcot, dans les Yvelines [1, 2].

Lorsque cette équipe a été créée, les auteurs ont subi de nombreuses critiques, voire des attaques agressives, et ont été plébiscités par les familles, ou leurs associations. Il s'agissait, selon les détracteurs, d'un « effet de mode » qui ne durerait pas, qui céderait aux sirènes impérialistes et comportementalistes américaines, battant en brèche la psychothérapie (car précédant la demande), l'action sociale et la politique de secteur.

Pour autant, la durée de cette équipe, même si son avenir demeure incertain aujourd'hui, le développement croissant et continu en France et dans le monde de nombreuses équipes mobiles analogues suggèrent que leur existence et leur développement sont corrélatifs de plusieurs facteurs incitatifs combinés. On y retrouve toujours des mouvements militants de la psychiatrie et/ou du secteur social et médicosocial, des représentants des familles et des usagers, des représentants des usagers auto-organisés, agissant séparément ou en étroite coordination, selon des temporalités hétérogènes. Comme souvent, dans un deuxième temps, cette émergence est, parfois, facilitée par des politiques publiques consolidant cette émergence initiale.

Enfin, cette évolution ne peut être séparée de celle, plus générale et globale, de la psychiatrie au sein de la société, depuis trois quarts de siècle.

Le contexte historique

La période et le processus de désinstitutionnalisation : ~ 1930-2000 et au-delà ?

La désinstitutionnalisation peut se définir comme l'ensemble des mesures traduisant la tendance et le modèle consécutif consistant à utiliser le moins possible l'hospitalisation et à privilégier les réponses dans le milieu ordinaire de vie de la personne malade.

Historiquement, la désinstitutionnalisation prend naissance au moment des critiques de l'asile apparues avant-guerre et surtout à partir de 1945 puisqu'à l'époque, une grande partie des malades mentaux traités était hospitalisée, le plus souvent sous contrainte (influence de la loi de 1838). Surveillance continue, contrôle et contrainte prédominaient. Sous l'influence des mouvements antipsychiatriques, issus de la sociologie américaine et des mouvements des droits de l'homme, des analogies se sont établies entre la psychiatrie et les expériences totalitaires et concentrationnaires. Plusieurs milliers de malades sont morts de faim en France pendant la guerre. En 1952, de nouveaux traitements efficaces sont apparus pour la première fois en France et dans le monde. Les observations et le militantisme des usagers et des familles, constitués en association, ont participé de cette évolution. Tout ceci entraîne un basculement vers l'ambulatoire – le « virage communautaire » – de la prise en charge de ces personnes dans tous les pays développés, y compris en France : c'est la politique de secteur (circulaire de 1960) [3], recommandation seulement à l'origine**,** puis sous forme d'arrêtés en 1972, rendant l'organisation obligatoire avec une généralisation réelle au-delà de 1980. C'est le « *Community Act* » de 1963 aux USA.

Jusqu'en 1945, la plupart des services sont « fixes », en intra-hospitalier comme en ambulatoire.

Après 1950, ils sont fixes mais se différencient, les dispensaires deviennent des centres médico-psychologiques (CMP) et certains travailleurs sociaux (hors psychiatrie) sont « mobiles » et effectuent des visites à domicile (VAD).

À partir de 1960-70, la mobilité n'est pas « dédiée », elle est diffuse et relève de la pratique des VAD, médicales, et infirmières, sociales, ou de liaison des équipes de secteur polyvalentes, plus rarement des consultations privées. La mobilité médicale va décliner et quasiment disparaître à partir des années 1990.

Parallèlement, on note l'apparition de services mobiles et fixes d'urgence en soins généraux à l'hôpital, la mise en place de l'organisation réglementaire de l'urgence somatique pré-hospitalière (Samu et Smur). Une circulaire est promulguée à propos des urgences psychiatriques, organisées à partir des équipes de secteur (1979) [4], mais elle reste en général inappliquée. L'activité d'urgence des équipes de secteur est insérée au sein des urgences somatiques cette fois-ci organisées (SAU : 1995-1997) [5]. Se constitue ainsi petit à petit un corpus d'urgence et de crise spécifiquement psychiatrique, à partir, mais pas seulement, des pratiques issues dès 1914 de la médecine, de la chirurgie et de la psychiatrie de guerre, ainsi que de l'expérience clinique, thérapeutique et organisationnelle des services de santé des armées.

