

8^e CONGRÈS

de l'Association
des Equipes
Mobiles
en Psychiatrie

ÉQUIPES MOBILES :
UNE (R)ÉVOLUTION CRÉATIVE
EN SANTÉ MENTALE ?

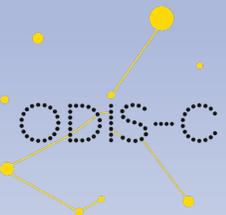
AJACCIO
22 ET 23
SEPT. 2022

AEMP Association des
Equipes
Mobiles en
Psychiatrie
www.aempsy.com

Les équipes mobiles en psychiatrie, contre, tout contre la sectorisation ?

Alexandre Fauquette

Frédéric Pierru, CNRS-Arènes



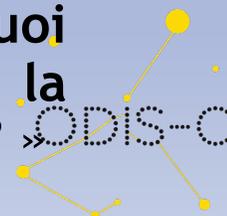
Quelques précisions préalables

❖ Qui sommes nous ?

- Deux sociologues-politistes, spécialistes des politiques de santé, avec des expériences de terrain en psychiatrie (suivi de mobilisations sociales en psychiatrie, immersion de 3 ans en milieu hospitalier) ;
- cf. « FAUQUETTE Alexandre, PIERRU Frédéric (dir.), « Politisation, dépolitisation et repolitisation de la crise sans fin de la psychiatrie publique », *Savoir/Agir*, 2020/2 (N° 52), p. 11-20.

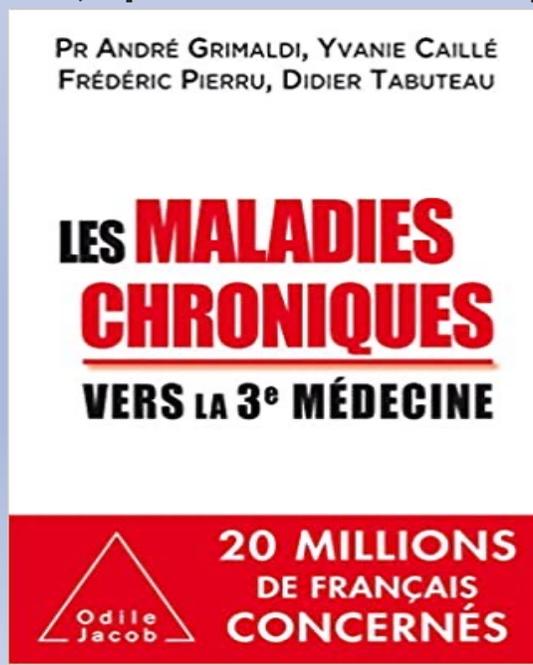
❖ Quel est notre positionnement ?

- Nous posons des questionnements sociologiques à partir d'un domaine de pratiques, le vôtre, que nous ne connaissons qu'extérieurement.
- Notre propos se veut neutre. Nous souhaitons amener une réflexion collective : « de quoi les EM sont-elles le nom ? » ; « Sont-elles la consécration de la philosophie de la sectorisation, ou une psychiatrie d'urgence soluble dans l'air du temps gestionnaire? »



En guise d'introduction : Pierre Delion

- « L'accent mis sur les urgences et la crise comme paradigme d'une médecine moderne et dynamique, fondée sur les preuves scientifiques, est antinomique avec le suivi des maladies mentales car pour une personne schizophrène ou autiste, son vécu d'angoisse est tel que, pour elle, l'urgence est permanente, et c'est seulement quand elle arrive à instaurer un lien avec un collectif de soignants sur lequel elle a fait l'expérience au long cours qu'elle pouvait compter sur eux, que des soins sont possibles. » (Pierre Delion, p. 204)



... Qui précise son propos

« J'ai l'idée que la véritable équipe mobile, c'est celle de la psychiatrie de secteur. Elle doit être suffisamment mobile pour aller à la rencontre des patients et de leurs relais dans la cité à chaque fois que c'est nécessaire, et cela devient un outil pratique et conceptuel de la **prévention** en psychiatrie ; mais elle doit aussi être suffisamment mobile pour changer ses fonctionnements, **s'adapter** aux nouvelles modalités de la folie, **accepter des modifications organisationnelles** tout en assurant la dimension la plus importante de la psychiatrie, celle de **la continuité des soins**.

