



HAL
open science

Se soigner chez soi, un pas vers le rétablissement? Modèles et pratiques de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile

Martin Fritsch

► **To cite this version:**

Martin Fritsch. Se soigner chez soi, un pas vers le rétablissement? Modèles et pratiques de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02384899

HAL Id: dumas-02384899

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02384899>

Submitted on 28 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Se soigner chez soi, un pas vers le rétablissement? Modèles et pratiques de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 15 Octobre 2019

Par Monsieur Martin FRITSCH

Né le 15 octobre 1991 à Oullins (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Président

Monsieur le Professeur SAMBUC Roland

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel

Assesseur

Madame le Docteur BEETLESTONE Emma

Co-Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

Assesseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)
 CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
 MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)
 COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean Naudin,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail, et me faites celui de présider cette thèse. Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement, ainsi que pour la sensibilité à la créativité que vous m'avez inspirée, dans la pratique psychiatrique comme dans l'ouverture sur le monde.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Roland Sambuc,

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury, et permettez en cela d'affirmer les liens profonds entre psychiatrie et santé publique, puissent-elles continuer à converger.

Veillez trouver ici le témoignage de toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Michel Cermolacce,

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury. Vous m'avez accueilli dans votre service et je vous remercie pour la qualité et la clarté de l'enseignement que j'y ai reçu. Je vous exprime aussi toute ma gratitude pour les liens humains que j'ai pu y construire, et dont vous avez pris grand soin.

A Madame le Docteur Emma Beetlestone,

Vous m'avez fait l'honneur de me proposer ce travail et de le co-diriger avec bienveillance. Vous m'avez accueilli dans un service en mouvement, et m'y avez transmis votre engagement pour le travail communautaire. Je vous remercie pour les conseils que vous m'avez apportés durant la rédaction de ce travail, et pour la richesse des perspectives que vous m'avez fait découvrir.

A l'ensemble des professionnels ayant participé à ce travail collaboratif, **Mesdames les Docteurs Bergey, Berniac, Bibrac, Blanchet, Bocher, Chenu, Fabre, Guegan, Lanversin, Luche, Reffay, Roulland, Varagnat, Zeltner, Messieurs les Docteurs Defromont, Kannas, Giordana, Lièvre, Olivier, Peltier, Pulcini, Tiret**. Ils ont eu le souci de répondre à ma curiosité, et m'ont inspiré leur engagement et leur créativité au service du soin et de la rencontre. Qu'ils soient assurés de toute ma gratitude.

Je remercie tous les professionnels et amis, et l'ensemble des équipes qui m'ont accueilli et permis d'apprendre pendant ces années d'internat.

J'adresse aussi toute ma gratitude aux personnes que j'ai rencontrées parce qu'elles cherchaient une aide auprès d'un médecin, pour leur sollicitude en y trouvant un étudiant, et pour m'avoir tant appris.

A ma famille et mes amis, qui m'ont toujours soutenu et encouragé. Je ne vous dirai jamais assez à quel point je vous aime. Merci d'être là.

A Mattea, pour ton amour et ton soutien. A notre présent et notre futur.

*Afin de témoigner de ce qu'une position désaliénante ne peut être que
recherche d'invention, fondée sur bien des insoumissions, dans une
tradition qu'il n'est pas vain de nommer : copernicienne.*

CAR

Ni toi ni tes institutions ne sont le centre du monde

Lucien Bonnafé

Désaliéner? : folie(s) et société(s), 1992

I. CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE.....	3
A. <i>Quelle organisation des soins psychiatriques ? Pour quelle perspective de la santé mentale ?.....</i>	<i>4</i>
B. <i>Problématique : Le soin psychiatrique intensif à domicile, un impératif.....</i>	<i>13</i>
II. ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES EXISTANTES.....	15
A. PANORAMA DES PRATIQUES DE SOINS A DOMICILE EN FRANCE	16
1. <i>L'Hospitalisation à domicile en psychiatrie.....</i>	<i>18</i>
2. <i>Entre HAD et équipes mobiles de crise, les dispositifs intermédiaires de particulière intensité.....</i>	<i>21</i>
3. <i>Les équipes mobiles.....</i>	<i>23</i>
4. <i>Les équipes de résolution de crise et le modèle de crise.....</i>	<i>26</i>
B. ÉTAT DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE	33
1. <i>Arguments en faveur de l'implantation des soins à domicile.....</i>	<i>33</i>
2. <i>Les études d'efficacité.....</i>	<i>34</i>
3. <i>Les ingrédients.....</i>	<i>41</i>
III. ÉTUDE DES CONDITIONS D'IMPLANTATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES DE PARTICULIERE INTENSITE EN FRANCE.....	47
A. PREALABLE A LA PROPOSITION DE METHODE	48
1. <i>Les données existantes en France.....</i>	<i>48</i>
2. <i>Des enjeux locaux irréductibles à une logique comparative.....</i>	<i>49</i>
B. DEFINITION DE L'OBJET D'ETUDE	51
1. <i>Une étape exploratoire.....</i>	<i>51</i>
2. <i>La cible de l'enquête : les discours des médecins.....</i>	<i>52</i>
C. OBJECTIFS ET METHODE.....	53
D. RESULTATS DE L'ENQUETE.....	55
1. <i>Résultats de l'enquête exploratoire.....</i>	<i>55</i>
2. <i>Données concernant la réalisation des entretiens.....</i>	<i>58</i>
3. <i>Organisation des catégories thématiques.....</i>	<i>59</i>
I. LE FONCTIONNEMENT D'UNE EQUIPE DE SOIN A DOMICILE AU SEIN DU RESEAU EXISTANT	60
A. <i>Une alternative à l'hospitalisation.....</i>	<i>61</i>
B. <i>Un dispositif autonome.....</i>	<i>63</i>

C.	<i>Une réponse aux limites du secteur.....</i>	76
D.	<i>Une logique de parcours de soins.....</i>	86
II.	DES PRATIQUES ALTERNATIVES EN RUPTURE AVEC LE MODELE TRADITIONNEL	105
A.	<i>Le travail de disponibilité.....</i>	106
B.	<i>Un changement des pratiques.....</i>	117
C.	<i>Les soins intensifs de courte durée, des modèles multiples.....</i>	129
D.	<i>Un modèle d'inclusion orienté vers le rétablissement.....</i>	139
III.	L'ÉQUIPE DE SOINS A DOMICILE FACE AUX ENJEUX DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE.....	146
A.	<i>Le soin à la marge des déterminants de la santé.....</i>	147
B.	<i>Limites et obstacles au développement des équipes de soins à domicile.....</i>	153
C.	<i>Enjeux d'évaluation et pistes de diffusion</i>	166
IV.	DISCUSSION.....	176
A.	<i>Synthèse des résultats de l'enquête auprès des professionnels</i>	177
B.	<i>Limites de l'approche méthodologique</i>	185
C.	<i>Discussion des axes thématiques</i>	190
A.	ORGANISATION DES SOINS ET OBSTACLES EPISTEMOLOGIQUES : LE SOIN A DOMICILE REpond AU MANQUE ?	191
1.	<i>La mobilité cherche à faire bouger les murs</i>	191
2.	<i>La place institutionnelle du soin à domicile, un impératif de créativité.....</i>	196
B.	L'INTERVENTION A DOMICILE, AU SERVICE D'UNE NOUVELLE HERMENEUTIQUE DU SOIN ?	202
1.	<i>De la crise des interprétations à une réforme de la santé mentale</i>	202
2.	<i>Le soin à domicile, vecteur d'une fusion des horizons ?</i>	208
	<i>Ouverture et perspectives : Quel serait l'impact du soin communautaire sur l'évolution de la psychiatrie ?</i>	
	214	
	CONCLUSION.....	237

Quand la solution devient le problème ?

A l'image du paradigme du *rétablissement*, les concepts utiles à la psychiatrie sont multiples, polysémiques, et souvent paradoxaux, car la diversité du soin psychique repose sur des bases mouvantes et contradictoires. Au cœur de ces mouvements, la place du soin à domicile reste ainsi méconnue des pratiques françaises, alors qu'elle semble s'affirmer comme une alternative viable à l'hospitalisation pour nombre de politiques de santé en Europe et dans le monde.

Affirmer la légitimité d'une telle pratique paraît donc complexe, et la rendre valide sur la base de niveaux de preuves objectifs plus encore, tant les références qui la sous-tendent manquent d'objectivité. Et il est peut-être impossible de considérer l'organisation actuelle de la santé mentale, sans se confronter d'emblée à la diversité de ses pratiques, et se fasciner des apories qui marquent son histoire.

Des contingences politiques et philosophiques de l'histoire de la folie, aux mouvements d'émancipation et de révolte d'une antipsychiatrie, en passant par les enjeux humanitaires et militants du droit des personnes contre un système extensivement médical et autoritaire, les regards sur la psychiatrie sont multiples, et il semblerait bien partial de définir cette forme de soin comme pertinente en elle-même. Si nous proposons de questionner ces expériences d'alternative à l'hospitalisation sur la base d'une pratique simplement médicale, c'est donc peut-être dans la richesse des impératifs culturels, historiques et idéologiques qui les ont fait naître que nous pourrions en cerner la complexité.

A cet égard, alors que la direction suggérée par la mise en place du secteur dans les années 1960 semblait promettre un soin de proximité, accessible à tous, et qui s'efforceraient de maintenir les personnes dans leurs milieu et dans leur famille, il semble clair que les soins à domicile sont loin d'être en première ligne dans les pratiques intensives auprès des personnes en situation de crise. Comment expliquer cette place si modeste des alternatives à l'hospitalisation pour les épisodes psychiatriques aigus, alors que les attentes des usagers comme des instances politiques semblent converger vers la réduction des séjours hospitaliers ?

Introduction

Il est évident que l'évolution proposée il y a maintenant plus de 60 ans n'a pas suivi une trajectoire linéaire, et que le retour à un fonctionnement résolument institutionnel, privilégiant l'offre de soin psychiatrique à un développement communautaire de la santé mentale, semble avoir limité la transformation des pratiques à l'extérieur des murs et dans la cité.

C'est d'ailleurs dans la spécificité française du secteur, pensé et construit sur le primat de la subjectivité et en rupture avec les pratiques asilaires, que nous pourrions chercher les résistances à la mise en place de ces équipes. Si de nombreux pays d'Europe ont ainsi acté avec plus ou moins de précautions la transition vers une psychiatrie ambulatoire, les pratiques françaises sont paradoxalement restées à l'opposé de ces ambitions communautaires, notamment concernant l'accueil des épisodes psychiatriques aigus. Ainsi, la France ne semble proposer qu'un nombre réduit d'expériences locales, distinctes de l'hôpital et moins médicalisées, là où des pratiques comme l'intervention de crise à domicile ou les centres de crise communautaires ont pris une place importante dans les politiques de santé de Grande-Bretagne, d'Italie ou de Belgique.

C'est ensuite dans la complexité des idéologies qui portent la santé mentale d'aujourd'hui, que nous pourrions imaginer ces obstacles. Il nous faudrait alors interroger les paradigmes qui dominent les pratiques actuelles, pour saisir leur capacité à produire des normes. Nous pourrions comprendre ces courants comme des épistémè foucaaldiens, ces événements discursifs qui traduisent les rapports dominants dans la pensée collective, et définir les crises épistémologiques qui font leurs limites. Les expériences de soin à domicile sont en effet nombreuses et hétérogènes, et il serait utile de montrer si de telles références communes peuvent guider leur évolution. Nous proposerons pour cela une étude qualitative s'intéressant aux discours des médecins responsables de la mise en place de ces dispositifs en France.

Enfin, si l'évolution de la santé mentale n'est pas claire pour notre discipline, c'est peut-être aussi parce que les solutions à cette recherche de bien-être, et les réponses aux situations de souffrance, échappent peu à peu à la psychiatrie. C'est ainsi ce qu'illustre l'actualité de la littérature scientifique, lorsqu'elle ancre les innovations de la santé mentale dans les sillons de la santé publique, et dans des solutions pragmatiques que s'approprient les personnes concernées. Cette dynamique pourrait signer une évolution radicale et heureuse de la santé mentale, à l'écart de champs d'expertise trop souvent étroits ou inaccessibles.

I. CONTEXTE et PROBLEMATIQUE

- A. Quelle organisation des soins psychiatriques ? Pour quelle perspective de la santé mentale ?

- B. Problématique : Le soin psychiatrique intensif à domicile, un impératif

A. Quelle organisation des soins psychiatriques ? Pour quelle perspective de la santé mentale ?

Touchant un individu sur quatre en France (1), les troubles psychiques font de la santé mentale un enjeu majeur de santé publique. La discipline psychiatrique reste cependant à la marge des innovations organisationnelles, et la recherche française n'ose pas toujours s'aventurer dans les champs politico-administratifs qui portent ces réformes. Les cliniciens sont ainsi inégalement mobilisés autour de l'évolution des pratiques, et les décideurs sont eux même parfois insuffisamment éclairés des enjeux spécifiques de la santé mentale.

Il semble donc légitime de réaffirmer, comme nous le verrons avec la méthodologie de notre enquête, la place essentielle du discours médical sur l'organisation du soin, dans ses aspects sociaux et politiques.

1. De la psychiatrie dans la cité au système hospitalo-centré : le secteur s'essouffle ?

Face à la critique de l'asile et de *l'institution totale* qu'était l'hôpital, le parcours européen d'une désinstitutionnalisation était incontournable au milieu du XX^{ème} siècle. Cependant, il semble s'être opéré de manière extrêmement diverse selon les politiques de santé de chaque pays. Certains peuvent même affirmer que le terme de désinstitutionnalisation n'est pas opérant pour parler de l'expérience française, du fait de la spécificité de la sectorisation engagée de façon précoce vis à vis de ses voisins européens. Le secteur proposait selon B. Eyraud et L. Velpy (2) « un programme fort, visant dans une certaine mesure à retrouver "la promesse" fondatrice de la psychiatrie, celle de la possibilité de traiter de manière thérapeutique les personnes confrontées à la maladie mentale ».

Par la circulaire du 15 mars 1960 (3), l'objectif affiché d'un renouveau de cette « promesse », qui se situait peut être plus du côté d'une *déshospitalisation* que d'une désinstitutionnalisation, passait alors par ces impératifs : "*L'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure.*"

I. Contexte et problématique

"Le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu."

"Les buts à atteindre sont les suivants :

- 1° Entreprendre les soins des malades mentaux à un stade plus précoce (...)*
- 2° Éviter la désadaptation qu'entraîne l'éloignement du malade de son milieu naturel"*

Ce mouvement, plus qu'une réaction face au pouvoir médical ou aux institutions, situait donc la psychiatrie déjà "communautaire" dans une dialectique entre l'hôpital et le domicile.

Nous pourrions noter cependant qu'il visait surtout à limiter les séjours hospitaliers à la crise, dans les délais les plus courts possibles, mais qu'il n'excluait pas une brève rupture entre *le malade* et *son milieu naturel*. Ainsi, il semblerait que notre travail porte justement sur le pari de dépasser les ambitions d'une prévention et d'une post-crise incluses dans la cité, pour y prendre en charge la crise elle-même.

Mais le mouvement de réforme promis à l'époque semble s'être finalement interrompu avant la réalisation satisfaisante d'un programme de soin "dans la cité", et nous pouvons constater aujourd'hui, avec M. Coldefy, « un développement insuffisant des alternatives à l'hôpital et d'importantes disparités régionales », où la prise en charge reste souvent hospitalo-centrée (4).

La question de l'auto-détermination des personnes dans leur parcours de soin semble elle-aussi insatisfaisante, et bien que la circulaire de 1960 considérait déjà l'intérêt d'un soin individualisé et centré sur la personne, il aura peut-être fallu attendre des décennies d'évolution du droit et de la justice sociale pour le rendre concret. Ce n'est par exemple qu'avec l'affirmation des valeurs du secteur médico-social et la loi de 1975 sur le handicap (5) que des bases juridiques semblaient permettre le développement des ressources sociales ou médico-sociales non sectorisées. Et ce sont peut-être seulement les lois de 2002 sur les droits des *usagers* et des *patients* (6,7), qui ont rétabli les bases concrètes du droit des personnes souffrant de troubles psychiques.

Il semble qu'il ait aussi fallu attendre ces dernières années, pour retrouver l'idée du secteur dans la détermination locale des politiques de santé. L'application récente d'une politique de démocratie sanitaire a ainsi permis ce changement d'échelle, pour resituer les enjeux de santé mentale dans une optique locale. A cet égard, les conseils locaux de santé mentale (CLSM) sont

I. Contexte et problématique

ainsi un exemple de la municipalisation des instances de décision. Et ce changement d'échelle semble permettre l'intégration des personnes directement concernées dans ces instances, et donc l'amélioration de leur représentativité (8).

Ainsi, bien que le secteur psychiatrique reste un « formidable outil conceptuel et pratique » (1), ces éléments signent son essoufflement et ses insuffisances dans l'organisation de la santé mentale. L'idée portée par Lucien Bonnafé, d'un soin au plus près des personnes et de leur environnement, semble donc s'être heurtée à l'hégémonie d'une pratique hospitalière, apparue à la fin du XXème siècle dans une logique médicale et administrative aux antipodes de cet élan communautaire.

Notons ici que l'emploi du terme communautaire renvoie à l'idée matérielle d'un dispositif dans “*le lieu de vie habituel*” (i.e. l'environnement des personnes, comme l'entend l'anglicisme *community*), autrement dit au domicile, plutôt qu'au sens de l'entourage par “*la communauté*”. Cette notion de communauté, plus relationnelle et polysémique, sous-tend peut être plus largement la notion d'une implication affective et juridique dans la vie sociale, comme nous le reprendrons dans la discussion.

Ces oppositions pourraient donc se résumer encore une fois à la dialectique historique entre l'hôpital et le domicile.

Les raisons évoquées face aux difficultés d'implantation d'une pratique sociale et communautaire sont résumées comme telles par L. Demailly et ses collaborateurs (9) :

- Le transfert de moyen depuis l'hôpital pour le développement des structures ambulatoires aurait stagné, voire régressé dans les années 1990 du fait d'une demande de plus en plus forte.
- L'enseignement de la psychiatrie sociale et communautaire n'a pas trouvé sa place dans les enseignements universitaires
- Certains mouvements spécifiques, comme les équipes mobiles que nous verrons plus loin, n'ont pas toujours porté la philosophie de secteur ou de la psychiatrie communautaire.
- L'engagement des acteurs politiques locaux et la construction d'alliance entre institutions s'est fait de façon sporadique dans des niches locales fragiles.

Nous pouvons penser que l'expérience française se distingue de ses voisins européens par un mouvement finalement moins franc et plus prudent de transition vers l'ambulatoire, et si comme

I. Contexte et problématique

le souligne É. Thibon (10) « l'objectif français n'était pas la fermeture des asiles mais la réduction des lits », cette transition ne s'est faite que de façon partielle face aux défenseurs d'une hospitalisation psychiatrique, inspirés entre autres des considérations humanistes et politiques de la thérapie institutionnelle.

Désinstitutionnalisation ou évolution sociétale ?

Pour conclure ce bref aperçu des enjeux de la *désinstitutionnalisation*, il semble nécessaire de rappeler que les enjeux de changement des pratiques depuis l'après-guerre s'intègrent dans une évolution sociétale forte.

Portant un éclairage sur les conséquences de la fermeture des lits, M. Ramonet (11) souligne par exemple certaines conséquences connues sous ces termes :

- **le *Revolving Door Syndrom* (syndrome de la porte tournante)** : *des personnes auparavant hospitalisées au long cours font désormais des allers-retours entre l'hôpital et la communauté, et sont donc toujours sujets à des hospitalisations importantes.*

Ce phénomène apparaît en miroir de ce que le lexique administratif qualifie d'« inadéquation », en référence aux séjours prolongés de personnes pour lesquelles un autre mode de prise en charge serait impossible, ou inadéquat. Il s'agit peut être toujours de ce qui était qualifié auparavant de « chronicité hospitalière », pour des personnes dont le retour ou le maintien au domicile semble impossible, qu'il soit légitimé par une situation clinique ou par l'absence d'autre solution d'accueil.

- **la paupérisation ou la marginalisation** : *elle serait décrite pour des personnes ne parvenant pas à maintenir une inclusion sociale satisfaisante, du fait de l'absence d'accompagnement institutionnel en l'absence de l'hôpital. Elle impacterait donc une population précaire, et pourrait être responsable, par le biais d'une trans-institutionnalisation, de l'augmentation des incarcérations pour un public auparavant hospitalisé.*

Notons que ces hypothèses, sur laquelle la littérature reste ambiguë (12,13), ne sauraient se satisfaire d'une lecture épidémiologique rapide. Il semble nécessaire de confronter ces constats à une perspective historique et sociétale plus large, et l'historicisation de ces dynamiques soulignerait probablement l'évolution parallèle du droit et des enjeux sécuritaires, qui dépassent largement le cadre de ce travail.

I. Contexte et problématique

L'atteinte aux libertés : un enjeu d'offre de soins, dans une psychiatrie d'urgence.

Par un bref aperçu des données épidémiologiques concernant l'hospitalisation sous contrainte, nous pouvons alors parler avec M. Coldefy et C. Gandré d'un constat critique de l'organisation psychiatrique, sur la question du respect des droits et des libertés des personnes (14,15) :

- En 2015, 5,4% de la file active psychiatrique était concernée par une hospitalisation sous contrainte
- Les auteures constatent une hausse sensible depuis 2012. Celle-ci s'expliquerait par l'extension des soins sans consentement hors de l'hôpital, dans le cadre de programmes de soins, et par la « montée en charge des soins pour péril imminent » qui concernaient alors 21% des admissions sans consentement, notamment depuis les urgences.

Pour affirmer la disparité dans l'offre de soins, le centre collaborateur de l'OMS à Lille pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), montre par une étude sur 125 secteurs français, que le recours aux soins sous contrainte est significativement différent d'un secteur à l'autre (16). Il n'est donc pas statistiquement corrélé à des facteurs cliniques, mais à l'offre de soin du territoire. Ces disparités critiques confirment l'impératif de repenser l'organisation des soins, dont la première conséquence visible pourrait être l'atteinte inégale aux libertés des personnes.

La question de l'orientation des urgences vers l'hôpital semble donc au cœur de cet enjeu de soins sous contrainte. Elle a aussi fait l'objet de nombreuses recherches, aboutissant à l'émergence d'innovations et d'alternatives pour l'évaluation et la crise elle-même. Les travaux de Robin et al (17), à cet égard, montrent comment la multiplication des dispositifs d'évaluation, des cellules d'urgence ou des centres d'accueil et de crise ont pu émerger, sans toutefois trouver un fonctionnement homogène et rigoureusement alternatif aux services hospitaliers d'urgence.

En conclusion, le postulat d'une nécessaire alternative à l'hospitalisation semble s'inscrire dans cette évolution historique des pratiques. Elle s'appuierait sur l'expérience nulle part reproduite qu'était l'idée de la sectorisation, pour prendre aujourd'hui la forme d'un impératif teinté de paradoxes : « Redéployer les moyens humains et financiers vers l'ambulatoire ».

2. Rétablissement et santé mentale communautaire : un tournant épistémologique ?

Au-delà de l'évolution des pratiques, il semble nécessaire de rappeler comment sciences médicales et sciences sociales peuvent se situer dans ces changements de référentiels.

Politiques de santé et données probantes

L'évolution des données scientifiques semble en accord avec ces orientations politiques. Celles-ci recommandent de façon unanime un modèle biopsychosocial, et l'ensemble des références aux données probantes s'accordent sur la nécessité d'une orientation communautaire du soin. Données probantes et politiques de santé s'accordent donc, à l'instar de l'OMS, sur l'intérêt du paradigme de *rétablissement*, que nous définirons plus loin.

Dès la conférence d'Alma Ata en 1978, l'OMS (18) définissait la santé comme “ *un état de complet bien-être physique, mental et social (...) qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* “. Elle ouvrait ainsi la voie à une rupture épistémologique qui prendrait aujourd'hui la forme d'une démocratisation de la santé. Cette définition présuppose que les actions en faveur de la santé, comme le souligne J.L. Roelandt (19), s'appuient sur « la participation de nombreux acteurs et pas uniquement les médecins. »

L'auteur précise d'ailleurs « nous sommes ici dans le concept de santé et non pas de maladie ». Cette lecture, en rupture avec le modèle médical antérieur, pourrait être vue comme **un nouveau repère consensuel** pour la discipline comme pour les politiques. Concernant la santé mentale, ces changements de référentiels introduisent donc peut être **la place d'une orientation vers le rétablissement**, qui viendra s'opposer aux paradigmes organisateurs de la psychiatrie dans les siècles précédents.

Cette nouvelle approche conceptuelle, ou comme le dit J.L. Roelandt cette « révolution utopiste difficile à atteindre », pourrait donc être une nouvelle pierre pour la construction du savoir psychiatrique. Et il serait nécessaire de comprendre en quoi elle est en rupture avec la prédominance de la psychopathologie, et avant elle du concept de maladies mentales (20).

I. Contexte et problématique

Le mouvement vers le rétablissement, un fait social ?

Mais l'envergure des disciplines concernées par ce changement de paradigme ne se limite pas aux sciences médicales, et les théories juridiques et sociales trouvent toute leur place dans la construction d'un objet aussi polysémique et labile que le rétablissement.

Comme le souligne M Ramonet (11), le concept de rétablissement va au-delà des concepts médicaux ou médico-sociaux de "réadaptation", "réhabilitation" ou "réinsertion". Ceux-ci se situent en effet dans une dialectique *handicap-autonomie* (21), alors que le rétablissement s'apparente plus à une dynamique de *croissance* et *d'apprentissage*, pour en faire le processus d'acquisition d'un *savoir expérientiel*. L'auteur explique : « La guérison n'est plus l'objectif du soin, mais le rétablissement, c'est-à-dire l'acquisition d'un savoir expérientiel du "vivre avec" la maladie, ses améliorations, rechutes et symptômes séquellaires ».

Bill Antony, l'un des concepteurs du *mouvement pour le rétablissement*, le définit comme tel : « Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale (22). »

S'il ne peut manquer d'inclure le concept *d'Empowerment*, traduit par "prise de pouvoir" mais aussi par autonomisation, ou "capacitation", le rétablissement prend alors sens dans un **mouvement pour les droits**, héritiers des travaux en sciences sociales consubstantiels à l'évolution de la santé mentale.

A l'instar de l'école de Chicago et des écrits de Goffman (23), références de la pensée constructiviste et du mouvement antipsychiatrique post-asilaire, l'étude de ces mouvements pour les droits s'inscrit dans l'opposition aux modèles académiques traditionnels. Leur actualisation dans le champ sociologique du rétablissement propose une nouvelle définition de la santé mentale, toujours située dans la dialectique entre modèle hospitalier et communautaire.

I. Contexte et problématique

Les travaux de Loersch puis Lovell permettent par exemple de dresser les grands axes d'une forme communautaire du soin, sur les critères suivants (24) :

Dimension	Soin communautaire	Soin hospitalier
L'espace	Communauté ouverte	Clinique fermée
Le temps	Privé/personnel	Institutionnel
La mobilité	Corps mobiles	Corps figés
L'économie	Économie de marché	Économie socialisée
Le savoir disciplinaire	Médico-social	Médical pur
L'aidant et le bénéficiaire des services	<i>Case manager</i> - usager	Médecin-patient

Ces changements de paradigme, qui rendent nécessaire l'apparition de pratiques innovantes à l'image des équipes mobiles que nous verrons plus loin, semblent donc s'inscrire dans un mouvement plus large **du droit et de la théorie sociale**.

En effet, si ces pratiques trouvent leur place dans l'organisation des soins, c'est selon Henckes (25) parce qu'elle sont « des lieux essentiels de négociation et de discussion des transformations du tissu local de la psychiatrie au croisement de ces différents enjeux. En ce sens elles avaient une dimension politique voire morale autant que clinique. »

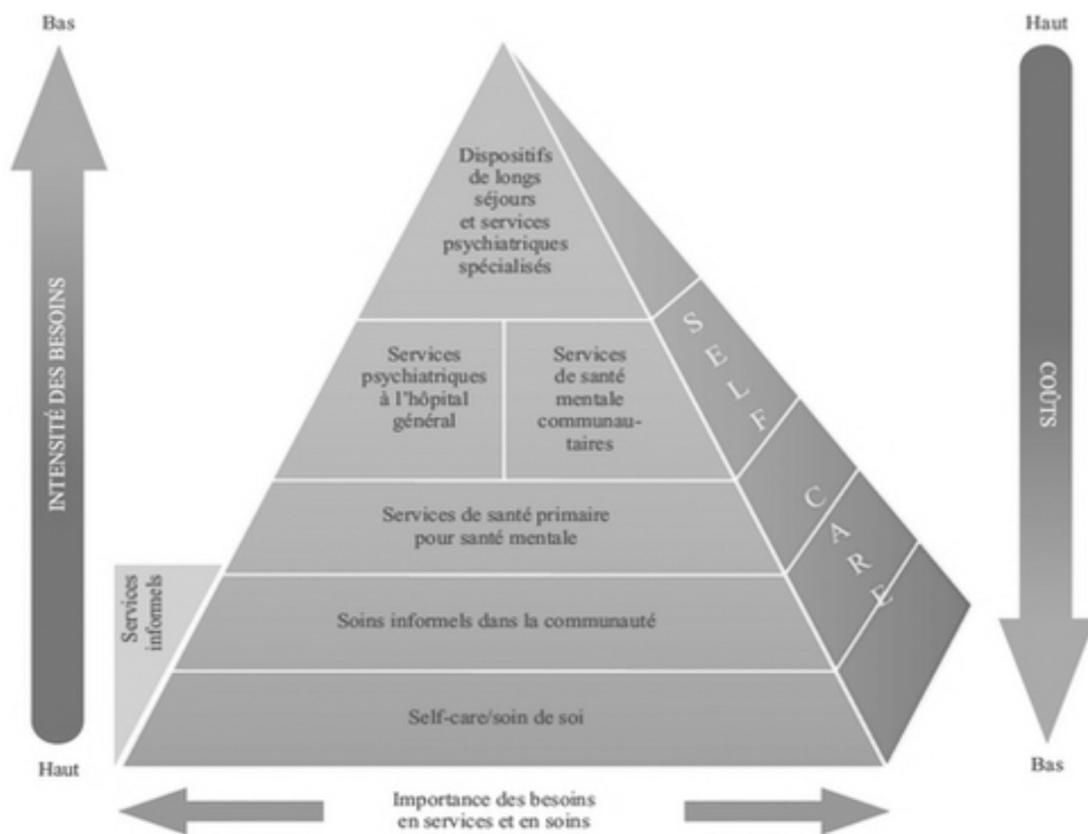
La recherche en sciences sociales pourrait alors accompagner l'appropriation par les sciences médicales de ce mouvement. Elle permettrait d'en saisir les aspects politiques et moraux fondamentaux, pour guider les politiques de santé.

Mais surtout, et bien que ces perspectives dépassent largement l'ambition de notre travail, il semble plus que nécessaire de maintenir ouverte la question d'une critique sociale et morale des enjeux normatifs soulevés par ces mouvements. L'appropriation par les sciences sociales pourrait alors garantir cette critique face à la place prépondérante des sciences de la nature.

Elle pourra peut-être rappeler que les paradigmes du rétablissement n'ont pas vocation à remplacer une précédente pratique du même pouvoir psychiatrique, mais bien à questionner le champ même de compétences de cette discipline (26).

I. Contexte et problématique

Pour conclure ce constat d'un nécessaire renouveau de l'organisation des soins, et sans détailler les travaux de JI Roelandt sur les propositions globales d'une nouvelle organisation des soins psychiatrique en santé mentale (19), nous proposons de les situer selon le diagramme suivant, où le soin institutionnel ne prendrait qu'une place parmi d'autres, appuyé sur le socle de pratiques informelles comme le *soin de soi* et *l'auto-support* des proches dans la communauté :



B. Problématique : Le soin psychiatrique intensif à domicile, un impératif

Ce diagnostic d'un épuisement de l'organisation psychiatrique traditionnelle semble donc concomitant de la réaffirmation d'un mouvement vers la santé communautaire.

De nombreux travaux font le constat de l'émergence de dispositifs mobiles, dans un impératif d'*aller vers*, qui vise à traiter de façon précoce et hors des murs (27). Mais les soins à domicile portent souvent sur des missions diverses, et bien qu'ils fassent une place centrale à la question de la mobilité, ils n'amènent pas de solution univoque à la prise en charge aigue sans l'hôpital.

Le corpus législatif reste lui aussi clair quant à la nécessité de soins au domicile. La circulaire de 1960 cherchait déjà à « séparer le moins possible le malade de sa famille et son milieu » (3), et l'arrêté le mettant en œuvre en 1986 affirmait lui aussi le rôle des CMP dans l'intervention au domicile (28).

Comme nous le verrons plus loin, les soins au domicile ont pu s'étendre aux situations « de particulière intensité » par des circulaires sur l'Hospitalisation à domicile (HAD) (29–31). Et ces directives se poursuivent avec le décret de 2017 sur les projets territoriaux de santé mentale, préconisant « l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence (par) l'organisation de l'intervention des professionnels de la psychiatrie au domicile des personnes » (32).

Il semble donc inéluctable d'envisager une nouvelle organisations des soins aigus, plus particulièrement dans **la prise en charge de courte durée des épisodes psychiatriques sévères au domicile, en alternative à l'hospitalisation**. Mais sur quels modèles ? Il nous semble avant tout nécessaire de discerner dans les pratiques françaises celles qui sont propices à un soin intensif au domicile.

Nous proposerons donc d'abord un panorama des multiples formes que peuvent prendre les soins à domicile de courte durée en France, puis un état de la littérature internationale concernant les données d'efficacité et les critères de fonctionnement de ces dispositifs.

Ensuite, nous tenterons de répondre à ces interrogations en questionnant les perspectives des professionnels impliqués, par une étude qualitative auprès des médecins responsables des équipes de soins intensifs et de courte durée à domicile.

II. État des lieux des pratiques existantes

A. Panorama des pratiques de soins à domicile en France	16
B. État de la littérature scientifique	33

A. Panorama des pratiques de soins à domicile en France

Avant de proposer un état des lieux plus exhaustif des pratiques évaluées par la littérature scientifique, considérons l'étendue du champ des soins psychiatriques « intensifs à domicile », ou comme l'introduit la circulaire sur l'HAD spécialisée (30), « des soins d'une particulière intensité » en opposition au suivi ambulatoire conventionnel.

Sa définition s'inscrit dans la perspective mouvante des soins communautaires, portant comme nous l'avons vu en France la notion de soin « *dans l'environnement de la personne* ». Il fait référence à de nombreuses appellations : initialement nord-américain (33), le soin à domicile a été nommé « intervention en milieu » au Québec, et « *Home Treatment* » (que nous pouvons traduire par « soin à domicile ») aux États-Unis.

Il a ensuite pris la forme du « *Community Treatment* » (soin dans la communauté) plus ou moins proactif, ou du « *case management* » (gestion de cas) plus ou moins intensif outre-Atlantique, pour apparaître sous de nombreuses formes en Europe. A l'image des équipes d'« *Assertive Outreach* » (intervention extérieure proactive), pendant européen du modèle *ACT* américain (*Assertive Community Treatment, équivalent d'un suivi communautaire proactif*), cette intervention au long cours, se différencie des *Crisis Resolution Teams* (CRT, ou équipes de résolution de crise) de durée brève.

En France, nous verrons que ces soins intensifs font l'objet d'*interventions ou de visites à domicile* (IAD, VAD) et même d'*hospitalisations à domicile* (HAD), avant d'être actualisés dans le travail de « *mobilité* », de « *crise* », et plus récemment d'interventions « *communautaires* ». Comme nous l'avons vu précédemment, il a été légitimé par la philosophie de secteur française prônant des soins « dans la cité », en opposition aux centres hospitaliers en périphérie des villes. Il est plus récemment corrélé aux modalités médicales de l'HAD, ou parfois sous des formes plus libres de réseaux de soin, comme les *soins intégrés dans la communauté*. Il est enfin l'objectif de certaines *équipes mobiles d'intervention de crise*.

Malgré l'absence d'une dénomination commune aux interventions à domicile en France, il semble néanmoins possible, du fait de la particulière intensité recherchée, de circonscrire ce champ d'étude à trois cercles interpénétrés que sont :

II. État des Lieux

- **les HAD psychiatriques.** Notons cependant qu'elles n'incluent pas toutes les critères de réactivité, de durée courte, ou ciblant des situations aiguës, que nous détaillerons plus loin.
- **les soins intensifs intégrés à la communauté (SIIC),** et les unités de soins psychiatriques de particulière intensité (comme l'USPPIIC). Rattachés à un secteur et résolument communautaires, ils pourraient être décrits comme les héritiers de l'HAD, sans s'en être approprié le cadre législatif.
- **les équipes mobiles de crise :** là aussi très hétérogènes, nous tenterons d'identifier les indicateurs pertinents des équipes dites « de résolution de crise » à différencier des équipes mettant l'accent sur l'intervention non intensive ou l'évaluation.

Nous proposerons donc un bref état des lieux de chacun de ces secteurs d'activité, puis nous tenterons de définir plus précisément ce qu'implique le travail dit « de *résolution de crise* », selon le plan suivant :

1. L'hospitalisation à domicile
2. Les dispositifs intermédiaires
3. Les équipes mobiles
4. Le travail de crise

1. L'Hospitalisation à domicile en psychiatrie

Histoire de l'HAD

Le terme d'hospitalisation à domicile, qui ne peut manquer de sonner comme un oxymore dans une approche de la santé en rupture avec la référence hospitalière, fait pourtant partie des références les plus précoces d'interventions communautaires, notamment pour les soins somatiques.

Comme le précise E Thibon (10), il a été introduit par le Pr Siguier à l'hôpital Tenon, sur l'exemple du Pr Bluestone à New York, devant le constat d'une suroccupation hospitalière. Sa fonction première était donc de répondre à une augmentation des demandes et d'une incapacité de l'hôpital à y répondre.

Son apparition en psychiatrie situe la première convention d'HAD pour des soins psychiatriques au CH Les Murets. Celle-ci est signée avec la CRAM de Paris en 1972, dans le service du docteur Ginette Amado.

L'HAD a été progressivement mis en œuvre sur le territoire français (34,35), notamment au début des années 2000 avec la diffusion de directives nationales plus spécifiques à la psychiatrie.

Suite à la réorganisation des autorisations autour des ARS en 2010, son implantation reste toutefois soumise à des conventions exceptionnelles et pour des durées déterminées, et au contraire de son développement en médecine/chirurgie/obstétrique (MCO), ce modèle semble finalement peu connu et peu appliqué en psychiatrie.

Références législatives

La circulaire ministérielle du 30 mai 2000 (29), sur la base du code de santé publique, précise le champ d'application de l'HAD, et la circulaire de 2004 la complète concernant la psychiatrie (30). Ces textes suggèrent deux objectifs complémentaires :

- *préparer, éviter, raccourcir l'hospitalisation*
- *promouvoir la réinsertion*

Ces circulaires ont donc permis d'assurer des soins psychiatriques sur le modèle médical d'une coordination hospitalière (36) :

II. État des Lieux

« Les structures d'HAD permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes ».

Plus précisément, l'adaptation de ces objectifs à la psychiatrie, dans la circulaire de 2004, s'appuie sur des impératifs d'intensité, de continuité et de structuration, avec par exemple une intervention quotidienne voire pluriquotidienne.

Les spécificités de l'HAD par rapport aux autres modalités de soin à domicile sont donc surtout :

- la coordination centralisée par un médecin coordinateur (souvent un psychiatre) et un cadre de santé
- l'existence d'un dossier partagé
- outre les soins psychiatriques, la prise en compte des soins somatiques
- l'association du médecin traitant et du prescripteur différenciés du médecin coordinateur
- la prise en charge financière et la délivrance des traitements centralisées par l'hôpital

En miroir des enjeux de rétablissement évoqués plus haut, ces fonctions de coordinations hospitalières peuvent sembler antinomiques des perspectives d'auto-détermination des personnes, et d'une gestion communautaire favorisant l'autonomie. De plus, il s'agit en principe de soins programmés et souvent inadaptés aux situations urgentes, car des démarches administratives préalables doivent être systématiques entre le demandeur et l'hôpital.

Fonctionnements variés et pistes d'évolution

Cependant, la dynamique interinstitutionnelle nouvelle entre les acteurs de l'HAD psychiatriques, à l'image de l'organisation de journées nationales, remettent en question ce modèle statique pour faire émerger un certain nombre d'évolutions.

Comme nous le verrons dans notre travail d'enquête, les acteurs concernés suggèrent un référentiel national plus spécifique quant aux missions et aux modalités de rythme d'intervention. Cette clarification des rôles médicaux s'impose devant la contrainte d'une

fonction de coordination. Ils sollicitent aussi une plus grande liberté des établissements dans l'organisation de la permanence, des partenariats et des modalités de délivrance du traitement.

N Navarro a répertorié en 2015 les dispositifs d'HAD psychiatriques, pour tenter d'en isoler des types de fonctionnement (37). Les obstacles majeurs rapportés étaient l'hétérogénéité et le manque de visibilité des structures, dans leur existence et dans leur fonctionnement. Ses travaux permettent de noter les conclusions suivantes :

- Il a proposé une synthèse en 3 types de fonctionnement : les équipes dédiées à l'HAD fonctionnant comme une unité différenciée, les équipes intra-hospitalières proposant des lits d'HAD, et des structures ambulatoires conventionnelles (les CMP) qui individualisaient des prises en charge sous forme d'HAD.
- L'auteur observe que le fonctionnement le plus fidèle au modèle initial était celui des équipes différenciées uniquement dévolues à cette activité.
- Il précise que certains dispositifs ne remplissent pas tous les critères, notamment le rythme intensif, et s'intégreraient aux missions de *suivi non intensif* ou *case-management*.
- A propos de la prise en charge brève, la plupart avaient des durées moyennes de séjour (DMS) courtes (20 jours), mais certaines étaient de plus de 100 jours : l'HAD était parfois orientée sur le maintien à domicile au long cours pour des pathologies lourdes. Elles recevaient alors peu de patients aigus, et s'intégreraient au modèle d'ACT Anglo-Saxon.
- Si la délivrance des traitements étaient souvent centralisée par la pharmacie hospitalière, certaines équipes travaillaient aussi avec une délivrance en officine, voire une délivrance totalement à la responsabilité du patient.
- Enfin, certains étaient structurés autour d'un médecin coordinateurs et d'un médecin prescripteur, alors que d'autres ne différenciaient pas ces deux missions.

Au total, la fidélité au modèle imposé par la circulaire de 2004 n'est pas constante, ce qui fait obstacle à l'évaluation de son fonctionnement à l'échelle nationale. Tous les dispositifs d'HAD ne participent pas à des soins "intensifs", alors que les références actuelles pour l'organisation des HAD recommandent des soins « de particulière intensité » à une fréquence quotidienne voire pluriquotidienne.

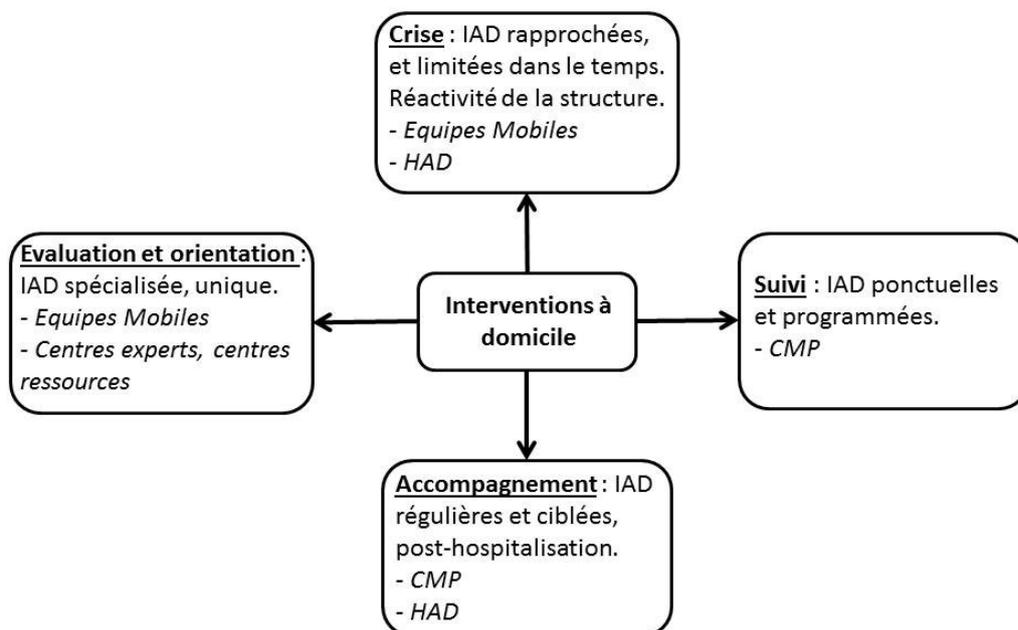
Il ne sera donc fait référence dans ce travail qu'aux équipes d'HAD offrant une prise en charge intensive et de durée brève, selon les textes cités précédemment.

2. Entre HAD et équipes mobiles de crise, les dispositifs intermédiaires de particulière intensité

Des missions hétérogènes

Comme décrites précédemment à l'image du *Home Treatment* anglo-saxon, les pratiques de soins à domicile en France sont vastes, et peuvent être regroupées sous le terme générique d'*Intervention A Domicile* (IAD). Leurs missions sont donc multiples, souvent au carrefour de plusieurs champs d'intervention comme la mission d'évaluation et d'orientation de situation de crise, et les soins intensifs en alternative à l'hospitalisation. B Nicolle reprend les constats de l'ANAP (38)(39), qui proposent une distinction des interventions incluant équipes mobiles et HAD psychiatriques sur le diagramme ci-dessous :

Classification des IAD de psychiatrie en France (selon ANAP, 2015)



En différenciant les soins de « crise » (dans le cadre supérieur) des missions de suivi et d'accompagnement (cadres de droite et inférieur), l'auteur relativise par exemple la pertinence des dispositifs comme les CMP pour les soins intensifs : « Les CMP ont développé des IAD depuis la création du secteur. Ils proposent surtout des interventions de suivi ou d'accompagnement. Peu d'entre eux ont les moyens de répondre en urgence ou semi-urgence,

et ceux qui le font se concentrent sur l'évaluation et l'orientation. Leurs pratiques en matière de « mobilité » sont hétérogènes. »

Objectiver un cadre plus spécifique aux soins intensifs

Cherchant à définir plus clairement un cadre intermédiaire de soins intensifs à domicile, B. Nicolle souligne que les soins à domicile sont difficilement accessibles pour les dispositifs traditionnels, rendant légitime la création de dispositifs dédiés.

Il cite d'abord une étude portant sur la plus-value d'équipes mobiles par rapport aux missions du CMP : « l'ARS Pays de la Loire a mené en 2015 une étude illustrant cette hétérogénéité. La proportion de patients ayant bénéficié d'au moins une IAD en 2014 variait ainsi de 2 à 75% selon les CMP étudiés. (40)

Il suggère une plus grande disponibilité des équipes mobiles autonomes, leur permettant de remplir un cadre spécifique de soins (38): « *Les équipes mobiles sont, elles, adaptées pour des IAD d'évaluation et d'orientation, et/ou des interventions de crise. (...) Les équipes mobiles de psychiatrie présentent des plus-values par rapport aux IAD des CMP :*

- *des interventions précoces permettant des actions de prévention,*
- *des interventions auprès de patients non connus ou perdus de vue,*
- *une fonction d'expertise par la spécialisation des équipes et leur caractère pluridisciplinaire,*
- *une réactivité permettant la gestion de la crise pour les équipes qui en font le choix,*
- *une plus grande souplesse dans la prise en charge*
- *une approche globale des situations,*
- *un travail en réseau,*
- *une plus grande fluidité apportée au parcours de soins*
- *un travail auprès des familles et sur l'insertion dans le milieu ordinaire de vie. »*

Ces conditions d'un travail indépendant permettent donc de situer les dispositifs n'intégrant pas le cadre législatif de l'HAD, mais se différencient des dispositifs traditionnels, comme une organisation particulièrement propice à une activité de soins intensifs à domicile.

Concernant les acronymes multiples de ces dispositifs intermédiaires, il convient de citer les initiatives plus récentes des Hauts-de-France (le *SIIC*, pour Soins intensifs intégrés dans la communauté) (41) et des Pays de Loire (*l'USPPIIC* ou *unité de soins psychiatriques de particulière intensité et d'intervention de crise*) (42). Il est intéressant de souligner la

composante dimensionnelle et approximative d'une "particulière intensité", opposée au critère rigoureusement catégoriel et pas toujours synonyme de *soins intensifs* qu'est l'HAD.