L'année 1997 est celle de la création du Samu social [6], pour répondre aux besoins des personnes précaires ou sans domicile fixe. En 2005 sont créées des équipes mobiles en psychiatrie précarité, dans le cadre d'un plan national [7], et des Maisons pour adolescents (MDA). En 2007 sont créées des équipes mobiles pour personnes âgées [8].

Enfin, la loi du 5 juillet 2011 [9] modifiée relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge stipule, sous couvert des ARS, « dans chaque territoire de santé, l'organisation d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques en relation avec les acteurs concernés : Samu, SDIS (service départemental d'incendie et de secours), Police nationale,

Gendarmerie nationale, établissements psychiatriques de référence, psychiatres privés, transporteurs sanitaires privés ».

Depuis 2013, des groupes de travail sur l'organisation de la réponse à l'urgence psychiatrique existent en Haute-Normandie, dans le Val d'Oise, à Paris et se mettent en place dans les Yvelines. S'y ajoutent la Justice, l'Unafam, les établissements médico-sociaux. Des conventions multipartites sont signées.

Les succès de la désinstitutionnalisation

En soixante ans, en France, le nombre de lits en psychiatrie publique est passé de 120 000 en 1950 à moins de 40 000 en 2010 (les lits privés ont peu bougé). Aux USA, pendant la même période, le nombre est passé de 550 000 à 60 000 lits. Mais une partie de cette diminution a été engagée par des politiques publiques agressives de fermeture pour des raisons d'économie budgétaire, ou bien pour des raisons politiques suscitées par une psychiatrie militante en Italie (Basaglia) [10], un peu moins en Grande Bretagne, beaucoup moins en France. Dans ce dernier pays, le pari a été fait, à la fin des années soixante, d'une désinstitutionnalisation « douce, équilibrée et consensuelle » (citation de la DGS de l'époque). Dans notre pays, une partie de la réussite, moins significative a été liée à une « trans-institutionnalisation » des personnes âgées ou handicapées vers les Ehpad ou les structures médicosociales, sous l'effet des lois handicap de 1975 puis 2005 et d'une autre part à la politique de secteur : un gros effort d'équipement, de répartition souvent inégalitaire, de ressources et d'organisation/prestation des soins en psychiatrie, a été entrepris sur tout le territoire, diffusant en ambulatoire les services et les nouveaux traitements médicaux et psychosociaux efficaces. Sous-tendu autant par l'implantation et le développement de la sectorisation que par l'introduction des neuroleptiques, la baisse du nombre de lits est beaucoup plus marquée entre 1970 et 1990 qu'entre 1950 et 1970.

En France, les durées moyennes de séjours (DMS) hospitalières sont passées de 300 jours par an en 1950 à moins de 40 jours en 2000, jusqu'à trois semaines actuellement (tout en incluant les patients hospitalisés à l'année de façon continue).

D'où le résultat actuel en France, plus de 80 % des personnes malades sont traitées en ambulatoire dans le secteur public, beaucoup plus si l'on inclut l'activité privée, 85 % des hospitalisations sont libres. Ceci marque plus d'un demi-siècle de progrès incontestable.