Les risques de la fétichisation de l'équipe mobile sont de spécialiser des soignants dans ces interventions type Zorro, et de favoriser des clivages entre soignants qui sont préjudiciables à la continuité des soins. D'autant que les ARS donnent des crédits aux équipes mobiles alors qu'ils refusent catégoriquement de soutenir tout le reste du dispositif, ce qui signifie leur attrait pour les solutions qui se voient et qui prennent en charge les aspects spectaculaires de la psychiatrie au détriment de la chronicité qui, elle, reste le plus gros problème de la psychiatrie (de la psychiatrie publique une fois que l'Etat aura vendu au privé à but lucratif tout ce qui est vendable).

Donc si l'équipe mobile est organisée dans le sens de la psychiatrie de secteur avec tout ce que ça comporte comme attention au contexte, à la continuité des soins, aux rapports complémentaires (Dupréel) et aux liens solides dans l'équipe soignante, ok, mais si c'est, comme j'en ai connu quelques-uns pour se présenter comme ceux qui portent la solution de la psychiatrie de demain, et objectivement en profitent pour se faire bien voir des puissants, alors non. »

Témoignage de Patrick Chemla

« Je partage évidemment l'analyse de Pierre Delion sur la nécessité d'un travail de secteur au long cours pour la continuité des soins. **Mais il se trouve que le Secteur se trouve aujourd'hui discrédité, et que nous ne pouvons plus répondre autrement qu'en traduisant nos mots et nos concepts dans la novlangue psychiatrique.** Nous avons initié il y a plus de vingt ans une équipe en direction des personnes « précaires », et nous n'avons pu poursuivre ce travail **qu'en le renommant « équipe mobile en direction de la précarité »**, et en tandem obligé avec une autre équipe aux références théoriques fort différentes. **Ce qui permet de décrocher la timbale « intersectorielle ».** Et de poursuivre ce travail en ayant glané un ou deux postes.

Pendant le confinement, nous n'avions plus le droit de recevoir les patients au centre d'accueil. Du coup, nous avons créé une « équipe mobile » se déplaçant au domicile, d'autant que le nombre de lits d'hospitalisation se trouvait réduit. Nous n'avons fait que notre travail, et cette fois **n'avons obtenu aucun moyen supplémentaire**, car nous avons limité ce travail aux patients que nous suivions. **Il n'était donc pas intersectoriel** ce qui lui aurait fait perdre tout son sens, en allant voir des patients inconnus et bien souvent abandonnés. Pour pouvoir continuer à soigner, nous sommes tenus d'effectuer ce genre d'acrobaties en essayant de ne pas y perdre notre âme... Sans un certain nombre de ruses et de compromis nous n'existerions plus depuis longtemps... »



Le « présentisme contemporain » (Hartog) et le raccourcissement de la temporalité de l'action publique

Tout à fait. L'époque actuelle a délié quelque chose avec le passé comme avec le futur. C'est une espèce de présent qui se voudrait auto-suffisant. C'est-à-dire quelque chose d'un peu monstrueux qui se donnerait à la fois comme le seul horizon possible et comme ce qui n'a de cesse de s'évanouir dans l'immédiateté. Ce présent se révèle du même coup beaucoup plus différencié selon qu'on se situe à un bout ou à l'autre de la société. Avec d'un côté un temps des flux et une mobilité très valorisée et de l'autre, du côté du précarat, un présent en pleine décélération, sans passé sinon sur un mode compliqué (surtout pour les immigrés), et sans vraiment de futur. Autrement dit le présentisme a plusieurs aspects. Grossièrement, d'un côté c'est un présent plein et en mouvement perpétuel, de l'autre c'est une prison close et figée (sans perspective).

Petite sociologie de l'air du temps

- L'impératif de réactivité face à la crise et l'urgence
- L'impératif de **plasticité** (« agilité ») des organisations et de la division du travail professionnelles (agencification, fusions, etc.) : la politique de la réorganisation permanente
- L'impératif de **mobilité**
- La domination de la logistique où tout devient affaire de flux (zéro stocks ou lits en trop)
- L'impératif de l'adaptation permanente : stigmatisation des « stases, du sédentaire, de l'institué (Barbara Stiegler)
- L'impératif de rationalisation gestionnaire
- La consécration du binôme humanitaire / sécuritaire (Fassin)

Prévention, vous avez dit prévention ?