Cette catégorie intermédiaire, par ses caractères flexibles, peut donc être rapprochée de pratiques anglo-saxonnes de *Home Treatment* d'intensité variable, à l'image du *Case Management* intensif Nord-Américain (43).

3. Les équipes mobiles

Au-delà des HAD et des dispositifs sectoriels aux fonctionnements inégaux, l'hétérogénéité semble encore plus forte concernant les structures de soin implantées sous la forme d'équipe mobile. Comme le décrivent Kannas et Pastour (44), les équipes mobiles ont pris depuis 50 ans des chemins qui se suivent et ne se ressemblent pas :

« 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. »

Ce développement extrêmement contextuel et hétérogène limite donc leur possibilité d'être évalués ou comparés, et les cadres législatifs et administratifs évoqués semblent encore plus flous que ceux concernant les HAD et les USPPIC.

Leur intérêt pour l'intervention de crise et les soins intensifs reste cependant certain, et s'appuie sur une expérience désormais ancienne et partagée, comme le soulignent les auteurs : « Progressivement, certaines équipes de secteur ont développé des modèles très proactifs : à Lille, Bondy, Lunéville, Metz, etc. Les travaux du Centre de preuves sur les troubles mentaux sévères de Versailles (45) recommandent l'expérimentation de ce type de dispositifs en lien avec le dispositif sanitaire de secteur et les intervenants sociaux.»

Il notent aussi la complexité croissante du parcours de l'utilisateur devant l'arrivée de ces multiples dispositifs. Les parcours traditionnels seraient en effet souvent doublés d'alternatives mal

identifiées, et dont les critères d'inclusion restent comme nous le verrons insuffisamment claires, pour les personnes concernées comme pour les professionnels. Ils constatent ainsi « 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.»

Des missions à distinguer

Un exemple éclairant concernant la diversité de ces équipes nous vient de nos voisins belges. A l'instar des équipes de résolution de crise et de traitement à domicile, (*Crisis Resolution and Home Treatment Teams* (CRHTT)) anglaises ou norvégiennes, la Belgique a elle aussi développé un vaste programme de redéploiement de moyens vers l'ambulatoire, qui s'appuie sur la mise en place d'équipes mobiles spécialisées. Pour éviter l'écueil d'une trop grande polyvalence face à des missions diverses, certains ont donc fait le choix de faire coexister 2 modalités : une équipe de crise dite 2A, offrant des soins courts et très intensifs à un nombre réduit de personnes (*caseload* de 2.2 prises en charges par équivalent temps plein (ETP) de soignant, avec des visites quotidiennes voire pluriquotidiennes), et en parallèle, une équipe dite 2B, qui assure des interventions plus souples et de durée variable à un public plus large (20 suivis par ETP soignant).

En France, aucun consensus n'a été proposé sur ces questions, et à l'image de la polyvalence exigée du secteur et pas toujours offerte par le CMP, les équipes mobiles proposent dans une logique de disponibilité, de compléter selon les besoins ce panel de missions diverses (46). Elles vont donc d'avis spécialisés (situations médico-sociales ciblées, populations spécifiques, géronto-psychiatrie, périnatalité et petite enfance, adolescence, premiers épisodes psychotiques) à un travail d'évaluation et d'orientation, certaines mettant l'accent sur l'accès au soin et les situations de non-demande.

Objet d'étude

Toutes les équipes dites “*de crise*” ne proposent donc pas des soins particuliers au-delà de l'évaluation et de l'orientation. Et beaucoup n'ont pas les moyens nécessaires à un nombre de prise en charge par ETP (*caseload*) suffisamment bas pour un travail quotidien ou pluri-hebdomadaire.

Ce critère d'intensité semble donc suffisamment consensuel pour discriminer les équipes capables d'un soin “de particulière intensité”. Lorsque nous mentionnerons les équipes mobiles dites « *de résolution de crise* », il ne s'agira dans ce travail que des équipes qui proposent un rythme intensif et une continuité minimale (astreinte téléphonique continue, visites pluri-hebdomadaires et objectif de proposer les soins eux-mêmes) comme les *CRT* anglaises ou les *équipes 2A* en Belgique.

Enfin, si ce critère d'intensité semble clair et discriminant, nous allons voir que même les directives nationales ne parviennent pas toujours à cibler un public spécifique en situation aiguë. En effet, le caractère changeant et polysémique du concept de *crise* ne s'intègre pas toujours à au prisme médical des soins intensifs : nous verrons que l'intervention de crise consiste en un champ plus large que la discipline psychiatrique, et que les influences théoriques du *modèle de crise* s'écartent volontiers du *postulat médical individualiste*.

4. Les équipes de résolution de crise et le modèle de crise

Des expériences historiques multiples

Initialement, l'intervention de crise est un modèle adapté à des interventions médico-sociales diverses, parfois vague et ne portant pas spécifiquement sur des situations justifiant des soins médicaux de forte intensité (47).

Les premières équipes d'intervention de crise semblent en effet s'être appuyées sur un modèle d'intervention sociale, dès la première moitié du XX^{ème} siècle. Par exemple, le psychiatre Arie Querido initia un programme d'interventions mobiles à Amsterdam dès 1935 (48).

D'autres modèles développés précocement aux États-Unis (notamment par Stein et Test à Madison (49)) et en Australie (Hoult à Sydney (50)), proposaient une prise en charge prolongée après la crise, avant d'évoluer aux USA vers un modèle de soins au long cours pour les personnes avec un trouble psychiatrique restant invalidant à long terme : c'est le modèle de l'Assertive Community Treatment.

L'intervention de crise n'est donc pas un dispositif récent, et elle a pu prendre de nombreuses formes au gré des organisations médicales, sociales et politiques, avant de s'affirmer comme un dispositif de soin psychiatrique aigu.

Un modèle adapté aux soins intensifs

Comme nous le préciserons dans notre revue de la littérature, les CRT sont depuis les années 2000 la référence pour les interventions psychiatriques aiguës en alternative à l'hospitalisation au Royaume-Uni. Elles ont pour mission d'évaluer et de traiter toute personne susceptible d'être admise en hospitalisation psychiatrique (51). Ces équipes ciblent donc un public souffrant de troubles mentaux sévères présentant un épisode psychiatrique aigu dont la sévérité justifierait une hospitalisation en l'absence d'équipe de crise.

Mais nous verrons dans la section suivante que les gouvernements anglais comme norvégien, malgré une implantation nationale soutenue par des directives claires, ne sont pas toujours parvenu à faire de ces équipes un dispositif dédié aux cas sévères, et garant d'une intervention intensive (52,53).

Le modèle de crise : quelle intégration aux pratiques psychiatriques ?

A l'instar du travail de S. Johnson sur l'évolution du modèle de crise anglo-saxon (54), nous pouvons tenter de résumer les différentes influences qui fondent les pratiques dites « de crise ».

Des interprétations diverses dans le monde anglo-saxon

Comme le précise l'auteure, beaucoup s'appuient sur la *théorie d'intervention de crise* de Caplan (55), qui semble être la première théorie de la crise réellement et durablement investie par le champ de la santé mentale, et portée par des professionnels de la psychiatrie. Les spécificités que nous allons voir plus loin semblent donc avoir permis un compromis entre la fidélité à un modèle médical individualiste traditionnel, et l'apport dans les interventions de crise d'outils conceptuels propres à la recherche de changement.

D'autres proposent une lecture pragmatique et résolument médico-centrée, soutenant une appropriation de ces théories dans un modèle proche de la psychiatrie actuelle (56). Au début des années 2000, les chercheurs anticipent ainsi la diffusion du modèle au Royaume-Uni, et soutiennent une perspective médico-économique intégrant la notion de crise comme un outil au service des pratiques psychiatriques. Ils s'appuient sur les données probantes issues des expériences du monde anglo-saxon, pour légitimer la place de ces pratiques dans l'organisation médicale conventionnelle.

A l'inverse de cette intégration des outils systémiques au modèle médical, des auteurs plus proches de l'antipsychiatrie comme P. Bracken (57) proposaient d'introduire par ces considérations théoriques une « *post-psychiatrie* », aux origines des mouvements pour le rétablissement. Il semble que cette perspective s'appuie alors sur la théorie de crise, mais aussi plus largement sur des considérations inspirées du *constructivisme social*, interrogeant les fondements idéologiques de la santé mentale (58).

Enfin, à l'extrême, ces considérations théoriques et idéologiques peuvent être le support de pratiques de soins à domicile radicalement différentes des modèles médiaux. C'est par exemple le cas des pratiques finlandaises de *l'Open Dialogue*, inspirée des théories sociolinguistiques de Bakhtin (59). Celles-ci semblent s'inspirer de références psychothérapeutiques et des thérapies familiales, pour proposer une conception refondée du soin d'urgence et de crise, appliquée aux

troubles psychiatriques précoces et sévères. Cette pratique, en rupture avec les pratiques médicales conventionnelles, est donc née en Finlande, avant d'être intégrée aux programmes de formations des autorités sanitaires britanniques.(60)

Par l'illustration de ces évolutions en Grande-Bretagne, nous voyons donc à quel point les perspectives idéologiques et médico-économiques s'entremêlent, pour faire de l'intervention de crise un objet susceptible d'être redéfini, intégré totalement ou partiellement dans les pratiques psychiatriques, ou servant au contraire à accentuer l'insuffisance du modèle médical dans la santé mentale.

L'évolution du modèle de crise en France

Comme décrit au Royaume-Uni, les premières interventions françaises d'urgence et de crise semblent s'être inspirées de références théoriques comme celles de Caplan, mais surtout des orientations socio-familiales héritées de Kaplan (61) et de Pittman (62).

Caplan, d'abord, définit la crise comme «une période relativement courte de déséquilibre psychologique chez une personne confrontée à un événement dangereux, qui représente un problème important pour elle, et qu'elle ne peut fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles de résolution de problèmes » (55).

Ce modèle peut s'articuler autour de 3 notions :

- *L'équilibre-déséquilibre* : la relation changeante de la personne à son environnement, pour maintenir une homéostasie
- *L'évènement dangereux* : un facteur physique, social ou biologique, qui menace cet équilibre
- Les mécanismes de *solution de problème* : les façons de protéger ou rétablir cet équilibre

Un modèle coïncident avec l'émergence des thérapies familiales systémiques

Cette approche conceptuelle s'intègre dans le champ des théories systémiques, qui ont porté depuis les années 1950 le développement des pratiques de thérapie familiale et de thérapie brève dans le domaine de la psychologie. Elle a très largement inspiré les expériences d'intervention de crise en santé mentale.

Cette approche est désormais portée par plusieurs dispositifs français, dont le plus connu est l'équipe ERIC. Celle-ci s'est inspirée des travaux des américains Langsley et Pittman, thérapeutes familiaux ayant dès les années 1960 appliqué les interventions systémiques à des personnes présentant un trouble psychiatrique, et comparé cette approche aux prises en charge hospitalières classiques avec des résultats encourageants (63).

Concernant cette application à la psychiatrie, M. Robin en décrit les grands axes, en situant l'intervention systémique comme référence utile au travail d'urgence (17) :

« Les références théoriques sous-jacentes influencent l'organisation des structures. Les interventions d'ERIC, comme celles de nombreux centres d'urgence, sont des interventions de crise de durée brève, reposant sur la théorie systémique. Cette référence semble la plus adaptée dès lors qu'elle n'est pas exclusive (la prescription de psychotropes est bien entendu une pratique courante, tout comme l'orientation vers des structures de références théoriques différentes). Il n'y a pas de préalable ou de contre-indication à la prise en charge familiale ou systémique des urgences, l'entourage étant considéré comme un pourvoyeur de solutions plus que de problèmes. L'implication des professionnels dans le projet est seule garante de sa créativité, de son adaptation et de sa souplesse, indispensables dans les situations d'urgences en psychiatrie. »

Pratiques médicales et modèle de crise : des références divergentes

Pointant les différences théoriques entre le modèle médical et l'intervention d'inspiration systémique, E. Thibon montre la plus-value de cette dernière dans les prises en charge psychiatriques de crise, en citant Bridget et Polak (64) (10):

« Or la psychiatrie a une tradition bien ancrée de modèles individualistes pour définir et comprendre les problèmes de santé mentale, basée sur des suppositions d'inadéquation et de pathologie du patient désigné. Un tel point de vue strictement médical refoule les perspectives sociales à la périphérie, restreignant les possibilités de compréhension et de résolution du problème, le patient désigné étant perçu comme un individu en proie à des problèmes plutôt que comme un individu évoluant au sein d'un système en crise. Ainsi, l'hospitalisation, en extrayant l'individu de son environnement social, empêche la compréhension et la résolution de la crise. Le patient apprendra de nouvelles stratégies adaptatives, efficaces peut-être au sein

du système qu'est le service hospitalier, mais inadéquates et donc non efficaces pour son milieu habituel. »

Le modèle systémique semble ainsi largement se différencier du modèle médical, et nous pouvons tenter de survoler ces divergences en quelques points :

L'approche contextuelle

L'approche de crise peut s'opposer au modèle médical individualiste par ses fondements relationnels et contextuels (65).

Supposant la crise psychiatrique ou la situation de souffrance psycho-sociale comme un contexte partagé par plusieurs personnes, ces équipes proposent un soin dirigé vers le système dans sa globalité, avec l'objectif de modifier le contexte à l'origine de la souffrance.

Ces interventions pourraient agir à la fois sur les sujets et leur environnement, par exemple par des interventions médico-sociales et psychologiques larges, pour faire du fonctionnement relationnel à la fois le destinataire du soin et le problème à résoudre.

Cependant, et à la différence des pratiques historiques de thérapie familiale, il n'est pas fait référence aux relations interpersonnelles comme la cause de la souffrance des individus, mais plutôt comme les ressources et les leviers d'un changement susceptible d'apaiser cette souffrance. Les relations de causalité entre relations familiales et apparition des troubles sont donc exclues de ce champ de pensée, puisque l'approche systémique s'attache à un raisonnement circulaire excluant les logiques de cause à effet.

Durée courte et résolution attendue

Dire "crise", comme dire "hospitalisation courte", impliquerait peut être un épisode nécessairement court et résolutif.

Dans un modèle médical linéaire, le terme de crise est entendu comme un moment bref et évolutif, à l'opposé d'une altération clinique durable. Il résonne alors peut être dans ce nouveau champ lexical un accent performatif, voire une forme de pensée magique. Son usage affirmerait ainsi le caractère transitoire d'un épisode aigu, à l'image du lexique biologique de la *décompensation*.

Mais d'un point de vue systémique, la crise ne fait pas nécessairement appel à la durée des manifestations cliniques, mais plutôt à la période où l'intervention d'un tiers est pertinente. La notion de crise, soulevée précédemment avec Caplan, impliquerait de fait une perte brutale d'équilibre ou de moyen de régulation, et une mise en question de ces stratégies de régulation, pour lesquelles une intervention rapide permettrait une résolution efficace.

Plutôt qu'un objectif de guérison ou de disparition des symptômes, l'intervention systémique de crise viserait ainsi à mettre en mouvement des processus de changement, dans une optique de résolution de problème et de mobilisation des ressources. L'intervention ne dure donc pas jusqu'à la disparition des problèmes, mais s'applique ponctuellement dans l'intention de provoquer un changement ou le recours à des solutions auparavant non perçues.

Un rapport particulier au temps de la maladie

Face au caractère durable de troubles chroniques, et d'un parcours de rétablissement à long terme, l'intervention de *crise* s'inscrit donc dans une temporalité non linéaire, à l'opposé des soins traditionnels au long cours. L'enjeu d'interventions brèves et répétées serait alors d'offrir les soins les plus adaptés aux besoins eux-mêmes non linéaires des personnes (66).

L'équipe de "*résolution de crise*" ne vise donc pas à soigner un individu, pari impossible au vu de la temporalité imposée, mais à agir au moment opportun : la *Krisis* grecque, moment d'opportunité et de rupture. Il s'agirait donc d'intervenir au moment critique sur les déterminants socio-environnementaux, pour faire émerger un fonctionnement relationnel plus satisfaisant.

C. Chauvain (67) rappelle ainsi que la crise est avant tout une opportunité d'intervention en faveur du changement, décrite par De Clercq (47) comme « l'état d'un système au moment où un changement se produit, comme une rupture d'équilibre des échanges. Bien que ressentie comme pénible, elle n'est pas nécessairement un moment négatif mais elle est nécessaire pour qu'un changement survienne ».

La lecture systémique du patient comme porteur de symptôme, à un moment où les stratégies d'adaptation du système s'épuisent, reste à cet égard éclairante, puisqu'elle s'oppose à une causalité matérielle et individuelle, pour faire du contexte l'objet d'action privilégié, et des symptômes une manifestation porteuse de sens, révélant une situation de souffrance.

En somme, il est clair que ces considérations à l’opposé du modèle biomédical individuel peuvent venir bousculer les représentations établies d’une pratique médicale empirique. Et l’histoire récente de leur implantation internationale montre à quel point il semble nécessaire de concilier ces positions avec celles des pratiques médicales actuelles, sans pour autant négliger les spécificités de son orientation avant tout relationnelle et sociale.

B. État de la littérature scientifique

Concernant l'ensemble des dispositifs cités précédemment, plusieurs revues systématiques ainsi que plusieurs travaux de thèses récents ont déjà établi un état de la littérature, que nous proposons de hiérarchiser en 3 axes :

- Les études **argumentant la nécessité d'implanter des dispositifs** d'alternative à l'hospitalisation.
- Les études qui concernent **les bénéfices quantitatifs** de ces équipes et **leur impact** sur les différents indicateurs d'hospitalisation, d'adhésion au soin, de coût économique.
- Les études aux méthodes souvent mixtes, qualitatives et quantitatives, visant à décrire de façon plus transversale **les facteurs organisationnels déterminants** des équipes intéressées.

1. Arguments en faveur de l'implantation des soins à domicile

Selon la revue de Sjølie (68), l'implantation d'équipes de crise et de traitement à domicile s'appuie sur une évolution commune de la santé mentale dans le monde occidental, à l'image de l'implantation d'équipes similaires au Royaume Uni et en Norvège.

Harvey et Fielding (69), dans une étude auprès de personnes souffrant de schizophrénie en Australie, montrent par exemple la nécessité de services basés dans le milieu de vie, s'appuyant sur des valeurs d'accessibilité et de proximité du domicile.

Thornicroft dans une analyse politico-économique des modèles de soins (70), reprise par Semrau en 2011 (71), met en évidence trois modèles pour l'implantation graduelle selon les ressources de chaque pays, incluant tous des ressources hospitalières et communautaires : des

soins primaires, un dispositif de santé mentale courant, puis des services spécialisés différenciés.

Brown définit les besoins de la santé mentale selon trois domaines d'intervention: les urgences (dont les équipes mobiles d'évaluation), des services de soins aigus, et des services de routine (72).

Gråwe distingue 3 alternatives pour les soins psychiatriques aigus en Norvège : le centre de jour, l'équipe de crise *CRHT*, et le service d'accueil de crise ouvert (*open inpatient crisis ward*). Il situe donc les CRT comme une alternative acceptable, aux bénéfices comparables à l'hospitalisation (73).

Killaspy, enfin, propose une revue des publications portant sur les soins communautaires, et conclut qu'ils apportent globalement une meilleure satisfaction et améliorent la qualité de vie, sans être un moyen moins coûteux que l'hôpital. Elle conclut en montrant l'utilité de l'expérience en santé mentale pour le développement communautaire d'autres spécialités (74).

L'ensemble de ces revues et analyses, d'envergure internationale, soutiennent donc l'implantation d'équipes de soin à domicile, en complément des ressources existantes.

2. Les études d'efficacité

Enjeux méthodologiques

Concernant les études d'efficacité ou d'efficience, il semble intéressant de noter les commentaires du travail de thèse de P.L. Couturier (75), dans son travail sur l'évaluation des dispositifs d'HAD, et qui nous semblent finalement concerner l'ensemble de ces travaux d'évaluation.

L'auteur note le niveau de preuves relativement faible concernant ces dispositifs, à l'inverse de celles concernant des protocoles de soins hospitaliers ou de soins ambulatoire au long cours. Il en propose différentes raisons, inhérentes à la nature particulière de ces dispositifs :

- L'absence d'étude en double aveugle.

- Le choix sensible du groupe contrôle, souvent cause d'un biais vis à vis du critère d'évaluation (mesurer la réduction des hospitalisations est par exemple limitant, lorsque le dispositif est comparé à l'hospitalisation conventionnelle)
- Ces études en majorité Anglo-Saxonnes, sont établies sur une longue période qui précède les années 2000, et dans des contextes universitaires peu représentatifs des pratiques courantes en psychiatrie. Cela peut faire obstacle à leur reproductibilité dans le champ français.
- Les difficultés d'inclusion des personnes donnant un consentement éclairé lors de la crise. La randomisation à l'entrée dans un dispositif de soins aigus, pour des personnes présentant un tableau symptomatique marqué, rend en effet quasiment impossible la réalisation d'études sans inclusion préalable (et donc sur hors d'une population déjà sélectionnée).
- Le choix ambigu du critère de jugement : suivre une logique administrative conduit à mesurer le taux d'hospitalisation, mais n'est pas nécessairement représentatif du bénéfice pour les personnes ni de l'amélioration clinique.

M Ramonet souligne elle aussi la difficulté à mesurer l'impact de ces équipes, et la complexité du choix des critères d'évaluation. Elle parle d'un obstacle qui « pointe les limites de la médecine factuelle » (11). S'appuyant sur les travaux de Capdevielle (76) à propos de personnes souffrant de schizophrénie, elle questionne l'utilisation des taux d'hospitalisation ou des durées d'admission hospitalière comme critères d'évaluation de l'efficacité d'une alternative à l'hospitalisation. Selon ces auteures, les durées de séjour sont en fait corrélées à des réalités structurelles, indépendantes de l'état clinique ou de l'efficacité de l'intervention (elles reposeraient plutôt sur les capacités d'accueil du système de soin). Les taux de réadmission, quant à eux, seraient plutôt corrélés à des facteurs individuels, comme la présence d'un entourage (77).

Concernant les dispositifs français, nous pourrions supposer que l'hétérogénéité des données d'efficacité est aussi la conséquence de trois autres problèmes :

- L'absence de comparabilité du fonctionnement et des objectifs des équipes, rendant impossible une étude uniforme dépassant les échelles locales.
- La faible cohérence externe des études, qui s'appuient sur des critères d'évaluation différents comme la satisfaction (67) ou la mesure de l'alliance thérapeutique. Bien que ces résultats semblent reproductibles et confirmés par les études internationales, leur impact sur les enjeux d'implantation semble ainsi limité.

- Le manque d'une culture de l'évaluation dans les pratiques françaises. Les études de grande ampleur sont souvent portées par les centres universitaires, et ceux-ci sont rarement impliqués dans le développement de projets alternatifs ambulatoires. A l'inverse, les structures de soin concernées, historiquement à l'écart du champs universitaire (même si nous verrons que de nombreuses initiatives universitaires émergent désormais), disposent de moyens matériels et administratifs insuffisants pour un travail de recherche adapté.

Revue systématique et méta-analyses

Plusieurs revues systématiques existent déjà, bien qu'elles ne portent pas toujours sur le même dispositif (68,77–80). A propos de l'efficacité de ces dispositifs, M. Ramonet propose en 2012 un état des lieux des niveaux de preuve concernant les interventions de crise (11).

Concernant les publications centrées sur les interventions de courte durées, les preuves sont limitées et non consensuelles : alors que des études comme celle de Robin (81), ou la revue de Sjølie (68), que nous reprendrons plus loin, tendent à affirmer une réduction de presque 50% des hospitalisations, cette démonstration est moins franche en Angleterre (82), du moins jusqu'à 2005 et aux études de l'équipe du *University College of London* (UCL) (51,83).

Concernant les revues étendues à d'autres formes de soin intensif à domicile, il semble nécessaire de noter une grande variabilité dans le fonctionnement et la collecte de données des dispositifs référencés, ce qui rend rares les travaux de grande ampleur, contrairement aux preuves désormais solides concernant le modèle ACT. La plupart des chercheurs mentionnés ci-dessus s'accordent ainsi sur la nécessité d'obtenir des données plus claires sur le fonctionnement de chaque équipe, à l'instar de Wright (80).

Les équipes de Burns (84) et Catty (79) semblent par exemple avoir travaillé sur des interventions spécifiques, comme l'inclusion dans l'emploi par un suivi intensif, comparé à un suivi classique de *case management*. Les dispositifs étudiés semblent donc loin d'être comparables, à l'image de la multiplicité des formats d'intervention qu'ils proposent.

Concernant la méta-analyse de la base Cochrane, le travail de Joy (85) a été étendu à l'étude de 8 publications par Murphy en 2015 (86). Elle propose de comparer l'efficacité des équipes de soins à domicile à celle de soins hospitaliers standards. Elle s'intéresse particulièrement aux taux d'hospitalisation, à l'état clinique, à la qualité de vie et à l'impact sur les proches.

Elle avance un bénéfice sur la réduction du nombre d'hospitalisation, mais la variabilité des données sources ne permet que des résultats partiels :

- Elle réduirait le taux d'hospitalisation à 6 mois, mais les résultats ne sont pas significatifs : une seule étude est concernée, n = 369, RR 0.75 IC 0.50 à 1.13
- Cependant, son impact positif sur le vécu des proches est significatif, en réduisant leur fardeau : une étude concernée, n = 120, RR 0.34 IC 0.20 à 0.59, faible niveau de preuve.
- Elle améliore l'état clinique,
 - Notamment sur le score BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*, échelle de l'état psychiatrique) à 3 mois : 2 études concernées, n = 248, MD 4.03 IC -8.18 à 0.12, niveau de preuve faible ;
 - Et sur le score GAS (*Global Assessment Scale*, échelle d'état global) à 20 mois, une étude concernée, n = 142, MD 5.70, IC 0.26 à 11.66, niveau de preuve modéré .
- Il améliore la satisfaction des participants à 20 mois (Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8): une étude concernée, n = 137, MD 5.40 CI 3.91 to 6.89, niveau de preuve modéré,
- mais les scores de qualité de vie sont semblables dans les 2 groupes : (*Manchester Short Assessment of quality of life, échelle de qualité de vie*); une étude concernée, n = 226, MD -1.50 IC -5.15 à 2.15, niveau de preuve faible.
- Les niveaux de participation et de satisfaction des familles sont rapportés favorables, il n'y a pas de différence de mortalité, et l'évaluation d'un coût moindre n'est pas vérifié.

Cependant, il faut noter que cette méta-analyse inclut 2 études portant sur des dispositifs d'accueil de crise, et que la majorité des études reprises datent de plusieurs décennies. Il faut rappeler ici que l'implantation diffuse des CRT, les équipes de soins intensifs combinant les missions d'évaluation et de suivi au domicile, n'a eu lieu qu'au début des années 2000 en Europe. Leurs caractéristiques sont d'ailleurs différentes entre chaque pays, l'Angleterre s'étant appuyé sur les recommandations du Royal College of Psychiatrist (87), avec des impératifs de continuité et d'intensité peut être plus forts qu'en Norvège ou en Allemagne.

En conclusion, et comme le confirment d'autres revues comme celle de Carpenter (88), ces résultats sont stables malgré la disparité des études analysées, mais il faut souligner leur faible niveau de preuve global.

Des études souvent locales

D'autres études rapportent elles aussi une réduction globale des hospitalisations, sur des échelles plus locales et avec des niveaux de preuve plus faibles, que nous pouvons décrire à propos de différents pays.

En Angleterre

Comme le précise E. Thibon , une première étude observationnelle de l'équipe du UCL publiée en 2005, proposait une analyse avant/après (89) :

« Une comparaison a été menée avant et après l'introduction en Angleterre à Londres des CRT. Après leur introduction, le taux d'admission à 6 semaines après une crise diminuait de 71% à 49% (OR 0,38, IC 0,21-0,70), la moyenne de jours d'utilisation des lits hospitaliers différait de 6,2 jours. Il n'y avait pas de différence à 6 mois. »(10)

Les travaux de Johnson, ont alors permis un essai randomisé solide, à propos d'une équipe de crise du Grand Londres (83) : l'intervention du CRT est comparé à un groupe recevant les soins standards, pour un total de 260 personnes. Les personnes reçues par la CRT étaient moins souvent admis à l'hôpital dans les 8 semaines suivant la crise (OR 0,19 ; 0,11-0,32), et nécessitaient moins de jours d'hospitalisation. Cet effet persistait à 6 mois (RR 0,6 ; CI 0,51 à 0,76).

D'autres études ont été réalisées depuis pour confirmer ces résultats en Angleterre :

Glover (90), propose une nouvelle étude observationnelle de grande ampleur, entre 1998 et 2003 sur le territoire national : le nombre d'admissions diminue sur l'ensemble du territoire, mais de façon plus significative là où les CRT étaient implantées. Cette diminution prédomine alors chez les adultes insérés professionnellement.

En France

Une première étude d'impact avait été réalisé par l'équipe ERIC de 1994 à 1998 à l'hôpital Charcot. Elle montrait que les situations d'urgence psychiatrique, lorsqu'il existait une indication d'hospitalisation, pouvaient bénéficier dans plus de 50% des cas d'une prise en charge alternative à domicile, sans préjudice sur la mortalité ou l'état clinique (91).

A l'époque, l'hypothèse d'ERIC était qu'une alternative dès la première admission permettait de limiter un processus d'apprentissage de l'hospitalisation, qui impactait le parcours de soin des personnes sur les années suivantes. C'est pourquoi leur travail a ensuite ciblé les premières admissions, pour s'intéresser aux durée d'hospitalisation les années suivantes :

Une étude comparative a alors été proposée par M. Robin et l'équipe ERIC (81) en 2008. Ceux-ci montraient la réduction des taux d'hospitalisation pour les personnes prises en charge en alternative à l'hospitalisation, lorsqu'ils étaient orientés pour une première hospitalisation. L'analyse est faite sur les taux d'admission des personnes prises en charge par ERIC, et comparées à un groupe de personnes hospitalisés sur d'autres services. Surtout, l'impact est durable sur les 2 ans, avec la réduction maintenue de leurs durées de séjours par rapport aux témoins.

Plusieurs études ont ensuite été proposées sur les dispositifs d'HAD, comme nous l'avons cité plus haut (34,35), et M. Ramonet interrogeait l'impact de l'implantation du SIIC de Lille sur les durées d'hospitalisation en 2012 (92). Ces travaux restent néanmoins locaux et de faible envergure, et ne permettent pas d'extrapoler un niveau de preuve satisfaisant concernant les expériences françaises.

En Norvège

Hasselberg propose en 2011, en partenariat avec les chercheurs du UCL, une étude prospective multicentrique sur l'impact des CRT en Norvège. Bien qu'elle souligne là encore une amélioration clinique globale chez la majorité des personnes, elle conclut à une nette différence entre les pratiques norvégiennes et le modèle attendu de soins intensifs (93).

Contrairement aux CRT anglaises, par exemple, l'issue favorable des soins a été retrouvée en majorité chez les personnes souffrant de troubles dépressifs, alors que les personnes souffrant d'un trouble psychotique ont été en grande partie réorientés vers les structures conventionnelles. L'auteure explique ces résultats par la faible intensité des interventions, les contacts médicaux insuffisants et souvent réalisés sur la structure de soins plutôt qu'au domicile.

Une orientation politique commune malgré des preuves très locales

De façon paradoxale, les décisions d'implantation de ces services en Europe se sont donc imposées sans un niveau de preuve conséquent. La plupart des travaux de méta-analyse ou de

revue de grande ampleur se sont donc heurtés à une trop grande diversité des pratiques, et à l'impossibilité de conclure en faveur d'un bénéfice d'efficacité de ces dispositifs vis à vis de l'hospitalisation. Les preuves en faveur d'une efficacité sur la réduction des hospitalisations ne sont en effet validés qu'à l'échelle locale, et il n'est pas montré de changement franc dans les admissions sous contrainte, ce qui soulève la question d'une place toujours nécessaire de l'hôpital.

Un enjeu financier incertain

Si certains supposent que ces décisions politiques étaient par ailleurs appuyées sur des enjeux financiers, les données sur le rapport coût-efficacité ne semblent pas toujours concluantes (86). Plusieurs études sont en faveur d'un bénéfice de l'ambulatoire(78), mais comme le souligne P-L. Couturier dans sa thèse de 2013, ces études plus anciennes n'intègrent pas toujours le coût total pour la société (75).

Ces évaluations, montrant un grand bénéfice, cibleraient parfois des indicateurs sanitaire particulièrement discriminants mais partiels, à l'exclusion de certaines dépenses sociales. Ceci vient souligner toute la complexité du rapport coût-efficacité, et lui permet de conclure avec le Pr Thornicroft : « Des soins communautaires efficaces sont sans doute moins bon marché que des soins hospitaliers moins efficaces ».(94)

Les bénéfices

A cet égard, les résultats cliniques et sociaux des interventions semblent aptes à faire pencher la balance coût-efficacité en faveur des soins à domicile, puisque la plupart des auteurs soulèvent un ensemble constant de bénéfices pour les personnes.

Reprenant les travaux de Johnson (51) et des études précédentes, Sjølie les résume ainsi (68) :

- Une meilleure compréhension des enjeux de la crise et des besoins sociaux
- Une relation thérapeutique horizontalisée
- La réponse aux besoins prioritaires
- L'adaptation du traitement en temps réel
- Un vécu de sécurité et de confort des utilisateurs
- La normalisation et la déstigmatisation de la crise
- Une temporalité plus adaptée à des solutions alternatives
- Un meilleur apprentissage des solutions dans l'environnement

- Un soin plus acceptable et moins en rupture pour les personnes et leurs proches
- Une meilleure compréhension du vécu des proches

3. Les ingrédients

Au vu des obstacles à la question d'une implantation homogène pour les études d'efficacité, il semble nécessaire d'appuyer notre réflexion sur les publications qui concernent les données de fonctionnement.

Les auteurs cités précédemment faisaient référence, au début des années 2000, à un modèle général de soins intensifs au domicile, idéalement organisé en continu 24H/24 et 7J/7, proposant une évaluation de toutes les situations dans un délai minime, et des visites quotidiennes.

Les autorités britanniques avaient d'ailleurs mis à disposition des équipes un guide d'implantation (95), mais ces directives n'ont pas permis un développement satisfaisant des CRHT (96).

Les travaux successifs de l'université St George de Londres, comme ceux de Catty (79), Wright (80) et Burns (97) sur les conditions d'efficacité, y ajoutent l'impératif d'intervenir à la fois sur les besoins cliniques, sociaux, et les facteurs déclencheurs de la crise. La plupart soulignent donc l'intérêt d'une équipe pluridisciplinaire, pour une durée brève de maximum 6 semaines.

Les facteurs nécessaires au bon fonctionnement des équipes

L'approche des déterminants sociaux

Burns (97) souligne dans une analyse statistique que les facteurs primordiaux au bon fonctionnement sont la fréquence intensive des visites, et la double intention d'un travail sanitaire et social.

Pour justifier comme lui la nécessité d'inclure des compétences sociales à l'équipe, Bridgett et Polak décrivent l'importance d'une intervention orientée vers les familles et le réseau social (64). En s'appuyant sur le lien entre la théorie de la crise et les interventions sur le système social, ils font du travail relationnel et social un déterminant majeur. Ils soulignent ainsi la

nécessité d'un accès facilité aux besoins sociaux et à la résolution de problèmes. Les auteurs soulignent notamment la nécessité d'une compréhension enrichie de la situation, qui fonderait l'évaluation et les objectifs de traitement sur les besoins propres.

Des outils relationnels

Borg et Karlsson proposent, depuis la Norvège, un travail qualitatif d'enquête, aux accents philosophiques (98). Il proposent en effet une réflexion d'inspiration phénoménologique et herméneutique, par un travail de recherche-action autour des pratiques de l'*Open Dialogue*.

Leurs conclusions vont là aussi dans le sens d'une approche basée sur une compréhension de la situation de crise et des besoins sociaux, détaillant les enjeux d'une pratique que nous verrons très proche de l'orientation vers le rétablissement.

L'Accès direct et permanent à l'équipe

Les publications sont nombreuses concernant les moyens d'admission sur l'équipe, et l'impact d'un accès permanent sur les résultats cliniques :

Une autre équipe proche de Londres, avec Allen, montre par exemple que des changements comme une orientation possible par les acteurs de soins primaires réduit le taux d'admission à l'hôpital, et augmente la satisfaction des personnes (99).

Mais Harrison, avec l'équipe de Manchester, montrent que cette même ouverture à une orientation par les acteurs de la ville augmente le nombre de suivis, raccourcit leur durée, augmente le nombre de personnes non connues, et celui de tableaux moins sévères (passage de 75 à 25 % de troubles sévères (SMI), contre 25 à 50% d'autres troubles) (100).

Les mancuniens proposent même de mettre en lien ce changement de population cible, avec les impératifs gouvernementaux d'augmenter le nombre de prises en charge : les équipes anglaises, soumises à cet augmentation de la charge de travail, auraient dû se tourner vers des suivis plus courts et moins complexes pour satisfaire les attentes des tutelles.

Là encore, l'étude rigoureuse de facteurs indispensables ne peut manquer de se heurter à des facteurs humains confondants.

Glover confirme toutefois l'importance d'un accès continu. En 2006, il montre dans une étude observationnelle qu'il y a davantage de réduction des hospitalisations si l'équipe est disponible la nuit : une réduction est observée pour 83% des services fonctionnant sur 24h, contre 60% des

services sans permanence, et 74% des services avec une permanence élargie mais discontinuée (90).

Hasselberg, suite aux résultats d'efficacité hétérogènes constatés en 2011, interrogeait les équipes norvégiennes sur leur capacité à remplir leurs missions (53). Une étude prospective plus globale (101) confirme ces résultats, montrant que l'ouverture en continu réduisait plus l'admission en hospitalisation que les services ouverts en journée. Elle précise que les contacts hors des structures, et une durée de prise en charge supérieure, sont prédictifs d'une issue favorable à la crise.

D'autres auteurs comme Johnson ou Karlsson montrent que le facteur déterminant est le rôle de *gatekeeper*, c'est à dire lorsque l'accès à l'hôpital est soumis à une fonction de rôle porte par les équipes d'intervention à domicile.(51,102) Soucieux de l'écart entre « les bonnes intentions et la vraie vie », ce dernier rappelle encore une fois que ces critères nécessaires ne sont pas suffisamment diffusés.

Une échelle de fidélité : L'étude CORE

Mais devant ces différences critiques entre le modèle et l'implantation réelle (96), la direction sanitaire britannique et les chercheurs anglais du UCL proposent un vaste travail d'état des lieux et de guidance des services, par la construction d'une échelle de fidélité susceptible de concrétiser les recommandations anglaises : le programme *Crisis resolution team Optimisation and Relapse prevention (CORE)*, ou *optimisation des équipes de résolution de crise et prévention des rechutes* (103).

- Ils répertorient pour cela, dans une approche qualitative sur le point de vue des acteurs et des personnes concernées, les ingrédients critiques au bon fonctionnement des CRT :
 - L'équipe réalise une nouvelle revue systématique, questionnant ces critères d'efficacité sous la forme d'une étude d'implantation (104).
 - Selon les auteurs, ces travaux permettent de soulever à nouveau les caractéristiques structurelles nécessaires : présence d'un psychiatre, continuité 24H/24, conditions d'accessibilité, intervention pour une aide pratique, délivrance du traitement au domicile... résumés dans le tableau ci-dessous :

Revue concernant les thématiques rapportées par les parties prenantes (103)

II. État des Lieux

CRT characteristic recommended by stakeholders	Caractéristiques recommandés par les parties-prenantes	Nombre d'études concernées (n)
Good communication and integration with other mental health services	Bonne communication et intégration, avec les autres services de santé mentale	14
Provision of treatment at home	Mise à disposition d'un traitement au domicile	11
Limiting the number of different staff visiting a service user	Limiter le nombre d'agents différents , dans les intervention pour une même personne	10
Adequate staffing, including out of hours	Effectif adapté, y compris pour la permanence hors horaires d'ouverture	9
Good staff record keeping and information sharing	Traçabilité et partage d'information	8
Staff with time and willingness to "just listen" to service users	Moyens et volontés nécessaires à une écoute empathique et de soutien	8
Rapid CRT response and availability of treatment during a crisis	Réactivité et disponibilité des équipes lors de la crise	8
Clear, inclusive eligibility criteria	Critères d'inclusion clairs et inclusifs	8
CRTs provide a clear bridge to longer term interventions and care	L'équipe offre un relais vers les soins au long cours	8

- Ils réalisent ensuite une enquête descriptive auprès des parties prenantes, et décrivent alors une articulation des critères rapportées par son travail qualitatif sur 3 axes (105) :
 - L'organisation des soins, par la possibilité d'une réponse rapide, d'une grande accessibilité et d'une flexibilité dans le travail partenarial.
 - Le contenu des soins, par le soutien émotionnel et l'implication des proches
 - Le rôle des CRT dans le système de soin, par l'évaluation systématique et le rôle porte
- L'équipe produit ainsi *l'échelle de fidélité CORE*, pour solliciter un nouveau sondage national quant au respect des critères par les CRT. L'échelle est constituée de 40 critères, servant tous de référence pour des recommandations mises à disposition par le collège Universitaire de Londres (106).
- La publication des résultats d'un nouveau sondage national vient finalement appuyer les disparités mentionnées. Ayant interrogé 233 équipes sur leur pratiques, il révèle une

II. État des Lieux

amélioration globale de la fidélité au modèle, en comparaison de l'état des lieux de 2006 ou 2012. Il déplore cependant un éloignement net de l'ambition d'une intervention transversale et psychosociale, pour un resserrement sur des pratiques médicales dans beaucoup d'équipes. Ils constatent aussi que l'ensemble des CRT ne répond pas aux exigences du *gatekeeping*, et que seules 33% d'entre elles parviennent à évaluer systématiquement la population cible avant l'entrée à l'hôpital, et 18% avant l'entrée en soins sous contrainte (52).

- Ces critères de bon fonctionnement sont finalement loin d'être figés, puisqu'une étude ultérieure permet de valider un dispositif supplémentaire : l'intervention de médiateurs de santé pairs pour la construction d'un plan d'autosupport en post-crise immédiate, montrant une réduction des réadmissions à un an (107,108), vient s'ajouter comme un élément probant à cette échelle de fidélité.

III. Étude des conditions d'implantation des soins psychiatriques de particulière intensité en France

A.	PREALABLE A LA PROPOSITION DE METHODE	48
B.	DEFINITION DE L'OBJET D'ETUDE	51
C.	OBJECTIFS ET METHODE.....	53
D.	RESULTATS DE L'ENQUETE.....	55
I.	Le fonctionnement d'une équipe de soin à domicile au sein du réseau existant	60
II.	Des pratiques alternatives en rupture avec le modèle traditionnel	105
III.	L'équipe de soins à domicile face aux enjeux de la santé communautaire	146

A. Préalable à la proposition de méthode

1. Les données existantes en France

Nous pouvons résumer la section précédente par quelques conclusions, pour souligner les enjeux de notre choix méthodologique :

De franches disparités régionales

Concernant ce bref survol des dispositifs existants, la réflexion se situe bien évidemment en amont de considérations quantitatives, puisque nous avons vu l'immense hétérogénéité du développement des soins à domicile en Europe. Bien que son implantation soit croissante et encouragée par les directives européennes, elle a lieu de façon particulière dans chaque pays. Au sein même d'un territoire national, elle semble là encore rarement reproduite, et impossible à comparer, tant les différences de moyens et de choix organisationnels restent franches.

Une littérature inégale

Les données de la littérature scientifique, ensuite, mettent en lumière les limites d'un recueil de preuves objectif et de grande ampleur. Malgré l'uniformité et le caractère répété des directives comme celles de la *NHS* (l'autorité sanitaire britannique) (95), l'impact des équipes comme les CHRT britanniques reste difficile à évaluer, devant la reproductibilité inégale de ses critères d'efficacité.

Au niveau international, les tentatives de méta-analyse se heurtent à des pratiques évolutives dans le temps et donc difficilement comparables, et les études moins robustes concernant les dispositifs récents sont souvent difficilement reproduites au-delà de réalités locales.

Les méthodes diverses d'évaluation de l'impact compliquent encore ce niveau de preuve modeste, puisque les études s'appuient sur des critères d'intérêt différents et souvent partiels, comme les données administratives d'admission souvent imparfaitement corrélées aux bénéfices cliniques.

2. Des enjeux locaux irréductibles à une logique comparative

Ensuite, l'intérêt de ces publications majoritairement anglo-saxonnes semble limité pour son usage en France, par la spécificité des territoires et des ressources en soin propres à chacun.

Si les références scientifiques actuelles semblent surtout inspirées du courant médical anglo-saxon, la nuance entre ces éléments théoriques et leur application pratique traduit un écart entre l'intérêt de telles preuves au Royaume-Uni et pour la psychiatrie française. Autrement dit, les éléments validés dans le monde anglo-saxon ne sont peut-être pas toujours applicables tels quels aux pratiques françaises.

Ces nuances s'intègrent peut être dans des différences propres à la discipline psychiatrique, mais aussi à des écarts dans l'organisation plus générale du système de santé. A cet égard, l'interface particulière des frontières entre sanitaire et médico-social, la perméabilité des champs socio-judiciaires avec la santé mentale, et l'accompagnement des personnes par d'autres institutions que le sanitaire, dessinent des spécificités françaises rendant difficile la reproduction de modèles validés à l'étranger.

Ces considérations d'une organisation sanitaire élargie semblent donc justifier la recherche de critères de fonctionnement propres aux équipes françaises.

Éviter une lecture dichotomique des enjeux théoriques

Dans une perspective plus épistémologique, cette différence de pratiques est souvent attribuée schématiquement à une opposition des références théoriques. Mais la dichotomie entre un modèle biomédical d'influence anglo-saxonne, et la persistance d'une tradition psychopathologique en France, ne résumerait qu'improprement la complexité de ces déterminants théoriques.

Alors comment proposer une analyse transversale des pratiques, et éviter l'écueil d'une perspective univoque, ou au mieux bipolaire ? L'enjeu de cette réflexion sur les modèles théoriques sous-jacents devra donc éviter une opposition caricaturale entre un modèle biomédical anglo-saxon et des pratiques institutionnelles d'héritage psychodynamique.

Éviter de perdre de vue la globalité du système de soins

Enfin, l'équipe de crise n'est peut-être qu'un maillon dans un dispositif de soin composé d'éléments interdépendants. Comment peut-il être pensé dans un contexte global comme la pratique psychiatrique française ? L'objectif de notre méthode sera ainsi d'éviter de réduire cette réflexion à une description trop catégorielle de déterminants concrets, insuffisants pour comprendre les dynamiques systémiques de l'implantation de ces équipes. Il semble donc nécessaire de proposer une approche les situant dans leur globalité, et dans l'interdépendance à l'égard d'une pratique pluridisciplinaire plus large.

B. Définition de l'objet d'étude

Face à ces obstacles, il semble donc nécessaire d'abandonner l'ambition d'un travail comparatif, et même quantitatif, pour s'attacher à rechercher des **déterminants communs** à ce qui fait le fonctionnement d'une équipe de soins intensifs à domicile. Autrement dit, la question pourrait être : **Quelles sont les conditions communes du développement d'une telle équipe en France ?**

1. Une étape exploratoire

Il nous a semblé nécessaire de préciser l'ampleur de ces recherches par un premier travail descriptif exploratoire, à partir d'exemples de mise en œuvre d'équipes de soin à domicile de courte durée.

Pour tenter d'esquisser des éléments communs à des pratiques si diverses, cette étape exploratoire a consisté en l'analyse comparative de 3 projets de services décrivant l'implantation de telles équipes, puis d'entretiens non directifs recueillant les témoignages de 3 responsables d'équipes, avant une analyse thématique.

Nous détaillerons les conclusions de ce premier travail empirique dans la section D. Résultats. Il semble toutefois nécessaire de souligner que ce travail initial a permis la construction d'un guide d'entretien, nécessaire à la conduite rigoureuse du travail d'enquête, centré sur les enjeux décrits ci-dessous.

Cette étape a permis de faire émerger **une problématique située sur différents niveaux**, que nous pourrions résumer en quelques points :

- **Quelles sont les caractéristiques communes du fonctionnement de ces équipes ?**
- **Comment l'apparition de ces équipes met-elle en lumière un renversement épistémologique, et illustre les impératifs d'une pratique plus communautaire et orientée vers le rétablissement ?**
- **Finalement, comment cette perspective communautaire vient-elle souligner le défi d'une évolution du soin en santé mentale ?**

2. La cible de l'enquête : les discours des médecins

Les acteurs interrogés sont les psychiatres responsables de ces dispositifs. En effet, les initiatives étudiées sont généralement celles de médecins en charge de certaines équipes. Ce sont de plus les responsables des dimensions techniques et organisationnelles, mais aussi les garants des responsabilités soignantes et des systèmes de valeurs mobilisés par la création de ces équipes : ils sont ainsi les sujets logiques d'une telle enquête.