Les avatars de la désinstitutionnalisation

Dès le début et malgré ses succès, la désinstitutionnalisation est restée inaboutie dans tous les pays où elle a été mise en œuvre, en général par manque d'anticipation de ses conséquences. Les besoins des malades sortis de l'hôpital ou n'y entrant plus n'avaient pas, pour autant, disparu. Les impératifs d'accompagnement sanitaire et médicosocial concernant l'insertion, le logement ou le travail n'étaient pas à la hauteur des besoins de soutien des personnes malades sortant de l'hôpital ou susceptibles d'y être adressés. Ceci a entraîné cinq conséquences principales sur les patients, les familles, les prisons, les structures et le fonctionnement de l'hôpital lui-même :

1. Un transfert de charge, sans précaution suffisante ni négociation, de l'hôpital vers l'environnement social et surtout les familles des personnes malades, effectué sans reconnaissance ni prise en compte du rôle et de la charge portée par ces dernières.

2. Une précarisation croissante des personnes malades en rupture d'insertion (perte ou absence de logement et/ou de travail ordinaire ou accompagné…).

3. Un mécanisme de « porte tournante » hospitalière, le phénomène de « *revolving door* » des Anglo-Saxons. À une partie des hospitalisations prolongées se sont substituées des hospitalisations courtes mais répétitives dues à des rechutes fréquentes.

4. Une judiciarisation croissante des personnes malades, de plus en plus souvent incarcérées, la prison accueillant de plus en plus des malades mentaux difficiles.

5. Une précarisation croissante des conditions d'accueil des patients et du travail des professionnels : la diminution du nombre des lits a entraîné celle, concomitante, du nombre d'unités à temps plein et une concentration de patients en phase d'acuité clinique, avec une proportion importante de personne en soins sans consentement, tandis que l'encadrement en professionnels reste proportionné au nombre de patients présents, une partie substantielle des patients « chroniques » stables étant transférée vers des structures médicosociales/sociales ou sortis. Ce déséquilibre n'est pas réglé et s'aggrave encore plus en raison de la démographie médicale, en baisse, et générale, en hausse.

Des structures fixes vers la mobilité

L'émergence de services fixes nouveaux et mobiles dans la communauté :

La fixité et la polyvalence des services de psychiatrie rencontrent ainsi des limites : le caractère iatrogène des institutionnalisations répétées ou prolongées, associé à l'insuffisance ou l'inadaptation de l'accès aux soins et à une mobilité et à une réactivité des services limitées sont de plus en plus manifestes pendant les trois quarts de siècle qui viennent de s'écouler.

Ces limites ont entraîné le développement, partout dans les pays riches ou, paradoxalement, dans les pays pauvres, de services fixes ou mobiles proposant de nouvelles formes d'alternatives à l'hospitalisation et/ou d'accès aux soins, pour mieux répondre à des clientèles ou des situations connues, ou bien pour faire face à des

situations nouvelles auxquelles les dispositifs classiques ne répondent pas ou partiellement.

Ces services mobiles constituent une des réponses possibles. Ils s'implantent de façon circonstancielle selon les besoins reconnus ou émergents et s'appuient souvent sur le militantisme et un souci d'innovation. Les modèles de soins ou d'accompagnement auxquels ils se réfèrent (organisation, rythme, types d'activité) sont divers. Les modes de financement sont aussi multiples dans des contextes de soutien ou non par les pouvoirs publics.

Ces nouvelles réponses ambulatoires mobiles permettent à davantage de personnes malades de vivre en dehors des services de psychiatrie, en milieu ordinaire de vie et de répondre, dans le temps et dans l'espace, aux besoins insuffisamment ou non pourvus dans la communauté, principalement en ce qui concerne l'accès aux soins et l'accompagnement socio-sanitaire des personnes en situation de handicap psychique en général ou pour des sous-populations particulières plus isolées.

Leur objectif général est de rendre plus efficaces les politiques ambulatoires d'insertion ou de maintien dans la communauté des personnes malades mentales et de mieux répondre aux besoins et aux attentes des usagers et utilisateurs. Leur développement a été plus lent en France du fait principalement, selon nous, de l'expérience et des effets d'une ambitieuse et précoce politique de secteur, secteur qui « pouvait/devait » tout faire.

Rapide bilan international et national du développement des équipes mobiles

Ce bilan ne se veut pas exhaustif, car les données sont difficiles à tracer et rapidement évolutives.