- Fortes inégalités sociales de santé en France en santé mentale comme sur d'autres pathologies
- La France a (re)bâti un dispositif de santé publique (création de multiples agences sanitaires) à compter de la fin des années 1980 dans un pays réputé pour la faiblesse de sa « santé publique »
- Cependant, l'édification de ce dispositif a été faite dans le cadre de l'air du temps précédemment décrit
- Il est principalement centré sur la surveillance épidémiologique, sur la réactivité et la gestion de crise, au détriment de l'action au long cours sur les déterminants sociaux de la santé, responsables du fort « gradient social de santé »
- 1998 : création de l'InVS puis fusion, en 2016, de l'EPRUS, de l'INPES et de l'INVS dans Santé Publique France
- Cette fusion a été le prétexte à une diminution des budgets et des effectifs (-10% entre 2016 et 2020) de Santé Publique France → appauvrissement illustré par la « crise des masques » au printemps 2020
- Finalement, la France a perdu sur tous les tableaux : résultats médiocres en termes d'ISS (faiblesse de la prévention primaire et *lifecourse epidemiology*) et vulnérabilité face aux crises sanitaires
- Ex. : aide sociale à l'enfance

Hôpital de flux et mirage ambulatoire

- De l'entité budgétaire à l'entité financière (T2A)
- Des tableaux de bord essentiellement financiers
- La **sur-rationalisation gestionnaire**, l'empilement des « machines de gestion » et... finalement la bureaucratisation croissante
- L'augmentation sensible de la productivité et le sentiment de négation des compétences professionnelles (ex. : pool d'infirmiers)
- Soignants et patients soumis à une **logique de flux**
- **Le mirage ambulatoire qui est en fait un virage hospitalier (Bras)**
 - La réduction de la voilure hospitalière comme objectif principal des politiques publiques
 - La désorganisation et la pénurie en médecine de ville
 - Le sous-financement chronique du médico-social
 - → **La crise sans fin des urgences**

Le bilan des équipes mobiles à l'hôpital (Sainsaulieu Castra, 2020)

- Enquête portant sur les équipes mobiles de **gériatrie** et de **soins palliatifs**
- « La promesse de coopération transversale portée par les équipes mobiles se heurte à des **logiques de territoires**, à une **hiérarchie symbolique** et un fossé cognitif ancrés dans une **stricte division sociale, morale et organisationnelle du travail**. De ce fait, leur intervention est souvent perçue comme une **ingérence** et la coopération transversale fortement inégale selon les services. »
- La **financiarisation de l'hôpital (GHS)** redouble la dynamique d'**hyper-spécialisation médicale** et entrave le déploiement des équipes mobiles (fonctionnement en silos)
- Conflit de légitimité entre spécialités médicales plutôt basses vs spécialités « hautes »
- L'obstacle de la **responsabilité médico-légale** du patient
- L'obstacle du **contrôle du territoire et du traitement du patient**
- Des arrangements plutôt informels dans lesquels les infirmier.e.s jouent un rôle clé

Urgentistes et équipes mobiles, même combat ?

- « Intervenir au domicile des personnes, à la rue ou en tous les cas en dehors du confort de la consultation plonge les professionnels dans des situations où ils ne peuvent plus compter sur l'appui des institutions pour, précisément, affirmer leur rôle professionnel. Il faut alors composer un cadre forcément moins durable et plus fragile avec les personnes au risque du malentendu ou du dialogue impossible lorsque l'on n'est pas reconnu dans son rôle. Les publications émanant des équipes donnent l'impression que cet inconfort est une dimension recherchée de leurs pratiques : comme les urgentistes des SAMU, les équipes mobiles de santé mentale aiment quand ça bouge, qu'il faut bricoler, que l'on ne peut pas compter sur le « cela va de soi » de la consultation en cabinet ou à l'hôpital » (Henckès)
- La tentation de la « dramaturgie de l'urgentiste » (Danet) : risque de s'enfermer dans une stratégie d'expansion sans limite (« toujours plus de moyens »), de s'autonomiser et de devenir une fin en soi, le culte de l'action dans l'urgence, la prise de risque dans le cadre de crises, le rôle de pionniers et de baroudeurs...

Conclusion : de quoi les EM sont-elles le nom ?

- Les EM sont un référent flottant, **une réalité protéiforme** dans laquelle il est compliqué de se repérer.
- Qu'est-ce qui est généralisable, transposable d'un territoire à l'autre ? Nous devons poser la question de l'articulation avec l'institution du secteur
- Un dilemme se pose sur le modèle à adopter :
 - 1) Soit consécration de la sectorisation (avec une véritable politique de prévention, qui ne gère pas uniquement les risques mais porte une attention au contexte, à la continuité des soins, avec toutes les questions que cela posent quant à l'articulation entre les pôles et les secteurs, etc.);
 - 2) Soit dilution du service public de la psychiatrie (intervention uniquement en situation d'urgence et de crise, avec la question sous-jacente de savoir si la psychiatrie est-elle soluble dans l'humanitaire ?)
- Les EM, c'est quel numéro ? De la théorie de « l'aller vers » à la réalité vécue des patients.