Nous verrons plus loin que ce choix n'est pas sans lien avec l'intérêt porté pour les enjeux de représentations autour des pratiques étudiées. La méthode sociologique invoquée semble en effet idéalement propre à saisir la complexité des regards que portent les acteurs sur leur pratique, et des représentations que ces dernières véhiculent. Le travail d'enquête proposé n'est donc pas tant la compréhension *du soin à domicile* que celle de ses représentations auprès des acteurs de santé.

L'objectif de ce travail d'enquête n'est pas non plus un référencement exhaustif des équipes existantes : les éléments précédents suggèrent l'intérêt d'une approche progressive et aléatoire, par le contact d'équipes identifiées comme offrant des soins à domicile d'une particulière intensité. L'étape exploratoire confirme cette intention : il existe de nombreux dispositifs similaires en France, et ce travail n'est que la description d'une partie d'entre elles.

C. Objectifs et méthode

Les observations de l'étape exploratoire ont permis de préciser les conditions d'étude de ces pratiques, par la nécessité d'une approche globale et compréhensive. Le choix a donc été fait d'une **approche qualitative** et d'un **raisonnement** empirique **inductif**.

Les données de cette exploration ont permis d'élaborer un **guide d'entretien** pour le travail d'enquête, mais il a été choisi, au vu de la complexité des critères d'implantation évoqués, de ne pas proposer de grille d'analyse a priori. Bien que certains indicateurs émergent de cette première analyse thématique, il semble en effet peu rigoureux de proposer des hypothèses quant aux enjeux de fonctionnement local en amont de l'enquête. Nous avons donc choisi de ne pas établir de critère d'intérêt *a priori*. Le choix est au contraire d'appuyer ces hypothèses sur les données recueillies au cours de l'étude, pour les valider sous la forme d'une **théorie ancrée**.

L'analyse par théorie ancrée

Cette méthode, largement validée en sciences sociales, peut s'articuler autour des points suivants, comme le décrit F. Guillemette (109):

- Absence de postulat préalable au recueil de données.
- Construction d'hypothèses en lien avec les données recueillies,
- Et confrontation de ces hypothèses au travail empirique de recueil de données.
- Les entretiens de recueil (entretiens téléphoniques) peuvent être de différentes longueurs et peuvent prendre différentes formes (de semi-directif à non-directif dans notre cas)
- L'objectif étant toujours d'ajuster la nature des entretiens pour qu'ils favorisent l'émergence et le développement de la théorie
- À mesure que l'analyse se développe, la *sélection des personnes interrogées* devient plus spécifique
- Tout au long de la recherche, ce sont les *résultats progressifs de l'analyse* qui dirigent le recueil, de manière à ajuster cette analyse à de nouvelles données, ou de préciser certains enjeux des hypothèses émergentes
- Ce processus se poursuit jusqu'à la saturation de "*l'analyse théorisante*" : il prend fin quand le chercheur considère que « la collecte de nouvelles données n'apporterait rien à la conceptualisation et à la théorisation du phénomène à l'étude. (109) »

III. Étude des conditions d'implantation

Le travail s'appuie donc sur une méthode d'analyse qui concilie les hypothèses émergentes aux données recueillies. Les références méthodologiques de cette approche sociologique soulignent par ailleurs que ces hypothèses doivent être : “mesurables, plausibles, ancrées aux théories, et modifiables“.

L'objectif est par là de mettre ces hypothèses à l'épreuve du discours médical, dans une approche thématique et compréhensive des éléments de discours, pour faire émerger de façon rigoureusement empirique les critères d'intérêt.

Au total, nous proposons une **étude descriptive transversale par entretiens non directifs, dont les résultats, organisés de façon thématique, sont soumis à une analyse par théorie ancrée.**

L'objectif est de saisir de façon globale les caractéristiques des dispositifs de traitement à domicile de courte durée en alternative à l'hospitalisation.

D. Résultats de l'enquête

1. Résultats de l'enquête exploratoire

Résumons d'abord les résultats de l'enquête exploratoire. Il s'agissait d'une **comparaison de 3 projets d'équipes de soin à domicile en contextes différents, à Marseille, Paris et Bordeaux.**

Comparaison de trois projets de services : des dynamiques communes

Le premier a été le projet de restructuration d'une équipe de crise Marseillaise en avril 2018.

Les spécificités soulignées peuvent être résumées ci-dessous :

- La volonté de dépasser la logique sectorielle, dans un projet de Service Hospitalo-Universitaire intersectoriel
- L'absence de CMP identifié, et une équipe travaillant de façon privilégiée avec des médecins du SHU, orientant des personnes suivies ou récemment hospitalisées, pour qui une alternative à l'hospitalisation complète semblait envisageable.
- La mise en œuvre de l'équipe de soins intensifs en lieu et place d'une équipe mobile moins intensive inspirée d'ERIC, forte de 10 ans d'expérience
- Un modèle appuyé sur les références britanniques des CRT, et adapté du fonctionnement d'un service de soins communautaires lillois.

Le second a été la création d'un projet intersectoriel à Paris, sous la forme d'une unité de soins psychiatriques de particulière intensité et d'interventions de crise à domicile (USPPIIC), en septembre 2017. Nous soulignons :

- La mise en place du dispositif d'HAD en complément d'un panel d'offres de soins déjà large (CAP, CACC, 2 CMP avec un travail d'intervention à domicile déjà en place, HDJ, CATTP)
- Le financement consécutif à la fermeture d'une unité pour personnes hospitalisées au long cours
- L'objectif d'offrir, par l'alternative à l'hospitalisation complète, un maintien de l'inclusion sociale, un respect plus grand des choix de l'utilisateur et de ses proches, un travail de réseau et une réduction des durée et du nombre d'hospitalisation complète

III. Étude des conditions d'implantation

Le dernier a été l'aperçu du fonctionnement d'une équipe de crise à Bordeaux, apparue en décembre 2016. A noter que cette analyse n'a pas porté sur le projet de service mais sur l'étude descriptive réalisée par B. Nicolle dans son travail de thèse :

- La mise en place d'une équipe mobile de crise, répondant principalement à la demande urgente de proches, et intégrant le dispositif antérieur de « Consultation Famille Sans Patient » ou CFSP, inspirée du modèle en place au CPOA (Hôpital Sainte-Anne, Paris).
- Un budget dédié par l'ARS, pour un dispositif qui prend sens dans un réaménagement des services travaillant sur l'urgence, dans l'objectif de réduire le nombre d'admission
- La collaboration avec l'équipe de crise EMIC de Toulouse

Des entretiens exploratoires aux thématiques similaires

Dans un second temps, nous avons proposé des entretiens exploratoires avec les responsables de 3 équipes engagées sur cette orientation, dans des temporalités et sur des régions différentes...

- La première est reconnue depuis des années, participe au Centre Collaborateur de l'OMS à Lille.
- La seconde est l'USPPIIC de Paris citée précédemment, créée récemment sur un modèle original, entre équipe de soins à domicile et équipe d'évaluation et d'orientation de crise.
- La troisième est un projet en construction, coordonnée par un CMP adulte dans les Hautes-Alpes, et qui vise à développer une équipe d'intervention à domicile en milieu rural, pour limiter l'hospitalisation en s'appuyant sur des ressources médicales et médico-sociales communautaires.

Une première analyse thématique a été appliquée aux discours recueillis, et nous pouvons résumer ci-dessous les observations principales concernant des éléments de similitude entre ces projets :

1. Des similarités dans le parcours d'implantation :

- L'opportunité de création de ces dispositifs apparaît dans le cadre de réaménagement locaux des services, et plus largement dans une réorientation des moyens vers les prises en charge ambulatoires : c'est un mouvement global des politiques de santé (110)
- L'évolution se fait vers la mutualisation de secteurs auparavant plutôt indépendant, et le déploiement d'équipes spécialisées en parallèle de « méga-secteurs » (*sic*)

III. Étude des conditions d'implantation

- Les financements sont rarement supplémentaires, mais plutôt reversés d'une structure de soins au long cours (CATTP, CMP, hospitalisation longue durée) vers des équipes spécialisées de courte durée
- L'implantation est limitée d'emblée par les enjeux économiques et la recherche d'intérêt à court terme : le financement initial est partiel, et la collaboration des instances administratives et médicales semble imparfaite (demande de preuves *a priori*, financement graduel des charges et de la mobilité, etc.). Ceci souligne l'impératif de résultats quantitatifs avant le déploiement complet des moyens attendus

2. Sur le plan théorique, un "virage ambulatoire" clairement marqué, mais aussi :

- La place du rétablissement : valorisation du choix des usagers, de la prise de risque et de la limitation des contraintes
- Des interventions de courte durée, avec l'intégration du dispositif dans le parcours de soin existant (suivi de secteur, collaboration avec les urgences et les services d'hospitalisation)
- La perspective d'une réduction du nombre et de la durée des hospitalisations : les services semblent préférer faciliter des sorties précoces, surtout dans les premiers mois de l'implantation
- Le décloisonnement, par une ouverture aux logiques intersectorielles, par l'absence d'indications strictes (pas de critères démographiques), et par un travail de lien entre suivi au long cours, intégration socio-familiale, et soins de particulière intensité

3. Des obstacles rencontrés qui semblent eux aussi similaires :

- Des pratiques instaurées sur l'intra-hospitalier et le CMP entravent parfois la circulation et la souplesse nécessaire à la collaboration
- Des indications parfois mal définies par les autres professionnels, des demandes inadaptées d'intervention en urgence, d'hospitalisation complète sous contrainte, ou d'intervention dans des contextes plutôt médico-sociaux
- Des moyens et un fonctionnement principalement axés sur une logique médicale : une place peu évidente des temps d'échange à dominante psychologique, à l'exception parfois des temps de supervision

III. Étude des conditions d'implantation

- Une logique de *rétablissement* à dominante médicale : la place de la réhabilitation, des parcours d'usagers inclus dans les dispositifs médicaux classiques, et l'absence fréquente de lieux d'accueil alternatifs

2. Données concernant la réalisation des entretiens

A partir de ces données, une enquête élargie a été proposée à un certain nombre de services assimilées à des soins ambulatoires intensifs, par le biais d'entretiens téléphoniques adressés aux médecins responsables de ces équipes.

L'ensemble des personnes ayant répondu à nos sollicitations ont accepté de participer à l'enquête.

Dans les équipes contactées, 22 entretiens ont eu lieu, et 14 équipes ont été retenues comme proposant de façon majoritaire un travail de soins intensifs de courte durée au domicile.

Concernant deux de ces équipes, deux médecins différents ont été interrogés, le médecin actuel n'ayant pas participé à la création du service. 5 autres n'ont pas été retenus dans l'analyse). 16 entretiens ont donc été inclus, portant sur les équipes suivantes :

- Le SIIC de l'EPSM Lille Métropole
- L'ERIC, EPS Charcot, Plaisir
- USPPIC Paris 11-12, des Hôpitaux de St Maurice
- HAD Joinville St Maur, du C.H les Murets
- EQUIPAD, du CHU de Nantes
- Les équipes mobiles du CHU de St Etienne
- L'HAD de la fondation Bon Sauveur, à Picauville
- L'HAD du CH Marchant, Toulouse
- L'HAD du CH Montauban
- L'HAD de SMC, Lyon Villeurbanne
- Le SIPAD du CESAME, Angers
- Le SIIC du pôle territoire du CH Ste Marie, Nice
- Le SPAD du CH de Blain
- L'EMESIP du CH de Grasse

3. Organisation des catégories thématiques

Après l'appui sur une théorie ancrée et l'émergence de thèmes stables, la présentation des résultats a finalement nécessité une approche catégorielle.

Les catégories thématiques que nous avons choisi d'articuler peuvent être décrites comme telles :

- La première section se fonde d'emblée sur les représentations concernant la forme et la nature relationnelle de l'équipe.

Les deux sections suivantes s'appuient sur des perspectives plus subjectives et idéologiques propres aux acteurs interrogés. Il s'agirait donc d'une approche plus conceptuelle et analytique :

- La seconde tente d'appréhender la posture théorique inédite qui sous-tend ces discours. Nous pouvons donc y retrouver des enjeux heuristiques et idéologiques innovants mettant volontiers en œuvre un travail interprétatif, voire prédictif.
- La troisième propose de situer le soin à domicile dans ses rapports à la santé mentale en général. Elle résume ainsi les discours portant sur les conditions et les obstacles de la diffusion de ces pratiques, dans une posture réflexive des acteurs sur l'évolution des pratiques.

Le plan sera donc le suivant :

- I. Le fonctionnement d'une équipe de soin à domicile au sein du réseau existant**
- II. Des pratiques alternatives en rupture avec le modèle traditionnel**
- III. L'équipe de soins à domicile face aux enjeux de la santé communautaire**

I. Le fonctionnement d'une équipe de soin à domicile au sein du réseau existant

Le recueil des discours médicaux permet avant tout de situer le travail de ces équipes dans le réseau de soins psychiatriques, et de préciser ses spécificités vis à vis de ses partenaires. Il met ainsi en lumière les facteurs organisationnels concrets déterminant leur implantation.

Cette première section sera décrite selon le plan suivant :

A. Une alternative à l'hospitalisation.....	61
B. Un dispositif autonome.....	63
C. Une réponse aux limites du secteur.....	76
D. Une logique de parcours de soins.....	86

A. Une alternative à l'hospitalisation

En avant-propos, les médecins peuvent affirmer que **la création de ces dispositifs vise avant tout à proposer une alternative à l'hospitalisation complète.**

Cette finalité s'appuie sur une réflexion du réseau de soins et la recherche de solutions face à une **demande croissante** auprès des urgences et des hôpitaux :

« On a décidé de mettre en place, en accord avec les urgences, (...) le fait de pouvoir intervenir aux urgences pour les patients dont on pense qu'il y a une possibilité de faire une alternative à l'hospitalisation longue ou à une hospitalisation tout court »

Ils évoquent un **enjeu d'efficacité** comparé au modèle hospitalier :

« Je crois qu'en tout cas pour moi, ce qui sous-tend nos interventions c'est ça, et je pense que c'est plus efficace et plus satisfaisant à la fois pour les soignants et pour les personnes d'être prise en charge en ambulatoire plutôt que pris en charge dans un parcours classique d'hospitalisation. »

Des situations limites

Les professionnels pointent pour cela des situations à la limite des soins ambulatoires et hospitaliers : « C'est globalement les patients qu'on renvoie chez eux mais c'est extrêmement limite ou c'est les patients qu'on garde mais c'est aussi un peu limite et on se demande si il n'y a pas la possibilité de faire autrement. »

D'autres soulignent le paradoxe d'un besoin d' "*être hospitalisé*" sans rester à l'hôpital, introduisant l'enjeu de la nature des **soins reçus**, plutôt que le **lieu** du soin :

« Il y a des patients qui ont besoin d'être hospitalisés, mais qui n'ont pas besoin de venir à l'hôpital. C'est-à-dire qu'il y a des dépressions, qui si vous n'avez pas soit besoin de quitter le domicile pour raisons familiales, soit de risque suicidaire, que vous n'avez pas besoin de surveillance constante, pourquoi vous voulez aller à l'hôpital : il n'y a pas forcément besoin d'hospitaliser quelqu'un de déprimé... en passant régulièrement le soir, en mettant autour de son domicile l'accompagnement adéquat, on peut tout à fait le soutenir à son domicile... »

Cela permettrait aussi de **quitter l'hôpital** dès que possible, tout en poursuivant des soins intensifs. Cela offrirait le bénéfice d'une sécurité accrue, et d'un soin prolongé sans préjudice :

III. Étude des conditions d'implantation

« On permet de poursuivre dans des conditions sécurées une hospitalisation parce qu'il n'y a pas forcément besoin qu'il reste intra-muros. Parce que l'évolution est trop lente, et que nous on pourra prendre un peu plus de temps »

« Dans les faits je pense qu'on fait sortir les patients plus tôt, Je pense qu'il y a quand même quelques jolis exemples de prises en charge qu'on a fait en crise, qui nous ont permis de passer outre l'hospitalisation. Ça c'est quelque chose qu'on arrive à argumenter »

Une alternative bénéfique et souhaitée

Les discours soulignent qu'il existe de nombreuses situations où une alternative est **bénéfique**, notamment en **l'absence de demande** des personnes concernées, ou lorsque la **séparation doit être évitée**.

« Des fois, des gens passent aux urgences, vus par des psychiatres des urgences, qui dit 'on n'a pas besoin de le mettre en hospitalisation sous contrainte pour un tas de raisons, donc on active l'HAD'' »

De plus, cette prise en charge au domicile répond à la **demande du public**, et trouve sa place en **alternative aux soins sous contrainte pour des personnes refusant l'hospitalisation** :

« Oui, c'est vrai que ce sont des situations... on peut même **éviter des hospitalisations sous contraintes**, avec ce type de fonctionnement. Parce que à partir du moment où les gens ont quand même **le sentiment qu'ils sont gagnants**, en termes de qualité de prise en charge, en restant chez eux, la **réticence envers le soin** psychiatrique est quand même considérablement moindre. Donc... combien de reprises on a pu éviter. »

« Moi je me base toujours sur les patients. C'est-à-dire les patients, vous voyez, je viens d'en voir un, il me dit quoi ? Schizophrène qui a été hospitalisé 5 fois, **je ne veux pas être hospitalisé**, je ne veux pas qu'on m'enferme, **je veux bien les soins mais pas enfermé**, pas interné. (...) Donc je veux dire c'est le patient qui moi m'a motivée à faire ça. »

L'objectif d'une alternative à l'hospitalisation est logiquement consensuel, puisque c'était le critère commun aux équipes sollicitées. Il se trouve donc être à la fois un souhait des dispositifs sanitaires, en premier lieu des urgences, et une demande des personnes directement concernées par les soins, parfois réticentes à une nouvelle hospitalisation, ou soucieux d'éviter une séparation de leurs proches.

B. Un dispositif autonome

Ensuite, l'un des critères d'intérêt rapidement soulevé par l'ensemble des équipes concerne l'identité de leur équipe, décrite comme **particulière** et **bien identifiée** vis à vis des structures de soin existantes.

Dans le souci de décrire son fonctionnement, l'ensemble des équipes fait en effet référence à un **statut indépendant et autonome** vis à vis du réseau. Cette notion d'autonomie se situe, selon les discours recueillis, dans la perspective historique d'une organisation sectorielle parfois vécue comme hégémonique, où la culture institutionnelle aurait abouti à un fonctionnement global et indifférencié, dont l'implantation d'équipes autonomes ne pourrait se faire qu'**à la marge**.

Nous verrons comment sont décrits les enjeux d'une mise en œuvre **indépendante** de ce secteur, sur un modèle propre à leurs spécificités y compris dans leur interface avec les missions du secteur, puis quelles conditions peuvent garantir leur **identité** et leur **cohérence** interne.

1. Une initiative locale et fonctionnelle

Un choix propre à des valeurs

Pour justifier le choix d'une organisation particulière, certains défendent la nécessité de choix **propres à leurs valeurs** et leurs **besoins locaux**, plutôt qu'une référence à des dispositifs déjà existants :

« Écoutez, ce qui est sûr, c'est comme... quelle que soit l'hospitalisation, (...) on peut faire des contrats, on peut faire des modèles, mais ce n'est pas... on ne peut pas faire du copier-coller. C'est-à-dire que **chacun a son modèle**, surtout par rapport à sa philosophie de soins, et par rapport à ses objectifs, par rapport aux dispositifs qu'on a. »

Certaines initiatives prennent donc sens dans la concrétisation d'**idéaux humanistes** qui s'appuient sur une histoire personnelle, comme l'apparition historique de la première HAD à l'hôpital des Murets :

III. Étude des conditions d'implantation

« La première convention d'HAD qui a été signée, c'est le service que j'anime, mais je n'étais pas là, c'est 1972, (...) à l'époque ou Ginette AMADO, (...) était médecin directeur de l'hôpital des Murets qui à l'époque se voulait un hôpital pilote et **ouvert sur la cité, sans murs**, etc... »

Et pour faire valoir cette spécificité d'un modèle propre à leurs ambitions, beaucoup d'équipes choisissent de s'implanter indépendamment des services existants. Elles mentionnent en effet l'écueil d'une perte de ces valeurs face à de fréquentes mutualisation des moyens :

« Quand j'ai écrit le projet, (...) quelque chose qui nous a beaucoup fait discuter, c'est "Faut-il que cette équipe **appartienne au CMP** ou pas ?". (...) Je pense que c'est vraiment en fonction de **l'approche qui sous-tend l'éthique**, mais aussi du **contexte**. (...)

Moi une des raisons pour lesquelles j'ai voulu dissocier l'équipe du CMP, c'était à la fois pour proposer une manière de travailler **différente**, plus axée sur le côté systémique, que ne le faisait le CMP. Et je pensais que c'était **plus simple** de créer une **équipe distincte**, parce que changer les choses sur le même lieu, c'est compliqué.»

Elles signalent d'ailleurs fréquemment la crainte d'une spécificité diluée dans le partage de moyens : « D'ailleurs elle se repose, parce que comme là, c'est la mode des **mutualisations** de moyens, nous on a des cadres qui ont tendance à vouloir, une espèce de **polyvalence** de structures, qui met à mal je trouve l'organisation, et qui **ne nous plait pas**, ni aux médecins ni aux infirmiers. (...) Est ce qu'on favorise la mutualisation, qui est une aide **s'il manque quelqu'un**, mais si ça devient la **règle de base**, on n'est plus dans une mutualisation, on est dans une **même structure**. Donc il y a aussi le **risque de perdre ses spécificités**... »

Un choix propre à un territoire

D'autres équipes décrivent plutôt des choix **fonctionnels** et pragmatiques, relatifs à leur **territoire** et à la diversité de l'**offre de soin existante**. Certaines équipes ont en effet peu de bénéfice à s'implanter de façon autonome, et préfèrent au contraire s'appuyer sur le réseau ambulatoire existant :

« On a choisi ce mode, parce que territorialement parlant on ne pouvait pas faire autrement. On est... c'est une presqu'île, c'est un **territoire vaste**, et le pôle hospitalier est un peu loin de tout. Donc on avait besoin d'avoir des **antennes territoriales** à partir desquelles on pouvait définir un territoire à environ 20 minutes de déplacement, qui couvre le maximum de la population concernée. »

III. Étude des conditions d'implantation

« C'est une unité intersectorielle, qui intervient sur deux secteurs différents, avec des **besoins différents**. L'accès aux CMP n'est pas le même, certains sont ouverts en continu, un autre non. »

Selon certains, le modèle d'intervention de crise devrait donc s'organiser avant tout par rapport aux **spécificités du territoire** :

« Il y a des équipes à l'heure actuelle qui se construisent sur Paris, ils n'ont pas du tout les mêmes besoins. C'est-à-dire que là encore c'est plus **des personnes isolées** que des personnes qui vivent en famille. Les personnes dans les Yvelines, on en a pas mal qui ont des 3,4,5 pièces, des maisons. On peut faire de l'alternative à l'hospitalisation avec la **famille** quand il y a des lieux de vie suffisamment grands. Paris, peut-être qu'il faudrait bosser avec les **colocations**, pour des jeunes étudiants. Chaque territoire doit penser, selon les problématiques, le type de **besoins qu'il a**. Marseille parce qu'il y a eu beaucoup de travail sur « un chez soi d'abord » etc... c'est parce qu'il y a une grande part de population dans la rue. Parce qu'il y a du soleil en fait... »

Dans ce cas, l'enjeu est alors de rendre **cohérent** une organisation basée sur des différences structurelles, dans le cas de territoires ruraux, ou étendus à plusieurs secteurs :

« Maintenant ils font partie de la même fondation parce qu'on a **fusionné** maintenant les 2 hôpitaux, (...) Mais nos pratiques ne sont pas tout à fait les mêmes, les territoires ne sont pas tout à fait identiques, donc on leur laisse le temps d'organiser leur pôle... (...), après c'est possible qu'ils aient des **fonctionnements un peu différents**. Parce que leurs outils, sur leur territoire, ils n'ont pas autant de CMP, ils ont d'autres **contraintes**, et c'est possible qu'on soit obligés de fonctionner avec quelques différences... on verra. »

Au total, les disparités territoriales, notamment les **contraintes géographiques** et les **inégalités d'offre de soin**, semblent influencer fortement ces choix, et pourraient expliquer la diversité des adaptations proposées autour d'un objectif commun.

A l'extrême, la création d'une convention ad-hoc peut permettre d'imaginer des **formats innovants face aux contraintes financières**, comme la création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) dans un partenariat public-privé :

« Finalement ils se sont entendus entre eux pour créer un dispositif assez innovant, dans sa forme, dans la mesure où c'était un **partenariat public-privé** qui s'associerait pour créer cette

III. Étude des conditions d'implantation

nouvelle offre de soin d'HAD. Donc ils se sont associés dans ce projet pour offrir 30 places d'hospitalisation à domicile, dans un rayon de 30 km, autour de Toulouse, avec une équipe un peu commune, sous la forme d'un GCS. »

Ces mises en œuvre prennent donc des formes inédites, qui s'appuient tant sur des **spécificités** cliniques et des valeurs spécifiques, que sur les **contraintes** territoriales et financières.

Une initiative locale	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Une équipe autonome	Un nouveau système de valeurs	Un dispositif indépendant des structures existantes
La couverture d'un territoire	Un dispositif de soin accessible	Un déploiement à une échelle adaptée au contexte
Une utilisation différente des dispositifs institutionnels	Un financement adapté aux attentes	Le redéploiement de moyens et la création de formats innovants

2. Une implantation pragmatique et contextuelle, différente du secteur traditionnel

Dans l'optique de définir leur place particulière dans le réseau de soin, les équipes l'identifient en opposition au modèle traditionnel du secteur, et invoquent pour cela des **nuances cliniques, pratiques et administratives**.

Une différence clinique vis à vis des CMP

Le critère d'intensité, différent des capacités des CMP, semble écarter toute **concurrence avec ces derniers** :

« Dans un premier temps les CMP étaient **très inquiets** de l'ouverture de l'HAD... ils disaient "Vous faites des VAD, nous faisons des VAD, donc on fait la même chose... donc vous allez

III. Étude des conditions d'implantation

nous prendre nos patients“, enfin il y avait une espèce de fantasme comme ça qu'on leur **vole leurs patients**, comme s'il n'y en avait pas assez...

Et en fait l'idée, c'était qu'ils comprennent bien qu'il y a **une nuance**, du travail de CMP qui est un accompagnement soignant, et qui n'est pas un accompagnement **intensif**, l'HAD en fait c'est du CMP **intensif** »

Cette nuance permettrait même d'identifier clairement des **rôles différenciés** au sein d'une même structure : « On pourrait tout à fait imaginer qu'une équipe au sein d'un CMP, d'ailleurs c'est comme ça que fonctionne Picauville notamment... c'est au sein d'un CMP, des unités de CMP, qu'il y a des **personnes dédiées** à l'HAD, c'est à dire à **l'alternative**, en disant “Là on passe en hospitalisation“ »

Une alliance thérapeutique différente de l'hôpital et du CMP

L'intervention au domicile se caractérise aussi par des **relations différentes** entre soignant et soigné, doublées d'une certaine **discontinuité** lorsqu'il s'agit d'une équipe spécialisée, au contraire du CMP :

« La **place du psychiatre** de l'HAD était quand même assez **particulière**, parce qu'on n'est pas le psychiatre traitant, et donc pour **créer une alliance** avec ce patient, c'est quand même assez **compliqué au début**. Il ne comprend pas très bien ce qu'on va venir faire chez lui, il est déjà suivi... »

La posture des soignants s'en trouve changée, et impose une vraie flexibilité et une **horizontalisation** des rapports :

« C'est quand même quelque chose d'assez nouveau, parce que jusque-là c'était **les patients** qui devaient **s'adapter au cadre de l'hôpital**, de la clinique. Et là c'était l'inverse, on était chez lui. C'est **à nous de nous adapter**, de nous adapter dans la mesure du possible à ses horaires, de s'asseoir chez lui, de prendre son café. »

Elle peut ainsi faciliter la **continuité** lorsque les personnes se connaissent :

« Par exemple, un patient que vous allez prendre en charge en **hospitalisation sans consentement**, et le même patient que vous allez revoir plus tard au CMP, déjà au CMP le **rapport est différent**. Alors si en plus vous devez le voir chez lui. En fait ça vous **rapproche**

III. Étude des conditions d'implantation

un peu plus de **l'humain**. En tout cas lui il le vit comme ça, et ça crée un rapport totalement différent. »

Des compétences plus globales qu'un suivi ambulatoire

Le fonctionnement ainsi pensé impose en tout cas une grande polyvalence des équipes, chargées d'une multiplicité de missions en réponse à la crise, allant de l'évaluation somatique aux enjeux d'accompagnement social. C'est la raison d'une nécessaire **pluridisciplinarité** de ces dispositifs, dont la qualité des soins mais aussi la réalisabilité pratique des missions implique d'inclure un ensemble de **professionnels divers**, à l'image de la **philosophie de secteur**.

Les compétences **médicales** vont parfois de **l'évaluation** à la **coordination** de la délivrance du traitement, et s'associent souvent à **une intervention sociale** systématique :

« Donc ce qu'on proposait, c'était à la fois une prise en charge médicale **globale**, la gestion du **traitement**, l'adaptation du traitement s'il y en a besoin, c'était souvent le cas d'ailleurs. Avec un passage un voire biquotidien en fonction de la clinique du patient. »

La gestion du traitement : une mesure inspirée des pratiques hospitalières, et qui pourrait s'ouvrir à un partage des tâches avec les acteurs communautaires

Cette pluridisciplinarité semble inspirée du **fonctionnement hospitalier** plus que du travail de consultation, et les positions divergent quant à l'impératif d'une **délivrance de traitement** centralisée par l'équipe :

« Le **problème** pour moi, dans ma pratique clinique, et on en parlait avec des patients, du côté des USPPIIC, et je pense que ça va être un enjeu, c'est la **délivrance du traitement**. »

Les défenseurs d'une **responsabilité institutionnelle** s'appuient sur **l'incapacité** éventuelle de certaines personnes en **situation aigue** à s'exposer à une gestion communautaire :

« On a des patients qui sont dans une telle **intensité de symptômes** cliniques au domicile, et parfois sans soutiens familiaux, ou d'aide, comme je dis parfois assez clairement : il faut pas que le patient descende à la pharmacie chercher le traitement, parce que le pharmacien il risque **d'appeler les pompiers**... et donc c'est un truc sur lequel on va se battre... au moins les cas où on ne peut pas faire autrement »

III. Étude des conditions d'implantation

Mais certaines équipes d'HAD ont finalement pris la **liberté** de s'écarter de ce modèle pour s'inscrire dans un **réseau communautaire** ouvert :

« D'ailleurs dans notre pratique, normalement on n'a **pas le droit** de le faire, on travaille nous parfois avec des **infirmiers libéraux**, et ce n'est pas dans le contrat d'HAD, mais nous les prélèvements sanguins ils ne sont pas faits par les infirmières, alors qu'on devrait faire tous les actes de soins, par la même équipe, pendant l'HAD... »

On voit là à quel point l'amplitude des tâches reste à clarifier, parfois en dépassant le **cadre légal** de l'HAD, et surtout en resituant ces soins dans un modèle de **médecine de ville**, plutôt que celui d'une gestion par l'hôpital.

La clinique à l'épreuve de la ville semble ainsi ne plus se satisfaire d'un travail centré sur la coordination hospitalière, et nous verrons dans le troisième chapitre de cette analyse comment l'impératif **communautaire** ne peut faire l'économie d'une vraie transdisciplinarité, par un travail en **réseau**.

Une fonction identifiée par des spécificités cliniques	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Place dans le réseau existant	Une fonction particulière dans un réseau de soins existant	Des spécificités cliniques avec une plus-value explicite pour les acteurs
Amplitude des missions	La réponse globale aux besoins cliniques et sociaux	Une collaboration ouverte sur les ressources de la communauté
Cadre réglementaire	Appuyé sur lois et modèles validés	La souplesse d'un cadre ajusté aux enjeux cliniques

3. Le défi d'une cohérence interne qui s'appuie sur un cadre commun

Devant ces enjeux de polyvalence et d'autonomie, les discours médicaux recueillis mettent en lumière les facteurs déterminants de la **cohérence** et de l'**uniformité** de chacune de ces équipes, à l'épreuve du morcellement et du risque de cloisonnement dans une équipe mobilisée en permanence. Cette cohérence s'appuiera sur un cadre pratique commun, mais aussi sur les enjeux d'une culture commune et d'une formation spécifique aux interventions de crise.

Le cadre institutionnel

Un premier outil d'harmonisation des pratiques, pour des équipes intersectorielles réparties sur un territoire, peut être celui d'un fonctionnement **administratif** et de supports **matériels communs**, comme un dossier médical informatisé et un protocole d'accueil commun par une demande d'admission écrite et des rencontres préalables entre l'équipe et la personne :

« Donc pour cela ce qui a été pensé, c'est comment, pour pouvoir harmoniser nos pratiques, avoir un logiciel unique. (...) Alors ça, ça avait ses avantages, puisque **toutes les personnes qui travaillaient sur l'HAD**, que ce soit l'HAD ou le GCS, utilisaient le même logiciel »

Mais cette cohérence s'appuie aussi parfois sur des **temps institutionnels** entre soignants, dans la tradition du *secteur psychiatrique* et des pratiques hospitalières. Cette **coordination institutionnelle** s'appuie le plus souvent sur l'organigramme du **secteur, à l'échelle des équipes** comme des pôles hospitaliers :

« J'avais instauré moi, de pouvoir passer du temps avec les infirmiers, le temps de la **relève**. A la fois une relève téléphonique, et être présente sur chaque antenne : le lundi à Marchant, le mardi à Beau puy, et le mercredi aux Cèdres. Le jeudi on faisait la **synthèse**, et le vendredi je faisais l'astreinte téléphonique avec tout le monde. »

« C'est identique sur tous les CMP dans la mesure où il y a une **coordination** maintenant institutionnelle, puisqu'on est réunis en **pôle**. Donc maintenant c'est une **référence unique**, tout est fait pour qu'on ait à peu près les mêmes outils, les mêmes communications. »

Cette similarité avec le fonctionnement **traditionnel** du secteur s'oppose peut-être à une vision **communautaire** et ouverte sur la ville, qui fait tout l'enjeu de la transdisciplinarité que nous verrons plus loin.

Les enjeux relationnels

Mais la cohérence des dispositifs ne s'appuie pas uniquement sur des cadres formels, et beaucoup rapportent que c'est la **communication informelle** et le partage d'**outils théoriques** qui fait l'unité de l'équipe.

Comme pour tout dispositif institutionnel, la question de la **proximité** et de la **confiance** s'appuie sur des exigences d'écoute mutuelle. Mais du fait de la **mobilité** et de la disparité des interventions sur le territoire, les liens se font souvent par **téléphone** : « Il fallait aussi faire confiance à l'équipe infirmière. Pour pouvoir faire confiance il faut connaître les infirmiers. C'est-à-dire que... si l'infirmier te dit que tel patient ne va pas bien, il faut pouvoir **entendre sa demande**, en tout cas son inquiétude, être **extrêmement réactif** pour pouvoir voir le patient, pour pouvoir proposer quelque chose et ne pas laisser l'infirmier tout seul à gérer les difficultés »

Cette collaboration repose parfois sur un travail systématiquement collectif, en binôme, que certains peuvent trouver superflu :

« Il y a une culture très importante des équipes IDE de travailler **toujours à 2**. C'est quelque chose qui ne s'argumente pas forcément. Donc il y a un travail qui est fait à la fois par l'équipe petit à petit et par moi, de faire en sorte qu'on puisse **intervenir seul** de plus en plus souvent c'est un travail de longue haleine. »

Comme nous le verrons plus loin, cette question est mise en balance avec les enjeux de **formation et d'habitude**, parfois antinomiques :

« C'est plus dans le sens sécurité et aussi dans le fait que quand tu as travaillé 20 ans en étant toujours à 2 en entretien c'est compliqué de dire que tout seul ça peut fonctionner et que si tu as l'inquiétude de l'information tu as l'inquiétude de rater des éléments, l'inquiétude de la **responsabilité**, de "Si je passe à côté d'un risque suicidaire élevé". A deux, il y a moins de chance de passer à côté que tout seul. Des arguments qui ne se tiennent pas forcément au vu de la formation qu'ils ont eu et surtout de leurs **compétences**. »

Quel que soit le choix d'organisation, individuel ou collectif, c'est bien question du soutien mutuel et de l'unité de l'équipe, qui permettent avant tout cette cohésion et un sentiment de continuité : « Mais ce qui marche, ce qui fait fonction de lien c'est l'équipe, ce n'est pas

III. Étude des conditions d'implantation

forcément une seule personne. Donc il y a **un étayage d'équipe**... vraiment quelque chose qui entoure, dans **l'idée de l'équipe même**. Et pour que ça fonctionne, à mon avis il faut qu'il y ait une continuité entre les membres de l'équipe aussi. »

La transmission d'une culture

On peut donc concevoir cet impératif, plus marqué encore que dans le travail *intra-muros*, comme l'exigence d'une **culture commune**.

La question de l'implantation d'une nouvelle équipe implique en général le recrutement de soignants depuis des services existants, et beaucoup s'appuient sur l'existence préalable d'une **culture des soins à domicile**. La mise en place d'un dispositif de soin à domicile semble donc facilitée en partant d'un CMP préexistant, dont l'effectif est déjà expérimenté dans le travail de VAD : « Cette équipe de CMP, ils avaient déjà une équipe très dédiée aux VAD. Donc ils avaient déjà une attitude très orientée à l'intervention assez intense, intensive, à domicile. »

La solidité de cette culture commune peut donc s'appuyer sur une l'expérience antérieure des professionnels. Et cette culture est à l'épreuve de sa **transmission** dans le temps, lorsque l'effectif se transforme. C'est par exemple le cas d'ERIC qui contrairement aux équipes mobiles d'implantation récente, a traversé des décennies d'expérience. La transmission de ses valeurs théoriques a donc dû s'appuyer sur **la culture globalement partagée** des médecins successifs : « Il y a eu plusieurs choses. Le Dr Kannas est parti, mais c'est Michael Robin qui a pris son relais, et c'est M. Robin qui a initié ERIC, donc l'esprit est resté. Après M. Robin c'était F. Mauriac mais qui était présent dès le début d'ERIC. Après F. Mauriac c'est moi qui ai pris ERIC, et tous on est quasi de la même école de pensée, on arrive à des moments différents... donc c'est **pas du côté de la perte de culture**, je pense que c'est du côté de l'expérience. »

Dans d'autres circonstances, c'est la **stabilité de l'équipe infirmière**, par exemple, qui maintient cette culture commune. Ces infirmiers font alors office de **référence théorique** par leur expertise auprès de leurs collègues :

« Cette équipe infirmière elle a été **stable** jusqu'en 2017, alors que nous il y a eu beaucoup de mouvements médicaux, donc il y a eu plusieurs **changements de médecins**, je crois qu'ils en sont à leur 4ème en 5 ans. »

III. Étude des conditions d'implantation

« Heureusement qu'il y a eu une stabilité de l'équipe infirmière, parce que **c'est eux qui nous ont aussi appris** à... comment dire..., nous apprendre comment ça fonctionnait, ce qu'ils pouvaient faire, ce qui n'était plus de leur rôle, enfin voilà... Et puis au fil du temps ils ont une expertise, et c'est pour ça qu'on a réadapté le projet d'unité. »

Cette conception sous-tend la perspective d'une **construction progressive de la culture** de l'équipe, appuyée sur son expérience pratique. Elle s'oppose donc résolument à l'idée parfois véhiculée d'un **nécessaire turn-over** des soignants au sein des structures, qui chercherait à éviter l'écueil d'une **routinisation**.

L'apport d'une perspective innovante et fédératrice

Mais comme nous le verrons dans la dernière partie de ces résultats, l'apport théorique du rétablissement peut aussi être décrit comme un phénomène disruptif, qui vient **faire violence** aux **habitudes** hospitalières des professionnels pour forger une nouvelle culture commune.

C'est par exemple ce qui mobilise le **changement de posture** de certaines équipes, auparavant inscrites dans une **culture institutionnelle** et **sécuritaire**, pour au contraire les fédérer dans une approche innovante et créer cette nécessaire cohésion :

« Voilà donc là vous aviez des cultures différentes avec des infirmiers qui voyaient dans chaque malade un criminel potentiel alors que... et donc là on a réussi au moins ça, c'est que de Cagnes-sur-Mer à Menton les équipes travaillent avec la **même philosophie**... »

Sur le plan théorique, la majorité se gardent néanmoins d'imposer une orientation particulière, pour préférer une approche **intégrative**. Beaucoup d'équipes n'ont donc pas de référence théorique centrale, même si l'approche systémique semble majoritaire :

« De ce côté-là, on a essayé de rester on va dire... dans la richesse... c'est à dire que chacun puisse s'appuyer sur un modèle théorique... il y en a qui sont plus **systémiques**, qui travaillent davantage avec les **familles**. D'autres qui sont plus,... je ne sais pas s'il reste des collègues très **psychanalytiques**... il y en a qui ont des compétences plus en **TCC**... je dirais que chez nous c'est plutôt l'empreinte de la thérapie familiale systémique, qui va peut-être être un petit peu plus formalisée, plus forte. »

III. Étude des conditions d'implantation

Formations des soignants et délégations de tâches

Un autre pilier de la cohésion de l'équipe semble être la **formation** spécifique des soignants à **l'évaluation** et à **l'intervention de crise**. Elle semble d'autant plus nécessaire que les soignants sont souvent en autonomie. La **délégation de tâches** entre médecins et infirmiers serait donc encore plus marquée dans ce contexte de mobilité, où les échanges concrets se font rares.

La mission **d'évaluation** des équipes mobiles s'appuie par exemple fortement sur les formations au **risque suicidaire**, et les outils à disposition des soignants :

« Donc ça c'est un peu le travail de l'infirmier c'est d'évaluer, alors il est **formé au MINI** (questionnaire d'évaluation standardisée), à l'évaluation du risque suicidaire, il est formé à pleins de choses. Nous on a eu beaucoup beaucoup de situations de stress post traumatique après l'attentat du 14 Juillet. Donc l'infirmier voit en **première intention** et après il oriente. »

Quelle formation à la santé communautaire ?

Mais plus spécifiquement, la formation de ces équipes implique des perspectives nouvelles, qui intégreraient une **culture de soins communautaires** : « Parce que en fait, c'est aussi d'avoir des infirmiers qui peuvent **entendre le soin en dehors des murs**. »

Ce rôle de formation au sein même de l'équipe s'impose aussi face au caractère innovant, voire disruptif, des référentiels proposés. Les références théoriques du soin communautaires semblent loin d'être partagés par tous, et elles impliquent parfois un important transfert de connaissance au sein de l'équipe. Certains parlent même d'un travail *d'éducation* :

« Entendre la possibilité que quelqu'un puisse délirer sans avoir pour autant le besoin d'être hospitalisé. C'est de pouvoir aussi évaluer, avoir cette **capacité d'évaluation**, et ça c'était un peu **compliqué** au début. Au début, ou avec les infirmiers qui n'ont **pas l'habitude** de VAD, on avait par exemple un soignant qui n'a travaillé que dans un service de soins de suite, donc du coup les patients quand ils déliraient ils étaient **enfermés**. Et ça, de pouvoir entendre qu'un délire n'est pas forcément un critère d'hospitalisation, c'était aussi mon rôle dans ce **travail d'éducation**, au niveau des soignants. Bon, il y en a qui pouvaient l'entendre, et d'autres qui **ne pouvaient pas l'entendre**. »

III. Étude des conditions d'implantation

Enfin, cette culture n'existe pas *a priori* et semble **en construction**, à l'image des **échanges d'expérience** entre les différentes équipes d'une région :

« Ils ont tous fait la formation à Bordeaux sur l'HAD. Et cette année on a fait une **formation qu'on a co-construite** sur la question des enfants, la place des enfants au cours des soins à domicile. Ce qui n'est pas évident, parce qu'en fait il n'y a **pas de formation spécifique** de ce type de prise en charge. Donc du coup on essaie avec les autres équipes (Pays de Loire) de faire des **rencontres annuelles**, on tourne à tour de rôle, on choisit un thème, chacun choisit ce qu'il a à présenter sur ce thème, et c'est très riche. Et du coup c'est comme ça en fait qu'**on se forme**. Notre pratique clinique, notre pratique à **échanger entre inter-équipe**. »

Encore une fois, la spécificité de ces équipes dans leur travail de mobilité semble impliquer une forte **identité** et un **système de valeurs** à l'épreuve de la distance. L'application d'un cadre rigoureux n'est pas suffisant, et c'est bien la construction d'une **culture collective** et le goût pour le transfert de savoir qui semblent garantir la cohérence de ces dispositifs, pour faire émerger les bases d'une pratique nouvelle aux ancrages théoriques solides.

Une cohérence interne	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Cadre administratif	Cadre institutionnel préexistant	Le souci d'une ouverture communautaire
Cohérence autour d'une même culture	Une culture commune innovante	Des enjeux théoriques innovants et enrichis de l'expérience de l'équipe
Cohérence dans la répartition des tâches	Autonomie et partage des responsabilités	Une formation clinique spécifique, aux outils validés et à construire depuis le terrain

C. Une réponse aux limites du secteur

Après avoir vu les questions de l'autonomie de ces équipes, et d'une cohésion à la fois fragile et féconde, nous constatons qu'un moteur essentiel de cette implantation est la recherche de **solutions face aux limites du secteur** traditionnel.

Nous verrons d'abord comment la **réponse à ces limites** est une façon pour les équipes de **trouver leur place** dans l'offre de soin traditionnelle, puis au contraire comment cette symétrie peut **menacer l'équilibre** institutionnel et **brouiller la visibilité** du réseau en estompant ses objectifs propres.