Le modèle le plus répandu dans le monde est celui des équipes mobiles d'urgence et de crise intervenant au domicile ou sur le lieu de crise, plutôt d'intervention brève [11]. Les premières sont observées aux USA (Bloch *et al*, 1973) [12], à Londres (Scott *et al*, 1973) [13], à Amsterdam (Querido *et al*, 1968) [14], entre autres, etc... Plus de mille équipes sont recensées à travers le monde en 2000, outre les 335 créées par le National Health Service (NHS) britannique en 2005, dans le cadre d'un plan national, et leur nombre s'accroît chaque année [15, 16].

En France, moins d'une dizaine d'équipes de ce type sont recensées dont les premières sont apparues en 1958 et 1969 mais de façon transitoire : Paumelle et Duchêne, Woodbury [17], dans le 13e arrondissement de Paris (ASM), puis, bien plus tard, le groupe ÉRIC [1, 2, 18, 19]. Autour des années 2000 : l'UMES, le Capsid, à Bayonne, Poitiers (ces deux dernières co-intervenant avec le Samu), Ulice à Marseille, etc.

Des équipes mobiles de moyenne ou de longue durée, de soins et de réadaptation/ou d'accompagnement intensif (« *assertive outreach* ») se sont mises en place pour les patients chroniques instables à risque élevé de rechutes (SMI, *seriously mentally ill* des Anglo-Saxons, troubles sévères et persistants/handicap psychique en France). Le modèle référent est « l'*assertive community treatment* » développé par Stein et Test à Madison (ACT, USA 1980) [20]. Ce modèle définit des objectifs devant être adoptés par les équipes de soins ambulatoires. Ces objectifs sont de deux ordres, médicaux et sociaux :

– Acquérir les ressources matérielles (nourriture, logement) et des soins médicaux ;

– Acquérir les compétences nécessaires pour faire face aux réalités du quotidien (transports, budget, etc.) ;

– Soutenir et encourager les patients ;

– Rompre le cycle de dépendance aux soignants et à l'institution ;

– Apporter soutien et information aux proches ;

– Adopter une politique « d'aller vers » la personne pour éviter les ruptures de parcours.

Ce modèle a essaimé dans de nombreux pays dans le monde [21-23], en particulier dans les pays où l'organisation des soins (densité de dispositifs et références géo-populationnelle) était moins structurée qu'en France [24].

Aux USA et dans certains pays européens, plus récemment en France, ces équipes d'accompagnement intensif peuvent inclure d'anciens patients rétablis pairs-aidants comme dans les équipes « *Housing first* » ou « *Working first* » [25, 26].

Ce modèle a mis du temps à se développer en France, sans doute car il entrait en « concurrence » avec les missions des dispositifs sectoriels [24]. Progressivement, certaines équipes de secteur ont développé des modèles très proactifs : à Lille [27], Bondy, Lunéville, Metz, etc. Les travaux du Centre de preuves sur les troubles mentaux sévères de Versailles recommandent l'expérimentation de ce type de dispositifs en lien avec le dispositif sanitaire de secteur et les intervenants sociaux [28].

En France, comme à l'étranger, on recense également des équipes dédiées aux personnes précaires souffrant de troubles psychiques [25] : une centaine, pour le soutien des équipes d'hébergement et d'accompagnement elles-mêmes, les SDF et les personnes précaires, à l'instigation d'une politique publique amorcée en 2005. Une des premières, avant les années 2000, a été créée à l'hôpital Sainte-Anne, à Paris, grâce à la pugnacité du Dr Mercuel. D'autres équipes mobiles se sont développées dans le champ de la psychiatrie infanto-juvénile en direction des adolescents [29] : Rennes (Pr Tordjman) [30], Armentières (Dr Garcin), favorisées par ailleurs par l'essor des maisons départementales pour adolescents (MDA). Soutenues par une volonté politique, des équipes mobiles pour personnes âgées (2007) ont vu le jour dans de nombreux territoires de France [31]. Les prises en charge des addictions et de la périnatalité sont aussi des champs dans lesquels se sont développées des équipes

mobiles. L'ensemble de ces dispositifs mobiles a en commun l'origine sanitaire et la mobilité, mais correspond à une grande diversité de missions, de territoires et de moyens.

Plus récemment ont émergé des équipes mobiles d'accompagnement médico-social ou social, dans le cadre de la loi de 2005 sur le handicap et l'égalité des chances : Samsah (service médicosocial d'accompagnement pour personnes handicapées, SAVS (services d'accompagnement à la vie sociale). Ces équipes accompagnent des personnes présentant un handicap psychique. Elles forment un continuum avec les équipes de psychiatrie, qu'elles soient fixes ou mobiles, et interrogent au quotidien les missions et les spécificités de chacun.

Dans l'ensemble, on observe une grande variété de réponses, pour ne pas dire une extrême hétérogénéité dans le monde et en France : organisations, fonctionnements, modèles d'intervention [32]. Cette diversité rend les comparaisons difficiles et nécessite, sur le plan de la recherche, de définir des modèles [33], en s'appuyant plutôt sur le type de réponses proposées, la composition de l'équipe, la population cible, la file active par professionnel, le plan de soins réellement déployé…

Parmi les avantages généralement observés

Les auteurs s'accordent à reconnaître que les équipes mobiles permettent la création d'un savoir-faire spécifique, l'amélioration du travail en réseau (coordination accrue) entre intra- et extrapsychiatrique, intra- et extrasanitaire. Elles favorisent la lisibilité des dispositifs psychiatriques et la satisfaction des usagers et des utilisateurs avec une efficacité thérapeutique non inférieure aux réponses fixes, y compris pour les cas graves, difficiles d'accès, ou à la demande incertaine. La dimension d'alternative aux réponses classiques, souvent binaires « hospitalisation » ou « soin ambulatoire » est appréciée et l'accès aux soins apparaît comme amélioré dans la majorité des cas [15, 34, 35]

Parmi les critiques généralement observables en France

Une coordination paradoxalement complexifiée, du fait de l'adjonction d'une équipe supplémentaire à un dispositif de soins décrit comme déjà complexe. Une difficulté à expliciter des critères d'indication : inclusion/exclusion, entrée/sortie du dispositif, critères situationnels ou cliniques, de ressort géographique, de durée d'intervention. Il apparaît aussi qu'il existe un risque de saturation des équipes lorsque la durée d'intervention devient trop longue et lorsque les dispositifs d'aval ne sont plus en capacité d'accueillir les personnes après une prise en soins en équipe mobile [36].

Vers une conclusion provisoire sous forme de questions

Que tirer comme informations pertinentes de ce vaste panorama (certes non exhaustif) français et international ?

Tout d'abord, que l'émergence croissante des équipes mobiles en France et dans le monde est trop attestée et d'évolution trop synchrone pour relever d'un seul effet de mode. Elles sont, pour l'essentiel, le résultat de l'insuffisance des services de santé mentale au regard des effets de la désinstitutionnalisation et de l'augmentation de la demande de soins. Le développement futur des équipes mobiles dépendra en grande partie de l'accompagnement par les pouvoirs publics et de l'existence de circonstances budgétaires contraignantes. Certains auteurs soulignent que de nombreuses équipes disparaissent du fait de l'arrêt des financements dédiés et ce, malgré des résultats encourageants, mais également du fait de la perte ou la fin de leur caractère expérimental et innovant, de l'épuisement de la militance, de problèmes de recrutement de personnels, et aussi en raison d'un stress professionnel plus important lié à une pratique très « exposante » [27, 36]. De nombreuses équipes mobiles naissent, d'autres meurent.