1. Une alternative bienvenue devant des moyens conventionnels dépassés

Une réponse au manque de lits d'hospitalisation

A l'image de l'apparition de l'HAD dans les soins somatiques aux États-Unis puis en France, l'apparition des équipes de soin à domicile semble pouvoir répondre à une forte augmentation de la **tension entre demandes et capacités** d'hospitalisation : « Le besoin est fort car les lits sont **saturés**, la situation est très compliquée(...) Ils ont développé plusieurs structures d'alternative à l'hospitalisation. »

Cette *suroccupation hospitalière* semble donc un vecteur de l'apparition de « structures innovantes et dynamiques, devant des moyens conventionnels saturés »

Ce constat **utilitaire** peut venir heurter le conception **philosophique** du soin communautaire, qui voit dans l'alternative à l'hospitalisation un enjeu d'innovation :

« Ce sont des questions très importantes, parce qu'en effet ça va **impacter le modèle** et la manière dont on intervient : est-ce qu'on intervient juste parce qu'il n'y a **pas de lits**, ou est ce qu'on intervient juste parce que... plus sur une **optique de rétablissement** en disant "de toute façon le soin il se fait dehors" »

III. Étude des conditions d'implantation

D'autres y voient une intention **gestionnaire** au préjudice de la **qualité des soins** :

« Et la crainte que j'ai, c'est qu'il y ait des HAD qui s'ouvrent, pas uniquement pour des questions de qualité de soins, mais aussi pour... parce que ça **couterait moins cher** que l'hôpital... il n'y a pas que de bonnes raisons... »

Cette vocation de recourir au défaut de lits hospitaliers est cependant reprise favorablement par beaucoup d'équipes, qui y voient parfois un **double bénéfice**, pour l'institution et pour la personne :

« L'urgence qui sait qu'il ne reste plus qu'une place par exemple... (...) quelqu'un qui a **besoin d'être hospitalisé** (...) qui juge qu'il n'y a **pas besoin de mettre une SDT** (Soins à la demande d'un tiers)... alors l'urgentiste dit "Il n'y a pas de place, on met en place une HAD, l'équipe viendra vous voir au domicile" et les gens sont plutôt ravis... »

« C'est-à-dire que si on n'a pas de lit d'hospitalisation, jusqu'à un certain niveau de dangerosité, notamment par rapport à la crise suicidaire, on peut dans ces conditions orienter directement en HAD parce que nous n'avons pas de place. On aurait pu les prendre en hospitalisation, mais n'ayant pas de place, étant **obligés de donner des soins**, on les met en HAD. »

Cette demande fluctue bien sûr avec les taux d'occupation des hôpitaux, et servirait donc un certain **équilibre** au sein de l'institution. Les orientations vers le soin à domicile semblent ainsi s'adapter en permanence aux capacités hospitalières :

« A l'heure actuelle, Charcot il y a eu un moment où il y avait assez de lit, c'était "assez tranquille". Relativement... On est dans un moment où ça se **bouscule au portillon**. du coup il s'autorisent aussi à nous proposer des sorties d'hospitalisation prématurées. Alors est ce que c'est de l'alternative, ou de la sortie précoce d'hospitalisation... On est dans un entre deux. Enfin on a **de plus en plus de situations** comme ça qui sont en train de nous arriver à nouveau. »

Les résultats semblent d'ailleurs très **satisfaisants** sur certains établissements auparavant saturés : « On est dans un contexte de **suroccupation chronique**. Et du coup l'idée de répondre à cet appel à projets, c'était de voir si on **limitait cette suroccupation**, notamment dans notre pôle. (...) Après c'est toujours difficile d'évaluer, mais en tout cas le pôle (...) fonctionne **beaucoup mieux** qu'il y a quelques années. Beaucoup moins en suroccupation, c'est beaucoup **plus fluide et plus réactif**. Après je ne pourrais pas vous dire si c'est franchement le SPAD. Mais en tout cas ça a fluidifié quelque chose. »

III. Étude des conditions d'implantation

A l'inverse, certaines équipes peuvent se sentir **instrumentalisées** par des orientations parfois mal justifiées et « par défaut » et ne sont pas satisfaites d'un tel rôle de recours :

« C'est plus compliqué quand on est appelés par les services de l'hôpital par exemple, avec l'accord du psychiatre de liaison... qui des fois **se débarrassent un peu** parce qu'ils ne connaissent pas trop la psychiatrie... ils nous envoient des trucs qui sont **un peu compliqués** des fois... parce que mal cadré, parce que pas cadré par des équipes psychiatriques en fait... »

Une réponse à des moyens ambulatoires conventionnels dépassés

Au-delà de la demande hospitalière, les soins à domicile sont aussi perçus comme une solution à **l'insuffisance des structures ambulatoires**. C'est d'ailleurs un souhait général des équipes de pouvoir répondre à des **situations problématiques** : « C'est qu'on a du mal sur le secteur, quand un patient est en situation de crise, quoi lui proposer hormis l'hospitalisation, parce que les **CMP** sont aussi un peu **asphyxiés**. Enfin nous en tout cas, ici. »

« Moi je souhaite à ce que les CMP nous fassent plus d'indications. J'ai travaillé 20 ans en CMP, je sais qu'on avait des **cas compliqués**, où là j'aimerais qu'ils nous sollicitent plus, les CMP, en alternative à l'hospitalisation »

Au-delà du champ de la crise, l'apparition des équipes spécialisées semble ainsi souligner l'insuffisante adaptation des CMP dans ses **rythmes d'intervention** : « Le **secteur** c'est celui qui est le plus **fragilisé** et le plus **conurrencé** par ces approches. Ceux qui défendent l'approche sectorisée la défendent avec de bonnes idées, et ça reste toujours une bonne idée l'approche sectorielle. Mais des approches segmentaires concurrencent le secteur sur des segments particuliers. Sur la crise, l'urgence et l'alternative à l'hospitalisation, le secteur classique est dans un tempo **trop lent**, et **trop retardé** pour pouvoir répondre efficacement. Et pour les patients, les *Severe Mentally Ill*, qui rechutent fréquemment, le secteur n'est **pas suffisamment actif** de façon prolongée pour répondre à ces situations, donc ils ratent le préalable, et il rate le long cours en fait, alors qu'en théorie il est taillé pour les deux. »

L'implantation des équipes de soin à domicile de courte durée peut donc se situer dans la **réponse ciblée** à la demande d'une population qui ne trouve pas satisfaction dans les soins traditionnels, et refusent une hospitalisation complète.

III. Étude des conditions d'implantation

Une offre de soin au-delà des moyens du CMP

La polysémie de la notion d' « **aller vers** », comme nous le détaillerons dans la seconde partie, semble caractériser sa plus-value, *aller là où* le CMP n'accède pas habituellement :

« Ça c'est une ligne d'argumentation qui tient vraiment bien, à savoir qu'il y a quand même pas mal de gens qu'on peut essayer d'accueillir, et qui **ne seraient jamais allés frapper** à la porte du CMP »

L'objectif serait alors celui d'accueillir ceux que le CMP ne parvient pas à rencontrer du fait d'une demande ambulatoire croissante: « Parce le CMP fait ce qu'il peut, mais ne peut pas non plus gérer les demandes, et puis... voilà **la demande est très très importante.** »

Des missions éloignées du soin intensif

Mais la fonction de mobilité semble aussi pouvoir répondre à des missions encore plus **éloignées de l'alternative** à l'hospitalisation, comme la garantie d'une **permanence de soins** les jours de fermeture :

« Comme il y a des infirmiers le **dimanche**, avec les urgences c'est la seule structure qui travaille, à part l'intra évidemment. Les CMP, ou des appartements associatifs, peuvent dire "On a un patient instable, même si c'est quelque chose de plus chronique, est ce que quelqu'un peut le recevoir le dimanche ou passer le dimanche". Ça c'est une **mission un peu en plus.** »

A contrario des spécificités citées précédemment, répondre aux limites du secteur situerait parfois les dispositifs de soins à domicile du côté de **soins intensifs au long cours**. Il se consacrerait ainsi à des **missions diverses**, au-delà des interventions de crise :

« La question "*alternative à l'hospitalisation*", je ne sais pas si c'est un terme adéquat... c'est plutôt, que parfois il n'y a pas d'indication d'hospitalisation, mais la pathologie est grave, et il faut des soins intensifs... »

Enfin, certains partenariats n'aboutissent pas du fait d'un **transfert de charges** considéré sans contrepartie. Ainsi, un des acteurs rapporte avoir été sollicité pour prendre en charge les transports vers l'hôpital de certaines situations, alors qu'il espérait au contraire pouvoir trouver un fonctionnement complémentaire des services d'urgence :

III. Étude des conditions d'implantation

« Je suis allé rencontrer les pompiers et le SAMU, j'en suis **ressorti les mains vides** et c'est compliqué de mettre en place des choses de ce type-là. Personne n'a le... Le commandant que j'ai rencontré attendait de cette rencontre que je puisse lui dire **qu'ils n'auraient plus à intervenir** sur des situations de crises psychiques. Personne n'a les moyens donc il faut trouver quelqu'un d'autre pour le faire... C'est un peu la position qu'on a aussi, c'est à dire j'aurais bien aimé au contraire pourvoir quand on en a vraiment besoin avoir des pompiers plutôt qu'une ambulance privée... ce n'est **pas possible**... »

Au total, en pouvant répondre à **l'asphyxie de certains dispositifs** sectoriels, l'équipe de soin à domicile se trouve parfois investie de **missions divergentes voire antinomiques** : satisfaire la demande des personnes en leur offrant des soins plus proches de leurs attentes, parfois pour des situations de vulnérabilité au long cours, et surseoir aux conséquences de la réduction de moyens de dispositifs déjà submergés par l'augmentation des demandes.

La **réponse aux limites** d'un système parfois figé et insatisfaisant semble **essentielle**, mais l'articulation des missions spécifiques de ces équipes à des attentes de partenaires parfois beaucoup plus **pragmatiques** risquerait parfois de la **détourner de ses objectifs**.

Une alternative à des moyens dépassés	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Un bénéfice pour les services d'hospitalisation	Un outil de régulation face au manque de lits	Prévenir le risque d'une alternative souvent instrumentalisée
Un partenaire ambulatoire polyvalent	Des missions diverses, de l'alternative à la prévention tertiaire	Éviter d'être détourné vers des missions trop éloignées du soin intensif

2. A l'image des équipes mobiles, une place dans les interstices ?

C'est dans cette **tension entre enjeux gestionnaires et revendications pour la qualité des soins**, que semble se situer la place des équipes mobiles. Beaucoup parlent ainsi d'une place "dans les **interstices**", car la frontière entre les dispositifs du secteur n'est **pas figée**, et le rôle des soins intensifs à domicile **pas toujours clairement affirmé**.

Comme nous l'avons vu autour de la question de son identité propre, le rôle de ces équipes n'est **pas toujours clairement différencié** de celui du CMP :

« Ce n'est pas vraiment des limites mais c'est la répartition des rôles au sein du secteur. C'est à dire qu'il faut être attentif : la question que posait mon chef hier "Si on augmente l'effectif, qu'est ce qui justifie qu'on augmente **celui de l'équipe mobile et pas ceux du CMP** ?" C'est toujours ce point-là, quelle est la différence entre les deux, et de temps en temps elle est un peu ténue... »

Ce **flou** est parfois maintenu de façon **satisfaisante** :

« Donc pour les indications ça reste... on essaie pour l'instant d'être **assez souple**... ça reste une question, on a un peu du mal à y répondre clairement. Même entre les structures. Il y a des **points d'intersection** entre le CMP... il y a des moments où on dit « qui y va ? qui le fait ? » alors souvent, quand c'est des situations non connues du CMP c'est plus nous... »

La distinction ne porte en effet pas toujours sur des critères organisationnels ou cliniques a priori, mais se construit dans un **échange pragmatique** :

« Surtout s'ils (les soignants du CMP) connaissent le patient, qu'ils interviennent déjà, il peut arriver qu'ils organisent une VAD et gèrent à ce moment-là la crise. Soit ils la gèrent complètement, soit ils font appel à nous. Mais c'est des moments où la question va se poser. Dans ce cas-là ça va être un peu selon la **disponibilité**, ou **selon le lien** au patient, si on le connaît déjà... Pour vous dire que tout **n'est pas rigide et structuré** non plus... c'est aussi le propre des équipes mobiles. Dans les congrès il en ressort ça. Ça marche aussi parce qu'il y a une forme de souplesse, **on s'adapte** quoi... »

Et à la question finalement très théorique de définir des indications spécifiques, beaucoup restent **évasifs** : « C'est un problème qu'on n'a pas bien réglé... qui souvent nous amène à des

III. Étude des conditions d'implantation

discussions effectivement. (...) Je pense que pour vraiment préciser les indications, ça reste encore... Nous même **on se questionne** des fois. Des indications qui sont vraiment, je pense... »

Mais cette approche **pragmatique** semble parfois se heurter aux **enjeux institutionnels** plus sensibles, mettant en **concurrence** équipe de soins intensifs et CMP :

« Mais les indications sont **très diverses**, je ne suis pas sûre qu'ils voient bien à quelle situation peut correspondre l'HAD. » « Les limites elles sont là aussi : comment est-ce qu'**on ne prend pas le travail** des **urgences**, le travail du **CMP**, globalement **où est la place** d'une équipe mobile de crise... En France, c'est plus difficile encore qu'en Angleterre : comment le différencier du **travail de secteur** ? Les CMP peuvent se déplacer au domicile aussi... et puis les infirmiers de l'intra peuvent aussi... »

Des interstices à la confusion des rôles

Cette place interstitielle est donc parfois **remise en cause**, du fait qu'elle entretient une **confusion** concernant les **missions propres** à l'équipe.

Certaines équipes disent par exemple **refuser de répondre** à des situations dans lesquelles le public les sollicite, et qui **les éloigneraient** trop de leurs missions :

« Alors ce qu'on ne fait pas, que fait ERIC, c'est vraiment l'urgence d'aller (...) faire un travail d'hospitalisation sous contrainte en urgence. Ça normalement **ce n'est pas notre mission**, parce que sinon on va faire plus que ça, et on n'est plus du tout dans le travail de crise.

C'est une **frontière compliquée**.... (...) si on le fait trop, on est embolisé par ça. »

Certains regrettent aussi la **confusion** entre les dispositifs de **soins intensifs** à domicile, et des missions **d'accompagnement** :

« Voilà c'était très du côté... il n'allait pas chercher son traitement tout seul, il avait besoin d'un appui pour le traitement, donc on le mettait en **HAD**... et on choisit l'HAD, pourquoi je n'en sais rien, parce qu'ils auraient pu choisir **l'hôpital de jour** par exemple... »

« On n'était pas là pour faire de l'administration de traitement. Les **infirmiers libéraux** faisaient extrêmement bien ce boulot-là. Donc c'est pour ça que parfois il pouvait y avoir des demandes totalement **inappropriées** et **inadaptées** »

III. Étude des conditions d'implantation

Les équipes ayant accepté certaines prises en charges hors de leur champ sont alors sollicitées pour des **missions annexes** aux leurs, à l'image des interventions vers le médico-social :

« On a un peu le **même problème** avec des personnes âgées, c'est-à-dire qu'on a parfois accepté d'aller dans des maisons de retraite, ou d'aller à domicile pour des personnes âgées qui ont besoin d'un suivi, qui sont déprimées, par exemple pour un **suivi un peu plus rapproché**... les médecins traitants peuvent nous appeler, mais c'est difficile du coup après de ne pas devenir une **équipe de géronto**, quoi... »

Et d'autres remarquent que leur **capacité** à répondre à certaines situations est **sous-estimée** :

« Beaucoup de médecin ne pensent pas que c'est une alternative possible pour des **états aigus** ou pensent que les patients ne sont **pas assez calmes**... »

« il y a parfois des patients qui vont à l'hôpital psychiatrique pour des épisodes dépressifs, des bouffées délirantes aiguës... qu'on pourrait tout à fait prendre en charge à domicile. Et ça par exemple ce n'est **pas encore** vraiment **présent dans la culture** »

Cette **confusion** s'observe au sein même des **services**, lorsque les indications ne sont pas **consensuelles** :

« Des fois même dans le service, on **a beaucoup de mal**, sauf des médecins qui ont été dans cette unité, à aider les collègues à **poser des indications** en amont des hospitalisations, qui soient des "**bonne indications**", c'est-à-dire pour des soins aigus ou subaigus... des fois on me demande de voir des gens... mais c'est **pas du tout des soins de particulière intensité**... ils vont pas très bien, alors parfois on les voit en VAD médicale, mais ça ne nécessite pas d'hospitalisation, même si... »

Comme l'ont souligné les fonctions spécifiques qui font l'identité de ces équipes, beaucoup affirment ainsi la nécessité de **clarifier un rôle** centré sur la crise :

« Alors que moi je pense, **il faut que les malades soient en crise**, sinon si c'est pour faire de la **VAD rapprochée**, ce n'est pas intéressant. »

Si l'opportunité d'un positionnement flou en réponse aux besoins du contexte semble avoir été moteur dans l'apparition de certaines équipes, **l'affirmation de leur rôle propre** pourrait à l'inverse éviter l'écueil d'une **polyvalence instrumentalisée**.

III. Étude des conditions d'implantation

Et bien que leur place semble légitime sans toujours clarifier des indications strictes, des incertitudes trop grandes quant aux missions de ces équipes a pu augmenter les tensions institutionnelles, et participer à délégitimer les structures en place en voulant les suppléer.

Au total, **l'interface** entre les structures traditionnelles et les équipes de soins intensifs à domicile semble mouvante. Ce **mouvement est profitable**, puisque l'insuffisance des premières **légitime la place** des secondes, et que cette interdépendance permet de **réguler les manques** et insuffisances liés à l'augmentation des demandes. C'est donc initialement dans cette possibilité de répondre aux besoins, face à une offre de soins traditionnelle dépassée, qu'apparaissent les équipes mobiles.

Toutefois, la légitimation de la place des équipes de soins à domicile par l'épuisement du secteur traditionnel ne semble **pas garantir** les conditions d'une **amélioration globale des soins**, et beaucoup suggèrent la **nécessité d'affirmer un rôle plus spécifique**, au-delà des interstices.

Quelle place dans un système asphyxié ?	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
S'adapter aux besoins	Une identité souple, adaptée au contexte	Éviter la mise en concurrence avec les dispositifs existants
Affirmer un rôle propre	Un rôle affirmé différent des moyens conventionnels	Définir des indications claires qui ciblent des champs d'interventions spécifiques

Cette affirmation devra se faire dans le souci de la **continuité des services**, par la construction de **relations spécifiques** avec ses partenaires, comme le mentionne un des acteurs :

« Sur le terrain pour l'instant ça fonctionne avec des équipes mobiles qui sont obligées d'essayer de **collaborer avec le secteur hospitalier**. C'est un peu difficile parce qu'on voit que dans beaucoup d'endroits dans le monde... où nous en France on part du système hospitalier pour l'ouvrir, et il y a beaucoup d'endroits où il y a des équipes mobiles qui sont obligées de **s'interfacer avec l'hôpital** avec une interface qui est **pas** parfois **très souple**... »

III. Étude des conditions d'implantation

Et si le risque d'une **surspécialisation** des structures est pour certain un argument contre la **différenciation des rôles**, il ne semble **pas un argument solide** pour tous :

« Alors il faut dire que cette question elle était **délicate** parce qu'elle était reprise **politiquement**. vous savez quand les gens ont envie de voir quelque chose...

Parce que quand il y avait un **couac** quand un malade sortait et que sa prise en charge... enfin si il y avait un ratage dans le **passage de relais**, c'était largement repris, commenté, **amplifié** et mis sur le compte de la **réorganisation**.

Probablement ça a pu être un problème, mais moi pour avoir été médecin chef d'un secteur pendant des années puis d'un pôle de la psychiatrie, puisque c'était le regroupement des secteurs, des problèmes dans la passation dans la sortie d'un malade il y en a **toujours eu**. Là si vous voulez c'était après **exploité**... »

La place de la philosophie de secteur, renouvelée dans l'élan communautaire actuel, pourrait peut-être **garantir cette continuité** en la situant dans une **approche territoriale et pragmatique**, spécifique aux contextes, et nous allons voir comment ce réseau peut évoluer, non vers la globalité d'une organisation unique et centralisée, mais par l'implantation des équipes dans un **parcours de soin** cohérent aux acteurs **différenciés**.

L'objet de notre étude semble donc définir un rapport nouveau aux partenaires du soin : en proposant un **accès souvent élargi** à une population, parfois sans demande, et avec une **réactivité** inédite, les soins intensifs à domicile semblent ainsi réaffirmer la nécessité d'une offre de soins **démocratisée**. Nous verrons alors quelles conditions impose cette ouverture au public, dans la façon dont ces équipes s'articulent avec leur partenaires et les hôpitaux, avec l'intention d'un parcours cohérent.

D. Une logique de parcours de soins

1. Une médecine générale toujours à la marge des parcours psychiatriques

A l'image du modèle hospitalier, certains services exigent que les orientations vers les soins à domicile soient systématiquement réalisées par un psychiatre, au risque d'un certain cloisonnement :

« Ce n'est **pas les urgentistes**, ce ne sont **que les médecins psychiatres** qui font cette orientation-là»

« Quand les médecins traitants m'appellent (...) je leur demande simplement de se mettre en **contact avec un médecin du secteur**, leur référent habituel, ou le médecin chef du secteur s'ils n'ont trouvé personne, et c'est au **médecin du secteur** de nous **activer** à ce moment-là... on fait un petit **dérivatif** : au lieu de les envoyer en consultation si la situation nécessite une hospitalisation, c'est le médecin du secteur qui nous dit "Je vous active à la demande du médecin traitant parce que ça me paraît pertinent"».

Cette substitution du médecin traitant par un **psychiatre traitant**, à l'image de **l'isolement de la discipline psychiatrique** dans la pratique médicale, se justifie pour certains par l'habitude d'un **fonctionnement clivé** entre médecine générale et psychiatrie, et par une participation insuffisante des généralistes :

« En France le médecin de référence est le médecin traitant, ce qui voudrait dire que toute HAD doit être activée par le médecin traitant... en psychiatrie c'est compliqué parce que souvent il n'y a **pas de médecin traitant**, ou c'est le psychiatre qui fait la partie "suivi psy" et **pas du tout les médecins généralistes**, et souvent ils n'ont **pas du tout envie** de venir...

Nous on les invite à venir, participer aux soins, mais très peu sont partis pour être en **collaboration** sur les soins psy. Ils nous disent "**on n'y connaît rien**, on vous fait confiance on vous laisse faire, mais nous on a **autre chose à faire**" »

« Mais si je dois appeler le médecin traitant qui n'y connaît rien ou qui **ne veut pas s'y intéresser**, et ou qui n'a pas d'avis forcément par rapport à moi... donc ce qu'on a été obligé de monter, c'est d'être cohérent, c'est de définir que le rôle qu'on attend de médecin traitant pour nous, c'est le psychiatre traitant : c'est le psychiatre de secteur ou libéral qui s'occupe du patient. Et pour nous celui qui active l'HAD c'est le **psychiatre traitant**. »

III. Étude des conditions d'implantation

Et cette déconsidération du rôle des généralistes se double d'un obstacle matériel dans le cadre de l'HAD, puisque la coordination centralisée par le service psychiatrique, y compris sur les enjeux financiers, fait du médecin traitant un partenaire des soins souvent passif :

« Je n'ai pas évacué complètement les médecins traitants : (...) même s'ils **participent peu** de fait, (...) ils ont une convention qu'ils signent de partenariat avec l'HAD. (...) il y a un **dossier patient**, qui va être à la maison du patient, et le patient peut aller voir tous les médecins avec ce dossier-là, et c'est **l'hôpital qui rémunère** tous les soins... ce qui complique aussi la donne financière, parce que si le patient va voir très souvent son cardiologue, le kiné à domicile etc. tout ça s'est **facturé** par mon unité. S'il devait faire une chimiothérapie normalement ce serait à mon unité de le facturer... et normalement on est censé couvrir la totalité de la prise en charge médicale, ce qui la aussi est un **carcan**... »

Lors d'une orientation vers le soin à domicile, c'est alors un **parcours** parfois **kafkaïen**, à l'image de la hiérarchie hospitalière, qui va mener les personnes chez le médecin libéral, puis vers un psychiatre public du CMP ou des urgences, où interviendra l'équipe de soins à domicile :

« C'est arrivé même que les psychiatres **libéraux**, qui nous connaissent maintenant, envoient les patients aux **urgences**, pour **qu'on les voit en** ambulatoire. Donc on peut le faire. C'est accessoire, mais on le fait. Ceux qui nous connaissent le font. C'est arrivé qu'un **généraliste** soit très en difficulté avec une patiente, il l'envoie au **CMP**, et **le CMP nous appelle**, on va au CMP. »

2. Un accès direct depuis les acteurs de la ville

Mais contrairement à une partie des services hospitaliers, le passage par un service d'orientation n'est **pas systématique**, et les équipes proposent souvent des **voies** d'accès **multiples**, notamment à travers l'ensemble des institutions :

« Donc ça peut être via les **CMP**, via **l'intra**, ou on est en train d'essayer via la psy de **liaison** ou la psychiatrie des **urgences** au CH d'Ancenis. »

Cet accès institutionnel ne semble cependant pas satisfaire **les ambitions communautaires** des équipes, dont beaucoup cherchent à proposer un **accueil direct** depuis la **médecine de ville** :

III. Étude des conditions d'implantation

« Le modèle qu'on a actuellement c'est un modèle très **médico-centré** voire très **CHU centré**, c'est à dire que si on imagine qu'il faut tirer sur une sonnette d'alarme pour déclencher la crise... l'intervention... Jusqu'à y a un mois la **seule sonnette** d'alarme elle était dans les mains d'un **psychiatre** traitant à **l'intérieur du CHU**, là maintenant on l'a fait évoluer elle est aussi dans les mains des **urgentistes** même s'il n'y a pas de psychiatre traitant, et l'idée dans les mois qui viennent c'est de faire en sorte que cette sonnette d'alarme on puisse la mettre à disposition déjà des **intervenants de première ligne** du sanitaire, donc les médecins généralistes, mais aussi de pouvoir la mettre même à disposition des **gens directement**, donc des associations... »

Certains accueillent donc un public large, depuis la médecine **libérale**, grâce à un travail progressif **d'information des partenaires**

« Les **médecins généralistes**, les **psychologues**, les médecins libéraux, **peuvent tous nous appeler**. Ils nous connaissent et nous appellent. » « Et petit à petit la demande s'est plus ou moins **élargie** à la fois aux médecins généralistes, et aussi aux psychiatres libéraux. Petit à petit on s'est **fait connaître**, et on a pu recevoir un public assez vaste »

Enfin, dans l'optique d'équipes de crise intégrées à la communauté, les acteurs déclarent parfois se mettre **à la disposition des personnes** en souffrance **sans intermédiaire**.

C'est particulièrement le cas pour des personnes ayant déjà rencontré ces équipes dans leur parcours, et dans des situations où le recours à l'hôpital n'est pas souhaité :

« Parce qu'ils ont **identifié l'intérêt** de ce soin à domicile (...) Donc les gens, voilà, peuvent nous demander. Disant "Je voudrais... je ne veux pas aller à l'hôpital". Même des gens qui sont **coutumiers des hospitalisations** en psychiatrie, ils me disent "Surtout pas, ne m'envoyez pas là-bas, **je veux être en HAD**" »

Cet accès direct concerne aussi certains dispositifs dans une **approche familiale**, à l'image des équipes de crise d'orientation systémiques, auprès de qui **les proches** de personnes concernées restent souvent les premiers demandeurs :

« **Les familles** c'est 32% des demandes. Donc c'est **ceux qui nous appellent le plus**. Ils peuvent nous appeler, les familles, sur conseils de psychologues, psychiatres, médecins généralistes, enfin d'autres professionnels de santé. »

Cette question d'un accueil **sans intermédiaire**, et donc d'une capacité d'évaluation et d'orientation des très nombreuses situations de demandes, semble néanmoins limitée pour des

III. Étude des conditions d'implantation

questions de moyens : « Ca c'est un gros travail et ça demanderait une équipe beaucoup plus conséquente... »

Beaucoup d'équipes, préconisent donc de passer par un **avis professionnel préalable**, mais **pas exclusivement médical**. Il s'agirait alors de construire un partenariat étroit et une reconnaissance par les **acteurs extérieurs au monde sanitaire** :

« D'emblée quand ERIC s'est construit, ce qu'on souhaitait c'est que les adresseurs soient du côté **médico-socio-judiciaire**, professionnels. » « Ca peut être soit la demande d'un **professionnel quel qu'il soit**, à l'extérieur, un généraliste ou un psychiatre libéral, ou le CCAS (centre d'action sociale)... »

Même si les pratiques sont diverses, elles semblent ainsi permettre la réouverture d'une logique institutionnelle vers une logique de réseau, pour garantir un **accès large et communautaire** des personnes. En écho aux intentions de la philosophie de secteur, il s'agirait alors pour la psychiatrie de s'appuyer sur des partenaires plus larges que le corps médical, pour construire un partenariat avec les professionnels du médico-social et du social, et leur donner une place centrale dans les parcours d'orientation.

Un accès au plus grand nombre	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Des soins à disposition de la communauté	Un accès élargi au-delà des orientations par l'institution	Une information permanente des adresseurs et du public
Une évaluation professionnelle en amont	Assouplir l'accès devant le manque de disponibilité des psychiatres	Un travail partenarial solide avec des adresseurs propres au contexte (généralistes, professionnels du médico-social)

3. Les missions d'évaluation et d'orientation : quelle continuité médicale ?

Une évaluation médicale systématique, au risque de séquencer le parcours des personnes

Au-delà de l'orientation, si tous n'exigent pas d'être sollicité uniquement par un professionnel du sanitaire, la majorité des équipes justifient toutefois la nécessité d'une **évaluation initiale** par le **médecin de l'équipe**.

Cette exigence se justifie par la méconnaissance des **partenaires** à propos des **indications** de l'équipe, comme les résultats l'ont montré plus tôt :

« C'est vrai que nous **on garde la mainmise sur les indications**. On refuse certains patients, ceux qui ont une RUD élevé (échelle d'évaluation du risque suicidaire). Et même aux urgences, ça nous est arrivés avec nos collègues, on est dans le même service, de **refuser certaines indications** qui ne nous semblaient pas opportunes. » « Il y avait beaucoup de patients que **je refusais** parce que ça n'avait pas de sens. (...) Et donc ce temps de préadmission était un temps essentiel. »

Et encore une fois dans une perspective souvent cloisonnée, la plupart préfèrent une évaluation par un **médecin propre à leur équipe** :

« Peut-être que ce qui peut parfois nous poser problème, c'est dans l'urgence. : il y a un **psychiatre des urgences** qui pense que c'est une indication, mais normalement il faut attendre **notre accord du médecin de l'équipe**, là il arrive que ça soit compliqué. »

« Par exemple, un des psychiatres ou des infirmiers de la **liaison** voit une situation, la personne ne veut pas rester, il y a l'idée d'un suivi à l'extérieur... **le médecin de notre équipe de suivi intensif n'est pas disponible**, et les infirmiers sont un peu **embarrassés**... parce que notre règle pour le moment, c'est qu'il faut l'accord médical **d'un des 2 médecins de notre équipe**. Mais si le médecin n'est pas tout de suite là, ça fait attendre. Et ça met parfois les infirmiers en difficulté. Parce que ce n'est pas le même rythme aux urgences, ils ont la pression... »

Cela reste une **exigence rigoureuse** dans la majorité des équipes, au détriment d'un accueil réellement **ouvert** ou direct comme évoqué précédemment.

« Alors ce qui est compliqué c'est que nous au début, on a dit « On met des entretiens préliminaires ». Mais en fait maintenant on met les **entretiens préliminaires** directement dans

III. Étude des conditions d'implantation

la prise en charge. Donc ce qui fait que parfois, les patients ne sont pas encore sortis de l'UHCD, on va les rencontrer directement là-bas... donc le lien se fait très tôt. Mais après, peut-être qu'on ne va pas le voir au domicile tout de suite... Ce qu'on fait c'est qu'on les rencontre **toujours 3 fois avant...** »

En somme, l'ambition d'un **accueil ouvert** au-delà de l'institution, s'il semble émerger dans un partenariat réaffirmé avec la **médecine de ville**, se confronte aussi aux exigences **protocoles** d'une discipline parfois **isolée**. Et cette différenciation des étapes avant la prise en charge impose donc parfois de **multiplier les relais** entre institutions.

Un partenariat fragile, à entretenir en permanence

Ces relais multiples semblent décomposer le parcours en une succession d'acteurs **pas toujours en harmonie**, et le **travail d'information** et d'ajustement reste constant.

Ce partenariat n'est d'abord généralement pas **durable**, du fait de la **précarité des relations** professionnelles, où les **réorganisations** imposent des partenaires changeants et une offre de soin souvent **complexe** :

« Les orientations sont surtout faites par certains médecins, **certains secteurs n'adressent personne**. Je ne sais pas pourquoi, car ce sont des secteurs géographiques.

Mais je ne sais pas ce qu'il se dit au-dessus, je ne suis pas à l'ARS... »

« Il y a quelques CMP. Mais c'est toujours pareil, **ça bouge beaucoup** dans les CMP, donc ceux qui nous connaissent oui. Et puis après s'il y a des nouveaux médecins, il faut **tout recommencer...** »

Entretenir ces relations impose alors des **échanges répétés**, pour faire valoir en permanence la pertinence du soin au domicile auprès des nouveaux partenaires :

« Oui certains changent de position, se rendent compte que l'HAD est une bonne solution, mais n'y pensent pas toujours. Des fois on les **recontacte, piqure de rappel**, ou alors on prend quelqu'un, et dans les jours qui suivent ils en adressent plusieurs autres... »

« Et si on n'est plus **auprès des équipes** ils ne pensent plus à nous. »

Cette précarité des partenaires se double d'un manque de proximité, et des **positions professionnelles** parfois complexes : « c'est effectivement le point faible, c'est très sensible au

III. Étude des conditions d'implantation

feeling du psychiatre, si le psychiatre est très à l'aise avec le soin en HAD, s'il a une **sensibilité plus ambulatoire** ou plus hospitalière. »

« Mais ça nécessite et c'est notre projet, de travailler et **d'entretenir un travail** auprès des maisons de santé. Justement pour qu'on **soit bien repérés** »

Ce travail **d'information** et **d'entretien** du réseau semble donc primordial, dans l'interface avec des partenaires parfois peu au fait des possibilités de ces équipes :

« Ils appellent **uniquement quand ils y pensent...** Là une des choses qu'on va essayer de mettre en place, c'est qu'on sait, de par l'expérience entre autre d'ERIC, on sait que l'idéal pour que ça fonctionne vraiment ce serait qu'il y ait **un IDE** (infirmier diplômé d'état) de l'équipe mobile **qui travaille aux urgences**. Ce qu'on va essayer de faire au prochain semestre d'interne c'est d'avoir un **mi-temps d'interne** qui soit partagé entre urgences et équipes mobiles. Ça permettrait d'expliquer aux urgences ce que l'on fait vraiment de **leur montrer** l'ampleur des choses que l'on peut faire mais ce n'est **pas pérenne** parce que les temps d'interne, (...) parce que ça change tous les 6 mois donc ... »

La solution d'une **permanence régulière** auprès des partenaires semble donc souvent satisfaisante :

« Il y a d'autres services où ça marche très bien, on a essayé de mettre en place de manière systématique et pour l'instant ça marche, le fait que, de l'équipe mobile il y a **quelqu'un de l'équipe mobile** qui **va à une relève** une fois par semaine dans notre service qui est équivalent à une USIP et une fois toutes les deux semaines dans les 2 autres services. »

L'affirmation de la place d'un dispositif mobile semble donc s'appuyer sur une **collaboration active et permanente** avec ses partenaires, à commencer par les services d'accueil et d'orientation. Ce partenariat peut prendre la forme d'un **temps professionnel partagé**, par exemple par la présence d'un soignant de l'équipe au sein des urgences. Mais nous allons voir qu'entre collaboration et mise à disposition, les représentations à propos des équipes mobiles peuvent se heurter à la réalité d'une disponibilité toute relative.

III. Étude des conditions d'implantation

L'ambition d'une proximité suffisante avec les adresseurs

Le travail de partenariat s'appuie souvent sur la possibilité d'une **évaluation rapide, structurellement prévue** dans l'organisation des filières de crise et d'urgence.

Elle s'appuie parfois sur une **proximité physique** entre les équipes, à commencer par les services d'urgence :

« Dans notre service, on a un département ; donc le SIPAD est **associé aux urgences**.

(...) Donc c'était la cohérence du dispositif. Disons qu'on fait partie du **même département**, on se connaît, et nous on y va tous les jours, aux urgences de l'UPAO. Qui est **géographiquement à côté**, à 100m. Donc tous les matins, il y a un infirmier qui va là-bas. Il regarde déjà les admissions qu'il y a eu aux urgences »

Cette proximité se tisse aussi avec les services **intra-hospitaliers** :

« L'intra c'est plus facile, parce que dès que les collègues veulent faire sortir quelqu'un, ou si quelqu'un sort plus tôt que prévu, et qu'il y a besoin d'un étayage rapproché parce que la sortie paraît un peu précoce, les collègues pensent à nous tout de suite, donc ils nous appellent et en intra on a quelques heures pour venir, **c'est plus facile**. Et comme on est **un seul secteur on se connaît**, (...), ça c'est quand même assez pratique d'être une équipe sur un seul secteur. »

Une disponibilité relative auprès des partenaires

Cependant, même si les dispositifs mobiles peuvent ainsi être pensés au plus près de leurs partenaires, cette **attente de disponibilité** est souvent confrontées à des contraintes pratiques.

La charge de travail et la capacité réelle des équipes viennent donc souvent entraver cet **idéal d'un dispositif omniprésent** :

« J'étais aussi étonné, par ce que, moi mes collègues parfois... l'autre fois j'ai eu un appel à 10h, je suis allé voir une patiente **dans la journée**, on a proposé 15H (on n'est pas très nombreux, c'était quand même pas mal) ... quand je propose à **2 jours**, ils ne sont **pas contents**... »

La mobilité est ainsi souvent confondu avec une **mise à disposition totale**, et les interactions ont en fait souvent lieu après quelques jours :

III. Étude des conditions d'implantation

« Alors on n'est pas une équipe d'urgence. En général on nous appelle, on traite l'appel, on essaie de voir comment on peut y **répondre dans les 48h**. Ce qui ne veut pas dire qu'on va aller voir la personne dans les 48h, mais en tout cas soit on réoriente, soit selon l'urgence on va voir... ça arrive qu'on les voie très rapidement dans les 48h. ou alors on peut **différer un petit peu** si on a la possibilité. »

Les pratiques sont donc diverses, et à l'opposé d'une réactivité immédiate, certains dispositifs ont même préféré travailler au **rythme de l'institution**. Les nouvelles admissions sont d'ailleurs souvent réservées au temps de **présence des médecins** :

« C'est-à-dire que l'hospitalisation, chez nous, se fait **du lundi au vendredi**, avec un temps de pause sur le weekend, pour pas qu'on fasse **d'hospitalisation en urgence**. Donc sur le weekend, on va voir les gens, faire les indications, mais ils ne vont entrer en HAD qu'à partir du lundi. »

A l'image d'un protocole parfois figé par les logiques gestionnaires, la notion de disponibilité peut même s'effacer devant un accueil standardisé et différé, dans une **logique administrative** :

« C'est-à-dire qu'on avait une **demande de préadmission** qui était enregistrée par la **secrétaire du GCS**, et qui organisait un **RDV de préadmission**, le patient est vu soit dans son domicile s'il est déjà à son domicile, soit à l'hôpital ou à la clinique ou il est. »

En conclusion, malgré la volonté d'un parcours réinventé dans la **fluidité** et la **communication** des acteurs, les représentations d'une **mobilité idéalisée et omniprésente** semblent se heurter aux limites d'un **système à plusieurs vitesses**, et l'**interface** entre les équipes de soins intensifs et leurs adresseurs reste à construire.

Le partenariat avec les services d'évaluation et d'orientation	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
L'évaluation en amont	L'exigence d'une évaluation médicale pour valider l'orientation	Pouvoir déléguer l'évaluation à des partenaires éclairés extérieurs à l'équipe
La participation des services d'urgence	Être reconnu comme une alternative légitime pour les services d'évaluation et d'orientation	Mobiliser les partenaires de façon proactive et répétée
La disponibilité auprès des adresseurs	Offrir aux adresseurs une réponse rapide systématique	Dépasser l'idéal d'une disponibilité permanente, dans un partage de responsabilités pragmatique

4. Le partenariat avec les acteurs de la ville

Malgré les risques évoqués plus tôt d'un isolement de la discipline à l'égard des **acteurs de ville**, ceux-ci semblent néanmoins reconnus dans un **partenariat solide**, par des échanges systématiques :

« Il y a une relation plus **fluide** désormais avec les **médecins généralistes**, puisque ça fait partie de notre façon de faire. C'est d'informer à l'admission le généraliste à l'entrée du patient dans le dispositif HAD. Donc le médecin généraliste est au courant, il reçoit un **courrier**, et il est également **informé à la sortie** des soins qui ont été engagés. »

Ce partenariat s'étend aussi **aux autres intervenants** de la santé et du médico-social, dans la tradition de la **philosophie de secteur**, centrée sur l'environnement de la personne :

« Alors l'idée nous qu'on a c'est de faire **le plus de liens possibles** avec les intervenants qui prennent en charge les patients. S'il y a par exemple **des infirmières libérales**, on essaie d'avoir des liens avec elles. Pour leur dire, et d'une qu'on est en cours de prise en charge, et deux que s'il y a des évolutions de traitement ou de clinique. (...) On est aussi en lien avec **l'ASE**, la **pédopsy**, ça peut être aussi la **diététicienne**, le **curateur**... enfin tous ceux qui transitent **autour du patient**, et pour lesquels il y a un intérêt. »

Comme nous le verrons dans par la suite, la réaffirmation d'un travail dans l'environnement des personnes nécessiterait donc de **renforcer les relations** entendues auparavant comme un **“travail de secteur”**, où l'établissement psychiatrique ne prétendrait à aucune hégémonie, et construirait au contraire des relations **d'interdépendance** :

« Du côté du social, (...) ils sont dans une **attente parfois en dehors du réel**, (mais) quand il s'agit de travailler dans un **réseau ça se passe bien**. »

« Nous l'idée c'est que tous les soins existants, on les maintient, et de **travailler avec ce qui existe**. (...) Donc on n'a pas d'AS, si y a besoin on va aller **chercher l'AS de la maison du Rhône**... on fait **appel à l'existant** dans la cité. »

En affirmant cette **interdépendance** nouvelle, certaines équipes ont même parfois développé un travail particulier avec des acteurs de **l'addictologie**, dans une collaboration à l'image des missions **interdisciplinaires** actuellement promues en santé mentale :

« On a aussi un partenariat avec les **2 équipes de CSAPA** sur le Tarn et Garonne, c'est eux qui sélectionnent des patients, qui sont en demande de sevrage ou d'accompagnement de sevrage

III. Étude des conditions d'implantation

(des fois on récupère également en sortie d'hospitalisation pour sevrage), des gens qui ont des comorbidités psychiatriques. (Ce) qui permet de travailler sur des mises en **situations à risque**, et à la fois de travailler la **comorbidité psychiatrique**. »

Ce décloisonnement s'appuierait alors sur la capacité des acteurs et des tutelles à réaffirmer la **dépendance de chacun aux autres secteurs professionnels**, à l'image des besoins du sanitaires vis à vis des missions d'accompagnement dévolues au **médico-social** :

« Même si c'est un vieux thème la question de **l'articulation du sanitaire et du médico-social**, je crois qu'il est toujours **malheureusement d'actualité**, (...), et on a eu des services de soin à domicile ou d'HAD très **réfractaires** à la création des SAMSAH. Moi j'ai aidé un SAMSAH sur le secteur à se monter, on me regardait de travers... et du côté du médico-social, il y a aussi (...) des **difficultés à collaborer** avec le sanitaire. Mais les **tutelles** y sont pour quelques choses ; le conseil départemental, quand il fait une réunion sur par exemple la santé mentale des usagers, qu'il invite tout le médico-social et aucun sanitaire, moi je suis là par hasard... »

Et cette interdépendance dépasserait peut être alors la logique des **territoires sectorisés**. Elle pourrait alors remédier à cette différenciation de fonctions pour penser le partenariat dans un réseau nouveau : « Et ce qui manque souvent dans la notion de secteur, c'est qu'il y a l'HDJ, l'hospitalisation, il y a des consultations il y a une équipe mobile... mais **tout ça est scindé**. » « Il n'y a pas "le secteur X qui a plutôt développé ça, le secteur Y qui fait autre chose". Là on a un **fonctionnement très homogène** quand on met en place des organisations, les accueils des nouveaux, les infirmiers en première intention, **tout le monde s'aligne** là-dessus... »

En somme, l'alternative à l'hospitalisation, quelle que soit l'échelle de ses dispositifs, s'inscrirait alors dans la **reconnaissance** et la **dépendance** à l'égard de **l'existant** :

« En fait je pense qu'il y a quand même une méconnaissance, en fait un **rejet du secteur**. Alors que au contraire il faut que ce soit **complémentaire**. En fait ces alternatives à l'hospitalisation, tous ces dispositifs qui se mettent en place, doivent se faire **avec le secteur**. Il ne faut pas rejeter le CMP, ni les HDJ, ni quoi que ce soit, mais il faut peut-être repenser à des **modalités de partenariat**. Au sein même du service public, au service du patient... »

Au total, cet enjeu de partenariat soulève les limites du travail de lien propre à ces équipes, et souligne l'intérêt d'un engagement pragmatique vers une logique de réseau. L'enjeu du décloisonnement dépasserait donc les échelles institutionnelles, pour intégrer les acteurs de la

III. Étude des conditions d'implantation

ville et les professionnels du sanitaire comme du médicosocial dans une interdépendance nouvelle.

Un travail transdisciplinaire	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Un partenariat ouvert sur la communauté :	Collaborer avec les acteurs sociaux et extérieurs au sanitaire	Passer d'une logique structurelle de secteur à une logique fonctionnelle de réseau
Un travail interdisciplinaire	Décloisonner des institutions aux rôles bien identifiées	abandonner la polyvalence au profit d'une interdépendance réaffirmée

Ainsi, la **simplification des circulations** entre et au sein même des établissements reste un **défi pour les parcours de soin**, et la collaboration doit se négocier entre des partenaires pas toujours reconnus. Les logiques administratives et les différences de cadres de travail met donc l'implantation de ces équipes à l'épreuve des **réalités institutionnelles**. Nous verrons dans le second chapitre comment le renversement de ces impératifs, dans une bascule **réellement communautaire**, peut permettre de dépasser ces **incohérences**.

Mais pour poursuivre sur la question de **l'interdépendance** nous allons d'abord voir comment le fonctionnement spécifique des soins intensifs à domicile nécessite un lien permanent aux **CMP** et à **l'hôpital**, sous des modalités nouvelles. Nous verrons ensuite comment il prend sens comme une simple étape du parcours de soin, inopérante sans l'assurance d'un **réseau d'aval**.

5. Le recours aux CMP et à l'hôpital, entre partage et expertise

D'après les résultats du paragraphe B (p.63), cette nouvelle modalité de soin semblait s'amender d'une traditionnelle dépendance des dispositifs à un modèle hospitalo-centré. Cependant, ses conditions matérielles de mise en œuvre n'en font **pas toujours une pratique totalement autonome**, et elle reste souvent **dépendante des structures traditionnelles**.

Un partage de moyens avec les CMP

Face aux enjeux matériels et au manque de financement, il n'est pas rare que les équipes de soin à domicile s'appuient sur les **moyens ambulatoires existants**, à l'image du **partage de personnel** comme les assistantes sociales, les psychologues ou les psychiatres : « On a un petit temps de psychologue qu'on a pris sur nos temps du secteur, qui nous aide aussi. »

Certains s'organisent même dans un **roulement à deux structures**, garants de la **permanence** des visites : « En fait on peut mettre **deux choses en place en même temps**... c'est-à-dire que le secteur en extra hospitalier a un **hôpital de jour** de crise et souvent quand ça va pas du tout du tout on met en place à la fois **l'équipe mobile de crise**. (...) On met en place l'hôpital de jour de crise 5 jours par semaine, donc tous les jours la personne va à l'hôpital de jour de crise et on passe le week-end avec l'équipe mobile... c'est souvent comme ça que ça se passe »

Cette collaboration s'appuie alors sur une forte **transparence** entre les différentes structures de soin. A cet égard, les médecins interrogés soulignent l'intérêt de décisions médicales partagées : « Quand j'ai vraiment des changements de traitement importants à faire, ou des propositions thérapeutiques je leur demande, je les appelle, je leur dis "Qu'est-ce que vous en pensez ?" et ils valident, "On te fait confiance, vas-y". (...) **Les confrères ont accès à tout notre dossier médical (...)** le prescripteur peut suivre au jour le jour l'évolution... »

III. Étude des conditions d'implantation

Le recours à l'hôpital pour des soins de deuxième intention

Par ailleurs, **les prises en charge les plus complexes** peuvent s'appuyer sur une **collaboration** entre les équipes de soin à domicile et **l'hôpital**. Ce dernier étant alors investi de **missions d'expertise et de recours** lorsque les moyens de l'équipe sont dépassés, pour des soins de seconde ligne :

« Ce qui nous amène aussi à **reconduire des gens à l'hôpital**... Là actuellement j'ai par exemple 3 personnes mélancoliques... délirantes... sans idées suicidaires avérées donc on peut les garder à la maison avec un entourage très prévenant et très proche, mais au bout d'un moment il va falloir **passer aux ECT** (électro-convulsivo-thérapie), parce que on arrive à **la limite de ce qu'on peut faire** au domicile... ceux-là vont peut-être rentrer dans les gens qui bénéficieraient d'une **hospitalisation** et de la permanence d'une équipe de soins... »

Mais tout en affirmant cette interdépendance, l'implantation des soins à domicile semble construire ces relations sous des conditions nouvelles :

Elle n'est pas une composante d'un CMP, mais plutôt son partenaire autour dans une entente complémentaire.

Et l'hôpital n'est plus le lieu d'accueil de référence, mais un service de recours pour des interventions particulières.

Quelles relations avec le « secteur » historique ?	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Les CMP	Bénéficiaire de moyens ambulatoires partagés	Une relation d'interdépendance au bénéfice réciproque
L'hôpital	S'appuyer sur les ressources de l'hôpital	Hôpital comme recours spécialisé de 2ème ligne

6. Une intervention éphémère, et les enjeux de relais d'aval

Enfin, pour conclure sur les enjeux d'implantation des soins à domicile au sein du réseau existant, nous allons voir comment ces dispositifs se définissent comme un outil dans un **parcours de soin plus large**, acteurs d'une **intervention éphémère** qui ne trouve de sens qu'à la condition d'un **relais** assuré.

Une intervention limitée jusqu'à la reprise d'un suivi

En rupture avec les ambitions d'une prise en charge traditionnellement globale et durable, les dispositifs de soins à domicile sont mobilisés sur **un temps cours**, avant de réenclencher un **suivi ambulatoire** traditionnel si nécessaire.