Un point à prendre également en considération est la fin possible, ou le net ralentissement, en France, du processus de désinstitutionnalisation. En cause, l'explosion de la demande : + 62 % en 11 ans (Drees, 2004 [37]), liée à la moindre stigmatisation de la psychiatrie (banalisation) facilitée par la généralisation de l'accès aux soins (équipements, personnels) sur tout le territoire (politique de secteur et secteur privé libéral). Cette demande est encore amplifiée par la croissance démographique continue de la France, la diffusion accrue des produits toxiques et des addictions, l'augmentation de la précarité, la multiplication des situations psychiatriques sous forme d'urgence et/ou de crise. La conséquence en est la saturation de l'ensemble des dispositifs hospitaliers (plus de 100 % de taux d'occupation à l'année dans de nombreux établissements) et ambulatoires (allongement des délais de rendez-vous) sur fond de régression chronique relative ou absolue des ressources allouées aux dispositifs de soins psychiatriques. Si rien n'est fait, on peut craindre un retour progressif de la prédominance de la réponse hospitalière, c'est-à-dire une « réinstitutionnalisation ». Or on sait, et toute la littérature internationale le montre, le rôle que des équipes mobiles performantes jouent un rôle majeur dans la régulation de la réponse hospitalière.

Ensuite, le caractère extrêmement hétérogène des équipes mobiles, même si elles peuvent être classées, comme certains et nous-mêmes l'avons fait, par catégories d'actions ou de clientèles visées, rend les comparaisons très difficiles.

Nous avons commencé à travailler sur la question des équipes mobiles à l'hôpital Charcot, vers 1984, dix ans

avant la création de l'équipe ÉRIC, en 1994. Cela a commencé par une recherche sur l'analyse des situations de patients en hospitalisation prolongée, voire interminable (on parlait de « chroniques », à l'époque, on utilise maintenant le terme plus approprié d'inadéquations). Ceci a amené à réfléchir sur les différents processus qui conduisent à la chronicité, en rupture avec le concept de « schizophrénie chronique à caractère irréversible » issu du XIX^{e} siècle, avec l'idée selon laquelle la chronicité était une propriété exclusive de la personne malade et non de son écosystème, qui comprend l'institution, mais aussi la famille, les professionnels du soin et du social. S'y associait une autre réflexion : l'idée selon laquelle l'hospitalisation, en particulier les premières, représentaient un contexte d'apprentissage pour la personne malade, ses proches et les professionnels, qui pouvait être transformé par l'apprentissage d'autres solutions. Comment les prévenir, ou les interrompre, en gardant des conditions respectueuses pour les personnes malades et leur entourage, et acceptables pour l'environnement social ? C'est ainsi que les auteurs sont passés de la chronicité à l'urgence psychiatrique [38].

Pour finir, nous nous sommes intéressés au changement dans la pratique psychiatrique que le travail en équipe mobile induit, ainsi que sur la façon de regarder la maladie mentale. Plus que des consultations individuelles, le travail en équipe mobile non seulement ne coupe pas le patient de la vie ordinaire, mais pousse résolument à travailler en collaboration avec tous les environnements de la personne : famille, milieu social, professionnel, éducatif, civique et juridique. Dans ce processus, l'observation d'une dichotomie absolue entre maladie et normalité représente plutôt un leurre, et l'on observe un continuum influencé par différents facteurs. Au fil du temps, nous avons modifié notre approche nosographique, ainsi que nos réflexions cliniques et philosophiques. Le travail *in vivo* avec la personne dans son environnement crée les conditions d'une rencontre incomparable ! De même, notre expérience nous a permis de vérifier que la famille est plus souvent un facteur positif de rétablissement et de soutien qu'un problème, et enfin que la capacité de rétablissement de la personne opère plus vite et plus efficacement dans son milieu ordinaire de vie, y compris dans les situations graves ou extrêmes.

Liens d'intérêt les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Kannas S, Robin M, *et al. Étude d'impact d'un service mobile d'urgence médico-psychologique sectorisé comme alternative au traitement des urgences psychiatriques.* Rapport à l'Institut national de la santé et de la secherche médicale (Inserm) et à la CNAMTS. Programme 1994-1998. Contrat n°4AE205. 183 pages.

2. Kannas S, Robin M, *et al.* « ÉRIC ou la mobilité comme alternative à l'hospitalisation psychiatrique ». In : De Clercq M, Lamarre S, et al. *Urgences psychiatriques et politique de santé mentale.* Paris : Masson, 1998.

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

4. Circulaire. AS 2 n° 896 (1979) relative à *l'accueil et aux urgences en psychiatrie.*

5. Circulaire DH. PE/DGS.3C n° 39-92 (1992) relative à *la prise en charge des urgences psychiatriques.*

6. Circulaire DAS/TS 2/DSFE n° 97-836 du 29 décembre 1997 relative à *la campagne budgétaire 1998 des centres d'hébergement et de réadaptation sociale et de l'urgence sociale.*

7. Circulaire DHOS/O2/DGS6C/DGAS/1A/1B n° 2005/521 (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.*

8. Circulaire DHOS/O2/2007/176 (2007) relative à *la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées.*

9. Loi 2011-83 du 5 juillet 2011 modifiée relative *aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.*

10. Basaglia F. *L'Istituzione negata.* Turin : Einaudi éd, 1968.

11. Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M. Crisis Intervention for people with severe mental Illness, *Cochrane Database Syst Rev* 2015 ; 12 : CD001087. DOI : 10.1002/14651858.CD001087.pub5.

12. Bloch DA. The clinical home visit. *Seminars in Psychiatry* 1973 ; 5 : 159-65.

13. Scott RD. The treatment barrier : parts 1 and 2. *British Journal of medical Psychology* 1973 ; 40 : 109-45.

14. Querido A. The shaping of community mental health care. *British Journal of Psychiatry* 1968 ; 114 : 293-330.

15. National Audit Office (NAO). *Helping people through mental health crisis : The role of Crisis resolution and Home treatment Services.* HC Session 2007-2008. London: TSO, 2007. https:/www.nao.org.uk/publications/naoreports/07-08/07085.pdf (consulté le 23 mai 2018).

16. While D, Bickley H, Roscoe A, *et al.* Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet* 2012 ; 379 : 1005-12.

17. Woodbury MA, Woodbury MM : Community-centered psychiatric intervention : a pilot project in the 13th arrondissement, Paris. *American Journal of Psychiatry* 1969 ; 26 : 619-25.

18. Robin M, Kannas S. Urgences psychiatriques : doit-on aller sur le lieu de leur émergence ? *L'Information Psychiatrique* 1996 ; 72 : 458-62.

19. Robin M, Bronchard M, Kannas S. Ambulatory care provision vs first admission to psychiatric hospital : 5 years follow up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2008 ; 43 : 498-506.

20. Stein LI, Test MA. Alternatives to mental health treatment. *Archives of General Psychiatry* 1980; 37 : 4 : 392-7.

21. Lafave HG, de Souza HR, Gerber GJ. Assertive community treatment of severe mental illness: a Canadian experience. *Psychiatr Serv* 1996 ; 47 : 757-9.

22. Hobbs C, Newton L, Tennant C, Rosen A, Tribe K. Deinstitutionalization for long-term mental illness: a 6-year évaluation. *Aust N Z J Psychiar* 2002 ; 36 : 60-6.

23. Bak M, van Os J, Deespaul P, *et al.* An observational, "real life" trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007 ; 42 : 125-30.

24. Petitjean F. « La réinsertion professionnelle ». In : Vidon G. *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*, Paris : Frison-Roche, 1995.

25. Tsemberis S, Henwood B. "Le logement d'abord. Housing First : Homelessness, Recovery and Community Integration". In : Vandiver V (Ed.). *Best Practices in Community Mental Health : A Pocket Guide.* NY Oxford University Press, 2013. pp. 132-150.

26. Demailly L. Les médiateurs pairs en santé mentale. *La nouvelle revue du travail* 2014 ; 5. http://nrt.revues.org/1952. DOI : 10.4000/nrt.1952 (consulté le 23 mai 2018).