Cette mission temporaire est donc souvent l'occasion de **réadresser** les personnes vers les prises en charge **traditionnelles** :

« Et en fonction de l'état clinique du patient, soit ça allait bien et donc petit à petit on allait le **remettre dans le soin**, c'est-à-dire dans le **suivi ambulatoire** à la fois soit au niveau du **CMP**, soit avec son **psychiatre** référent. Soit c'est un tout nouveau patient qui rentre dans la boucle du soin, et à ce moment-là on allait l'accompagner dans la **mise en place d'un suivi psychiatrique**. Soit l'état clinique, finalement, ne s'arrange pas tant que ça, et on va l'accompagner vers une **hospitalisation complète** classique »

Cette temporalité brève soulève pour certains les enjeux, souvent bénéfiques pour tous, d'un **travail relationnel** particulier, travaillé au préalable en **triangulation** avec les partenaires investis au long cours :

« Et effectivement nous on travaille dès la première rencontre la **question de la séparation**. Parce qu'en fait au domicile, on est très **investis**. Parce qu'on a une fréquence soutenue, mais aussi on entre dans **l'intimité** du patient. Et vraiment il y a un **transfert** qui s'effectue très massivement mais aussi de l'entourage. Et on est tout de suite avec cette question de séparation, et la séparation elle est d'autant plus facile que les **liens avec le CMP** ont été conservés. Et on voit aussi qu'on peut faire un petit peu **tiers** aussi. Et donc c'est quand même très confortable. Parce qu'**on triangule avec le CMP**. Et il se joue des choses avec le SPAD qui se jouaient plus avec le CMP, et vice versa. Ce qui donne quelque chose... En tout cas on n'a pas revu notre

III. Étude des conditions d'implantation

manière de fonctionner en 5 ans. C'est quelque chose qui nous paraît **pertinent**, et en adéquation avec (...) l'organisation du territoire, la patientèle, la sur-occupation, et le temps médical restreint, quand même. »

L'impératif **d'anticiper le relais en aval** permettrait donc d'éviter des **ruptures préjudiciables**. Il est d'autant plus nécessaire que le caractère éphémère de ces équipes entre en rupture avec les **temporalités** traditionnellement plus **longues** du soin psychiatrique.

« Et la question de la durée de prise en charge, est aussi importante, qu'on soit... parce qu'un à deux mois, et au bout d'eux mois il faut **absolument sortir le patient**, ça c'est aussi un peu **compliqué**... »

Certaines équipes s'appuient donc sur les ressources sanitaires préexistantes, et beaucoup insistent par exemple sur le **maintien d'un suivi individuel en parallèle de leur intervention** : « Un patient, on le sait pertinemment, qui aura besoin de soins sur plusieurs mois, on va déjà le travailler avant la sortie, le projet SIPAD. Nous on va favoriser ce projet-là, de **réinsertion vers le soin**. Mais on veut absolument que le patient **continue ses soins s'il en a**. Nous on est **éphémères**, on se présente toujours comme ça aux patients. Un mois renouvelable une fois, ça va très vite. On insiste pour qu'il y ait **maintien des soins**. »

Cette condition peut même faire **obstacle à certaines admissions**, lorsque ces ruptures semblent **préjudiciables à une situation clinique** :

« Et après juste un petit détail mais ça peut avoir une importance pour vous, notre DMS est de l'ordre de 25 jours, ce qui veut dire que globalement moi je dis aux patients « on est sur un mois », et **on peut renouveler à 2 mois mais on n'ira pas au-delà**, parce que si vous avez besoin de **plus de 2 mois** ce n'est peut-être **pas notre service** qui est le plus adapté.... »

Cette raison pratique devient alors un réel **enjeu clinique**, qui soulève des questions théoriques ardues sur la capacité des personnes de s'inscrire dans un **parcours fractionné**, à l'instar des personnes avec un diagnostic d'"**état-limite**". Cet enjeu est parfois évacués par des positions pragmatiques dichotomiques :

« Quand même les troubles que l'on prend en charge sont extrêmement larges, (...) pour l'instant on a décidé qu'on ne prenait **pas en charge en crise sans psychiatre traitant** du moins, des personnes qui souffrent de trouble de **personnalité borderline trop marqué**... Ça évoluera ça, j'espère que ça évoluera mais pour l'instant c'est des profils de patients qu'on a

III. Étude des conditions d'implantation

une **impossibilité à lâcher**, qui jouent le lien de partout, et du coup au bout de 10 semaines on arrête, le lendemain il y a **une TS** (tentative de suicide) et il finit aux urgences ... »

C'est aussi le cas pour **certaines situations**, pour lesquelles l'impossibilité d'une **continuité en aval** de la crise soulève des questions similaires :

« Nos temps de prise en charge sont de un mois en moyenne. Et donc à l'issue de ce mois, c'est vrai que s'il y a une dépression sévère mélancolique, une psychose débutante d'âge précoce, un trouble autistique ou une dysharmonie psychotique d'un moins de 15 ans, effectivement **si on a pas d'aval on est bloqué**. Et donc on fait vivre au **jeune patient** et à sa famille **l'abandon**, donc on préfère **ne pas mettre nos forces**... »

Le relais d'aval, vers *le secteur* ou le médecin traitant ?

Pour finir, les prises en charges de courte durée s'inscrivent donc dans la nécessité d'un parcours continu, garanti par les **partenaires d'aval** :

« L'idée c'est que l'HAD ne devienne pas un 4^{ème} secteur, c'est-à-dire à la fois avec une capacité d'hospitalisation et une capacité de consultation... nous **ce n'est pas notre boulot** de suivre les gens après... »

Cette garantie semble donc l'enjeu d'un **accord explicite** avec les partenaires **d'amont** et **d'aval**. Ceux-ci sont parfois confondus dans l'évocation **du « secteur » comme référence unique**, qui confierait les personnes à l'équipe de crise pour une prise en charge spécialisée :

« L'idée c'est que c'était **les médecins de secteur**, voire les psychiatres libéraux, éventuellement, qui sont nos interpellateurs, et qui font activer l'HAD : ils **nous confient leurs patients**, et on leur ramène leurs patients... en fait c'est juste un **dérivé**, mais ils restent dans une **politique de secteur** : ils sont dans le secteur avant, ou ont perdu le lien avec le secteur, mais nous les ramenons vers le secteur »

D'autres **différencient** au contraire des intervenants **d'aval**, et se satisfont d'un partenaire médical parfois **extérieur** à la discipline psychiatrique. Se pose donc la question d'un **relais minimal**, à l'opposé d'un recours systématique à la psychiatrie publique :

III. Étude des conditions d'implantation

« La seule condition qu'on ait c'est qu'il y ait **un médecin généraliste au minimum** pour pouvoir avoir un échange, sachant que nos interventions durent 10 semaines, et donc de manière quasiment systématique au bout de 10 semaines on arrête la prise en charge. »

Au total, les positions divergent et les attentes vis à vis du **relais en aval** ne sont **pas consensuelles** : si certains s'inscrivent dans **un parcours traditionnel** assuré en amont comme en aval par les **psychiatres référents**, notamment sur les CMP, d'autres envisagent des **conditions minimales** réduites à la garantie d'un **suivi médical**. Ces nuances suggèrent l'évolution progressive d'une **pratique institutionnalisée** autour d'acteurs permanents, vers une approche plus **pragmatique centrée sur les besoins** individuels à un temps donné. Mais elles interrogent aussi **les limites cliniques** de ces **parcours décomposés** où les enjeux relationnels et les notions d'attachement pourraient être requestionnés.

Une prise en charge à durée déterminée	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Un relais à anticiper	L'intervention comme composante d'un parcours	Accueil conditionné par la garantie d'un relais adapté
Des enjeux cliniques parfois inadaptés	Une intervention de durée brève	Cibler des situations cliniques adaptés
Quelle orientation au décours	Un parcours fluide par un relais systématique	Une orientation individualisée basée sur les besoins à un temps donné

A l'émergence d'un nouveau travail de mobilité inscrit dans la cité, qui semblait promettre disponibilité et polyvalence face aux limites des structures traditionnelles, il semblerait donc que cette ouverture ne trouve **pas de résolution simple** face aux **exigences médicales et administratives** d'une discipline attachée aux **frontières de son identité propre**. Les accordages à l'intérieur comme à l'extérieur de la psychiatrie nécessitent ainsi une redéfinition de la **place de chacun** des acteurs, à commencer par les médecins généralistes et les ressources au plus près de la communauté.

III. Étude des conditions d'implantation

En conclusion, il semble plus que nécessaire de considérer l'implantation de ces dispositifs mobiles dans la réalité de ses **enjeux collaboratifs**. Certaines représentations d'un "**secteur traditionnel**", englobant l'amont et l'aval de la crise, laissent donc la place à une lecture plus **fonctionnelle** des places des acteurs gravitant autour d'elle. Les demandeurs se multiplient, à l'image des **acteurs sociaux**, des **personnes concernées** et leurs **proches**, mais aussi des **professionnels** sanitaires et **médico-sociaux** capables de **soutenir la psychiatrie dans ses missions d'évaluation et d'orientation**. Et il apparaît un plus net partage des **responsabilités** entre les partenaires de l'accompagnement pendant et au décours de la crise, dans une **logique d'interdépendance**. Pour réinterpréter les ambitions de *la philosophie de secteur*, c'est bien l'exigence d'une réelle **transdisciplinarité** qui semble garantir la cohérence et la continuité d'un parcours de soin **centré sur les personnes** dans leur environnement.

II. Des pratiques alternatives en rupture avec le modèle traditionnel

Au-delà des enjeux organisationnels, les discours recueillis semblent situer ces pratiques intensives à domicile dans une évolution radicale des modèles de soin. Nous décrirons d'abord les témoignages qui replacent **le travail de disponibilité**, esquissé jusque-là au service des pratiques existantes, comme un **nouveau paradigme du soin**. Il s'agira alors de préciser les caractéristiques propres au fonctionnement de ces équipes, et qui semblent permettre cette disponibilité.

Ensuite, la description des spécificités du travail de crise s'appuiera sur les choix organisationnels propres à des **modèles différents**, nombreux et évolutifs, pour répondre aux besoins des personnes et de leurs proches.

Nous verrons enfin que ces dispositifs, selon les personnes interrogées, portent en fait l'ambition d'un **changement global des pratiques en santé mentale**, en rupture avec le modèle traditionnel, et orienté en faveur **de l'inclusion et du rétablissement**.

A. Le travail de disponibilité	106
B. Un changement des pratiques	117
C. Les soins intensifs de courte durée, des modèles multiples	129
D. Un modèle d'inclusion orienté vers le rétablissement.....	139

A. Le travail de disponibilité

La capacité à **se rendre disponible semble fondamentale** au travail des équipes étudiées, qu'elles travaillent dans le cadre d'un contrat d'HAD ou comme une équipe mobile de résolution de crise. Mais à l'inverse des attentes mentionnées dans le **contexte du partenariat**, cette disponibilité ne consiste pas en une équipe mobile, polyvalente et omniprésente au service de ses collègues. Il semble plutôt s'agir d'une disponibilité **au service de la personne et du contexte**. Nous allons voir qu'il est possible de discriminer dans cette disponibilité des exigences de **mobilité**, de **réactivité**, et d'une nécessaire **permanence** au service des personnes.

1. Une intervention mobile

La mobilité peut bien sûr être entendue comme la capacité à proposer des rencontres dans des **lieux nouveaux**, au plus près de **l'environnement des personnes** :

« Jusque-là en fait le premier contact c'était forcément en consultation duelle avec l'un des médecins qui travaillent **sur le CHU**. On a arrêté ça et du coup on peut faire les premiers contacts soit **aux urgences** si on a le temps d'y aller quand le patient y est, soit directement à **l'extérieur**, dans la cité, en fonction de comment est le patient, ses antécédents et on évalue de manière systématique ses facteurs de risque de passage à l'acte hétéro-agressif. On les rencontre soit **chez eux**, quand on sait qu'il n'y a pas de risque, soit dans **un lieu public** pour le premier contact. »

Cependant, elle ne se réduit pas à la **capacité à sortir des murs** pour rencontrer les personnes. Comme le précise un des témoignages, il s'agirait surtout de **se rendre mouvant**, pour jouer des **rôles** et remplir des **missions** parfois **au-delà des pratiques habituelles** :

« Donc pour nous on se dit l'urgence c'est la porte d'entrée. On rencontre, on prend au téléphone, on voit si on peut, on oriente. Donc c'est là qu'il y a toute une autre partie de notre travail, qui est **complémentaire aux autres portails d'urgence**, disons le SAMU, les SAU de notre territoire. On est **réponse complémentaire**, et on va voir aussi, même si on fera pas l'alternative à l'issue. Ce qui nous permet je pense, de **capter des situations**, qui peut être, si elles étaient passées par d'autres canaux, ne **seraient pas arrivées jusqu'à nous**.

C'est-à-dire qu'il y a des appels du SAMU qui n'auraient pas été orientés vers... On n'est pas **psychiatres référents**. Mais à ce moment-là **on devient urgentiste**. »

III. Étude des conditions d'implantation

Cette capacité à « **devenir urgentiste** », par exemple, semble traduire cette possibilité d'un travail **au-delà des fonctions habituelles**, qui permet à l'équipe d'accueillir des situations diverses dans une **posture inédite**.

Comme nous l'avons vu en première partie, elle légitime aussi des interventions parfois **à la limite des indications conventionnelles** d'hospitalisation. C'est alors dans une **logique pragmatique et interventionnelle** que l'équipe va pouvoir intervenir, de façon précoce ou parfois préventive :

« Le psychiatre voit en **CMP** ou aux **urgences** de l'hôpital un patient qui ne va pas bien et pour lequel on sent qu'il faut remettre des soins psychiatriques rapidement, en urgence, etc... le **patient est compliqué**, il y a des risques de décompensation... il ne prend plus son traitement... et **on va activer l'HAD un peu avant** qu'une hospitalisation dans des situations plus difficiles survienne. On connaît... on est là dans une dimension presque de **prévention secondaire**... c'est un patient qui ne va pas bien, qui va **bientôt arriver aux urgences** si on ne fait rien, ou qui va revenir aux urgences parce que ça fait déjà 4 fois qu'il vient dans la même semaine, et voilà... »

Nous verrons plus loin que ces nuances pratiques soulèvent en fait des **enjeux théoriques forts**, et que la multiplicité de ces définitions, concernant la mobilité et l'impératif d'un « aller vers », peut **bousculer** les pratiques traditionnelles dans **leurs rôles et leurs fonctions**.

Bien qu'emprise de sens commun, cela peut donc apparaître comme un premier élément en rupture avec les lignes institutionnelles connues.

Mobilité	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Lieu de l'intervention	Agir dans le lieu de vie des personnes	Sortir des murs
Rôle de l'intervenant	Dépasser les rôles traditionnels du soignant	Se rendre capable de jouer d'autres rôles
Moment de l'intervention	Résoudre des situations avant leur aggravation	Franchir les lignes et indications institutionnelles établies

2. Une intervention réactive

Comme décrit précédemment, cette composante toute relative de l'organisation des équipes se heurte souvent aux **attentes idéalisées** des partenaires.

Elle peut là encore être entendue comme une **réponse sans délai** à une situation de crise :

« Après on a quelques critères un peu strict, c'est-à-dire que on est censé et je crois qu'on y arrive jusque-là, à répondre à n'importe quelle demande de crise en **moins de 48h**. donc en moins de 48h on a rencontré la personne »

Mais dans une perspective d'évolution des pratiques, l'enjeu de la réactivité ne semble pas tant dans le **délai de réponse** à un service en demande, que dans la **possibilité d'une réponse ad hoc à une situation particulière**.

A l'inverse d'un service d'accueil des urgences, qui proposerait une forme de **permanence standardisée**, ce pourrait être la capacité d'une équipe à **répondre de façon spécifique** à un moment donné.

Sans parler encore de la notion de souplesse, qui caractériserait plutôt, comme nous le verrons, les multiples formes que peut prendre le soin, la réactivité aurait donc à voir avec la **capacité d'une réponse ajustée et inhabituelle** d'emblée :

« L'autre fois on a une patiente qui a **fugué des urgences**, elle avait cassé le doigt d'une infirmière la nuit, pour tout vous dire, la psychiatre m'appelle en me disant « tu ne vas pas être content mais là **je ne peux pas faire autrement**... on n'avait pas beaucoup d'argument... on attendait l'ambulance, sauf qu'elle a fugué, elle s'est pointé le vendredi à 14h à nos bureaux, en demandant une HAD. »

Au-delà du temps d'accueil, la réactivité se situe aussi au sein du **projet de soin**, pour proposer une **adaptation permanente** de l'équipe aux besoins de la personne :

« On a systématisé la rencontre avec l'assistante sociale et la psychologue. Pour proposer un soin pluri-professionnel, et des fois on **découvrait des difficultés** pour lesquelles on a pu **réagir vite**, et par exemple mettre en place des choses sur le plan administratif, **régulariser certaines démarches**, proposer aussi une reprise de travail possible.»

Réactivité	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Délai	Offrir une réponse rapide	Se rendre disponible dans les 48h
Adaptation	Répondre aux demandes de façon adaptée	Offrir une réponse appropriée à des situations soudaines et inhabituelles

3. La permanence

Une intervention en continu

Enfin, une composante nécessaire au travail de disponibilité semble être la **continuité** des services, qui s'organise souvent à un double niveau, **infirmier** et **médical**.

Là encore une première lecture consiste à penser l'organisation d'un **roulement fixe** pour les visites et les contacts téléphoniques, **au-delà des horaires d'ouverture** des locaux:

« Donc c'est secondairement en 2011, qu'on a mis en place l'HAD et qu'on a ouvert 30 places. Donc là on passe tous les matins et tous les soirs **7j/7**. L'équipe travaille **samedi et dimanche**. »
« 9h-21h en semaine, le weekend 11h30-18h40. C'est-à-dire que les patients nous appellent, évidemment, en dehors des visites ».

Mais ce dispositif implique un **coût financier** important, souvent mis en avant comme un des obstacles à l'implantation : « D'abord c'est très couteux pour les soignants, parce qu'il faut assurer vraiment une permanence d'intervention. »

Et le manque de moyens implique parfois un **arrangement pragmatique** justifié comme un "**bricolage**", qui s'appuie surtout sur la **délégation de tâches** et une cohérence d'équipe solide, positionnant le **médecin** surtout dans un rôle de **supervision** : « C'est ça, enfin on fait quand même un peu de bricolage, parce que je les vois une semaine après la semaine d'évaluation »

Un partenariat souvent nécessaire

Les nuits sont généralement l'objet d'une simple **permanence téléphonique**, et les équipes n'ont pas toujours une **capacité d'intervention**. Ainsi, elles sollicitent un recours aux SAU dans les cas les plus urgents:

« Parce qu'on est disponibles 24h/24... on se coordonne sur une tournée du matin, réunion de synthèse, une tournée de l'après-midi, et l'infirmier qui finit à 20h part avec le téléphone dans la poche et assure une astreinte téléphonique pour la nuit, dans lequel soit il **répond** si c'est juste une **réassurance**... globalement ils sont assez peu appelés... »

De plus, la présence d'un médecin fait souvent aussi intervenir des **partenaires extérieurs** à l'équipe :

« Alors on est ouvert le dimanche, les infirmiers travaillent le dimanche, et au niveau médical c'est le **psychiatre de garde** qui joue le rôle de donner un avis médical. »

Une question d'engagement auprès de l'équipe

La permanence clinique est aussi à l'épreuve des périodes **d'absence** et des aléas de **l'effectif**. Cet impératif devient ainsi l'enjeu **d'un engagement personnel**, où la disponibilité des équipes peut interroger leurs capacités d'endurance et leur volonté.

Il s'agit alors surtout de maintenir un certaine **constance** dans la réponse aux demandes, à l'épreuve des inégalités de moyens et de territoires:

« Donc ce n'est pas simple, il y a un temps, si vous voulez... **on est submergés**... on n'est pas nombreux, donc par les temps de vacances, de congés, assurer la permanence de soins n'est **pas toujours facile**. C'est-à-dire que le soin en soi est très intéressant, mais il demande un **investissement** et une **disponibilité**, qui sur le plan du terrain, je dirais, est assez limitée, du fait de notre population médicale qui sur le Cotentin dans notre département de la Manche, est fortement impacté par le **désert médical**. C'est-à-dire que nous sommes **peu nombreux**, et il faut vraiment faire des efforts pour que l'on puisse **tenir cet investissement** là... »

Mais la mise en place d'une présence continue impose surtout **le partage des responsabilités** entre médecin et infirmiers. Cette organisation implique une grande **confiance** au sein de l'équipe, et une assurance dans la **disponibilité de ses responsables**.

La permanence devient ainsi l'enjeu **d'engagements professionnels et personnels**, à l'image de l'isolement des médecins assurant une ligne téléphonique continue auprès de leur équipe :

« Personne ne voulait prendre l'astreinte, et c'était assez... il fallait gérer... parce qu'il y avait cette astreinte téléphonique pour les infirmiers, c'est-à-dire que les infirmiers étaient disponibles 24h/24, et il fallait un médecin auquel l'infirmier peut... (...) C'est-à-dire que même quand je partais en voyage, il fallait que je garde mon téléphone parce qu'il fallait répondre »

III. Étude des conditions d'implantation

C'est d'ailleurs cet **exigence d'un engagement personnel**, que soulignent la majorité des médecins à l'origine d'une telle initiative :

« Après il faut être sûr. (...) les infirmiers savent qu'ils peuvent **m'appeler 7j/7**. Je dois dire qu'en 4 ans, je crois qu'ils m'ont appelé 2 fois, un samedi ou un jour férié. Il faut qu'ils aient la **certitude**, ça fonctionne tous les jours de la semaine, donc il faut qu'ils aient... c'est pour ça que moi je ne suis **pas d'astreinte** 365 jours, ça c'est ridicule. Mais il faut l'accepter, il faut **accepter le jeu**. On ne peut pas lancer des innovations, et **laisser des infirmiers ou des jeunes médecins se débrouiller**, ça ce n'est **pas possible**. »

Plus qu'un simple élément organisationnel, la nécessité d'une permanence implique à la fois le **partage des responsabilités** auprès des soignants, de penser un **montage opérationnel** au niveau institutionnel, et surtout une **disponibilité humaine et personnelle** de la part des responsables d'équipe auprès de celle-ci.

Permanence	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Des soignants	Une présence permanente	La délégation de tâches et le partage des responsabilités
Médicale	Une disponibilité médicale malgré des moyens réduits	Un partenariat étroit avec un service de continuité (SAU)
Auprès de l'équipe	La disponibilité d'un responsable de l'équipe	Un engagement personnel et humain constant

En somme, les discours rapportés font de la disponibilité un véritable levier de changement des pratiques. Au-delà des exigences d'une réponse rapide, il s'agirait surtout d'une capacité nouvelle à s'adapter, à assouplir les rôles et les manières de répondre. Par cette mobilisation engagée et collective, cohérente aux besoins des territoires, les équipes de soin à domicile pourraient ainsi incarner une solution innovante en rupture avec les pratiques actuelles.

Mais selon les acteurs, le renouveau de la pensée communautaire passerait aussi par un **élargissement de l'offre de soin** à la hauteur des obstacles et des difficultés concrètes des personnes. Il s'agirait alors de souligner les exigences de **souplesse et de transversalité** que soulève cette ambition.

4. Un dispositif souple

Nous avons montré que la trop grande **diversité des interventions** peut être préjudiciable à la clarté des indications, lorsque les fonctions de l'équipes ne sont pas explicites pour les partenaires. Il semble néanmoins que la **polyvalence des équipes** soit une condition centrale pour proposer une alternative à un recours hospitalier, comme le soulignent les acteurs interrogés,

Une fonction claire, mais des rôles multiples

Ils citent par exemple la rareté des **contre-indications**, et leur capacité à participer à des missions parfois plus proches de **l'accompagnement** et des interventions **ponctuelles** dans la cité :

« Il y a très peu de contre-indications au niveau des abus substances, des comorbidité somatique ; et même j'aurais tendance à dire pour les comorbidité somatique, j'ai en exemple un patient qu'on a pris en charge, je pense que si on n'arrive pas à **l'amener sur ses différents examens**, vu comment le psychiatre est inquiet je pense que ça risque de finir en hospitalisation. »

Cependant, à **l'inverse des attentes parfois inadaptées des partenaires**, l'enjeu de mobilité décrit précédemment se situe **dans la nuance entre rôle (mobile et souple) et fonction (claire et affirmée)**. Il impliquerait donc une adaptation des rôles, tout en assurant à l'équipe le **respect de sa fonction spécifique**. L'accompagnement mentionné ci-dessus ne se justifierait alors pas par la **nécessité de l'accompagnement** (plus proche d'un rôle médico-social), mais par la fonction propre à l'équipe de crise : **éviter une hospitalisation**.

Cette justification **pragmatique** semble la conséquence d'une **insatisfaction** quant aux **résultats** des prises en charge habituelles :

« C'était un double mouvement : On arrivait à avoir **moins de personnes hospitalisées** mais on se posait tous la question « pourquoi il **revenaient quand-même ?** » et de savoir ce qu'on pourrait faire pour qu'ils ne reviennent pas. C'est pour ça que je reviens en disant le SIIC c'est des outils, c'est une des structurations.. (...) mais le problème c'est très logistique : comment faire pour avoir une **équipe disponible, réactive**, qui puisse **débrouiller des situations** de gens

III. Étude des conditions d'implantation

un peu **compliquées** qu'il va falloir suivre, qu'il va falloir revoir, et donc c'est d'avoir une équipe disponible. »

Encore une fois, il ne s'agit pas ici de s'attacher aux fonctions propres de l'équipe, mais de décrire la **souplesse d'une équipe** comme un **ensemble large d'outils** et d'interventions **possibles**, au service d'un **objectif de maintien de la personne dans son milieu**.

C'est d'ailleurs l'un des enjeux d'**évolution de l'HAD**, citée précédemment, qui tend à s'ajuster aux **besoins propres des personnes**, dans un équilibre entre exigence de la fonction médicale et assouplissement de ses interventions :

« Oui, je pense qu'il faudrait penser **un modèle plus séquentiel**. Au lieu de prendre en charge le patient **tous les jours**, qu'il soit vu 3 fois par semaine. Mais pour ça c'est un peu compliqué, c'est prendre en charge le patient en permanence, 1 ou 2 fois par jour tous les jours... donc à la fois **on essaie de le lâcher**, mais en même temps **on ne peut pas trop le lâcher**. Parce que c'est prendre aussi des risques de dire « ce patient il ne va pas être vu tous les jours », parce que on est quand même en psychiatrie, le risque de passage à l'acte reste relativement important, en fonction de la pathologie de chacun... et ça reste la **responsabilité du médecin**, uniquement du médecin. Donc peut être **un peu plus de souplesse**. Et en même temps il faut quand même qu'il y ait **du cadre**. »

Cet assouplissement des cadres est par exemple un impératif dans certaines **situations cliniques** :

« Au tout départ on avait émis l'hypothèse de **2 fois par jour**, et ça s'est vite révélé comme **très intrusif** pour les patients.»

Une palette de services pour une inclusion communautaire

Mais la question de **rôles polyvalents** s'inscrit aussi, comme nous le préciserons plus loin, dans l'exigence d'un travail vers l'inclusion communautaire, par sa dimension sociale et personnelle **au-delà des frontières traditionnelles** :

« Le travail des infirmiers... je suis sensible à ça, le **travail communautaire**... C'est-à-dire aller vers les structures, vers les associations... on accompagne beaucoup vers les GEM. Quand on prend en charge un patient ce n'est pas forcément pour qu'il soit suivi. **S'il n'y en a pas besoin** il n'y aura **pas de suivi**. Ou ce sera le médecin généraliste. Et c'est plutôt

III. Étude des conditions d'implantation

l'inscription dans la cité. Il y a quand même un **coté social**, aussi, qu'on a du mal à chiffrer mais... beaucoup d'infirmiers font **beaucoup de social**... »

L'enjeu d'un travail souple permettrait donc de faire communiquer les **secteurs sociaux** et **médico-sociaux** avec le **soin**, dans une relation **d'interdépendance** féconde qui fait **feu de tout bois** :

« Si c'est intéressant, on fait appel à un SAMSAH... on fait appel aux GEM, on amène beaucoup de patients dans les GEM... les HDJ... on utilise en fait tout ce qui est à notre portée. »

Un soin centré sur la personne

Enfin, la référence aux **missions acceptables ou non** pour les équipes, à l'inverse des pratiques conventionnelles, se situeraient moins du côté des **habitudes du service** que de **l'intérêt particulier de la personne concernée**. Ce caractère individualisé prend fréquemment la forme d'un **contrat de soin**, ou d'un **plan d'intervention**, naturellement **mouvant** :

« Et sur cet entretien, s'il y a poursuite du SPAD, on fait un contrat, un « **projet de soin individualisé** ». C'est-à-dire qu'on s'appuie sur **les attentes et envies** du patient, et on essaie de contractualiser ensemble des **objectifs de soin**. Voilà. Qui ne sont pas fixes, il n'y a aucune obligation de résultat. Ils sont **modifiables** et ça peut évoluer. Ce n'est pas moi qui suis tributaire de ça, mais **symboliquement** je mets en place ça et après ça peut évoluer.

Après au bout d'un mois moi je repasse, et là c'est un peu... effectivement on fait le **bilan** de ce mois, des attentes, **où on en est**. Et de savoir si nous équipe SPAD et le patient, trouvons que **c'est pertinent** la poursuite du SPAD un second mois. Et donc là on réévalue les objectifs et on repart sur un second mois. »

Cette souplesse particulière situe ainsi l'intervention de crise dans une pratique résolument **communautaire** et **individualisée** vers le **rétablissement**, comme nous le verrons en troisième partie :

« Quand on soigne au domicile c'est beaucoup plus facile après **d'insérer les patients socialement** et **professionnellement**. Donc on est dans le **virage** et **ambulatoire**, et **rétablissement**. Et on est dans la prise en compte de la crise, en **tenant compte du sujet**. C'est

III. Étude des conditions d'implantation

vrai qu'en hospitalisation, c'est beaucoup plus difficile de tenir compte et du sujet, et de l'humain, et de l'environnement. »

En somme, la mise en œuvre du soin à domicile semble ainsi exiger une forme de souplesse permettant une nuance entre rôle et fonction. Il vise alors à proposer une palette d'offres de soins, dans l'optique d'une résolution de la crise respectueuse de l'inclusion communautaire.

Souplesse	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Rôles et fonctions	Remplir des missions spécifiques avec les exigences de la fonction soignante	S'ajuster aux rôles les plus efficaces pour une aide concrète
Des ressources diverses	Viser une amélioration clinique, et le rétablissement	Proposer une diversité d'interventions au-delà du soin
Un plan d'intervention propre à chacun	Satisfaire les objectifs individualisés des personnes	Négocier un projet spécifique d'intervention, basé sur les attentes des personnes

5. La transversalité

Enfin, l'impératif de **transversalité** semble venir renverser le constat précédent d'un univers professionnel **cloisonné**, où les **places différenciées** de chacun peuvent entraver la cohérence du parcours de soin.

Comme l'a montré la première partie, le soin à domicile permettrait alors de **dépasser les lignes** entre les secteurs établis : « Parce que c'était probablement l'occasion de **se décroisonner** et d'aller vers ce que mettent en place actuellement les CLSM, c'est-à-dire de faire des pôles qui englobent **aussi le médico-social**... »

Entendue comme la **capacité des soignants** de s'inscrire sur des **dispositifs multiples**, ce décroisonnement permettrait aussi de réduire les **écarts au sein d'une même institution** :

« On a beaucoup travaillé sur le décroisonnement, par exemple l'un des départs de ça, c'est de dire que **les médecins ne sont pas à un endroit en particulier**, les médecins sont prescripteurs, ils accompagnent des usagers et ils sont dans une **dimension transversale**, et nous ont l'a tous, qu'on peut ou pas utiliser. (...)L'objectif c'est vraiment que l'ensemble de la **filière de soin** soit

III. Étude des conditions d'implantation

coordonnée et qu'on ne puisse pas dire "Il faut attendre, il faut trois plombes pour faire un relais... ou on a plus de place et il faut attendre..." et qu'il y ait une **vision plus globale des choses**. »

Enfin, cette transversalité s'impose dans le **partage des responsabilités**, dans un impératif de *dédifférenciation des rôles* :

« Parce que je pense que ce qu'on a gagné c'était vraiment penser que **c'est le collectif qui doit suivre des personnes** et non plus des histoires de (référents). On est formé aux psychothérapies, on est formé à la relation duelle, mais on a pas une **vision de l' institution qui porte à l'extérieur des suivis**. Cela veut dire qu'il faut **coordonner les gens** pour que les gens ne se retrouvent pas seuls... »

Encore une fois, la **transdisciplinarité** au service de cette **continuité** reste à construire, et plusieurs équipes rapportent malgré ça des **obstacles** encore bien présents :

« On se heurte à des refus réguliers "Ce patient est pris en charge par l'hôpital, **ce n'est pas nous** qui allons faire le travail" » « Mais ça nécessite quand même derrière... ce n'est pas que de monter des équipes en ambulatoire, c'est une question de **penser une philosophie des soins en ambulatoire**. Et notamment par exemple **la coordination avec des SAMSAH psychiatriques**, du **médico-social**... voilà, il y a vraiment des choses à faire extrêmement intéressantes, qui à mon avis seraient extrêmement pertinentes, mais voilà c'est **une révolution dans les esprits**, et je ne crois pas que ce soit si simple que ça de révolutionner l'esprit... »

Transversalité	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
La communication entre les filières de soin	Un parcours de soin décloisonné	Les professionnels ont des places transversales, pour une coordination collective plutôt que des références individuelles

B. Un changement des pratiques

Par des changements de paradigme à plusieurs niveaux, comme nous l'avons vu précédemment, la mise en œuvre de ces dispositifs semble rendre possible **une évolution radicale des pratiques**.

Nous allons voir comment les acteurs valorisent cette évolution dans une **posture militante** face au recours à l'hospitalisation, en l'inscrivant dans un **impératif de transition vers l'ambulatoire**. Nous verrons ensuite que ce mouvement est sous-tendu par des enjeux médico-économiques de **transferts de moyens**, et qu'il s'appuie sur les nouvelles priorités que sont la **nécessité d'aller vers** les demandes pour favoriser un accès au soin précoce.

1. Militer contre les conséquences de l'hospitalisation

Éviter un risque iatrogène

Un point de départ commun aux réflexions sur l'alternative à l'hospitalisation reste le caractère parfois **iatrogène des hospitalisations complètes**, et plus encore des séjours prolongés sans soins intensifs, comme le soulignent les acteurs :

« Oui. Et franchement il y a des patients qui vont en clinique, on sait très bien qu'il ne va rien se passer en clinique. Et les cliniques ouvrent des lits à tour de bras et en fait ils ne sont pas soignés. Et il y a des patients qui sont franchement dépressifs, et il y a après quelque chose d'iatrogène, et il y en a... on récupère des patients iatrogènes de clinique. »

Et cette posture peut sembler très militante lorsqu'elle n'évoque pas uniquement le soin privé, mais **l'hospitalisation psychiatrique dans sa globalité** :

« Et bien c'est ça la santé mentale, **on fait perdre aux gens en les mettant à l'hôpital**, parce qu'on les immobilise mentalement, ils ont plus de décision, et ils perdent, et en plus on leur met des neuroleptiques, donc ils perdent à vitesse grand V. »

« Pour ERIC, notre fondateur Serge Kannas (...) dans le fond son hypothèse, c'est que pour prévenir la chronicité, il valait mieux **prévenir l'hospitalisation**. Ca c'est son point de départ, qui était une posture très militante. »

Un mouvement militant historique

Ainsi, à l'image de la création d'ERIC, des positions militantes ont pu devenir des références théoriques quant au rôle préjudiciable de l'hospitalisation. Cette **critique de l'institutionnalisation** est par exemple abordée ici comme un accord tacite de transfert de charges, à l'origine d'une forme de « chronicité » :

« Et donc on est passés, parce que c'était une réflexion d'équipe, petit à petit, d'une réflexion sur **la chronicité comme propriété intrinsèque du malade**, qui irresponsabilisait les professionnels, à l'idée d'un contrat passé, implicite ou explicite, entre la personne malade, sa famille, l'environnement professionnel et social, qui proposait une solution. Cette solution avait un certain nombre d'avantage, c'est-à-dire **l'hospitalisation ça mettait à distance la personne malade et sa famille**, donc ça abaissait les tensions, avec la vie sociale aussi, et ça changeait le contexte, c'est-à-dire ça refilait le fardeau aux professionnels de santé, et plus du tout aux familles ou au réseau social. Et donc l'idée qui est venue, qui était une idée pas du tout géniale mais naturelle, c'est-à-dire au fond la chronicité c'est **le résultat d'une situation d'apprentissage** d'une hospitalisation en réponse à une première crise, réponse satisfaisante ou non, et qui une fois apprise a tendance à se répéter, se stabiliser au cours du temps. Ce qui explique, sur plusieurs années, on est passés de **la chronicité**, (on a fait un travail sur la chronicité proprement dite, on a écrit des choses la dessus), à **l'apprentissage de la situation de crise**, et donc de **la prévention de l'hospitalisation**. A l'époque j'étais militant. »

Ces considérations se situent historiquement au décours de l'apparition de la **philosophie de secteur**, sur laquelle s'était déjà appuyée **il y a presque 50 ans** la création de dispositifs de soins à domicile, à l'image du CH des Murets :

« Je pense que c'est surtout Ginette AMADO... je pense que ça s'inscrivait dans son idée de psychiatrie ouverte sur la cité, elle ne voulait absolument pas qu'il y ait des murs... et je crois que c'est aussi lié à son histoire personnelle... et c'était dans un contexte aussi, à l'hôpital des Murets... je crois que ça a ouvert dans les années 1970, et qu'ils fermaient des lits... et dans le cadre de fermeture de lits ils ont créé ces 5 services d'HAD... »

Éviter la séparation ou l'entrée dans la psychiatrie

En référence à la *philosophie de secteur*, l'ambition serait d'**éviter tant que possible la séparation** avec l'environnement :

« Ils pensent que ça peut être beaucoup mieux que de rester à l'hôpital pendant un certain temps, **loin de leur famille, de leurs enfants**. Et notamment pour les mamans avec des enfants en bas-âge, et les personnes âgées qui ne sont pas dépendantes. »

« J'ai vu **trop de jeunes** par exemple, qui auraient pu être soignés autrement. Ou des moins jeunes. Et une mère qui a un bébé en bas-âge, je ne pense pas que... si on peut éviter une hospitalisation et une **séparation mère-bébé**, typiquement c'est mieux, si c'est possible. »

Ces mouvements militants semblent par ailleurs s'appuyer sur **la demande croissante de certaines familles**. Les acteurs font alors appel aux critiques des conditions d'hospitalisation, ou au vécu de culpabilité des proches, pour légitimer une alternative au soin hospitalier :

« Et puis des familles d'usagers, qui sont juste choqués par l'arrivée de leur proche en hospitalisation, et qui demandent une sortie prématurée... »

Et l'enjeu est aussi d'éviter une prise en charge psychiatrique conventionnelle dans des situations de détresse **d'ordre psychosocial** : « C'est pas forcément une crise psychique (...) c'est à dire qu'il y a **des crises sociales, des crises familiales**, y a plein de types de crises différentes qui vont pas forcément entraîner une hospitalisation, mais dans les faits il y a quand même des crises sociales qui vont à l'hôpital parce que on sait pas quoi en faire et du coup il faut qu'on puisse intervenir aussi à la fois pour éviter d'avoir des consultations aux urgences en plus, sur 'j'ai perdu mon appartement' »

L'objectif est donc souvent de proposer un soin **le plus satisfaisant possible**, en opposition à un soin sous contrainte et une séparation brutale. Les acteurs évoquent ainsi des parcours alternatifs dont les personnes et leurs proches rapportent une grande satisfaction :

« L'autre jour encore, l'un de mes patients, ils ont appelé la police... son épouse, les 2 garçons qui ont 20 et 23 ans sont partis du domicile, et le lundi matin nous appelaient... (...) et le lundi on l'a mis en HAD... c'était un peu *olé olé*, on y allait 2 fois par jour parfois, et en fait la famille... on est très attentifs aux familles... on essaie de mettre presque 50% des moyens, dans des situations comme ça, sur la famille... parce que là, il a été mieux en 3 semaines, mais mieux pour pouvoir aller en clinique, parce qu'il fallait aussi que la famille souffle... au bout du compte il m'a dit... "Vous auriez dû me dire qu'il fallait emmener mon maillot de bain", parce

III. Étude des conditions d'implantation

qu'il y avait une piscine, etc... bon ça allait quand même mieux avec l'HAD puis la clinique privée avec piscine, que d'arriver en hospitalisation sous contrainte...»

Conséquence de l'hospitalisation	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Hôpital comme lieu iatrogène	Éviter l'immobilité	des soins plus intensifs
Habitude des personnes et leurs familles	Éviter l'apprentissage des hospitalisations	Alternative dès la première crise
La séparation de l'environnement	Réduire les situations de séparation	Une approche socio-familiale

2. Un virage ambulatoire impératif

Le bénéfice d'un **soin psychiatrique de meilleure qualité** semble donc légitimer toutes ces évolutions, mais c'est aussi sur **l'impératif d'un virage ambulatoire** général que s'appuie ce changement.

Comme le décrivaient les acteurs à propos de l'apparition d'une culture commune, et à l'image d'un personnel redéployé suite à la fermeture de son service, cette **obligation du passage d'un modèle à l'autre** peut être décrite comme féconde :

« Quasiment l'intégralité de l'équipe vient du service qui a été fermé, et ça c'est super intéressant en terme d'évolution de modèle parce qu'ils sont vraiment... le service qui a fermé c'était un service qui avait des DMS de 6 mois 1 an minimum et ils sont passés d'un modèle "C'est les murs de l'hôpital qui soignent" à un modèle : "Il faut tout faire dehors", c'est très intéressant en terme de réflexion »

Certains le mettent en miroir d'un mouvement inverse, la **domination d'une pensée hospitalo-centrée**, qui aurait fait du passage par l'hôpital un impératif : « **On a appris aux gens à aller à l'hôpital**. Le système français a tout fait pour qu'on aille aux urgences "On va arrêter les

III. Étude des conditions d'implantation

médecins généralistes, la disponibilité, l'organisation territoriale“ “Allez aux urgences“ et maintenant on dit “Au secours, les urgences ça déborde !“. »

Et cette obligation est souvent au cœur d'une **négociation avec les financeurs**, dans la recherche d'un accord bénéfique à tous :

« Moi je me souviens d'une **réunion avec l'ARS** qui était totalement ouverte à plus de lits, plus de places d'HAD, **dans la mesure ou on fermait des lits dans le public**. C'était conditionné par la fermeture de lits... non il y a quand même un mouvement, une dynamique de sortir vers l'ambulatoire, vers la cité, qui est beaucoup plus important »

C'est donc à l'image de cette obligation de changer les pratiques, que les acteurs justifient une **posture active d'alternative à l'hospitalisation**, non comme un choix ou une demande des personnes, mais comme une **orientation proactive**.

Le gatekeeping : limiter les entrées de façon proactive

Ce que les Anglo-Saxons appellent **gatekeeping**, ou ‘rôle-porte’, consiste ainsi à exiger des acteurs ambulatoires un regard permanent sur les admissions hospitalières, pour **réorienter tant que possible** les personnes vers des alternatives, et limiter l'accès à l'hôpital :

« Et nous-mêmes ERIC on était porte d'entrée vers l'hospitalisation. Ca veut dire quoi, que tous les primo-hospitalisés, ce qui entraient dans la filière hospitalisation, étaient vus par notre équipe, et cette question de “Hospitalisation ou alternative“ se posait directement dès le premier jour d'arrivée à l'hôpital.

Quand on a fait ce travail-là, on s'est rendu compte que **1 situation sur 2 pouvait être traitée à domicile**, grosso modo. »

En pratique, cette fonction est souvent incarnée par le **service des urgences**. L'enjeu est alors de mettre **à sa disposition un référent** apte à décider de ces orientations, non seulement au vu de l'évaluation clinique, mais de la connaissance des réseaux et des personnes :

« Après il doit y avoir **un psychiatre qui connaît le secteur**, qui doit être là pour veiller à ce que l'indication soit bonne : on connaît nous les situations... »

« A Lille il y a beaucoup de seniorisation aux urgences, c'est très bien. (...) Je pense qu'il ne faut pas que ça soit ni les urgentistes, ni les internes, mais forcément un senior qui décide des

III. Étude des conditions d'implantation

hospitalisations. En France on se repose beaucoup sur les internes qui ne connaissent ni bien le territoire ni bien les usagers. Ils se reposent sur l'hôpital : il vont hospitaliser »

Ce rôle porte implique aussi parfois un **poste de soignant dédié** :

« C'est ça, et du coup ça va demander potentiellement d'avoir un infirmier qui soit aux urgences ou qui soit au téléphone avec le 15, ou qui puisse faire justement **ce rôle de Gatekeeper**... ça c'est dans les tuyaux aussi mais c'est compliqué à mettre en place parce que ça demande des sous... »

Cette organisation impose de rompre avec des **admissions directes et urgentes** à l'hôpital, pour penser un parcours plus **programmé** et **construit en amont** :

« Il faut penser autrement le modèle sanitaire, il faut hiérarchiser les choses, organiser, pour que la plupart du temps des choses soient **faites en ville, coordonnées**. Coordonner le médecin traitant et le radiologue, pour pas qu'ils envoient systématiquement tout aux urgences parce que c'est beaucoup plus simple. »

Et cette alternative à une admission directe semble souvent en cohérence avec les chiffres rapportés concernant les hospitalisations évitables, comme le font déjà les services d'accueil de courte durée ou les centres d'accueil (CAP, CAP72) proposant une évaluation sur 72h avant d'envisager une admission hospitalière :

« Favoriser le retour à domicile. Ce qui est le cas, sur nos urgences de 3 jours... **plus de 66% des patients retournent à la maison**, et 33% vont en hospitalisation. Donc dans ces 66%, nous on est assez présents dans les retours à domicile. »

Cependant, **cumuler les deux dispositifs**, un accueil de courte durée type CAP72 et un rôle de Gatekeeping, semble peu pertinent, et la place d'un rôle porte proactif se situe peut être surtout **en amont des dispositifs d'hospitalisation courte** :

« Dans notre territoire, il y a ce lieu d'urgence qui s'est monté, avec des chambres d'hospitalisation, et un travail intensif de crise seniorisé possible. Donc au fur et à mesure il y avait une sélection beaucoup plus précise des personnes qui arrivaient en hospitalisation. Et en fait nous on s'est rendu compte que si on réinterrogeait à l'arrivée, alors que la question de l'hospitalisation avait été interrogée pendant les 3 jours d'hospitalisation de crise, auparavant, alors **on mettait patients et familles en grande difficulté**. »

Imposer une alternative dès que possible	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Alternative en amont	Éviter l'accès en urgence à l'hôpital	alternative aux urgences, soins coordonnés par les professionnels de ville
Alternative à l'admission	évaluer de façon proactive la nécessité d'admission	Rôle de <i>gatekeeping</i> aux urgences
Alternative après l'admission	Réévaluer l'indication d'admission dans les 72h	Centre d'accueil de courte durée, ou regard systématique de l'équipe de crise sur les personnes hospitalisées

3. La fermeture de lits : condition matérielle ou objectif du développement d'alternatives ?

Pour revenir sur la question des moyens hospitaliers citée précédemment, les discours rapportés semblent unanimes sur le contexte de **réduction progressive des moyens hospitaliers**, auquel l'apparition d'alternatives semble une **contrepartie souvent efficace** :

« Donc quand en 2007 on a décidé de faire cette intervention à domicile, le contexte était celui d'une fermeture de places sur l'hospitalier de chez nous. Et donc **ça nous permettait de combler**, si on peut dire, cette **perte de lits**. »

A l'inverse, certains voient dans la fermeture de lits la **condition matérielle du développement** de soins communautaires :

« Il a dit "Tant pis alors on fait du redéploiement de moyens". Et puis c'était aussi la période oui, il avait fermé pas mal de lits hospitaliers, c'était tout un mouvement entre 2000 et 2005 là où il y avait beaucoup de diminution de lits. »

« Ce n'est pas le seul mais ça fait quand même **parti principalement de l'objectif** ; c'est-à-dire **on a fermé ces lits** en disant "On n'aura pas besoin de ces lit, on aura plus besoin, parce que on fait l'équipe mobile." »

III. Étude des conditions d'implantation

Mais à ce paradoxe entre raison chronologique (l'intention d'apporter une réponse à un manque préalable) et raison logique (planifier un redéploiement des moyens matériels), plus connu comme celui de « l'œuf ou la poule », nulle solution n'apparaît évidente.

Et les conclusions vont alors dans le sens d'une **posture pragmatique**, pour **limiter la dégradation de la qualité des soins** :

« La réponse que je peux apporter à ça, c'est que de toutes façons, ce qui sous-tend toutes nos interventions, c'est **d'éviter de mettre des patients sur des lits qu'on n'a pas**. Donc globalement éviter de mettre des patients aux urgences sur un brancard possiblement contenu. »

4. Une nouvelle direction politique : *l'aller vers*

La politique de santé des dernières années semble largement inscrire la **nécessité d'aller vers les populations**. Elle se situe en cela en rupture avec un modèle antérieur critiqué pour **attendre les demandes** depuis les structures de soin : « Si on doit retenir une ligne de notre politique de santé, c'est « aller vers ». Ça va vraiment dans cet axe oui... »

Il s'agit pour certains **d'étendre l'offre de soin à tout le territoire**, et notamment les régions rurales : « Notre projet là c'est l'extension. Parce que le problème c'est la géographie, l'étendue (...) Et donc notre projet, qui a été accepté, et qui va se mettre en route incessamment, 1er semestre là... c'est **d'aller vers le rural**. Donc on a 2 zones rurales qu'on va couvrir. »

Mais l'enjeu d'*aller vers* les populations, déjà **polysémique**, semble soulever des dimensions encore plus larges lorsqu'il concerne les **équipes de soin à domicile**.

Vers les situations de vulnérabilité : un rôle de prévention secondaire

Mais surtout, suite à la description des **enjeux de soins contraints et de défiance** vis à vis de l'hospitalisation, l'offre de soins à domicile semble permettre **d'aller vers des personnes hors des soins et sans demande**, pour les amener progressivement vers un suivi adapté :

III. Étude des conditions d'implantation

« Parce que l'HAD va mettre en place les soins, va mettre en place le suivi, et ne le lâchera que quand un suivi au niveau du secteur sera de nouveau disponible... Donc en fait **on ramène beaucoup de gens vers le secteur...** »

L'équipe offre alors l'intérêt de **cibler des personnes vulnérables**, pour leur proposer de reprendre contact avec les soins ou éviter une nouvelle rupture du suivi. La capacité d' "*aller vers*" permettrait donc d'**accueillir, parfois pour la première fois**, des personnes qui ne trouvent pas de réponse dans les moyens traditionnels et renoncent au soin.

Et cet accueil permettrait d'augmenter le nombre de personnes suivies. En facilitant l'accès d'une population à l'écart des soins, ce dispositif permettrait d'intervenir face aux situations à risque, pour leur offrir des soins en amont de situations plus aigües :

« Voire même et ça a été notre grande surprise, **d'amener des gens au soin**, parce que qu'il y a presque, **entre 25 et 33%, de gens qui n'ont jamais vu la psychiatrie...** des gens qu'on récupère pour la première fois. Parce qu'ils ne veulent pas venir à l'hôpital psychiatrique. Parce qu'ils ont des enfants en bas âge, des familles monoparentales qui refusent l'hospitalisation parce qu'ils ne veulent pas que leurs enfants soient placés... c'est des parents qui ont des enfants, c'est des enfants qui ont des parents vieillissants... c'est des gens qui ont des animaux à domicile qu'ils ne peuvent pas mettre quelques part... ou des gens **qui ont peur d'aller à l'hôpital psychiatrique**, ils n'y vont jamais, ou des pathologies qu'on ne voit pas à l'hôpital psychiatrique : des structures névrotiques graves, par exemple, des borderline, qui sont très mal à l'aise dans des structures très fermées, et qui sont assez intéressés par la souplesse de l'outil HAD. Et des jeunes aussi, qui ne veulent pas aller à l'hôpital psychiatrique (...) ils ont un trouble psychotique débutant, etc... il y a un syndrome à risque...»

La première conséquence est donc **l'ouverture du dispositif à un public à risque, qui habituellement n'arriverait pas jusqu'à l'hôpital**. C'est donc un rôle de **prévention secondaire**, qui vise à réduire le développement de problématiques plus aigües.

Un accès au soin plus précoce : un rôle de prévention tertiaire

Mais par son travail de disponibilité, le soin à domicile aurait aussi comme spécificité d'identifier **les besoins de situations déjà aigües, et d'y répondre de façon précoce**.

III. Étude des conditions d'implantation

L'enjeu pour les équipes est alors de prendre en charge les personnes dès les premiers signes de souffrance, et **avant l'aggravation** jusqu'à l'hospitalisation : « Par contre c'est vrai qu'il y a une plus-value pour les patients qui est considérable, (...) qu'il n'y ait pas d'hospitalisation, et surtout **d'intervenir au plus tôt.** »

Cet accès précoce à des soins intensifs est donc facilité par la réticence réduite des personnes vis à vis des soins.

Elle s'appuie encore une fois sur un partenariat efficace avec les acteurs de première ligne : « Les gens étaient repérés directement **dès leur arrivée en CMP**, on ne passait plus par l'hospitalisation, on orientait directement en HAD. Et donc très progressivement, les situations que nous traitons désormais en HAD sont des situations de crise. »

L' "*aller vers*", dans sa réponse à la crise peut donc s'entendre comme **une forme de prévention tertiaire**, qui va offrir à une population isolée, et déjà porteuse d'une situation de souffrance aiguë, les soins adaptés **pour éviter une aggravation clinique.**

Augmenter l'adhésion aux soins

Enfin, les bénéficiaires du soin à domicile peuvent s'inscrire dans cette dynamique d'*aller vers*, en améliorant l'adhésion des personnes. Les acteurs placent cet enjeu au cœur des politiques actuelles, en montrant que **l'augmentation globale de l'adhésion au soin**, semble en miroir de la défiance envers l'hôpital :

« Toutes les recommandations vont dans le sens de suivis ambulatoires, de diminuer l'hospitalisation, *d'empowerer* les gens et de **leur donner le pouvoir de décision.** C'est comme ça **qu'on adhère le mieux aux soins.** Donc toutes les préconisations vont plutôt dans ce sens-là.»

Beaucoup soulèvent ainsi une corrélation entre **la crainte d'une privation de liberté et le refus des soins.** Et c'est précisément la situation à laquelle cette évolution communautaire pourrait répondre : « Si j'assimile mes soins à un mauvais traitement, à une torture ou à quoi que ce soit... je vais y aller moins. Moi si je me sens pas entendue dans ma volonté de prendre des risques, j'irai pas, si je suis pas écouté par le médecin et qu'on me dit "C'est ça qu'il faut faire" et que je n'ai pas d'espace de discussion, ça ne marche pas. Tout ça on le sait, mais on le

III. Étude des conditions d'implantation

reconnait peu pour la santé mentale. » « Et puis tout le chapitre sur **les droits fondamentaux des usagers**, alors c'est sûr que c'est quand même plus facile à concevoir de le mettre en place au domicile des gens, que dans un hôpital qui est des fois avalé par ses propres contraintes... »

Une file active à l'épreuve du réseau d'aval

Enfin, cette condition d'**aller vers** implique un renforcement des **capacités de suivi**, puisqu'il est susceptible d'**augmenter considérablement l'inscription dans les soins** :

« Un des éléments c'est de dire "Quel est votre niveau de contact avec la population ?" Nous on arrive à avoir le taux d'accès aux soins des Hauts de France le plus élevé, ça veut dire qu'on arrive à **voir beaucoup de gens** qu'on nous adresse. Et ça c'est un peu **la peur des professionnels**. C'est vraiment un problème logistique après c'est dire "OK c'est bien on arrive à ce que plein de monde nous adresse du monde", on est content, après il faut le gérer... mais ça veut dire **qu'on est en capacité d'avoir un contact personnel**, un contact plus ou moins important avec plein de personnes. »

A l'opposé d'une logique gestionnaire, l'alternative à l'hospitalisation ne serait donc pas nécessairement synonyme d'une réduction des dépenses. Et les équipes s'inquiètent par exemple d'un financement insuffisant, limitant leurs capacités de suivi : « Il y a des réticences dans le sens où...là on est en train de monter le dossier pour justifier l'effectif en plus...Il y a une **inquiétude vis à vis de la masse de personnes que ça va concerner**... (...) le jour où on ouvre les portes on va doubler notre file active... »

« C'est quand même intéressant, au départ on nous avait dit "Vous allez servir à vider les services", (...)mais ça ne fait pas sortir les gens des soins, au contraire ça en ramène, des gens qui avaient échappé aux soins. On a **des structures d'aval qui ne sont pas assez puissantes**, et le problème c'est que l'hôpital est embouteillé... »

En conclusion, la volonté d'*aller vers* dépasse largement les enjeux de mobilité, pour consolider l'accès au soin de personnes sans demande ou en refus des soins traditionnels, dans un impératif de souplesse et de précocité réaffirmés. Elle implique alors l'augmentation franche de population rencontrée et suivie, et impacte donc la question des moyens d'aval.

III. Étude des conditions d'implantation

Mais si cette démocratisation inéluctable du soin psychiatrique nécessitera de repenser les modalités de suivi, nous verrons dans la troisième partie comment les enjeux du rétablissement permettent de penser une réponse graduelle aux besoins croissants des personnes.

Aller vers	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Un enjeu de démocratisation des soins	Des soins précoces répartis sur tout le territoire	Une implantation égale en milieu rural, la participation des CMP et acteurs de première ligne
Prévention secondaire	Faciliter l'accès pour une population vulnérable	Garantir une réponse souple et sans rupture aux personnes éloignée des soins
Prévention tertiaire	Augmenter l'adhésion à des soins intensifs malgré le refus d'hospitalisation	Proposer des soins acceptables hors de l'hôpital
Une offre de soin à la disposition de tous	Répondre à toutes les demandes d'une population élargie	Augmenter les capacités de suivi en aval de la crise

C. Les soins intensifs de courte durée, des modèles multiples

Pour conclure cette deuxième partie qui pointe les lignes de rupture entre le modèle traditionnel et les pratiques de soins à domicile, les acteurs interrogés décrivent le soin à domicile comme une pratique innovante, dont nous allons préciser les **spécificités cliniques**.

1. Une grande diversité de modèles, aux influences réciproques

D'emblée, la **diversité des pratiques de mobilité** peut rendre vaine toute tentative de les résumer à un modèle d'intervention clinique, et il serait peut-être plus opérant de les penser comme un **répertoire d'outils** au service d'intentions particulières :

« Pendant longtemps on était dans l'association des équipes mobiles. On en est un peu sortis, pour plein de raisons, mais ... on en est sorti parce qu'en fait on a l'impression que la question des équipes mobiles est tellement éparse et diverses qu'on n'arrive jamais à se mettre d'accord autour de qu'est-ce que c'est qu'une équipe mobile... par ce que **la mobilité c'est que un des outils**. C'est difficile de relier l'ensemble des pratiques autour de ce qu'on appelle les équipes mobiles... Je pense que c'est un outil... il faut qu'il y en ait... Il faut le construire, c'est une nécessité mais en fait on peut le mailler complètement différemment en fonction du territoire, des besoins, et on peut faire de la mobilité pour plein de trucs. »

La multiplicité des standards

Comme l'a souligné la première partie, une approche locale et pragmatique a pour conséquence la **multiplication de référentiels**, brouillant la lisibilité du public et des acteurs face aux dispositifs de soins à domicile.

Les professionnels, comme les tutelles, sont en effet confrontés à une **grande disparité** dans les cadres législatifs et les dénominations de ces équipes. Cette confusion est à l'image de la fidélité plus ou moins forte au **cadre de l'HAD** :

III. Étude des conditions d'implantation

« On est dans un drôle de monde, (...) l'ARS Ile-De-France voulait recréer un objet qu'il voulait appeler "HIAD", comme si c'était plus que la **circulaire de 2004**. (...) Et je leur ai dit "l'Ile-de-France c'est très bien, mais on est dans un pays. Et quand vous voyez qu'à l'ouest les Nantais, les Angevins, c'est USPPHIC... " Pour les usagers, l'UNAFAM... Et c'est la question de l'UNAFAM : "ce qu'on doit soutenir, c'est **l'USPPHIC** ou **l'HAD** ?" je leur dis "Ne vous inquiétez pas, personne ne se comprend" »

Comme décrit en préambule, le développement des soins à domicile s'est parfois fait avec l'opportunité de la **législation** temporaire donnant à un cadre à l'HAD :

« L'HAD psy a été évoquée avant les années 2000, puis une seule **circulaire DHOS en 2004** qui dit "on peut faire des HAD spécialisées pédiatrie, psy, gériatrie" je crois. Et c'est vrai que j'ai monté une HAD en 2008-2009 sur cette circulaire, j'ai essayé de suivre au plus près de cette circulaire, parce qu'elle me semblait relativement **pertinente**. »

Alors que ce cadre peut continuer de **faire référence** pour certains, d'autres y voient un dispositif inspiré de protocoles médicaux trop rigides, et lui préfèrent une organisation **plus souple** :

« Et en même temps ça intègre, ce qui aurait dû être en 2004, ce que j'appellerais bêtement une "vraie HAD en psychiatrie", c'est-à-dire une HAD psychiatrique qui a une forme de **souplesse minimale** pour coller à la clinique sans pour ça tomber dans les **dérives** de VAD renforcées »
« D'autant plus que l'HAD veut dire délivrance du traitement par l'officine hospitalière, et du coup on était **recentré sur l'hôpital** alors que nous on voulait travailler avec le médecin traitant, la pharmacie, l'infirmier libéral... »

Cette notion de souplesse s'inscrit en miroir de la nécessaire **fidélité à un cadre d'intervention**, dans une réflexion permanente :

« Et soit on veut **garder l'objet HAD**, on **assouplit** la circulaire de 2004, (...) Soit (...) on pense à des **USPPHIC**, avec la délivrance du traitement mais aussi **l'intervention de crise**, (...) et on a un objet qui va continuer à vivre, à se développer et peut être sur le plan national »

Cette adhésion ou non à un cadre récent, et peut être déjà obsolète, signe bien le défi de la rencontre de deux réalités : celle **des lois et des cadres** organisant ces pratiques, face à celle de besoins croissants et d'une offre de soin en **changement permanent**.

Des influences réciproques

Les initiatives, souvent décrites comme locales et contextuelles dans la première partie, n'ont cependant pu se faire sans s'inspirer de pratiques existantes, et les **échanges d'expériences** entre ces équipes sont courants : « Et puis aussi il y avait quand même des expériences françaises de l'hospitalisation à domicile. On avait été dans la banlieue parisienne (...) On avait vu de l'HAD, on avait vu différentes formes d'hospitalisation »

Les pratiques plus anciennes, semblent elles-mêmes **appuyées sur des pratique internationales**. Les références étrangères sont là encore nettement différentes d'une équipe à l'autre : « Nous ce qu'on a fait c'est qu'on avait été voir un peu à l'étranger... » « Nous on est arrivé là-bas on ne connaissait pas cette façon de travailler. **On leur a piqué leurs instruments**, la façon de structurer l'information dans des grands tableaux où on suit les gens les situations la coordination des équipes et non plus la coordination individuelle. »

Les sources d'inspiration sont donc multiples, ce qui a pu participer à la diversification de l'offre de soin actuelle. Et même au sein de régions françaises, les disparités sont claires, et chaque équipe ne manque pas de préciser les **raisons cliniques de ses spécificités** :

« C'est vrai qu'on a chacun nos particularités. On travaille différemment... » « Parce que ce n'est pas de la psychiatrie de liaison, c'est clair, ce n'est pas des équipes de crise, c'est autre chose. Nous on contractualise des contrats de soin sur la semaine, c'est quand même différent. »

En somme, l'absence d'un cadre clair et consensuel semble limiter la fédération de ces équipes autour d'un modèle en particulier, mais il ne fait pas obstacle à un échange permanent des expériences et acquis de chacun, pour inscrire ces pratiques dans un évolution permanente.

Des modèles multiples	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Des formes multiples d'organisation	Les divers outils de la mobilité au service d' objectifs communs	Ajuster ces ressources selon les besoins du territoire
Des références théoriques diverses	Une initiative locale appuyée sur un modèle validé	Un cadre de soins à domicile suffisamment souple et spécifique
Des influences réciproques	Un modèle évolutif	Une pratique inspirée des modèles reconnues, par un partage d'expérience entre les équipes

2. L'évolution attendue d'un cadre spécifique à la psychiatrie

Pourtant, l'ensemble des acteurs confirme que la **trop grande disparité** entre les modèles invoqués peut nuire à leur compréhension auprès des partenaires et du public. Et l'intérêt d'une **reconnaissance homogène** sur le territoire serait pour certains la clé d'un **développement plus conséquent** : « C'est le risque, à mon avis. Parce que j'ai travaillé pour le ministère de la santé, s'il n'y a pas des **orientations politiques claires** sur le devenir et les orientations de la psychiatrie dans ces domaines, il n'y aura pas de changement. » « Donc c'est aussi **peut-être pour ça que ça a pas bien pris**, parce que ça complique aussi la donne... Si on passe dans un cadre différent qu'on pourrait nommer Soins Intensifs à Domicile, avec effectivement **quelque chose de très clair**, avec des attentes claires, un financement clair, on pourrait **développer beaucoup plus facilement** »

Cet enjeu semble donc en accord avec les politiques actuelles. Tous soulèvent ainsi la nécessité de réaffirmer une offre ambulatoire claire et complète: « On est dans une **opportunité** qui est importante, parce que le gouvernement veut faire de l'HAD. Je crois qu'on a tout à gagner, même en termes de moyens, parce qu'ils sont prêts à donner les moyens pour ça... donc c'est le moment il faut y aller »

Et l'objectif de **redéfinir un cadre clair** semble donc **urgent** :

« Mais là on est quand même dans une période, on va voir... j'ai surtout l'idée qu'il faut que ça avance. Et là on va être dans une période où l'ensemble des dispositifs vont être **réinterrogés, redéfinis et refinancés**. »

Cette évolution du cadre des soins à domicile pourrait ainsi se faire vers **une pratique plus souple**, comme l'ont montré les commentaires précédents : « Pour le dire vite, et c'était la conclusion, il y aura probablement matière à se réunir de nouveau pour voir si c'est pertinent que l'HAD psy reste dans le cadre du carcan HAD, et peut être qu'on se rapprochera de ce que l'on fait à l'étranger sous l'appellation Home Treatment »

Cette approche permettrait en effet de spécifier un **cadre plus flexible**, adapté **aux besoins cliniques**, et de **maintenir les soins existants** lorsque c'est bénéfique :

III. Étude des conditions d'implantation

« Et quand on lit le projet d'établissement que j'ai construit après ces réunions, c'est en fin de compte **le fonctionnement des USPPHC**. C'est-à-dire que moi, en termes de fréquence de visites, c'est minimum 3 VAD dont une médicale, sinon des VAD quotidiennes.

(Ils) ont tenté de faire entendre que la clinique psychiatrique (...) nécessitait une forme de souplesse et de capacité de se déborder... » « Alors nous on n'est pas une HAD, c'est important, **on continue les soins qui sont prévus.** »

Mais au-delà d'une question de nom, cette reconnaissance permettrait peut-être de justifier une **prise en charge financière adaptée**, pour ne pas porter préjudice aux soins habituels, souvent impactés par la mise en place de l'HAD :

« Ca permettait aussi de **multiplier les passages**, voilà nous on y passait 2 fois si l'infirmier libéral passait une fois ou deux c'était bien voilà... Bon maintenant en fonction des endroits je sais que dans certains endroits **les CPAM ont déjà réagi** dans d'autre c'est à dire que quand le patient est en HAD ils suspendent le passage et donc le défraiement de l'infirmier libéral donc en fonction des possibilités vous voyez on... »

La fidélité au cadre de l'HAD, inspiré d'un **modèle médical pas toujours pertinent** en santé mentale, est pour le moins équivoque. Et l'évolution d'un cadre cohérent permettrait de repenser des **directives plus souples et respectueuses de la continuité d'un parcours.**,

Un modèle de soins intensifs à domicile satisfaisant pour tous	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Fréquence	Un rythme d'intervention adapté aux besoins cliniques	Une fréquence variable avec des exigences minimales pluri hebdomadaires
Continuité	Un cadre financier respectueux de la continuité des soins préexistants	Un accord spécifique sur le maintien du financement des soins au long cours
Inclusion du réseau existant	Un modèle en rupture avec le fonctionnement hospitalo-centré traditionnel	L'inclusion dans son cadre des dispositifs communautaires efficaces et nécessaires

3. Des spécificités communes

Il semble alors nécessaire de préciser ce qui, dans les caractéristiques rapportées comme communes par ces équipes, peut **faire le cœur de ce cadre** de *soins intensifs à domicile*.

L'ensemble des acteurs s'accorde à dire que l'intervention doit cibler une **situation particulièrement sévère**, quelle que soit la façon dont elle est repérée :

« Donc initialement ce que l'on a mis en place c'est que l'équipe mobile de crise ne pouvait être sollicitée **que pour des patients qui étaient moins bien** que ce soit sur une consultation CMP ou aux urgences en ou dans n'importe quelle structure ou cette situation intervenait »

L'indication d'hospitalisation semble donc un critère fréquemment retrouvé, même s'il n'est pas toujours formalisé par les équipes : « L'objectif c'est d'éviter les hospitalisations et c'est vrai qu'on ne reçoit que des gens qui relèvent que de l'hospitalisation. »

L'impératif d'un **temps d'intervention court** est lui aussi constitutif de ces spécificités. Il permet alors un turn-over important et des prises en charges ciblées :

« Et du coup c'est un dispositif intéressant, parce que ça propose de l'intensif, mais sur une durée limitée, du coup il y a un turn-over, et effectivement il y a des crises qui se passent assez rapidement, mais qui sans ce dispositif-là se seraient peut-être dégradées, jusqu'à l'hospitalisation, qui aurait duré plus longtemps »

Très vite, cette définition aux contours flous s'appuie sur une **inclusion diagnostique large**, et une approche empirique du **lexique de "crise"** :

« Les situations que nous traitons désormais en HAD sont des situations de crise. Donc des troubles de l'adaptation, bien sûr toujours des décompensations thymiques, ça reste extrêmement fréquent, mais **beaucoup de situations de crise**, des troubles de la personnalité qui décompensent, et on va dire des situations de crise d'autres sortes. »

Cette définition pratique de la *crise* reste cependant vague. Il est rarement mentionné une **catégorie diagnostique** ou un ensemble de contre-indications, mais plutôt des **enjeux pratiques** propres aux relations avec l'équipe et aux conditions de vie :

III. Étude des conditions d'implantation

« Donc après je crois que les **vrais problèmes**, c'est la promiscuité et l'incurie du **logement**. Après dans les situations de crise, qu'il soit suicidaire ou alcoolique **on voit jusqu'où on peut aller**. C'est le **dispositif soignant**, la compétence des équipes, et le charisme des équipes, quoi. »

Ce raisonnement autour des *situations de crise* semble d'ailleurs définir un champ d'intervention vaste, **en rupture avec le modèle médical**. Sans la nommer, certains font d'ailleurs appel au lexique de la crise dans sa théorie systémique, pour cerner les attentes cliniques : il s'agirait donc, au-delà d'une optique médicale, de situations de **déséquilibre**, où la mobilisation des **solutions** nécessiterait une aide extérieure.

« Enfin on est encore probablement **très médico-centré** aujourd'hui, en situation 'problématique psychiatrique aigue'. » « La population cible, c'était assez clair : des personnes qui auraient pu **se décompenser**, ou qui ont du mal à **mobiliser leurs ressources** »

Les soins intensifs de courte durée	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Objectif clinique	Cibler des situations cliniques sévères	Une dimension clinique de sévérité plutôt qu'une approche diagnostique
Temporalité	Un turn-over important	Une intervention précoce et brève
Conditions de réalisation	Une diversité d'indications selon des critères matériels pratiques	Cibler des situations de crise parfois au-delà du modèle médical

4. L'intervention de crise

A l'instar d'ERIC, l'Equipe Rapide d'Intervention de Crise, fondée sur la théorie systémique décrite en préambule, le modèle d'intervention de crise s'inscrit dans une **approches relationnelle et contextuelle**. Ce que relèvent différents acteurs : « ERIC restait au domicile le temps de trouver une solution à la crise. Et puis ils avaient quand même une **option très systémique**. C'est-à-dire que l'idée était d'aller travailler chez les gens, mais pour pouvoir avoir une intervention, une **action sur l'environnement** des gens, sur les relations que les gens avaient avec leur entourage, etc... »

Une composante relationnelle particulière

L'accent relationnel implique donc une intervention **élargie à l'environnement**, doublée d'un **postulat contextuel** : « Donc on peut aller suivre à domicile les personnes, ou si elles vont mieux on a un bureau où on peut les recevoir. En général l'idée c'est de **travailler le contexte de la crise**, donc avec l'entourage. »

Les équipes ne manquent pas de souligner le **bénéfice important** d'une intervention dans le milieu, plutôt qu'un environnement professionnel :

« Et souvent ça lui permet de rester au plus près, de **ne pas régresser** de façon trop massive, ou de développer des systèmes de **dépendance** ou de **passivité** qu'on connaît être la pathologie iatrogène de l'hospitalisation. Donc si vous voulez ça a toute son indication, de le mettre en alternative »

La **relation thérapeutique** serait bien sur impactée, par une augmentation de la disponibilité des soignants sur le plan interpersonnel :

« Au niveau de l'intimité, de la proximité. Et puis on est beaucoup plus disponible, à domicile, qu'on ne l'est en hospitalisation. Donc on s'occupe que du patient. Et on est dans la prise en compte de la crise, en **tenant compte du sujet**. C'est vrai qu'en hospitalisation, c'est beaucoup plus difficile de tenir compte et du sujet, et de l'humain, et de l'environnement »

C'est d'ailleurs cette **pensée relationnelle**, au cœur de la légitimité du dispositif, qui la différencie de la technicité d'une intervention d'urgence : « Ce n'est pas une équipe d'urgence

III. Étude des conditions d'implantation

mais une **équipe de crise**. (...) Avec l'idée qu'il y a une composante... qu'il est utile de **travailler sur un plan relationnel** le contexte de la crise, quand on peut le faire en tout cas... »

Une approche souvent socio-familiale

L'approche systémique implique de considérer **l'environnement comme indispensable à la compréhension de la situation clinique**. Une intervention sur des personnes sans modification de l'environnement n'aurait donc pas les mêmes bénéfices. Comme le soulignent certains, cette approche dans le milieu semble donc plus efficace :

« En gros on a tous cette expérience, quand on prend quelqu'un en crise à l'extérieur, et qu'il manifeste par de l'agitation, par de l'addiction, ou par ce qu'on veut, à l'hôpital on est quand même assez surpris de voir la résolution assez rapide des problèmes. Mais en sachant que rien n'est réglé. Lorsque les gens vont revenir sur les problèmes récurrents, ça va recommencer. Donc l'idée c'était : **les problèmes c'est là qu'ils se trouvent, donc c'est là qu'il faut être, c'est là qu'il faut les traiter**. »

L'approche inclurait donc **les proches** de la personne concernée, et au premier lieu les personnes qui signalent la situation, comme **partenaires de l'intervention** : « Notre idéologie, c'est quand une crise émerge, ça a à voir avec **un système**. Et que dans le fond, qu'un membre du système non usagé nous appelle, c'est une manière de travailler avec le système. Enfin c'est une porte d'entrée vers le système, on va dire... »

L'action sur la famille peut alors être vue comme un **levier thérapeutique** : « Et puis on rentre dans l'intimité du patient, on est en lien avec la famille, aussi. Ça c'est très important, ça nous permet aussi, tout en respectant bien sur le secret médical, tout ça... mais ça nous permettait aussi de **rassurer la famille**. Et quand on rassure la famille, on baisse le niveau de stress, les facteurs de stress, à la fois du patient et de son entourage, et ça apportait vraiment **beaucoup de bénéfices**. Pour le patient et pour l'entourage. »

Une autre approche plus psycho-sociale

Cependant, les ressources à disposition de l'équipe sont diverses, à commencer par la présence ou non d'un entourage affectif. C'est ce qui a pu pousser d'autres équipes à préférer une **intervention plus individuelle**, mais inscrite dans le **champ social** : « C'est pas mal quand on

III. Étude des conditions d'implantation

a un soutien de l'environnement, un conjoint, un enfant ou un parent, mais c'est pas toujours le cas et on a beaucoup de patients en HAD qui sont seuls. »

L'accent est alors souvent mis sur un **accompagnement vers la vie sociale**. **On pourrait parler ici d'une approche psychosociale, à la différence du modèle sociofamilial appuyé sur l'entourage immédiat des personnes** : « Il a développé avec succès une approche qui est très psycho-sociale. Très peu socio-familiale, d'ailleurs, Il implique relativement peu, ou moins, la famille, de l'accompagnement, qui fonctionne. Et donc il valorise beaucoup moins l'approche de crise. »

Ainsi, si l'approche historique d'une intervention de crise permet de définir les déterminants cliniques et organisationnels de ces équipes de façon satisfaisante, l'accent principal de ces dispositifs communautaires pourrait être mis sur sa **cohérence avec le contexte et les besoins** des personnes et des territoires.

L'intervention de crise	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
La relation thérapeutique	Un accent relationnel par une plus grande disponibilité	La mobilisation de ressources relationnelles chez les soignants
Ressources pour une résolution plus rapide	Un impact sur l'environnement de la personne	Les relations avec les proches comme levier thérapeutique
Une intervention adaptée aux besoins	La mobilisation des ressources sociales	Un engagement pour l'accompagnement psychosocial

En somme, si les références à des modèles sont diverses, il semble surtout qu'elles s'appuient de façon pragmatique sur **les ressources à disposition des personnes** : alors que certaines interventions auprès de personnes entourées vont faire de ce **contexte relationnel** un levier thérapeutique, des situations d'isolement affectif justifieront plutôt une alternative à l'approche de crise, pour un **accompagnement vers des ressources sociale** et vers l'inclusion. Dans tous les cas, les spécificités de cette approche nécessairement contextuelle semblent réaffirmer des **enjeux communautaires** à l'opposé d'un modèle uniquement médical, dans le respect d'une compréhension bio-psycho-sociale des personnes.

D. Un modèle d'inclusion orienté vers le rétablissement

1. Des outils de réhabilitation pour viser l'inclusion sociale

Les références médicales de la santé mentale semblent depuis plusieurs années en rupture avec la logique d'un soin global et polyvalent centré sur le corps médical, et proposent une **approche matérielle et concrète** visant la **réinsertion des personnes** par la réhabilitation et l'inclusion dans le réseau.

Cette nouvelle priorité semble donc résolument orientée vers la ville, pour réaffirmer l'importance des **contextes sociaux et interpersonnels** plutôt que sanitaires.

Des soignants inclus dans la communauté

Comme défini précédemment, cette place dans la communauté semble se construire en réaction au modèle hospitalier qui entravait la concrétisation des idéaux de secteur :

« Mais ce projet du secteur n'a pas été abouti. Le problème c'est qu'on est resté avec le monde hospitalier avec peut-être ce côté institutionnel qui a été beaucoup développée par les français, c'est à dire "On va faire de l'institutionnel", c'était "On va prendre les gens dans un environnement qu'on va maîtriser, on va étudier leur comportement, on va les accompagner mais dans cet environnement-là" ; alors que là c'est l'inverse c'est de dire "On va mettre à disposition des équipes qui vont **aller vers les gens dans leur milieu** et les accompagner à mieux vivre là où ils sont comme ils sont", et **pas de les extraire** mais de plus **être présents sur leur terrain**, leur domicile. Je pense que c'est vraiment la différence fondamentale... »

Elle s'appuie parfois sur des outils de **réhabilitation** et **d'autosupport** : « Elles s'intègrent aussi dans les pratiques de réhabilitation, on se sert beaucoup des supports d'autogestion, des ordonnances stratégiques... ça c'est un peu mon truc... comme le font nos amis canadiens... »

Mais surtout, elle nécessite une **reconnaissance des professionnels par les acteurs de terrain** :

III. Étude des conditions d'implantation

« Et puis c'est aussi cette capacité qu'on construit avec le temps **d'être identifié**, ou de s'auto-identifier **dans sa fonction**, quelles que soit les conditions... sans avoir besoin d'un bureau, sans avoir besoin de murs, de plaque... Parfois les pratiques de domicile peuvent aussi... Ça s'intègre aussi dans une pratique de psychiatrie communautaire comme l'aime beaucoup JL Roelandt, et comme on la trouve en Italie... Moi quand je vais à Franprix, les caissières savent que je suis le Dr L. et que je suis psychiatre... Et ça arrive dans le quartier que des gens m'interpellent pour me faire des signalements. Je pense que les pratiques de domicile doivent s'intégrer dans un pratique communautaire, et maintenant on va plutôt parler de **pratiques de réseau**. »

C'est donc une exigence nouvelle pour les professionnels, qui devront **se rendre visibles** au sein de la vie sociale. La visibilité d'un réseau impliquerait alors d'exposer la santé mentale à un public plus large : « Démocratiser tout ça, que ça soit pas dans la **tour d'ivoire hospitalière**. C'est toujours la même idée : faire descendre en proximité des populations, des acteurs locaux, de la santé mentale... et pas seulement quand on défraye la chronique par ce qu'un mec a cassé la gueule à un autre... (...) Que les psychiatres aillent faire des interventions, etc., des trucs banals, mais déjà **être en contact, montrer que ça existe**... »

Pour une inclusion des personnes elles-mêmes

Ces spécificités permettent souvent de **maintenir ou de favoriser une inclusion sociale plus grande** :

« C'est une bonne solution pour l'inclusion, certains reprennent le travail pendant la prise en charge. Malheureusement on n'a qu'une AS, et comme souvent pour les personnes du privée ils n'ont pas eu ce travail avant, il y a beaucoup à faire... »

Cette richesse nouvelle s'appuie sur un engagement des professionnels, souvent doublé d'une plus grande satisfaction : « Après on voit qu'en le faisant, on a **énormément de plus-value**. Aussi bien au niveau soignant qu'au niveau soigné. C'est-à-dire que **le niveau de satisfaction des équipes est considérable**. (...) Ce qui est très curieux, moi quand j'ai commencé la psychiatrie, personne ne voulait aller à domicile, comme personne ne voulait aller aux urgences, (...) Aujourd'hui ce qui est incroyable, c'est tout l'inverse. Les gens veulent aller au domicile, veulent s'occuper de la crise suicidaire. »

III. Étude des conditions d'implantation

L'orientation vers une pratique communautaire, synergique de la diffusion d'outils d'autogestion et de réhabilitation, semble donc s'appuyer sur une inscription de la place des soignants plus proche de l'environnement des personnes.

La satisfaction tant des professionnels que des personnes concernées semble donc un levier décisif dans le développement de cette approche.

Une intervention incluse dans le contexte social	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Place des professionnels	Un dispositif inclus dans la communauté	Une reconnaissance personnelle des professionnels par l'environnement
Outils à disposition	Favoriser l'inclusion sociale des personnes	Les outils de réhabilitation et d'auto-support

2. L'orientation vers le rétablissement

Encore une fois, articuler un nouveau système de valeur, cohérent avec les exigences communautaires, semble justifier de rompre avec le modèle médical dominant en psychiatrie. Il s'agirait, selon les acteurs interrogés, de s'appuyer sur la **réalité des personnes dans la perspective de leur rétablissement**.

L'autodétermination

La première exigence semble le **transfert d'un pouvoir médical vers une autodétermination** des personnes. Cette dynamique d'*empowerment* s'appuierait avant tout sur l'éducation à la santé, et la légitimité de chacun à trouver des ressources en dehors du système hospitalier :

« Je pense qu'il y a toute l'éducation qu'on a fait, des usagers eux-mêmes : on leur a dit "Vous êtes complètement incompetents, vous ne savez pas gérer la santé mentale, si vous avez des problèmes de santé mentale venez à l'hôpital". On a discrédité les familles, on leur a dit "Laissez faire les professionnels." Non : chacun peut jouer un rôle... le fait d'aller au domicile, c'est de dire : la santé mentale, c'est aussi "Comment on peut discuter avec les familles, quelles sont les difficultés..." »

Cette horizontalité des enjeux décisionnels s'appuie par exemple sur la reconsidération de **l'information délivrée**. A l'image des décisions médicales partagées, il s'agirait donc de donner aux personnes les moyens de prendre les décisions de façon éclairée :

« C'est pour ça que tout ce qui est l'idée du rétablissement c'est quelque chose qui peut donner un guide de pourquoi on fait les choses et comment on les fait. Je les fais pas pour moi, je les fait pour aider quelqu'un, donc **c'est informer, dire pourquoi, dire ce qu'on fait**, pourquoi on le fait, pourquoi on va pas le faire, informer les familles, et d'être toujours dans cette perspective. »

Pour faciliter l'accès au soin, cette évolution des rapports s'appuie donc sur une posture **non autoritaire**. Il s'agirait alors de garantir une relation moins verticale et plus tolérante avec une population large : « Si on a un contact large avec la population, qu'on est reconnu comme des gens qui ont des pratiques qui ne sont pas des pratiques autoritaires, et bien les gens vont venir plus et je pense qu'il y aura moins de suicides »

La place du savoir d'expérience

Enfin, cette répartition nouvelle des savoirs et des pouvoirs s'appuie sur une **reconnaissance accrue du savoir expérientiel des personnes**, en miroir des savoirs académiques du sanitaire :
 « Le rétablissement, c'est vraiment... c'est d'abord tout sauf le sanitaire.

Le sanitaire c'est un des éléments du rétablissement, c'est ça qui est intéressant dans le rétablissement : remettre la position du sanitaire comme une des positions, un des moyens pour que je puisse vivre une vie digne, agréable, la plus épanouie possible, mais c'est pas tout. »

C'est par exemple l'enjeu de l'intégration des **pratiques de pair-aidance** et des dispositifs d'entraide, qui participent à la valorisation de ce type de savoir:

« Ensuite on a 2 médiateurs de santé paire qui apportent beaucoup, alors d'abord ça a apporté »
 « Tout ce qui concerne les groupes d'entraide, les patients experts... (...) Et ça il faut continuer à le développer, c'est l'avenir aussi. L'avenir c'est la combinaison de ces réponses sociales, et des réponses médico-psycho-sociales et familiales. »

Le paradigme du rétablissement	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Rapports de pouvoirs	Favoriser <i>l'empowerment</i>	Rompre avec des pratiques autoritaires, partager l'information et les décisions
Équilibre des savoirs	Prioriser le savoir des personnes au savoir académique	Promouvoir le savoir expérientiel par la pair-aidance

3. La mobilisation graduelle des ressources

A l'image de l'auto-support, implanter des interventions dans la cité implique donc la mobilisation nouvelle de **moyens propres au contexte**, et c'est bien la **mobilisation progressive de ces ressources**, avant une mobilisation systématique des outils professionnels, qui semble permettre une intervention efficace.

Les solutions semblant parfois **plus faciles à trouver par les personnes elles-mêmes** que par les professionnels, il s'agirait ainsi d'encourager cette capacité à l'auto-support.

Ce serait donc le premier degré des ressources à mobiliser, comme le décrivait en préambule la **pyramide OMS** des soins primaires, citée par un des acteurs :

« Nous on met tout en bas '**la connaissance que j'ai de moi-même**' : donc "la connaissance", après il y a "**le réseau**" : **mes proches, mes amis...** Certes la dépression existe, mais ils peuvent me dire ce que je peux faire, ils peuvent me dire s'il y a un CMP à coté... que si on fait ça on aura moins de dépression... ils savent qu'on peut avoir des éléments hallucinatoires, et s'il y a une connaissance de la santé mentale, c'est porté aussi par la communauté et **les gens résolvent aussi une partie des problèmes de santé mentale**. Une partie des problèmes vont **s'améliorer tout seuls** ! C'est aussi des choses qui peuvent se résoudre toutes seules, et si ça s'améliore pas, là on peut aller voir un professionnel. »

Dans une logique graduelle, il s'agit ensuite de **mobiliser le soutien social et les possibilités d'entraide**, en amont des professionnels : « Il faut donner de la responsabilité, de la **capacité des gens à se soutenir les uns les autres**, le système social est très important pour ça... »

Cette exigence, par exemple à l'égard des familles, nous amène à questionner les **capacités d'accueil de ces dernières**. Pour certains, cette exigence se justifie par le bénéfice attendu :

« Nous on leur dit "Ca fait 15 jours que vous avez eu un trouble délirant, on pense qu'il va falloir que vous gardiez votre traitement peut être 2 ans, mais pour l'instant vous rentrez chez vous faire la cuisine", et puis... on met les gens directement dans la vie c'est parfois difficile pour les gens, pour les familles, mais **c'est la meilleure façon de les garder mobiles**. »

Et cette exigence communautaire s'oppose donc aux arguments diagnostiques qui pouvaient justifier cette demande de retrait par les familles : « A la fois c'est se confronter à la crise avec

III. Étude des conditions d'implantation

les difficultés aussi, avec **l'entourage**, avec les proches, mais c'est aussi, dans l'esprit d'une approche plus communautaire, s'appuyer sur les **ressources de l'entourage**. Sur les ressources que peut proposer l'environnement du patient. Donc là on est plus dans le champ, plus en train de s'appuyer sur **des référents de la santé mentale** que sur des identifications de la **maladie mentale d'un individu**. »

La pratique **orientée rétablissement** semble donc s'appuyer sur la mobilisation de ressources contextuelles et ancrées dans la vie sociale, avant les ressources médicales. Cette exigence semble donc cohérente avec les choix d'une pratique **d'inspiration psycho-sociale** ou **socio-familiale** citée précédemment. : « Il avait une approche systémique réelle, et donc l'idée c'était vraiment de **ne pas extraire les gens du contexte** dans lequel ils éprouvaient des difficultés, pour traiter les difficultés là où se posait le problème. »

En somme, l'implantation de pratiques réellement communautaires semble devoir **s'affranchir d'un recours trop fréquent aux expertises professionnelles**, pour réintroduire la place centrale de **l'expérience des personnes**. Cette balance semble pouvoir concilier les valeurs du rétablissement avec des approches psycho-sociales et socio-familiales pertinentes pour la résolution de crise.

Des ressources hors du sanitaire	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Priorisation des solutions à mobiliser	Des solutions avant tout auprès des personnes	Préférer une mobilisation graduelle, par l'auto-support avant les ressources médicales
Entretenir les ressources de l'environnement	S'appuyer sur le soutien social	Promouvoir une responsabilisation des personnes et de leurs proches

En conclusion, il existe une grande diversité de modèles d'intervention, sans que l'un d'eux ne semble plus valide que les autres. Mais c'est bien l'engagement pour une intervention précoce, individualisée et compréhensive dans une dimension biopsychosociale qui semble garantir son efficacité, et qui affirme sa rupture avec le modèle médical antérieur pour proposer une orientation résolument communautaire et tournée vers le rétablissement.

III. L'équipe de soins à domicile face aux enjeux de la santé communautaire

Au vu des éléments précédents, le soin intensif à domicile semble s'affirmer comme une pratique relativement nouvelle, en rupture avec les dispositifs conventionnels. Mais ce dispositif n'est bien sûr pas le seul à porter les valeurs de la santé mentale communautaire. Nous avons vu par exemple qu'il n'est qu'un maillon dans un parcours de soin plus global.

Cette innovation n'apporte ainsi qu'une réponse spécifique à un défi plus large, et il lui faudra trouver les moyens de s'intégrer à un parcours de soin et de santé plus global, encore une fois au-delà des frontières entre les disciplines.

De plus, les acteurs interrogés sont confrontés aux limites de ce développement, dans un contexte financier pas toujours en cohérence avec les ambitions d'une politique de santé innovante, et les obstacles se révèlent nombreux au sein de la discipline psychiatrique.

Nous tenterons d'abord de décrire comment l'optique de la santé communautaire, s'appuyant sur les valeurs du rétablissement plutôt que sur le modèle médical traditionnel, semble être pour les acteurs une façon de concilier les enjeux du changement de paradigme évoqué plus tôt, avec les réalités du terrain vues dans la première partie. Nous décrirons ensuite les limites rapportées, sur des bases matérielles mais aussi idéologiques, puis nous proposerons enfin une synthèse des discours concernant l'évolution possible de ces dispositifs.

A. Le soin à la marge des déterminants de la santé	147
B. Limites et obstacles au développement des équipes de soins à domicile	153
C. Enjeux d'évaluation et pistes de diffusion	166

A. Le soin à la marge des déterminants de la santé

Dans la perspective transversale de la santé mentale, les équipes de crise n'auraient donc **qu'un rôle parmi d'autres**, et la **promotion de la santé mentale** semble alors passer par de nombreuses autres composantes, à l'image de la philosophie de secteur qui se voulait **dépasser les missions du soin**. En ce sens, les dispositifs évoqués seraient avant tout l'un des outils du système de soin, lui-même intégré dans un ensemble plus vaste de déterminants de la santé : « Justement il faut bien comprendre que l'organisation territoriale d'un secteur, ça a été de dire justement et je pense que c'est souvent ce qui est difficile à expliquer, mais c'était pour moi le principal, c'est de mieux coordonner l'ensemble des services qui sont proposés dans un secteur. Et donc l'équipe du SIIC c'est **une équipe mobile** et son intérêt c'est qu'elle est **intégrée dans tout un dispositif**. »

1. Le logement

Un des déterminants majeurs de son bon fonctionnement serait l'impératif de **l'accès au logement**, y compris lors des crises. Il serait même une condition *sine qua non* de l'implantation des équipes :

« C'est de considérer que l'élément central c'est le domicile, et qu'autour du domicile naviguent des infirmiers libéraux, des SIAD (soins infirmiers à domicile), une HAD, un CMP... Si on développe suffisamment **d'alternatives au logement**, parce que c'est souvent ça le problème : il faut des résidences accueils, des familles d'accueil d'urgence, des maisons relais etc... Il faut avoir un réseau social suffisamment dense et développé et efficace, pour **ramener des gens chez eux assez tôt** »

Et à l'image de la polyvalence évoquée plus tôt, certaines équipes sont donc investies de l'accompagnement de logements thérapeutiques, tant pour assurer une **permanence médicale** que pour apporter un **soutien psycho-social** supplémentaire : « D'ailleurs on a une autre équipe qui travaille sur les appartements thérapeutiques, et le weekend l'équipe d'HAD fait aussi un saut sur les **appartements thérapeutiques**, pour assurer une visite par **jour** sur ces structures. »

Mais la place du soin psychique dans les problématiques de logement semble surtout saillante dans une approche plus existentielle. L'intérêt du soin à domicile serait de mettre l'accent sur

III. Étude des conditions d'implantation

la dimension qualitative du logement, au-delà de la capacité d'hébergement. Il s'agirait alors de concilier les obstacles cliniques et les réalités matérielles qui font la crise :

« Le patient il est pris dans sa globalité... donc on fait beaucoup d'entretiens familiaux... il est pris dans "Qu'est-ce que c'est que de **vivre dans un quartier** ? » aussi. Parce qu'il y a des personnes qui sont de nulle part... Ils sont de leur appartement, mais leur quartier n'existe pas pour eux... Ils n'arrivent pas à l'investir. Donc "Comment **être dans un lieu**", ça amène plein de questions... »

Ces descriptions permettent donc de souligner la complémentarité du soin et des réponses concrètes aux besoins matériels. Mais surtout, la question du logement semble conjuguer les **enjeux de partenariat** soulevés dans la première section, et **l'élan vers le rétablissement** évoqué dans la seconde, autour du soin à domicile.

L'intérêt du dispositif de soin serait alors d'accompagner les personnes et les professionnels du **monde social**, pour **donner sens** à ces enjeux matériels et humains. Comme l'a soulevé la question du partage des responsabilités, il ne s'agit pas pour l'équipe de soin d'être le référent central du bien être des personnes dans leur logement, mais plutôt de **faire tiers** entre les **ressources sociales** et la **vie psychique** des personnes, pour rendre cette collaboration harmonieuse.

2. L'insertion dans l'emploi

Un autre levier, souvent lui-même **thérapeutique**, semble être **l'accès à la vie professionnelle**. Si les témoignages de la première partie de nos résultats ont montré la pertinence d'une intervention sociale précoce, la bascule vers le rétablissement évoquée ensuite vient souligner l'évolution de ces pratiques, pour abandonner progressivement les références systématiques au parcours professionnel adapté, et au milieu protégé.