27. Ramonet M, Roelantd JL. Soins intensifs à domicile : modèles internationaux et niveau de preuve. *Annales Médico-Psychologiques* 2013 ; 171 : 524-30.

28. Hardy-Baylé MC. *Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique*. Versailles : Centre de Preuves en Psychiatrie et en Santé Mentale, 2015.

29. Grapp C et Urben S. « Les équipe smobiles ». In : Holzer L (dir). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Louvain-la-Neuve (Belgique) : De Boeck Ed/Solal, 2015.

30. Tordjman S. Expérience d'une équipe mobile pour préadolescents et adolescents : importance des changements d'environnement physique et relationnel. *L'Information Psychiatrique* 2016 ; 92 : 389-95.

31. Houbin B. Missions et organisation des équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé : exemple de l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée Ouest 94 (EMPPA Ouest 94) du groupe hospitalier Paul-Guiraud. *NPG Neurologie-psychiatrie gériatrie* 2015 ; 89 : 266-9.

32. Burns T, Catty J, Watt H, Wright C, Knapp M, et Henderson J. International differences in home treatment for mental health problems. Resultats of a systematic review. *Br J Psychiatr* 2002 ; 181 : 375-82.

33. McGrew JH, Bond GR, Dietzen L, Salyers M. Measuring the fidelity of Implementation of a mental health program model. *J Consult Clin Psychol* 1994 ; 62 : 670-8.

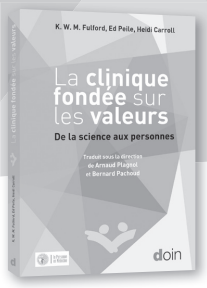
34. Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis Interventions for people with severe mental illness. *Cochrane database of Systematic Review* 2006 ; 18 : CD001087.

35. Geller JL, Fisher WH, *et al*. A national survey of mobile crisis services, and their evaluation. *Psychiatric Services* 1995 ; 46 : 893-907.

36. Robin M, Kannas S. « Interventions psychiatriques au domicile et équipes mobiles ». In : Tordjman S et Garcin V (dir.). *Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2009.

37. Coldefy M, Salines E. les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolution et disparités. *Études et résultats* (Drees) 2004 ; 342.

38. Kannas S, Wieviorka S. Approche systémique et chronicité à l'hôpital psychiatrique. *L'Évolution Psychiatrique* 1989 ; 54 : 595-614.



La **clinique fondée** sur les **valeurs**
De la science aux personnes

La médecine fondée sur les valeurs s'inscrit parmi les pouvements contemporains de personnalisation des soins et intéresse toutes les disciplines médicales.

Complémentaire à la médecine fondée sur les preuves (Evidence Based Medecine), elle s'appuie sur une prise en compte des valeurs des acteurs du soin, de la personne soignée et de son entourage. Cette approche implique une prise de décision partagée rendant la pratique médicale plus éthique et plus efficace, et contribuant ainsi à « l'alliance thérapeutique ».

Depuis plus de trente ans, Bill Fulford défend ce concept dans lequel il révèle une pratique possible des soins au plus près de la singularité des patients. Arnaud Plagnol et Bernard Pachoud en livrent ici une parfaite traduction.

Préfacé par **Bernard Granger**, Professeur de psychiatrie, Université Paris-Descartes, groupe hospitalier Cochin

Traduit sous la direction de :
• **Arnaud Plagnol**
Psychiatre, Professeur de psychologie clinique à l'Université Paris 8 (Vincennes - Saint-Denis)
• **Bernard Pachoud**
Psychiatre, Professeur de psychopathologie, Directeur de recherches à l'Université Paris 7 (Paris-Diderot)

Frédéric Advenier, Marie Darrason, Rémi Tevissen, Jean-Baptiste Trabut

Collection
La Personne en Médecine
• Décembre 2017
• 17 x 24 cm, 320 pages
• ISBN : 978-2-7040-1479-8
• **38 €**

doin | John Libbey EUROTEXT

En savoir + sur www.jle.com

Également disponible en Ebook
kindle