A cet égard, la dynamique de soins communautaires peut s'appuyer sur la rupture entre le modèle traditionnel de l'inclusion progressive, pour une pratique d'intégration communautaire d'emblée puis de soutien, dite **Individual Placement and Support (IPS)** :

« On a une conseillère en insertion professionnelle qui travaille avec le modèle de l'IPS dans l'inscription dans le milieu ordinaire de travail en premier intention comme **préalable aux soins**, voilà. Donc on essaie chaque fois qu'on a l'opportunité de voir si il y a un dispositif ou une façon de travailler qui peut nous apporter... Alors là c'est le cas, par exemple vous savez

III. Étude des conditions d'implantation

qu'on avait des ateliers thérapeutiques dans l'hôpital, (...) qui normalement amène à l'orientation vers **l'ESAT**, qui amène normalement au détachement d'entreprises, donc pratiquement c'est un malade tous les 10 ans, qui va travailler. (...) Là sur les 6 derniers mois on en a placé 10 en **milieu ordinaire**, déjà donc voilà c'est des petits exemples qui nous encouragent à développer un système. »

Mais au-delà du placement, l'enjeu de cette méthode innovante est bien sur le soutien dans l'emploi, qui requiert souvent des interventions psycho-sociales souples et réactives, particulièrement adaptées aux soins à domicile.

Le rôle des soins communautaires est alors réaffirmé, puisqu'ils s'appuieraient sur les bénéfices d'une **inclusion professionnelle précoce**, et soutiendraient en retour le maintien dans l'emploi grâce à un suivi intégré et personnalisé lors des périodes de crise.

3. La vie sociale et culturelle

A l'image de l'appui sur les ressources sociales citées précédemment, beaucoup d'acteurs défendent l'intérêt d'une intervention communautaire comme levier d'inclusion dans **la vie sociale et culturelle**.

Il s'agit par exemple de rompre avec l'organisation **d'activités au sein de l'hôpital**, pour préférer une orientation rapide vers les **ressources de la ville**. Cette dynamique s'inscrit en réaction à la ritualisation de certains suivis, à l'image des *hôpitaux de jour* ou de structures de soin au long cours, et à l'impératif d'un parcours hors des murs :

« En fait ce qu'on essaye de faire c'est d'insérer, d'inclure les gens dans la communauté. On a encore quelques activités, mais les activités maintenant on essaye de les limiter aux situations aiguës et que le reste du travail c'est **d'accompagner les gens vers des activités qui ne soient pas des activités sanitaires**. On a enfermé des gens à l'hôpital, on a enfermé des gens à l'hôpital de jour, ça veut dire que les gens venaient tous les jours à l'hôpital de jour pendant dix ans... et que nous on essayait de dire 'OK on va soigner les gens on va les aider à aller mieux, mais après faut vite qu'on leur trouve quelque chose à faire' ».

III. Étude des conditions d'implantation

Si cette perspective s'inscrit résolument dans le *virage communautaire* évoqué plus tôt, il s'inspire aussi des **perspectives d'auto-détermination** propres à l'orientation vers le rétablissement. En s'écartant d'une logique de solutions stables et reproductibles, l'inscription dans la vie sociale peut s'appuyer sur des **choix individuels** plus affirmés, et plus spécifiques à chacun.

Les personnes concernées seraient ainsi susceptibles d'être accompagnées vers les solutions de leur choix, dans une logique non plus collective mais individuelle du choix :

« Ca peut être **occupationnel**, ça peut être de **loisir**, ça peut être de **travailler**, il faut qu'on réinsère au mieux les personnes, et (les professionnels) sont là pour accompagner les gens en train de se dire "Qu'est-ce que vous pourriez faire, comment vous pourriez faire pour y aller, quel club existe à côté, qu'est-ce que vous aimez faire" et développer les capacités des personnes. »

Enfin, à l'image du partage de responsabilités évoqué précédemment, il s'agirait de retrouver dans cette dynamique communautaire les logiques d'entraide et d'autosupport, souvent perdues de vue par les pratiques institutionnelles, et mises en avant dans les valeurs du rétablissement. Il ne serait plus donc question d'un accompagnement durable par les professionnels, mais d'une transition vers l'autonomie au sein de ressources sociales et associatives souvent autogérées, garantissant un soutien mutuel entre les personnes concernées.

4. La vie associative et citoyenne

Pour finir, et de la même façon que logement et emploi étaient des déterminants forts du travail de crise, cet enjeu d'inclusion dans la vie sociale semble fondamental au fonctionnement des soins de courte durée. Il permet en effet de construire un **projet de vie** en aval de l'accompagnement de crise, garantissant le maintien de l'autonomie des personnes non incluses dans l'emploi, et favorisant leur bien être **dans leur environnement**.

Une des ressources phares du développement communautaire semble avoir été la **promotion de la vie associative et municipale**. Les équipes sont par exemple unanimes sur l'importance des **groupes d'entraide** et des **associations d'usagers**, et favorables à un partenariat étroit entre celles-ci et les équipes de soin. « Faut dire qu'on a bien été aidés par les GEM, par exemple... » « C'est hyper important que les services de santé se lient avec l'ensemble des

III. Étude des conditions d'implantation

associations d'usagers, etc... pour **les aider à grandir**, pour leur donner pignon sur rue, pour qu'on ait confiance, tout ça... »

De plus, l'implantation des ressources sanitaires à l'échelle communautaire semble s'appuyer fortement sur une **gouvernance locale**, au travers des **conseils locaux en santé mentale (CLSM)** :

« Nous on milite beaucoup pour qu'il y ait... on a une association qui s'appelle Santé, Santé mentale et Citoyenneté, les Conseils Locaux de Santé Mentale »

« Pour dépasser le niveau de la santé, faire des actions dans la communauté, sensibiliser les clubs de sport, les associations de quartiers « qu'est-ce que c'est que la santé mentale », leur faire découvrir qu'en fait ils sont déjà en train d'accompagner les gens qui ont des problèmes de santé mentale, mais si vous avez l'étiquette ils vous disent... Pour arriver à ça il faut rencontrer les maires, les associations »

Cette inscription dans **la vie municipale** repose alors sur un **partenariat** à construire entre les personnes concernées, les élus et les professionnels du soin, pour susciter l'évolution de la communauté :

« Et puis, alors là on fait des choses intéressante. Actuellement on fait à la demande du premier adjoint de la ville, on fait **la formation des agents d'accueils** de la ville. c'est à dire que tous les agents d'accueils qui travaillent dans les bibliothèques, dans les musés, dans les mairies annexes, etc. on leur délivre une formation qui est en fait une **sensibilisation à la bonne santé mentale**, et on travaille avec les documents du *Psycom* sur « mythes et réalité » pour essayer de **casser les préjugés**. Donc ça c'est bien parce que c'est la ville qui a lancé ça et on va commencer la même chose pour les acteurs des logements sociaux, donc là y a cette dynamique. »

En conclusion, ces déterminants nous imposent de complexifier les enjeux de l'implantation d'équipes de soins à domicile, qui devront dans des temporalités diverses intégrer l'ensemble des sphères de la vie sociale à la spécificité de leurs interventions.

A l'inverse d'une modèle médical habituellement scindé des enjeux de société, il s'agit alors peut être de concevoir un modèle intégratif de ces notions, pour faire de ces enjeux d'inclusion et de citoyenneté des leviers du processus thérapeutique. Il faudrait réciproquement mettre les

III. Étude des conditions d'implantation

équipes de crise au service d'un développement le plus transversal possible de la santé communautaire.

Le soin n'est donc pas toujours central, mais il parvient partout à s'articuler de façon synergique aux autres déterminants de la santé mentale, pour offrir un parcours de vie cohérent dans un réseau complexe d'interdépendances.

Une équipe au service des déterminants de santé	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Le logement	Accompagner l'accès au logement	Des solutions d'hébergement et un travail sur le bien être dans le logement
L'emploi	L'emploi comme facteur d'inclusion et de protection	Des méthodes d'inclusion précoce, et le soutien par une collaboration entre professionnels du soin et du social
Activités sociales	Une inclusion sociale et culturelle en aval des suivis	Un accompagnement pro-actif vers les ressources de la ville
Vie citoyenne	La promotion de la citoyenneté	Un partenariat étroit entre les usagers, les élus et les professionnels
Promotion de la santé mentale	Articuler soin et santé mentale	Le soin à domicile comme interface entre le soin et la promotion de la santé auprès des acteurs communautaires

B. Limites et obstacles au développement des équipes de soins à domicile

1. Limites matérielles

Le premier obstacle mentionné par les acteurs interrogés semble être le **coût important**, et souvent **sous-évalué** par les décideurs, d'un dispositif de soins intensifs opérationnel.

Comme le décrit l'un des médecins, certains des modèles mentionnés ont souvent été jugés **trop coûteux** pour être répliqués : « Pour la crise, le modèle le plus performant, mais probablement trop coûteux, c'est le modèle ERIC de Serge Kannas. C'est vraiment... alors après c'est un modèle que tout le monde approuve, et en même il n'a pas fait de petits, parce qu'il faut avoir des moyens très conséquents pour pouvoir renouveler celui-ci... »

D'autres pratiques déjà en place **limitent volontairement leur développement** pour des raisons de moyens : « La personne qui freine majoritairement c'est globalement moi, dans le sens où tant qu'il n'y a pas plus d'infirmiers on ne fera pas plus. (...) Globalement si on ouvre au grand public il va falloir un psychiatre qui soit là, qui soit disponible et qui soit en capacité temporelle de garder un œil sur les patients, ce qui est pas le cas encore aujourd'hui »

Le **manque de temps médical** est ainsi une limite fréquemment décrite : « Le problème c'est que les autorités et l'ARS en particulier demandaient une équipe mobile, une HAD mais pour 600.000 habitants donc sur l'ensemble, un psychiatre pour 600.000 habitants. Bah voilà ça répondait pas du tout à une plus-value on faisait un secteur avec peu de temps médical et ça ne semblait vraiment pas très utile. »

Les réunions d'équipe et le travail auprès des familles

Un autre impératif souvent insatisfait serait un **nombre de soignants** offrant la possibilité de temps collectifs et d'une **continuité** au sein de l'équipe, condition nécessaire à la qualité des soins :

« Je pense que c'est bien comme ça quand on est 4. L'idéal en fait, nous on a eu 4,5 ETP infirmiers... parce que c'est 4,25 en fait, là c'est bien, parce **qu'on avait la possibilité de**

III. Étude des conditions d'implantation

réunir toute l'équipe complète une fois par semaine... ce que maintenant on ne peut plus faire. Et on le sent. Parce qu'il y a moins de continuité dans nos prises en charge. On peut moins avoir un infirmier qui est toujours le même d'une VAD à l'autre... ce genre de chose on arrive moins à les faire... »

Le **manque de personnel** impacterait donc directement la **qualité des réflexions cliniques** et la pertinence des interventions :

« Actuellement on sent ce manque là... y compris aussi au niveau de la réflexion clinique. Parce que si on veut travailler sur les déterminants contextuels, ou relationnels, **il faut du temps après pour en parler entre nous**. Et je trouve qu'à la fois on est dans un moment où ils essaient un petit peu de nous réduire les moyens, comme partout à mon avis... On n'est pas toujours sur la même longueur d'onde entre ce que l'on voudrait faire, et les moyens qu'on nous donne. »

Cet impératif semble souvent **sous-évalué**, alors qu'il a un rôle prépondérant dans certaines équipes d'inspiration psychothérapique, tout comme les **entretiens familiaux** :

« Je pense que vraiment travailler sur ce qui constitue la crise, **ça prend du temps forcément**. Déjà je pense que ça prend du temps **quand on travaille avec l'entourage**, s'il y a des entretiens familiaux, ou de couple, dans l'intervention en elle-même... avec plusieurs personnes et pas qu'avec la personne en crise, souvent c'est des **entretiens plus longs**. Après, effectivement, **le fait d'échanger entre nous**, ça prend du temps aussi, en plus, mais avec d'autres techniques aussi il y a besoin d'échanger... c'est peut-être plus les entretiens avec l'entourage, qui prennent plus de temps. »

Le travail pluridisciplinaire

Certaines équipes, qui ambitionnaient un **travail pluridisciplinaire** rigoureux, se sont de plus confrontées à des limites matérielles les contraignant à un modèle **plus médico-centré** :

« Alors l'idée c'était au début le **médecin** coordo, le **psy**, le **cadre**, l'**AS**, mais on a très très vite réalisé que c'était quelque chose de très couteux en termes de temps. Et pour pouvoir faire **coïncider tous nos agendas**, ce n'était juste pas possible. Donc on est passé très rapidement à une réadmission entre moi (le psy traitant) et l'**AS**, et même ça finalement on a vite réalisé que ce n'était pas possible, nos agendas et tout ça. Donc finalement il n'y avait **que moi ou l'interne**, qui voyait le patient. »

III. Étude des conditions d'implantation

C'est d'ailleurs cette question d'un écart entre le **modèle envisagé** et la **réalisation pratique**, soulevée dans la première partie de notre travail, qui pousse certaines équipes à réclamer des **directives claires** pour un **modèle validé et consensuel** concernant **l'effectif minimal** :

« Non je pense que la seule difficulté, elle reste la question **budgétaire**, c'est-à-dire comment offrir un **soin approprié** en y mettant **l'effectif médical et soignant adéquat**. »

Le coût de la mobilité

Ensuite, plusieurs équipes regrettent une sous-évaluation du **coût des soins ambulatoires** :

« Chez nous le CMP est vraiment le parent pauvre, il a juste une voiture, pour aller voir 3 VAD... ce n'est pas avec ça qu'on fait de l'ambulatoire. »

« L'ambulatoire il faut des moyens. Je ne dis pas que ça coûte moins cher, parce que si on fait du **bon ambulatoire**, peut être que ça coûtera **aussi cher**, mais c'est une autre philosophie du soin. »

Les **contraintes géographiques**, par exemple, semblent souvent **mal prises en compte** dans les considérations financières de l'effectif requis :

« Et puis, je pense que l'erreur de ce dispositif, à mon sens, c'est de tout baser sur une seule personne. **Un seul médecin**. L'idée, ce qui aurait été intéressant, c'est qu'il y ait 2 médecins. Parce que en fait c'est **30 patients**, ça paraît peu 30 patients quand on voit ce qu'on a dans nos files active, mais c'est 30 patients qui sont prise en charge tous les jours, dans un rayon de 30 km. C'est-à-dire qu'**on ne va pas pouvoir voir 10 patients par jour**. Ce n'est pas possible, Toulouse c'est une ville assez grande, encombrée, embouteillée. Donc le temps qu'on passe en voiture est extrêmement important, et c'est du temps en moins auprès du patient. Donc c'est un peu ces petites choses qu'il fallait revoir, et qui n'ont pas été revues. »

Vers une perte de qualité

Ces exigences du soin intensif, selon certains mal prises en compte par les décisions de financement, leur font redouter une **évolution vers des soins de moindre qualité**, pour des raisons budgétaires.

Certains rapportent que les impératifs des décideurs les poussent à des **suivis trop nombreux** et très insatisfaisants : « du coup, objectivement c'est **impossible**... ou du coup ça veut dire qu'on ne fait pas... qu'on voit pas les gens... **qu'on fait n'importe quoi**... matériellement on ne peut pas... »

Les professionnels semblent donc mobilisés pour faire valoir un **équilibre entre coût et qualité** des soins : « Vous savez le nerf de la guerre c'est les sous... donc oui ça prend beaucoup d'argent sur d'autres choses. Mais en revanche il y a eu quelqu'un sur les journées de l'HAD, qui a dit "Si on fait de l'HAD, il ne faut pas que ce soit des **soins au rabais** !" Ça coûte cher comme le reste. Des soins à domicile, ce n'est pas... ça coûte de l'argent »

L'argument face à ces changements semble donc similaire à celui qui a marqué les opposants au mouvement de sectorisation des décennies auparavant :

« Et la crainte que j'ai, c'est qu'il y ait **des HAD qui s'ouvrent**, pas uniquement pour des questions de qualité de soins, mais aussi pour... **parce que ça coûterait moins cher** que l'hôpital... il n'y a **pas que de bonnes raisons**... »

2. Les risques d'une logique de rentabilité

La réduction des lits comme logique financière avant tout ?

A l'image du paradoxe de l'œuf ou la poule, décrit dans la section précédente (voir p.123), le financement des structures ambulatoires semble indubitablement lié à la réduction des moyens hospitaliers.

Cette corrélation peut être décrite comme menaçante pour certains, qui y voient le risque d'une **logique en tout-ou-rien** :

« Et c'est vrai que je me dis "Si on monte des HAD pour fermer des lits..." Non. On a besoin des lits de l'hôpital. A Lyon, c'est une catastrophe, quand même... Parce que quand on dit « virage ambulatoire », il est fait depuis bien longtemps en psychiatrie. (...) donc ça existe depuis longtemps. Après dire « **on veut virer tout le monde de l'hôpital** », ça c'est un autre truc... »

Et l'argument d'un développement des ressources ambulatoire s'appuierait alors peut être sur la nécessité **d'éviter les situations d'absence de soins**, conséquence éventuelle de décisions budgétaires parfois inappropriées : « Alors avec le temps en France, il y a eu une politique hypocrite du ministère de la santé, qui a consisté à réduire la part de l'hospitalisation psychiatrique, dans les lits, dans la réponse. » « On est pressés pour rechercher des lits parce qu'il y en a moins, mais **on est plus à éviter l'hospitalisation**, mais de façon brutale, **sans accompagnement d'urgence et de crise**, ou en refusant l'hospitalisation, **ce qui est encore pire...** »

La question de l'alternative à l'hospitalisation, dans cette perspective, s'effacerait devant la nécessité d'une **alternative à l'absence de soins**.

Et comme l'a montré la section précédente (voir p.127), l'enjeu d'une amélioration de l'accès aux soins dans des situations actuelles de non demande ou de défiance vis à vis de la psychiatrie, à l'opposé d'une perspective de rentabilité, impliquerait au contraire une **augmentation des moyens** nécessaires à leur réponse.

III. Étude des conditions d'implantation

L'uniformité de la tarification à l'acte

Ensuite, dans les cas où l'équipe intervient en dehors d'un cadre financier spécifique, la crainte d'une **sous-évaluation de ses besoins** s'appuie parfois sur l'idée d'une évaluation insuffisamment qualitative, au risque de **confondre visite ambulatoire et intervention de crise** :

« Je pense que s'il y avait un point plus théorique sur les limites à ouvrir les portes de l'équipe, c'est de dire que déplacer 2 infirmiers c'est beaucoup plus cher que d'ouvrir les portes d'un centre où il va rencontrer deux infirmiers, donc il faut être certain **qu'on justifie le coup supplémentaire** que va occasionner le fait d'avoir une structure qui va mobiliser une voiture et 2 infirmiers pour une visite en 1h30, alors qu'en CMP il y a pas de voiture et on fait 3 visites, on voit 3 personnes en 1h30. Je ne pense pas que c'est le même acte, mais **c'est difficile de justifier que ce n'est pas le même acte...** Dans les faits c'est une consultation infirmière qui est comptée où qu'elle soit... »

Ces considérations semblent encore une fois soulever l'enjeu d'une reconnaissance claire et uniforme des spécificités de l'activité de soins intensifs.

Obstacles financiers	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Balance coût-bénéfice	Coût important	Balance favorable sous condition de soins de qualité
Une logique de réduction des moyens	Un financement suffisant face à une inéluctable réduction des lits	Une comparaison aux soins standards, pas à l'absence de soins
Une tarification adaptée	Une tarification adaptée aux coûts engagés	La revalorisation d'actes spécifiques

3. Homéostasie et résistance au changement

Des obstacles idéologiques

Mais les obstacles ne sont pas uniquement matériels, et les professionnels interrogés rapportent des **écarts idéologiques parfois limitants au sein de la discipline psychiatrique**.

Les **positions militantes** les plus diverses semblent en effet s'opposer autour de ces enjeux, et le caractère parfois discontinu des **déterminants épistémologiques** de cette discipline peuvent être source de résistance : « C'est ça, il y a toujours cette difficulté de, globalement la **psychiatrie communautaire**, qui vient **se heurter un petit peu**, pas forcément de manière violente ou agressive, mais qui vient quand même se heurter à **la vision de la psychiatrie intramuros**. »

Sans définir plus précisément ces « visions » différentes, certains décrivent toutefois les paradoxes de **courant historiquement militants**, et désormais parfois désuets :

« **Le secteur**, c'est comme ERIC, je pense que c'est une idée militante, qui s'est **dégradée au fil des années**, qui reste un excellent programme officiel, il y en a qui sortent leur carte du secteur comme on sortait dans le temps la carte du parti communiste. Par contre la pratique, quand on la regarde dans les détails, ne fonctionne pas de la même façon. »

La spécificité d'une discipline où beaucoup de **décisions cliniques** s'appuient sur des enjeux humains complexes, apparaît alors dans **les choix pas toujours explicites** des professionnels. C'est par exemple le cas dans l'orientation des personnes depuis l'hôpital vers l'équipe de soins à domicile :

« Ça dépend des services, **ça dépend des médecins**. On a des médecins qui sont passé de l'une vers le rétablissement ; on a **des médecins très très institutionnels qui ont pas envie de bouger** dans certains service, c'est plus compliqué d'y intervenir. On essaie de passer par les internes globalement pour faire bouger les choses parce que c'est par là que c'est le plus souple. »

Plus globalement, les choix de développer une orientation communautaire sont aussi soumis aux **sensibilités théoriques** et aux **références** de chaque région :

III. Étude des conditions d'implantation

« Non, là c'est le cas parce que c'est notre pratique en générale, hein, c'est vrai qu'on est **très engagé avec le CCOMS**, on est associés aux travaux du CCOMS, donc on est quand même dans **cette vision là**, mais je reconnais que dans tous les hôpitaux en France il y a pas forcément cette affaire-là. »

Des différends dans les arguments cliniques

Au-delà des idéologies, les résistances sont rapportés aussi au niveau des **considérations cliniques**.

L'échange avec des **partenaires urgentistes**, par exemple, n'est pas toujours consensuel :

« Ca s'améliore mais ça a toujours été très difficile, dans les interfaces. D'abord aux urgences, ils voyaient des urgences et disaient "Faut le mettre à l'hôpital" : (il y avait) beaucoup de frictions, on a **pas une bonne réputation** parce qu'on ne met pas les gens à l'hôpital... C'est un peu la réflexion "Si vous ne mettez pas les gens à l'hôpital, **vous ne vous en occupez pas**" »

La position décisionnaire des médecins **supporte parfois difficilement d'être réévaluée** par un confrère : « Après c'est aussi parce que **on contredit**. (On nous dit) "J'ai indiqué une hospitalisation", mais nous on a plein d'autres outils, on a plein de façon de gérer les choses autrement, et faites-nous confiance... les relations sont pas très très bonnes »

Les interfaces entre équipes ou institutions sont alors parfois le **terrain d'enjeux plus personnels** :

« Les difficultés n'ont vraiment pas été sur le plan théorique, mais dans des choses bien plus pratiques : les enjeux de pouvoir sur le secteur, les différences entre secteur et AP-HP (y compris aux urgences), etc... Les limites viennent surtout de **ces questions de pouvoir**. »

Et l'implantation satisfaisante de ces équipes semble donc peut être soumise à **l'évolution globale des représentations cliniques**, dans un mouvement général de la culture soignante :

« Je suis assez d'accord, on est dans un moment de réflexion parce que là on se rend compte que tout ne fonctionne pas forcément comme ça, il faut qu'on le modifie ou qu'on l'assouplisse... donc il faut inventer des choses nouvelles. Mais ça passera par **le changement d'état d'esprit des soignants**. Sans eux on ne pourra rien faire... »

III. Étude des conditions d'implantation

L'inertie d'une logique institutionnelle historique

Pour certains, la temporalité de ces évolutions entre donc en conflit avec les **logiques institutionnelles** moins souples portées par le monde hospitalier.

L'enjeu de l'implantation est alors de trouver la place pour des **dispositifs à la vie courte** et aux formats évolutifs, au contraire du système hospitalier :

« Le problème c'est que on est construit avec... le système hospitalier a essayé de construire quelque chose qui dure... Il faut penser à faire des choses qui sont en **perpétuelle évolution**, toujours avoir une **dynamique de projet**, de correction, de **transformation**, et pas dire "on va faire un fonctionnement et ce fonctionnement ça ira pour 10 ans" faut arrêter avec ça.

On est coincé avec **ces systèmes hospitaliers** qui sont **extrêmement rigides**, extrêmement immobiles, une **inertie incroyable** »

Cette logique est pour certains l'obstacle à la concrétisation d'alternatives à l'hospitalisation, puisqu'elle s'appuie sur le **constat auto-entretenu** que les **tentatives de changement des pratiques sont vaines** car elles arrivent souvent trop tard :

« Et quand j'ai créé cette équipe en 1995, beaucoup de mes collègues étaient contre, ils disaient "A **quoi ça sert de se fatiguer**, de toute façon ils finissent toujours par arriver à l'hôpital, donc à quoi ça sert d'aller au-devant pour éviter qu'ils arrivent, de toute façon **ils finissent par arriver** ?". Ce qui n'est pas faux. Le problème c'est que quand ils arrivent à l'hôpital, ils ont appris ou été forcés d'apprendre certains mécanismes et **il est parfois déjà trop tard**, de mon point de vue. »

Les arguments d'une tentative vaine sont alors parfois doublés de **considérations cliniques** inscrites **dans la même temporalité** :

« Et donc il y a eu une réflexion, si la moitié était en hospitalisation interminable, et ça paraissait n'emmerder personne, en dehors de mes collaborateurs infirmiers, moi et mes jeunes internes. La plupart de mes collègues, qui étaient là depuis longtemps, me disaient "Serge, **la schizophrénie est une maladie chronique à caractère irréversible**" (...)

Comme si la définition diagnostique était tautologiquement une **source de destinée**, et ça ne me convainquait pas. »

Les discours rapportés semblent parfois **dénoncer**, derrière des arguments cliniques peu légitimes selon eux, des **positions de passivité** :

III. Étude des conditions d'implantation

« On peut dire “orienté thérapie institutionnelle”, ça **c’est la théorie**. Dans les faits c’était orienté “on ne peut **pas prendre de risque** et ce patient reste ici”, la psychothérapie institutionnelle ça implique des techniques spécifiques dont je pense qu’elles n’étaient pas mises en place en intra... mais en tout cas c’était ce mouvement là... »

« Je pense que **ça sert de bouclier**... (...) Je pense qu’assez bêtement, c’est bien **plus confortable d’être derrière un bureau** et de voir quelqu’un en HAD une fois par mois, à interroger la psychodynamie, que de se coltiner parfois des interventions de crise un peu houleuses... »

La place incontournable de l’hôpital dans les prises de décisions

Les obstacles à l’innovation des structures ambulatoires sont donc souvent attribuées au **rôle central de l’hôpital dans les processus décisionnels**, et notamment à la **gestion financière** :

« Notre société et notre fonctionnement finalement... médical, est basé sur une organisation des **soins hospitalo-centré** : l’argent est attribué à l’hôpital, **l’argent est sous la responsabilité**... enfin avec les chefs de service de l’hôpital... qui coordonne des structures ambulatoires. Et je dirais, qu’on le veuille ou non, l’axe du soin, même s’il y a des structures ambulatoires, **l’axe du soin c’est l’hôpital**... (...) Le lieu de soin principal, là où il y a le plus de consultations, là où les gens viennent quand ils ne vont pas bien, là où les gens se font soigner le plus souvent, c’est l’hôpital. Et donc si vous voulez **tout est organisé autour de l’hôpital**. »

Le renversement d’un paradigme médical vers un autre semble donc se heurter à la place toujours incontournable de l’hôpital **dans la culture soignante** :

« Ca c’est quelque chose qui n’a probablement pas l’aval de tous les soignants. Je ne le pense pas, je pense que **beaucoup de soignants résisteraient à cette idée-là**. De dire voilà, on change un peu l’organisation, la philosophie, le paradigme du soin. On arrête d’hospitalo-centrer systématiquement Bon, tout ce qui se fait ça passe par l’hospitalo-centrisme en France, c’est toujours comme ça, **les budgets arrivent, passent par l’hôpital, et donc tout se fait à l’hôpital** »

Ces limites décrites comme surtout idéologiques impliquent donc une homéostasie forte autour du modèle hospitalier. La sensibilisation des décideurs et des soignants à une perspective communautaire semble donc devoir s’appuyer sur un engagement théorique lui aussi fort, dont les acteurs pourront esquisser des pistes de diffusion, comme nous le verrons en dernière partie.

4. La gestion du risque

Enfin, l'obstacle clinique qui reste le plus rapporté, et qui constitue la grande majorité des contre-indications à l'intervention à domicile, semble être **le risque suicidaire élevé**.

Une contre-indication absolue

Avec les situations de violence et les urgences où l'équipe n'a **pas les moyens pratiques d'intervenir**, la présence d'un risque suicidaire constitue donc la **majorité des refus d'admission**.

Les **moyens propres à chaque équipe** viennent bien sur pondérer cette affirmation, et si certaines équipes s'opposent à la prise en charge d'un **risque modéré** « A condition que ce ne soit pas l'élément de contre-indication absolue : une crise suicidaire avec un potentiel suicidaire moyen ou élevé », d'autres considèrent un **critère d'urgence** suicidaire : « enfin voilà, ils sont dans l'imminence, les urgences quoi... »

Là encore, les **positions** sont en partie **divergentes**, et bien qu'il reste un **critère essentiel**, la disparité des pratiques n'a pas rendu possible un **indicateur clinique plus spécifique**. Certaines équipes souvent axées sur des **prises en charges familiales** proposent en effet des mesures permettant à la famille une **vigilance continue**, alors que dans le cadre de visites plus fixes un **passage infirmier** biquotidien ne **semble pas suffisant**.

Un enjeu de satisfaction et d'accès au soin

Mais au-delà d'être une contre-indication, la question du risque suicidaire soulève des **enjeux théoriques et cliniques**, qui là encore divisent les professionnels.

Un des acteurs interrogé rapporte par exemple une **défiance de certains partenaires** devant le choix assumé d'une alternative à l'hospitalisation, y compris dans des situations de risque :

« Je pense que la réticence vient à la fois de ça, et de dire 'Ah oui mais il y a un problème c'est que **si on ne met pas les gens à l'hôpital ils vont mourir**.' Non **ce n'est pas vrai**. De toute façon **les médecins traitants eux le savent bien** parce que eux ils sont en contact avec la

III. Étude des conditions d'implantation

population qui est en difficulté et qui va pas vers la santé mentale, qui **veulent pas de l'hôpital**. Ils le voient le nombre de personnes. »

Là encore sur l'argument d'une amélioration de l'accès au soin, et de réduction de la défiance vis à vis de la santé mentale, certains se positionnent donc **en faveur d'une prise de risque relative**, permettant in fine **un contact plus important avec une population de suicidants**, pas toujours encline à se rendre aux urgences.

Renoncer à la sécurité d'une hospitalisation systématique permettrait alors de **renforcer la capacité des personnes à s'y adresser en cas de nouveau risque**. C'est peut être particulièrement le cas de personnes parfois hospitalisées contre leur gré et consécutivement **réticents** à faire demande :

« On se dit "**Je ne prends pas le risque**", mais après ça veut dire que la fois prochaine **ils ne reviendront plus**. C'est sûr, il y a beaucoup de gens qui ne veulent plus aller vers le système de santé mentale parce que c'est très difficile ... c'est déjà parce qu'on ne va pas bien, c'est **difficile d'aller vers les soins**, et puis aussi parce qu'on est peu écoutés, mal pris en charge. Donc voilà l'idée c'est d'avoir un panel de propositions les plus ouvertes possibles et que... **c'est vrai qu'on prend plus de risques**... mais parce que à un moment donné l'institution elle cherche à se protéger elle-même... ça veut dire que « peu importe si ça peut vous faire du bien, ce qui est important c'est **de protéger l'équipe et le médecin**. » et que c'est vrai qu'il faut **trouver un juste équilibre**. »

La considération d'un risque, jamais nul quelle que soit l'orientation choisie, impliquerait alors à nouveau une **balance** entre **l'issue clinique** et **la satisfaction** des personnes, condition indiscutable de leur capacité de recours aux soins.

Une ambition irréaliste

Le troisième point mentionné est la **mission**, probablement **irréalisable** pour les services psychiatriques, de proposer une gestion du risque suicidaire auprès de **toute la population concernée**.

En effet, au-delà des personnes ayant recours à la psychiatrie, certaines équipes mentionnent que d'autres font appel à des professionnels différents ou ne font pas recours au soin, et que **l'ambition d'une prévention plus large du risque serait démesurée**.

III. Étude des conditions d'implantation

« Moi je rappelle à chaque fois... nous c'est un territoire de 80 000 habitants. On sait qu'il y a à peu près 3-4% de la population qui a des risques suicidaires, élevés, aujourd'hui : ça fait qu'il y a à peu près **3 600 personnes aujourd'hui qui ont un risque suicidaire élevé**. Dans ces 3 600 personnes, **ils ne seront pas tous à l'hôpital** ils ne sont pas tous en équipes mobiles et donc le risque, il est **au contraire de focaliser sur quelques situations...** de forcément les contraindre à un type de soins... Je pense d'abord à l'hôpital parce qu'on ne va pas trop leur donner le choix... »

L'un des acteurs propose par exemple une argumentation chiffrée :

« Tout le monde nous dit ça : "Oui vous prenez beaucoup de risques." Moi je ne suis pas convaincu, je pense qu'au contraire on prend **moins de risques** en faisant des propositions qui permettront à une **population globale de s'améliorer**. Je sais que ce n'est pas parce ce que je vais **hospitaliser** les gens qui aura **moins de suicide** sur mon territoire. Les chiffres le montrent bien : ce n'est pas là où il y a plus d'hospitalisations qu'il y a moins de suicides. Il n'y a **pas de corrélation** du tout. »

Au total, la gestion du risque suicidaire semble soulever un vaste débat de santé publique, qui concerne autant les services de soins psychiatrique, hospitaliers ou autres, que les **acteurs de première ligne**. Explorer plus loin cet enjeu semble donc largement dépasser le cadre de notre travail.

Limites et obstacles théoriques	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Des obstacles idéologiques	Des résistances théoriques	La sensibilisation des soignants à l'approche communautaire
Risque suicidaire	La légitimité d'une prise de risque	Un bénéfice en terme de recours au soin
Une évaluation insuffisante	Des arguments en faveur d'une surmortalité	Des données quantifiables sur la population générale

C. Enjeux d'évaluation et pistes de diffusion

1. Mettre en valeur des procédés inégaux

L'une des limites rapportée tout au long de ce travail révèle le manque d'un cadre clair et reconnu pour les soins intensifs à domicile. Selon certains acteurs, cette absence de recommandations semble en relation, peut être à la fois comme **cause** et comme **conséquence**, d'une **très insuffisante évaluation de ses bénéfiques** :

« Je crois qu'effectivement qu'on **manque de travaux universitaires** objectivant l'intérêt du pratique. »

« On a essayé de construire un savoir qu'on a sûrement **très mal construit, et très mal diffusé** »

Une des raisons évoquée est le **cadre éphémère** et souvent très **militant** de la naissance de ces dispositifs : « Malheureusement, et c'est une erreur parce qu'il y a peu d'écrits, peu d'articles, je n'ai presque pas écrit là-dessus... mais beaucoup milité et communiqué en congrès »

Des résultats difficiles à transposer ailleurs

Les **preuves** existant au **niveau international** sont par ailleurs peu enclines à satisfaire les cliniciens, car les disparités entre territoires sont des **enjeux cruciaux** dans cette question **d'implantation** :

« Du coup ça va être important de refaire des études, qu'elles soient médicales pures ou médico-économiques, ou de tout type en France, parce que je pense que l'apport de ces équipes là il est **structure de soins-dépendant**, et que c'est très compliqué de s'appuyer sur des **modèles anglo-saxons** en disant là-bas ça marche, en fait on fonctionne tellement différemment »

Les exemples locaux existent pourtant, et certaines équipes, à l'instar d'ERIC dont les premiers travaux ont plus de 20 ans, ont pu réaliser des **études rigoureuses** concernant leur territoire, et le mettent en relation avec l'enjeu à cette époque de légitimer un transfert de moyens impossible sans preuve : « A l'époque où j'ai créé ERIC il y avait une **raison stratégique**, c'était important de diminuer la part de l'hospitalisation pour **mobiliser des ressources alternatives**. A l'époque, avec des ressources de 50 lits, j'avais 40 infirmiers, quelques

III. Étude des conditions d'implantation

médecins et quelques cadres, et les 80 à 90% des moyens étaient dédiés à l'hospitalisation. quand on a réduit la part de l'hospitalisation, qu'on a diminué de moitié, sans suicide, sans maltraitance, on a pu mobiliser des ressources pour l'alternative, pour l'accompagnement sanitaire et social,... ce qui me paraît avec du recul une démarche tout à fait ordinaire. Mais à l'époque, en 1984, fallait se la gagner, cette démarche, et **c'était pas sûr que cette stratégie soit gagnante.** »

Cette évaluation semble alors **justifiée** par l'idée qu'**aucun dispositif similaire** n'avait été mis en place précédemment en France. La diffusion de telles équipes **actuellement**, au contraire, ne saurait peut être pas se satisfaire d'une **étude monocentrique** propre à **un territoire**.

Une évaluation difficile avec les moyens des cliniciens

Depuis, les enjeux de l'évaluation semblent en effet avoir changé, et les exigences en terme de **coût** et **d'échelle** semblent dépasser les **possibilités des cliniciens** :

« J'essaie de cumuler les éléments de preuve mais je sens bien que c'est un peu ténu comme preuves et il faudrait des **enquêtes plus globales**... Et ça, partout dans le monde, à chaque fois ils disent 'comment fonctionne le système de soins, on l'évalue : ça marche / ça ne marche pas'. Et en France **il n'y a pas de moyens pour développer des évaluations globales.** »

D'autres rapportent des tentatives peu fructueuses par **manque d'implication des administrateurs** concernés :

« Je leur ai proposé, j'ai dit "Venez chez moi faire une évaluation d'efficacité", **ils ne sont jamais venus.** J'ai demandé à mon hôpital un rapport de coût-efficacité, ils ne me l'ont jamais donné, ils m'ont dit "C'est compliqué, vous savez on ne peut pas comparer"... Donc on voit bien qu'il y a un **flou artistique** à ce niveau-là »

Cette **fonction d'évaluation** ne semble en effet pas pensée de façon adéquate au sein des **établissements** :

« Il y a aussi tout un **volet médico-économique** qui pourrait être intéressant de prendre en compte, et c'est très compliqué à faire parce que de manière extrêmement surprenante les directions nous parlent de financement en permanence, coût des soins et autres choses, mais il y a très très peu de CHU où il y aurait même **une seule personne compétente pour évaluer le coût des soins**... ça c'est catastrophique »

III. Étude des conditions d'implantation

« Il y a 15 jours je sortais d'une réunion avec la DRCI (département recherche clinique et innovation), on nous a gentiment expliqué qu'il n'y avait **absolument personne** qui pouvait nous aider à faire un travail d'**évaluation médico-économique**... »

Enfin, la perspective d'une **évaluation multi-sites** semble compromise par les **écarts d'implantation** évoqués plus tôt :

« Moi j'en discutais avec les politiques ; dans la mesure où chaque HAD suit un **cadre fluctuant et hétérogène**, comment on peut savoir et comment on peut évaluer le coût d'une HAD ? C'est **extrêmement compliqué**, parce que le cadre est extrêmement flou... »

Au total, et bien que certaines **initiatives locales** aient pu produire des données rigoureuses l'ensemble des acteurs interrogés s'accordent à dénoncer un **manque de preuves** concernant les enjeux médico-économiques ou les bénéfices cliniques de ces équipes.

2. Une diffusion par la formation

Si le manque de littérature scientifique est dénoncé par les acteurs français, la place minimale de la psychiatrie communautaire dans **l'enseignement universitaire** semble l'être d'autant plus.

Un savoir universitaire insuffisant

Les conséquences des **hospitalisations répétées**, la question de la **chronicité** et d'un bénéfice à **long terme** de ces **alternatives**, seraient des questions à la marge de l'enseignement universitaire. Il sont éludés, selon certains, par l'apprentissage des **questions diagnostiques et thérapeutiques à très court terme** :

« Il y a un problème aussi lié à la formation des médecins psychiatres. Ils ne sont pas du tout formés à **réfléchir à la question de l'urgence ou de la chronicité**, comme je vous en parle. Ils sont amenés, et encore un tout petit peu, à réfléchir en terme **diagnostique**, et en terme de **chimiothérapie**, ou à la rigueur de **psychothérapie**, et encore... Donc pour beaucoup de médecins, de psychiatres, l'hospitalisation est une réponse sérieuse aux cas les plus sévères. Donc **il n'y a pas à sortir de ce modèle**, s'ils ne sont **pas formés autrement**. Et quand je vois la formation des universitaires en psychiatrie, ils sont formés à courir après le MCO (médecine-

III. Étude des conditions d'implantation

chirurgie-obstétrique), et ils sont méprisés par les collègues du MCO, et ils ont **du mal à inventer des approches innovantes.** »

La bascule des paradigmes entre **modèle médical et communautaire** semble donc s'inscrire aussi dans les enjeux du savoir universitaire.

La place dominante des données **symptomatiques** et **comportementales** pourrait selon certains obscurcir les enjeux plus **qualitatifs** de l'indication ou non d'hospitalisation, et de nuances moins propres aux méthodes de l'EBM :

« Enfin quand les internes arrivent chez nous, ils disent ‘‘Mais attends celui-là tu peux pas le soigner à domicile’’. C'est la manière, quand on regarde les bouquins de psychiatrie à l'heure actuelle. Quand c'est très symptomatique, très bruyant, très délirant, très criseux, très suicidaire, c'est surtout pas de l'alternative, **il faut l'hospitaliser**, quoi...

C'est pas que la représentation, c'est aussi les EBM. Si on va regarder aujourd'hui **un bouquin sur la psychiatrie**, comment est-ce qu'elle est enseignée aujourd'hui en France, je ne sais pas s'il y aura marqué ‘‘S'il est très bruyant mais que vous avez un lieu d'alternative, l'alternative est au moins aussi efficiente’’. C'est aussi du côté de **l'enseignement.** »

Concernant les autres professions, la **culture de la mobilité** ne semble d'ailleurs pas non plus inscrite actuellement : « Les psychiatres les psychologues sont **formés à rester dans un bureau** et à faire des entretiens, donc il faut bouger, aller au domicile, essayer de retrouver des gens, se mobiliser, c'est beaucoup plus stressant... Tout ce qui est « **aller vers** » il n'y a **pas beaucoup de formation**. D'ailleurs où est ce que dans nos parcours de formation on est formés à ça ? Nulle part. On n'a pas beaucoup d'expérience »

Un savoir expérientiel à promouvoir

Mais l'enjeu du transfert de savoirs dépasse largement le cadre universitaire. A l'image des valeurs du rétablissement, **la promotion du savoir expérientiel** semble là aussi un vecteur de diffusion des **pratiques alternatives** à l'hospitalisation :

« Et on a travaillé sur la **déstigmatisation** notamment à partir des équipes, (...) donc voilà et vraiment la aussi ça apporté beaucoup de choses sur ce **concept de rétablissement**, que les **médiateurs** (pairs) avaient représenté eux même, par leur parcours propre. »

III. Étude des conditions d'implantation

Et c'est aussi dans l'amélioration de **l'éducation à la santé**, que peut se situer le bénéfice de telles approches :

« La santé mentale elle a beaucoup fait ça aussi : elle a gardé des gens 10 ans, puis un jour elle les faisait sortir en leur disant "Maintenant faut tout réapprendre". Et donc **l'éducation de la population** en disant comment on utilise l'hôpital... les gens disent "Si je vais pas bien qu'est-ce que vous faites ? Je vais à l'hôpital, parce que qui est ce que je peux appeler rapidement ? Comment est-ce que je peux avoir de l'aide très rapidement, en 48h ?" Si il n'y a pas tout ça, **les gens vont aller à l'hôpital...** »

Selon certains, la relation entre **ces dispositifs** et **l'éducation à la santé** serait là encore à **double sens**, puisque des parcours d'alternative à l'hospitalisation permettraient d'asseoir le **bénéfice de l'approche communautaire** aux yeux des professionnels, qui eux même participeraient à la promouvoir :

« C'est pour ça que l'un des grands freins c'est toute l'éducation qu'on a fait à la **population**, aux **médecins traitants**, etc... en se mobilisant pas nous-mêmes, c'est un **cercle vicieux...** »

Promouvoir la santé mentale dans la sphère sociale

Enfin, l'expérience de **soins dans la cité** semble aussi un vecteur **d'éducation de la population** générale. Les actions **d'information** et de **formation** des services engagés pour la santé communautaire semblent donc aussi s'inscrire dans des processus qui touchent à la fois les **professionnels** et la **société** :

« Oui, oui mais alors j'aurais du mal à vous dire quel a été l'élément le plus déterminant, parce que bon alors la particularité du service c'est que , enfin nous on s'est beaucoup, beaucoup engagé dans travaux sur la lutte contre la stigmatisation, on a travaillé sur une échelle d'auto-stigmatisation, une échelle d'obstacle d'accès aux soins enfin voilà. Donc ça, ça été petit à petit... Les infirmier se sont imprégnés quand même de ces idées... »

La **formation** et le **transfert de savoirs**, au-delà de la littérature scientifique, semblent donc des **leviers majeurs** de l'orientation communautaire. A la fois comme **facilitateurs**, la diffusion d'une culture de la santé mentale communautaire assouplirait les réticences d'un système de gouvernance que l'on a vu très hospitalo-centré. Mais aussi comme **conséquences**, puisque la mise en lumière des possibilités de soins intensifs dans la cité, en s'appuyant sur les ressources du quotidien, permettraient peut être d'effacer une partie du stigmate et de l'isolement qui accompagnent la souffrance psychique.

3. Une diffusion portée par la satisfaction

Pour finir, les enjeux d'implantation de ces dispositifs, sur la base d'une **évaluation** encore nécessaire et d'une **diffusion** large des perspectives communautaires, semblent s'appuyer avant tout sur une **satisfaction partagée** des **personnes concernées**, des **professionnels** et des **familles**.

Une large satisfaction des personnes

Le bénéfice sur les **trajectoires des personnes** n'est peut-être pas la dimension la plus objectivée par les études clinique ou médico-économiques menées, et bien qu'il n'ait pas fait l'objet d'une recherche particulière dans ce travail, le retour des personnes concernées est décrit comme **largement favorable** :

« La chose évidente que nous on peut noter mais qui **n'intéresse absolument pas la direction** c'est la **satisfaction des usagers**... qui est quand même beaucoup plus élevée. Je pense que dans la qualité des soins on a apporté des choses aussi. »

Comme nous l'avons décrit précédemment, l'impact positif du soin à domicile sur la **relation thérapeutique** semble à l'image de la préférence des personnes pour ce type de dispositif :

« J'ai le souvenir d'une patiente que je suivais et qui était hospitalisée souvent sans consentement, et avec qui ça ne passait pas. Et du coup je l'avais prise en charge sur l'HAD, et sur le dernier entretien elle me dit 'Vous savez **je vous préfère à l'HAD**'. Et en fait elle s'était ressaisie, à chaque fois que ça allait moins bien, **elle nous appelait directement**, on était du coup un peu plus réactif, on la prenait en charge, ça prenait 2-3 semaines et ça se passait **nettement mieux**. »

Là encore extrêmement variable en fonction des attentes des personnes, cette **dimension qualitative** semble pourtant globalement positive :

« Il y a des retours positifs, des retours moins positifs de la part des patients que j'adresse à l'HAD. Parce qu'il y en a qui aiment être contenus en permanence, d'autres qui préfèrent cette liberté-là. Bon c'est **patient dépendant** je dirais. Ce que je peux dire, on avait vraiment des **retours très positifs** de la part des patients, pris en charge au plus près de leur domicile, de là où ils vivent, c'était assez... assez intéressant de ce côté-là. »

Sans apporter d'élément quantitatif notable, ce constat pour des équipes évoluant depuis plusieurs années semble déjà **légitimer leur travail**, et les inciter à l'étendre :

III. Étude des conditions d'implantation

« En fait si on continue de le faire, c'est parce **qu'on a le sentiment**, effectivement, que ce soin là est quand même une **qualité reconnue par les patients**. Pour certains c'est même une **demande**, c'est-à-dire qu'il y a des patients qui nous disent "Je veux être en HAD".

Oui tout à fait on a quand même presque **12 ans d'activité**, si vous voulez on est quand même assez capables de **retracer un parcours positif de cette initiative**. Et on a aussi le vécu des patients, qui nous **conforte dans cette dynamique**. »

La satisfaction des professionnels

Là aussi décrite sans nécessaire objectivité, la participation volontaire et les retours positifs **des partenaires** semblent encourager les équipes à poursuivre.

C'est d'abord le cas des **équipes** ayant fait l'expérience de ses bénéfices :

« Au début ça les inquiétait beaucoup le changement de paradigme mais là il n'y a **plus un seul infirmier qui pense que l'hôpital soigne**. Par contre ils sont bien conscients que les murs de l'hôpital protègent sur certaines situations mais de là à dire qu'ils soignent franchement je pense qu'il n'y en a plus un seul qui pourrait l'affirmer aujourd'hui. »

C'est aussi le cas des services adresseurs comme les **urgences**, qui voient dans les soins à domicile une **alternative bienvenue** pour des situations sévères :

« On est assez reconnu dans ce qu'on fait, par exemple le Vinatier, **beaucoup de gens apprécient le travail qu'on fait avec eux**... parce que quelque part, le travail qu'on fait, ils savent plus quoi faire... l'UHCD, ils sont avec des patients qui ne peuvent pas rentrer à domicile. Ils sont quand même **très rassurés** de savoir que nous on va y aller. »

Cette satisfaction ne se limite toutefois pas aux services d'orientation, puisque la proximité de la discipline psychiatrique avec la **sécurité** et la **justice** peut la conduire à offrir une réponse à d'autres corps de métiers, voire à assouplir une **atmosphère** sécuritaire parfois pesante :

« J'ai souvenir d'un patient ça faisait 10 ans qu'il était hospitalisé, un autre qui était en SDRE, avec une notification du préfet parce que... avec le contexte de Toulouse, l'affaire Merah, c'était assez particulier... On pouvait en tout cas **rassurer un peu tout le monde** par rapport aux prises en charge »

Enfin, c'est surtout les **acteurs communautaires**, et en premier lieu les **médecins de première ligne**, que ce partenariat semble satisfaire, pour réaffirmer la place de la santé mentale dans les soins communautaires :

III. Étude des conditions d'implantation

« Même par les services de santé. Il y a des médecins généralistes qui se trouvent bien seuls dans des situations... comme nous on est bien content de les trouver les généralistes. Vice et versa **ils sont bien contents de nous trouver.** »

La priorité reste les familles

Enfin, c'est probablement sur la question du **bénéfice pour les familles**, que les différents mouvements de psychiatrie communautaire se sont heurtés au gré de l'histoire.

Un des acteurs décrit par exemple la violence de la **brutale désinstitutionnalisation** italienne, qui a pu faire de cet enjeu un indicateur critique, mais qui ne semble pourtant pas réprochée des années après :

« En Italie, le changement a été obtenu par la loi, et ça a créé beaucoup de problèmes c'est-à-dire que la loi n'a pas été bénéfique pour toutes les personnes malades. La loi a rempli les foyers, la psychiatrie privée, enfin ça a été aussi épouvantable dans certains endroits, mais 40 ans après **personne ne demande le retour à l'ancien fonctionnement** de la psychiatrie. »

A cette image, **l'engagement militant** qui justifiait la responsabilisation de l'environnement à l'égard des malades aurait pu entraîner, pour certains, un **épuisement progressif des aidants**, faisant réviser ces ambitions communautaires :

« Et aussi on s'est rendu compte au fur et à mesure des situations, de revoir des familles, parce que dans le fond ça fait 20 ans qu'on existe sur le territoire... que parfois une posture trop militante participait à épuiser les familles. Parce que nous, notre militance, c'est pas du côté de... ça se situait à ce moment-là du côté d'un **courant antipsychiatrique 'pro famille'**, on va dire... Et donc on s'est rendu compte que **si on « forçait la main » aux familles** pour prendre en charge des situations cliniques, ça les fatiguait, les épuisait, et qu'in fine ça arrivait à l'aboutissement qu'on ne souhaite pas, c'est-à-dire moins de famille en capacité de porter et plus de professionnels.

A l'inverse, d'autres acteurs trouvent cette **situation minoritaire**, et surtout expliquée par un **manque de moyens dédiés au soutien** de ces proches :

« Ce que je pense c'est que ce genre de situation existe, donc je ne les nierai pas. Simplement, je dirais que ça existe pour **une famille sur 10**, et pour 9 autres familles l'alternative fonctionne. Et pour une famille sur 10, l'épuisement est lié soit au **contexte familial lui-même**, soit au **manque de sensibilité des professionnels** qui ont **tiré sur la corde trop longtemps**... enfin il y a différents facteurs qui s'intriquent... soit le contexte social qui est défavorable. »

III. Étude des conditions d'implantation

Et les retours des familles et de leurs représentants semblent **pour la plupart favorables** à ce procédé parfois couteux pour eux :

« les retours qu'on a de la population, et des familles, sont toujours **extrêmement positifs**. »

« La satisfaction des **associations**, entre autres **l'UNAFAM** qui est plutôt très satisfaite de ce qu'on fait... »

Cette question porterait donc **l'exigence d'un militantisme** à poursuivre, en faveur du **soutien des personnes et de leurs proches** dans leur environnement :

« Seulement le problème c'est que on ne peut le démontrer qu'en **continuant à se battre** pour maintenir cette optique. »

L'enjeu ne serait donc pas tant le risque d'un transfert de charges vers les aidants. Il serait avant tout celui d'un **dispositif capable d'une attention dirigée sur chacun**, par une **sensibilité accrue à l'égard des besoins des familles**. Il impliquerait un **engagement personnel** et suffisamment **contenant des équipes**, à la hauteur des exigences d'une hospitalisation au domicile des personnes.

Et il s'agirait là encore d'une double exigence, à la fois **militante et éthique**, comme le rapporte le discours d'un des acteurs interrogés :

« Il s'agit avant tout d'engagement **militant** pour la **psychiatrie sociale** qui doit s'appuyer sur un réseau d'acteurs à construire. Pour **Winnicott**, "soigner c'est créer" ; pour nous aujourd'hui, défenseurs d'une hospitalisation en psychiatrie, soigner c'est créer mais aussi **oser, entreprendre et surtout s'engager**. »

Pistes de diffusion	Fonctionnement attendu	Conditions de réalisation
Un niveau de preuves insuffisant	Des évaluations nécessaires	Promouvoir une culture et des moyens locaux d'évaluation
Une culture médicale centrée sur l'hôpital	L'évolution du savoir universitaire	L'apport du savoir expérientiel
La formation des acteurs communautaires	Une promotion élargie de la santé mentale	Des interventions d'éducation à la santé dans la communauté
Une orientation à l'attention des familles	Une condition de satisfaction et de respect de l'environnement des personnes	Une sensibilité et des moyens nécessaires à un soutien fort dans une démarche éthique

IV. Discussion

A. Synthèse des résultats de l'enquête auprès des professionnels.....	177
B. Limites de l'approche méthodologique.....	185
C. Discussion des axes thématiques	190
Ouverture et perspectives	214

A. *Synthèse des résultats de l'enquête auprès des professionnels*

Avant de discuter de leurs limites et de leurs interprétations, reprenons de manière synthétique l'analyse thématique des résultats. Il s'agit donc de résumer les conditions qui semblent favoriser une mise en œuvre efficace du soin à domicile. L'analyse des discours médicaux suggère que la pertinence de cette implantation serait corrélée à un certain nombre de facteurs, que présentent les tableaux ci-dessous.

L'ensemble de ces facteurs ont été articulés autour de 3 axes, pour définir des conditions d'application les plus opérationnelles possibles :

- le critère de fonctionnement en question, ou la dimension thématique qui s'y rapporte,
- l'objectif fonctionnel (c'est à dire le fonctionnement idéal et attendu de cette dimension),
- les conditions de mise en œuvre, que relèvent les acteurs interrogés, pour permettre cette réalisation.

Les paragraphes de l'enquête correspondant à ces critères sont précisés pour chaque thème.

Un dispositif unique et autonome		
<i>Critère d'implantation</i>	<i>Fonctionnement attendu</i>	<i>Conditions de réalisation</i>
Une initiative locale		I.B.1
Équipe autonome	Un nouveau système de valeurs	Un dispositif indépendant des structures existantes
La couverture d'un territoire	Un dispositif de soin accessible	Un déploiement à une échelle adaptée au contexte
Une utilisation différente des dispositifs institutionnels	Un financement adapté aux attentes	Le redéploiement de moyens et la création de formats innovants
Une fonction identifiée par des spécificités cliniques		I.B.2
Place dans le réseau existant	Une fonction particulière dans un réseau de soins existant	Des spécificités cliniques avec une plus-value explicite pour les acteurs
Amplitude des missions	La réponse globale aux besoins cliniques et sociaux	Une collaboration ouverte sur les ressources de la communauté
Cadre réglementaire	Appuyé sur lois et modèles validés	La souplesse d'un cadre ajusté aux enjeux cliniques
Une cohérence interne		I.B.3
Cadre administratif	Cadre institutionnel préexistant	Le souci d'une ouverture communautaire
Cohérence autour d'une même culture	Une culture commune innovante	Des enjeux théoriques innovants et enrichis de l'expérience de l'équipe
Cohérence dans la répartition des tâches	Autonomie et partage des responsabilités	Une formation clinique spécifique, aux outils validés et à construire depuis le terrain
Une équipe pour répondre aux limites du secteur		I.C
Un bénéfice pour les services d'hospitalisation	Un outil de régulation face au manque de lits	Prévenir le risque d'une alternative souvent instrumentalisée
Un partenaire ambulatoire polyvalent	Des missions diverses, de l'alternative à la prévention tertiaire	Éviter d'être détourné vers des missions trop éloignées du soin intensif
Quelle place dans un système asphyxié ?		I.C.2
S'adapter aux besoins	Une identité souple, adaptée au contexte	Éviter la mise en concurrence avec les dispositifs existants
Affirmer un rôle propre	Un rôle affirmé différent des moyens conventionnels	Définir des indications claires qui ciblent des champs d'interventions spécifiques

Une logique de parcours de soin		
<i>Critère d'implantation</i>	<i>Fonctionnement attendu</i>	<i>Conditions de réalisation</i>
Un accès au plus grand nombre		I.D.1
Des soins à disposition de la communauté	Un accès élargi au-delà des orientations médicales	Une information permanente des adresseurs et du public
Une expertise médicale en amont	Surseoir au manque de disponibilité des psychiatres traitants	Un travail partenarial solide avec les partenaires propres au contexte (généralistes, professionnels du médico-social)
Le partenariat avec les services d'évaluation et d'orientation		I.D.2
L'évaluation en amont	L'exigence d'une évaluation médicale pour valider l'orientation	Pouvoir déléguer l'évaluation à des partenaires éclairés extérieurs à l'équipe
La participation des services d'urgence	Être reconnu comme une alternative légitime pour les partenaires	Mobiliser les partenaires de façon proactive et répétée
La disponibilité auprès des adresseurs	Offrir aux adresseurs une réponse rapide systématique	Dépasser l'idéal d'une disponibilité permanente, dans un partage de responsabilités pragmatique
Un travail transdisciplinaire		I.D.3
Un partenariat ouvert sur la communauté	Collaborer avec les acteurs sociaux et extérieurs au sanitaire	Passer d'une logique structurelle de secteur à une logique fonctionnelle de réseau
Un travail interdisciplinaire	Décloisonner des institutions aux rôles bien identifiées	Abandonner la polyvalence au profit d'une interdépendance réaffirmée
Quelles relations avec le « secteur » historique ?		I.D.4
Les CMP	Bénéficiaire de moyens ambulatoires partagés	Une relation d'interdépendance au bénéfice réciproque
L'hôpital	S'appuyer sur les ressources de l'hôpital	Hôpital comme recours spécialisé de 2ème ligne
Une prise en charge à durée déterminée		I.D.5
Un relais à anticiper	L'intervention comme composante d'un parcours	Accueil conditionné par la garantie d'un relais adapté
Des enjeux cliniques parfois inadaptés	Une intervention de durée brève	Cibler des situations cliniques adaptés
Quelle orientation au décours	Un parcours fluide par un relais systématique	Une orientation individualisée basée sur les besoins à un temps donné

Des pratiques alternatives en rupture avec le modèle traditionnel		
Le travail de disponibilité		
<i>Critère d'implantation</i>	<i>Fonctionnement attendu</i>	<i>Conditions de réalisation</i>
Mobilité		II.A.1
Lieu de l'intervention	Agir dans le lieu de vie des personnes	Sortir des murs
Rôle de l'intervenant	Dépasser les rôles traditionnels du soignant	Se rendre capable de jouer d'autres rôles
Moment de l'intervention	Résoudre des situations avant leur aggravation	Franchir les lignes et indications institutionnelles établies
Réactivité		II.A.2
Délai	Offrir une réponse rapide	Se rendre disponible dans les 48h
Adaptation	Répondre aux demandes de façon adaptée	Offrir une réponse appropriée à des situations soudaines et inhabituelles
Permanence		II.A.3
Des soignants	Une présence permanente	La délégation de tâches et le partage des responsabilités
Médicale	Une disponibilité médicale malgré des moyens réduits	Un partenariat étroit avec un service de continuité (SAU)
Auprès de l'équipe	La disponibilité d'un responsable de l'équipe	Un engagement personnel et humain constant
Souplesse		II.A.4
Rôles et fonction	Remplir des missions spécifiques avec les exigences de la fonction soignante	S'ajuster aux rôles les plus efficaces pour une aide concrète
Ressources diverses	Viser une amélioration clinique, et le rétablissement	Proposer une diversité d'interventions au-delà du soin
Plan d'intervention	Satisfaire les objectifs individualisés des personnes	Négocier un projet spécifique d'intervention, basé sur les attentes des personnes
Transversalité		II.A.5
Communication entre les filières de soin	Parcours de soin décloisonné	Les professionnels ont des places transversales, pour une coordination collective plutôt que des références individuelles

Un changement des pratiques		
<i>Critère d'implantation</i>	<i>Fonctionnement attendu</i>	<i>Conditions de réalisation</i>
Les conséquences de l'hospitalisation		II.B.1
Hôpital comme lieu iatrogène	Éviter l'immobilité	Des soins plus intensifs
Habitude des personnes et leurs familles	Éviter l'apprentissage des hospitalisations	Alternative dès la première crise
La séparation de l'environnement	Réduire les situations de séparation	Une approche socio-familiale
Imposer une alternative dès que possible		II.B.2
En amont	Éviter l'accès en urgence à l'hôpital	Alternative aux urgences, soins coordonnés par les professionnels de ville
A l'admission	Évaluer de façon proactive la nécessité d'admission	Rôle de gatekeeping aux urgences
Après l'admission	Réévaluer l'indication d'admission dans les 72h	Centre d'accueil de courte durée, ou regard systématique de l'équipe de crise sur les personnes hospitalisées
“Aller vers“		II.B.4
Un enjeu de démocratisation des soins	Des soins précoces répartis sur tout le territoire	Une implantation égale en milieu rural, la participation des CMP et acteurs de première ligne
Prévention secondaire	Faciliter l'accès pour une population vulnérable	Garantir une réponse souple et sans rupture aux personnes éloignée des soins
Prévention tertiaire	Augmenter l'adhésion à des soins intensifs malgré le refus d'hospitalisation	Proposer des soins acceptables hors de l'hôpital
Une offre de soin à la disposition de tous	Répondre à toutes les demandes d'une population élargie	Augmenter les capacités de suivi en aval de la crise

Les soins intensifs de courte durée, des modèles multiples		
<i>Critère d'implantation</i>	<i>Fonctionnement attendu</i>	<i>Conditions de réalisation</i>
Des modèles multiples		II.C.1
Des formes multiples d'organisation	Les divers outils de la mobilité au service d'objectifs communs	Ajuster ces ressources selon les besoins du territoire
Des références théoriques diverses	Une initiative locale appuyée sur un modèle validé	Un cadre de soins à domicile suffisamment souple et spécifique
Des influences réciproques	Un modèle évolutif	Une pratique inspirée des modèles reconnus, par un partage d'expérience entre les équipes
Un modèle de soins intensifs à domicile satisfaisant pour tous		II.C.2
Fréquence	Un rythme d'intervention adapté aux besoins cliniques	Une fréquence variable avec des exigences minimales pluri hebdomadaires
Continuité	Un cadre financier respectueux de la continuité des soins préexistants	Un accord spécifique sur le maintien du financement des soins au long cours
Inclusion du réseau existant	Un modèle en rupture avec le fonctionnement hospitalo-centré traditionnel	L'inclusion dans son cadre des dispositifs communautaires efficaces et nécessaires
Les soins intensifs de courte durée		II.C.3
Objectif clinique	Cibler des situations cliniques sévères	Une dimension clinique de sévérité plutôt qu'une approche diagnostique
Temporalité	Un turn-over important	Une intervention précoce et brève
Conditions de réalisation	Une diversité d'indications selon des critères matériels pratiques	Cibler des situations de crise parfois au-delà du modèle médical
L'intervention de crise		II.C.4
Relation thérapeutique	Un accent relationnel par une plus grande disponibilité	La mobilisation de ressources relationnelles chez les soignants
Ressources pour une résolution plus rapide	Un impact sur l'environnement de la personne	Les relations avec les proches comme levier thérapeutique
Une intervention adaptée aux besoins	La mobilisation des ressources sociales	Un engagement pour l'accompagnement psychosocial

Un modèle d'inclusion orienté vers le rétablissement		
<i>Critère d'implantation</i>	<i>Fonctionnement attendu</i>	<i>Conditions de réalisation</i>
Une intervention incluse dans le contexte social		II.D.1
Place des professionnels	Un dispositif inclus dans la communauté	Une reconnaissance personnelle des professionnels par l'environnement
Outils à disposition	Favoriser l'inclusion sociale des personnes	Les outils de réhabilitation et d'auto-support
Le paradigme du rétablissement		II.D.2
Rapports de pouvoirs	Favoriser l'empowerment	Rompres avec des pratiques autoritaires, partager l'information et les décisions
Équilibre des savoirs	Prioriser le savoir des personnes au savoir académique	Promouvoir le savoir expérientiel par la pair-aidance
Des ressources hors du sanitaire		II.D.3
Priorisation des solutions à mobiliser	Des solutions avant tout auprès des personnes	Préférer une mobilisation graduelle, par l'auto-support avant les ressources médicales
Entretenir les ressources de l'environnement	S'appuyer sur le soutien social	Promouvoir une responsabilisation des personnes et de leurs proches
Le soin à la marge des déterminants d'une orientation communautaire plus large		III.A
Le logement	Accompagner l'accès au logement	Des solutions d'hébergement et un travail sur le bien être dans le logement
L'emploi	L'emploi comme facteur d'inclusion et de protection	Des méthodes d'inclusion précoce, et le soutien par une collaboration entre professionnels du soin et du social
Les activités sociales	Une inclusion sociale et culturelle en aval des suivis	Un accompagnement proactif vers les ressources de la ville
La vie citoyenne	La promotion de la citoyenneté	Un partenariat étroit entre usagers, élus et professionnels
La promotion de la santé mentale	Articuler soin et santé mentale	Le soin à domicile comme interface entre le soin et la promotion de la santé.

Limites et obstacles au développement des équipes de soins à domicile		
<i>Critère d'implantation</i>	<i>Fonctionnement attendu</i>	<i>Conditions de réalisation</i>
Obstacles financiers		III.B.1
Balance coût-bénéfice	Coût important	Balance favorable sous condition de soins de qualité
Une logique de réduction des moyens	Un financement suffisant malgré la réduction des lits	Une comparaison aux soins standards, pas à l'absence de soins
Une tarification adaptée	Une différence avec les actes habituels	La revalorisation d'actes spécifiques
Limites et obstacles théoriques		III.B.2
Des obstacles idéologiques	Des résistances théoriques	La sensibilisation des soignants à l'approche communautaire
Risque suicidaire	La légitimité d'une prise de risque	Un bénéfice en terme de recours au soin
Une évaluation insuffisante	Des arguments en faveur d'une surmortalité	Des données quantifiables sur la population générale

Enjeux d'évaluation et pistes de diffusion		III.C
Un niveau de preuves insuffisant	Des évaluations nécessaires	Promouvoir une culture et des moyens locaux d'évaluation
Une culture médicale centrée sur l'hôpital	L'évolution du savoir universitaire	L'apport du savoir expérientiel
La formation des acteurs communautaires	Une promotion élargie de la santé mentale	Des interventions d'éducation à la santé dans la communauté
Une orientation à l'attention des familles	La satisfaction et le respect de l'environnement des personnes	Une sensibilité et des moyens nécessaires à un soutien fort dans une démarche éthique

B. Limites de l'approche méthodologique

1. L'objet d'étude : le soin à la première personne

La première limite de notre choix méthodologique semble être la cible de l'enquête elle-même. Comme il a été décrit précédemment (p51), le choix a été fait de n'interroger que des médecins responsables des équipes concernées. Les discours médicaux se sont avant tout centrés sur l'expérience de ces acteurs, par une description vivante et personnelle de leurs pratiques. L'objet d'étude n'était donc pas la compréhension du soin intensif à domicile lui-même, dans une forme d'objectivité, mais bien les représentations et les réalités subjectives mises en lumière dans les verbatim des médecins interrogés.

La méthode qualitative choisie s'appuie donc sur les fondements empiriques et inductifs d'inspiration sociologique, mais vient en permanence questionner la nature de l'enquêteur et des intervenants. Leur qualité de psychiatre suppose alors une définition commune de la pratique médicale, sous-tendue par un système de valeurs et de croyances propre à cette identité de rôle, et la base théorique invoquée serait donc celle d'une pratique psychiatrique ordinaire. Ces témoignages s'inscrivent donc dans la réalité subjective et peut être étroite d'une discipline médicale identifiée, ce qui peut limiter encore une fois la validité des résultats.

Cette décision s'appuyait sur deux raisons :

- Mobiliser des médecins extérieurs à ces équipes, et non investis de ces enjeux, n'a pas semblé productif pour le recueil de données concernant l'implantation elle-même.
- Interroger les personnes directement concernées par ces soins, à savoir les personnes ayant bénéficié d'interventions à domicile, ou leur proches, ne semblait pas non plus révélateur des enjeux proprement organisationnels des équipes.

Pourtant, il semble au vu des discours recueillis, que c'est bien selon les besoins de ces dernières, que se construit cette dynamique d'implantation. Et si ce travail peut donc sembler bien partial et fragmentaire, il vise surtout à concilier des représentations médicales déjà largement hétérogènes, avant même de considérer les confronter aux discours et aux besoins des personnes concernées.

Enfin, il semble que les rôles portés par les personnes interrogées puissent toutefois dépasser leurs fonctions de soignants. La place de leurs discours, dans une expérience quotidienne du soin et du travail relationnel, imposerait déjà une mobilisation des valeurs éthiques au-delà de leur fonction médicale, pour les comprendre comme des personnes investies dans la relation de soin.

2. Les exigences éthiques d'une approche sociologique du soin

L'ensemble des acteurs ont pu souligner l'importance, dans leurs discours, des enjeux éthiques propres à leur discipline. Ceci justifie de rappeler la place spécifique de l'objet "soin à domicile", non comme un phénomène en lui-même, mais comme une action à destination d'autres personnes. Autrement dit, il ne s'agissait pas pour les personnes interrogées de décrire simplement leur situation professionnelle, mais plutôt de parler de la place de ce cadre thérapeutique dans la relation aux personnes soignées.

Ceci impliquerait pour le lecteur de penser l'objet d'enquête dans le sens de son destinataire : "Se soigner chez soi". L'exigence éthique d'une action centrée sur son destinataire, si particulière aux métiers de la santé, peut clarifier la lecture de cette enquête : le cadre de soin rapporté ici ne s'adresse pas uniquement aux professionnels qui le pratiquent, mais implique aussi nécessairement les réalités propres au public auquel il est destiné. Ce renversement justifie précisément les conditions de ce travail, qui a fait le choix d'interroger ceux qui soignent et non ceux qui se soignent.

Ceci peut aussi mettre en perspective notre approche parfois trop opérationnelle, survolant surtout les caractéristiques techniques d'un champ strictement professionnel. Ce travail a pu par exemple faire allusion à un lexique d'utilité ou de « panier de service » (110), avec notamment les termes de patients ou d'usager, qu'il a été choisi de ne pas reprendre dans nos réflexions. Mais cette retranscription très incomplète des échanges ne saurait traduire des témoignages recueillis une posture autre qu'éthique.

3. Lexique et choix sémantiques

A propos des choix sémantiques, l'opposition des concepts présentés dans ce travail s'appuie en effet sur des positions propres à l'enquêteur. Le défi des discours d'experts est souvent de s'identifier à un lexique particulier, qui légitime leurs postulats et les oppose à d'autres conceptions d'un même objet. Un autre écueil pourrait donc être la tendance, dans un souci de compréhension transversale, d'assimiler ou de corréler des lexiques divers pour les confondre. Pourtant, l'enjeu de l'analyse thématique, telle qu'elle a été menée, semblait bien de parvenir à isoler des concepts similaires parfois traduits en des termes différents. Ce travail nous amenait donc à additionner, de façon souvent maladroite, des discours qui peuvent trouver un thème ou un vecteur de sens fédérateur, sans pour autant prétendre les assimiler à une même thèse. Ce recueil, dans sa forme, peut donc souffrir de certaines approximations, soumises tant que possible à une réflexion dans ses choix de rapprochements thématiques, et qui laissent toute ouverte la question d'une discrimination plus fine des nombreux discours qui la composent.

4. Le choix méthodologique d'un recueil qualitatif

La validité extrinsèque de cette étude est limitée du fait de l'absence de critère quantitatif ou comparatif, qui permettrait de confronter les données des équipes entre elles, ou auprès d'autres dispositifs.

La méthode de théorisation ancrée, par sa nature inductive et son absence d'hypothèse *a priori*, s'opposait structurellement à une méthode de catégorisation préalable (voir p53). L'analyse par des catégories thématiques est faite ici *a posteriori*, et le travail d'enquête lui-même n'avait que peu d'outils pour distinguer ou comparer les données recueillies selon les personnes interrogées. Ces éléments méthodologiques ont ainsi pour conséquence une lecture globale et uniforme, au détriment des spécificités et des apports particuliers de chaque équipe. Mais ce travail s'inscrit encore une fois dans une étape précoce et balbutiante des travaux d'implantation concernant ces dispositifs, et il est en cela conforté par une littérature similaire à l'international. Celle-ci, à l'instar des travaux de Morant dans la construction de l'échelle de fidélité CORE, s'appuyait aussi sur une logique inductive et qualitative pour cerner la complexité de ces critères d'implantation au Royaume-Uni (105).

Enfin, le choix de ne pas s'intéresser aux différences entre les équipes françaises s'appuie sur leur trop grande disparité, rarement attribuées à des choix méthodologiques mais plutôt à des questions de moyens. L'objectif était ainsi celui d'une description transversale et non discriminante, pour ne pas réduire le travail de recueil à quelques cas d'école aux rôles précurseurs, et pour intégrer le plus largement possible les équipes les plus récentes, dans un cadre conceptuel large de *soins intensifs à domicile* plutôt que dans l'étude ciblée d'un format particulier comme l'HAD.

5. Des résultats de nature diverse

Enfin, la conséquence évidente d'une méthode peu directive de recueil, semble être la grande disparité des résultats, tant dans la multiplicité des références invoquées que dans la nature de leurs données.

Il semble ainsi que les thèmes ont été présentés selon 3 ordres différents, selon qu'ils concernaient grossièrement des **dimensions techniques et organisationnelles** de l'implantation, des déterminants plus heuristiques comme les **évolutions des modèles de soin**, et même une dimension plus conceptuelle concernant le **développement de ces équipes dans le champ de la santé** (p59).

Cette singularité va dans le sens des faiblesses relevées par notre revue de la littérature. Elle souligne ainsi le manque de cohérence externe des études dans le domaine des interventions de crise. Et nous pouvons encore une fois expliquer cette faiblesse par la **nature multiple et complexe des facteurs étudiés** : là où des méthodes plus réductrices s'intéresseraient uniquement à quantifier les durées d'hospitalisation ou les soins délivrés, la littérature d'implantation reste peu extrapolable dans le sens où elle intéresse une multitude de critères. Et cette diversité correspond peut être à la complexité intrinsèque de dispositifs nés des théories systémiques ou inscrits dans l'orientation vers le rétablissement : comment intégrer avec une rigueur scientifique les enjeux relationnels et familiaux, ou les réalités symboliques d'un rapport de pouvoir ?

Ces enjeux multiples sont d'autant moins appréhendables par les outils d'une science dure, qu'ils échappent le plus souvent à la sphère du soin, pour s'intéresser aux réalités des besoins subjectifs, allant du soutien affectif à l'inscription dans l'emploi et à l'expression de la citoyenneté. Il faut donc souligner que c'est là toute la richesse du travail d'implantation, qui

ne peut être considéré rigoureusement que comme impactant l'ensemble des échelles du soin et de la santé.

Les pratiques de soin n'auraient donc de sens qu'incluses dans le monde de la vie sociale. A l'image des missions de réduction des risques dans le champ de l'addictologie, l'orientation vers le rétablissement semble aussi correspondre à une ouverture de la psychiatrie aux réalités les plus diverses, au-delà des missions de soin.

A l'instar des défis de l'habitat, de l'emploi, ou du travail sur la précarité, les professionnels de la santé mentale ne semblent pouvoir ignorer ces déterminants majeurs plus longtemps, et les questions de bien-être et de santé trouveraient donc leur sens quand elles sont pensées dans la vie sociale et relationnelle, bien plus que dans une optique limitée aux connaissances techniques.

C. Discussion des axes thématiques

Une autre limite de ce travail d'enquête, pourrait être la dimension finalement peu réflexive de ses conclusions, dans la façon dont les résultats ont été présentés sur les tableaux ci-dessus. L'objectif de cette analyse méthodique de critères plus ou moins discriminants, était d'obtenir un répertoire explicite et le plus opérationnel possible pour penser conditions de cette implantation.

Mais la densité des éléments cliniques rapportés par l'enquête, comme l'ensemble des positions des acteurs, pas toujours propices à rentrer dans des cases, dépassent peut être largement les assertions décrites précédemment, Une reprise plus narrative de certains de ces enjeux nous semble donc nécessaire.

Nous proposons donc de reprendre de façon plus transversale les résultats de l'enquête, pour les mettre en lien avec les données de la littérature et préciser leurs enjeux dans la dynamique d'implantation des équipes de soins à domicile. Nous proposerons donc une interprétation des trois sections des résultats présentés, d'abord par les constats pratiques de l'axe I relatif au fonctionnement des équipes au sein du réseau de soins existant, puis dans la compréhension plus heuristique des axes II et III portant sur le caractère disruptif de ces pratiques alternatives, et de leur place face aux enjeux de la santé communautaire.

- | | | |
|----|---|-----|
| A. | Discussion des thèmes de l'axe I : Organisation des soins et obstacles épistémologiques : le soin à domicile répond au manque ? | 191 |
| B. | Discussion des thèmes de l'axe II et III : L'intervention à domicile, au service d'une nouvelle herméneutique du soin ? | 202 |

A. Organisation des soins et obstacles épistémologiques : le soin à domicile répond au manque ?

Comme l'a décrit la première section des résultats, l'émergence des soins à domicile s'appuie depuis des décennies sur une **recherche de solutions concrètes, face aux limites de l'organisation psychiatrique**. Cette tentative de réponse à l'insatisfaction, que les acteurs ont mis au centre de leurs discours, peut permettre de décrire le soin à domicile dans ses aspects pratiques.

Les conclusions de l'enquête suggèrent que cette forme alternative de soin s'appuie avant tout sur le bénéfice de la mobilité pour dépasser les limites évoquées. Mais elles permettent aussi d'interroger les raisons plus théoriques de cette recherche de solutions, comme nous le reprendrons ci-dessous..

1. La mobilité cherche à faire bouger les murs

Nous allons voir que la première partie des résultats soutient cette hypothèse, en soulignant la plus-value du travail de mobilité dans sa capacité à faire circuler un système souvent trop sédentaire. Il s'agirait d'abord de comprendre cette innovation au sein d'un parcours finalement ancien : dans la **naissance de la psychiatrie sociale**, puis du **travail de réseau propre à la théorie systémique**, la mobilité comme solution technique serait aussi une évolution assumée vers un modèle relationnel. Et celui-ci trouverait finalement une issue épistémologique dans l'actualité d'un **modèle médical intégratif**.

Un trajet vers le domicile

Nous avons évoqué au début de ce travail qu'Arie Querido, dès les années 1930, faisait naître la psychiatrie sociale et mobile. Il avait en effet été missionné par les autorités d'Amsterdam pour rendre la santé mentale accessible à tous (48). Alors que ces dernières étaient contraintes par la loi de proposer des soins à tous, sans pouvoir financer plus de séjours à l'hôpital, il a fait

le pari de rendre visite aux personnes là où elles se trouvaient. Ainsi, la mobilité semblait déjà une façon de répondre aux manquements de la psychiatrie.

Nous avons pu souligner en introduction que 30 ans plus tard, l'idée de L. Bonnafé était au fond similaire : en amenant à nouveau la psychiatrie dans l'environnement des personnes, l'idée du secteur cherchait à dépasser l'écueil d'une maladie mentale ostracisée (3). Et le mouvement plus récent des équipes mobiles, dans leur apparition à chaque fois contextuelle et modelée selon les besoins, semble suivre cette longue tradition.

Si les formats sont toujours différents, l'ambition affirmée d'une alternative aux ressources existantes semble bien faire l'essence même de ce travail de mobilité. Naissant d'initiatives personnelles et avec un projet chaque fois nouveau, ces actions locales cherchent là encore à amener le soin là où il manque.

La façon dont les acteurs ont présenté leurs dispositifs comme de petites équipes autonomes, soudées par des ambitions communes de mobilité, vient conforter cette compréhension d'un mouvement local quittant les structures existantes pour aller vers la communauté. Elle semble ainsi témoigner d'un renouveau d'une psychiatrie sociale qui chercherait à atteindre ceux qui ne trouvent pas le chemin des soins conventionnels.

Faire communiquer les lieux et les personnes

Par leur accent mis sur le travail de réseau, ces équipes permettent ensuite de réintroduire de la communication là où l'institution médicale met parfois des murs épais.

En décrivant la place d'une logique systémique dans la naissance des équipes de crise, les données de la littérature ont permis de souligner les bénéfices d'un travail sur les relations. Par des dispositifs historiques comme la *fiche téléphonique* ou la *carte réseau*, jusqu'aux déplacements réels, le travail de lien de ces équipes semble réinscrire le soin dans une logique de réseau, souvent occultée par un modèle médical central. Il semble donc nécessaire d'inscrire les origines du soin à domicile dans une approche mettant l'accent sur le lien et les systèmes (64).

Au sein de la psychiatrie, déjà, nous avons pu décrire combien la coordination d'un parcours de soin peut s'avérer kafkaïenne, là où les acteurs de l'urgence, les médecins hospitaliers, ou les référents de la prise en charge au long cours, sont parfois dans des mondes scindés.

La première circulation serait donc celle des rôles au sein de l'institution, et nous avons vu l'avantage qu'ont les équipes à combler les manques, faces aux logiques structurelles parfois inadéquates de l'institution. Le propre de l'équipe mobile serait ainsi de maintenir l'ensemble de l'institution souple et cohérente, par une flexibilité salutaire (111).

Cette flexibilité semble particulièrement cruciale à propos des missions d'évaluation de ces situations de crise. A l'inverse des équipes anglaises dites *CHRT*, qui ont la double mission d'assurer l'évaluation et le traitement des situations de crise (51), l'enquête nous montre que les dispositifs français sont loin d'être en première ligne face à toutes les situations. Les exemples de la littérature le confirment d'ailleurs, en montrant que même en Norvège, la continuité reste insuffisante, et qu'elle est alors souvent complétée par un travail de partenariat et de relais dès lors que les équipes ne sont pas actives et mobilisables 24h/24 (101). Et si le réseau sanitaire français est différent du Royaume-Uni, puisque les missions de première ligne sont en général confiées à la médecine générale et aux services d'urgences, il a d'ailleurs été précisé que peu d'équipes françaises assurent plus qu'une permanence téléphonique la nuit, et que beaucoup avaient même recours au médecin des urgences psychiatriques pour assurer une permanence les week-ends. Il semble donc peu probable que l'équipe de crise puisse assurer elle-même l'ensemble des évaluations, et les pistes de réflexion évoquées dans ce recueil suggéraient plutôt un travail de partenariat avec les structures assurant une permanence.

Mais si ce partenariat est envisageable de façon élargi, il semble reposer sur un abandon des pratiques habituelles, à savoir l'avis préalable systématique d'un psychiatre appartenant au même service. La possibilité d'une évaluation rapide et d'une orientation vers l'équipe de crise serait donc plutôt confiée aux acteurs habituellement en première ligne, comme les médecins de ville et les services assurant gardes et permanences, dans une forme d'interdépendance en rupture avec les pratiques habituelles.

A cet égard, le changement d'échelle propre à la dynamique locale de ces dispositifs, semble là aussi correspondre à ces enjeux de cohérence. Comme l'avaient proposées certaines initiatives locales historiques, et comme l'a réintroduit la philosophie du secteur, l'implantation communautaire de la santé mentale ne semble pouvoir se faire dans la reproduction d'un modèle

uniforme. Les résultats rapportés sont par ailleurs en accord avec cet impératif d'une échelle réduite "à taille humaine", basée sur les échanges directs pour mieux lier les acteurs en présence.

En somme, cette mobilité semble aussi être un pont entre les institutions. Au vu des discours recueillis, les enjeux d'accordage semblent en effet concerner à la fois les personnes et les professionnels qui les accompagnent. Les résultats ne manquaient pas de souligner, à cet égard, les difficultés qu'ont à communiquer les sphères sanitaires, sociales et médico-sociales. Et la souplesse de dispositifs transversaux, qui rencontrent les acteurs extérieurs pour les inclure dans les parcours de soin, semble là encore un atout considérable du travail de mobilité.

Une pratique au carrefour des paradigmes

En s'appuyant sur les modèles existants, la pratique de mobilité pourrait enfin guider leur orientation dans un objectif de cohésion. Ainsi, elle semble permettre de concilier des postures théoriques habituellement opposées, pour produire une synthèse créative et cohérente dans la conception du soin.

Nous pourrions d'abord rappeler que ce renouveau de la mobilité semble apparaître dans des moments historiques critiques, où se confrontent des logiques parfois paradoxales. Si la psychiatrie sociale de Querido a émergé face à l'aporie d'une logique administrative et économique incapable de répondre au besoin d'assistance, nous pourrions supposer que la philosophie de secteur fait elle aussi son apparition à l'apogée d'un tournant théorique critique, où le paradigme médical et juridique des maladies mentales s'efface devant la prédominance du postulat psychopathologique et des considérations humanistes (20). Il semble donc cohérent de situer encore une fois la réapparition du soin à domicile au moment de la synthèse de références épistémiques multiples, dans un impératif de conciliation entre les enjeux biologiques, psychologiques et sociaux de la santé actuelle.

Une lecture schématique de ces enjeux épistémologique pourrait situer le soin à domicile à l'interface entre une approche compréhensive et une autre plus explicative (112). Celles-ci légitiment par exemple respectivement une clinique du lien inspirée de postulats psychanalytiques, et un modèle biomédical soutenant des interventions ciblées. Mais plutôt que

de s'inscrire dans l'une ou l'autre de ces lectures, notre objet d'étude pourrait au contraire être le vecteur d'une synthèse créative de ces postulats.

Alors que l'approche historique psychanalytique semble parfois insuffisamment proactive et interventionniste, à l'image de CMP trop statiques, la seconde est parfois accusée d'un regard étroit sur les déterminants biologiques et médicaux, et insuffisamment en prise avec la dimension humaine des situations réelles.

Et face à cette dichotomie rudimentaire, les défis de la mobilité pourraient réaffirmer la nécessaire synthèse de ces deux approches, grâce aux bénéfices que semble permettre cette nouvelle forme de soin. C'est bien ce que semblent proposer nos résultats, lorsqu'ils soulignent l'enjeu, pour les équipes s'appuyant sur une clinique du lien et de la rencontre, de spécifier leur champ d'intervention et de l'évaluer de façon rigoureuse pour l'appuyer sur des données probantes. Il s'agirait ici de dépasser une pratique résolument compréhensive, pour rendre possible une lecture plus claire, et idéalement objective, de son exercice.

Dans l'autre sens, les impératifs du soin à domicile semblent rappeler, face aux considérations d'une logique souvent médico-centrée, l'importance d'une certaine tolérance à la complexité. En dépassant les cadres explicatifs, il s'agirait de garantir une posture réflexive et les conditions d'une continuité psychosociale au-delà de la technicité du soin.

Les descriptions du soin à domicile rapportées par l'enquête naviguent donc entre les deux postures, lorsqu'elles soulignent l'importance d'une intervention à la fois ciblée et spécifique à des besoins concrets. Il semble donc nécessaire d'appuyer ces pratiques sur une recherche de validité scientifique, tout en rappelant l'importance que les professionnels s'ouvrent avant tout à un travail relationnel, dans la compréhension de réalités socio-affectives irréductibles au champ médical.

Ces constats nous invitent donc finalement à réaffirmer une pratique intégrative. Et si la définition idéalisée d'un modèle bio-psycho-social, comme nous l'avons citée en introduction de ce travail, est peut être le dernier garant de la coexistence de ces deux courants (112), les défis de la mobilité semblent redonner vie à cette définition, en s'appuyant sur ces exigences théoriques doubles.

2. La place institutionnelle du soin à domicile, un impératif de créativité

La mobilité pourrait donc se situer dans la tradition d'une psychiatrie sociale, enrichie des outils de la théorie systémique, et capable de proposer une issue clinique aux oppositions épistémologiques de la psychiatrie actuelle. Mais nous pourrions aussi questionner **les raisons plus profondes** qui situent l'apparition du soin à domicile face à **ses références théoriques**.

Comme l'ont rappelé ces oppositions épistémologiques, la place du soin communautaire n'est pas toujours consensuelle au sein de l'institution psychiatrique. Et pour éviter à notre définition des soins à domicile de tomber dans un *réalisme naïf*, premier obstacle à la connaissance selon Bachelard, il semble pertinent de s'intéresser à ce que peuvent être ses "*espaces de configuration*" (113), autrement dit aux raisons plus profondes qui font sa validité au sein des pratiques psychiatriques.

La description du soin à domicile dans notre enquête semble ainsi permettre de le situer dans la pensée scientifique, et d'interroger ses **conditions de formation**, c'est-à-dire l'ensemble des postulats et des préjugés qui forment le creuset de son apparition. Et nous verrons que ces liens théoriques essentiels sont parfois contradictoires, selon que les déterminants de sa compréhension se situent dans la perspective médicale dominante, ou dans des courants alternatifs.

Le soin à domicile semble en effet investi de projections multiples et parfois opposées, comme l'avait soulevé S. Johnson à propos de ses interprétations diverses par les défenseurs et les détracteurs de la psychiatrie (54). En décrivant la reconnaissance balbutiante qui leur est faite, et le couteux travail d'information auprès de leurs collaborateurs, les acteurs de notre enquête ont eux aussi souligné la difficulté de faire valoir sa validité scientifique auprès de leurs partenaires. Le soin psychiatrique communautaire semble en effet résolument confronté aux représentations des professionnels, et il semble soulever autant d'oppositions idéologiques, que de débats scientifiques sur ses fondements statistiques et épidémiologiques. A l'image d'un objet scientifique labile et expérimental, sa réalisation en France serait donc bien soumise à la complexité de ces *espaces de configuration*.

Les conclusions de notre enquête laissent supposer que la mise en œuvre de ces pratiques implique de tenir compte des **références aux pratiques médicales existantes**, mais qu'elle doit

aussi s'en écarter dans une recherche de créativité, pour permettre l'apparition d'un **nouveau système de valeurs**.

Il apparaît dans un horizon institutionnel préexistant

Les discours recueillis semblent d'abord rappeler que les initiatives sont celles de professionnels, inscrits dans des pratiques et des croyances préalables. Ces pratiques sont donc instituées, et définissent le recours au soin à domicile pour des raisons pratiques et propres à leur logique, en l'appuyant sur les réalités déjà existantes.

Lorsque les acteurs expliquent par exemple l'apparition des soins à domicile, ils évoquent le besoin concret de leur discipline de proposer des prises en charge médicales plus efficace. C'est dans sur des fondements résolument médicaux et pragmatiques, qu'ils décrivent la nécessité d'une réponse par des interventions brèves à des épisodes psychiatriques aigus, avec des visites infirmières quotidiennes et une coordination médicale. Cette définition correspond donc à une lecture médicale des soins conventionnels en santé mentale, et nous pourrions parler, avec Husserl, d'un *horizon* commun à ces pratiques, situé depuis l'institution.

Une première perspective historique et conceptuelle du soin à domicile pourrait donc être celle d'une logique institutionnelle et médicale, trouvant dans ce dispositif une nouvelle forme d'intervention psychiatrique. Le point de vue de l'institution médicale pourrait donc être le premier *espace de configuration* du dispositif de soin à domicile. Sa nature serait ainsi déterminée par les logiques sanitaires et administratives, qui établissent ses règles de fonctionnement. Cette perspective d'une pratique ancrée dans un horizon institutionnel semble bénéfique à sa reconnaissance, comme l'a rappelé le besoin d'une place claire et d'indications formelles pour les partenaires et les personnes. Elle permet par exemple l'identification de ses fonctions par les professionnels, en référence à l'organisation traditionnelle des soins. Elle établit aussi sa visibilité auprès des personnes comme une structure de soin légitime, et s'inscrit en cela comme la juxtaposition d'un nouveau service, en complément des services de soin préexistants.

Enfin, cet horizon partagé avec les dispositifs médicaux conventionnels semble offrir des bénéfices concrets, et l'enquête soulignait par exemple que certains acteurs ont fait le choix de mutualiser leur équipe avec les structures déjà présentes comme les CMP. Ces derniers semblent donc pouvoir, dans une certaine mesure, participer aux missions du soin à domicile.

Devant les impératifs pragmatiques de mutualisation des moyens, nous avons vu comment la créativité de certains secteurs permettait d'associer les structures habituelles aux missions de crise. Il semble ainsi que certaines structures comme les CMP, et même certains services d'hospitalisation, peuvent offrir un travail de mobilité et participer à cette construction d'un travail transdisciplinaire centré sur la communauté.

Il s'agit alors de distinguer ce qui a été critiqué comme le "secteur" historique, à savoir les CMP et l'hôpital dans leur format habituel, pour lui préférer la lecture plus fonctionnelle de *structures s'inscrivant dans la philosophie de secteur*, et qui peuvent participer par des organisations innovantes à renouveler la disponibilité du réseau de soin (114). Par l'affirmation des valeurs décrites comme innovantes, ces structures conventionnelles peuvent donc parfois proposer des interventions mobiles et souples au plus près de l'environnement des personnes.

Il s'affirme en opposition au champ institutionnel classique

Cependant, les acteurs interrogés rapportent globalement le besoin d'établir ce nouveau soin à distance des parcours déjà existants, pour assurer l'indépendance de son projet et de ses valeurs vis à vis des soins traditionnels.

C'est d'abord par l'affirmation d'un besoin d'autonomie et d'indépendance, que la place d'une telle équipe se définit à la marge du champ institutionnel établi. Les conclusions de l'enquête suggèrent que cette position, en rupture avec les valeurs conventionnelles du soin psychiatrique, tente par-là de s'affranchir d'un certain nombre de ces valeurs, pour en faire apparaître d'autres parfois incompatibles.

Il semblerait alors que la volonté de s'affirmer comme une structure indépendante repose sur le désir d'échapper aux déterminants institutionnels habituels comme la verticalité hospitalière, ou aux contraintes administratives pesant sur les parcours classiques. A cette image, les pratiques de *gatekeeping*, citées par les acteurs, impliqueraient peut être une négociation nouvelle à l'interface des services et des orientations, là où l'accueil par l'hôpital pouvait parfois se faire de façon inconditionnelle. Il s'agirait alors de proposer, en accord avec les parties prenantes, une orientation alternative à la demande initiale de la personne ou des soignants qui l'adressent, pour échapper aux conséquences connues de l'hospitalisation lorsque c'est possible.

Mais cette opposition aux valeurs instituées semblent surtout se situer dans l'engagement militant que nous décrirons plus loin, en faveur d'une alternative aux pratiques

conventionnelles. Les raisons de cet engagement semblent donc fondamentalement s'écarter des postulats médicaux dominants dans la sphère institutionnelle :

- A l'image des équipes de crise, dont l'intervention se situe du côté de la temporalité brève et de l'opportunité propre aux déterminants systémiques du contexte, certains questionnent la pertinence des approches diagnostiques individuelles. Les témoignages rapportaient ainsi le souci d'une réflexion pragmatique et créative autour des indications, plutôt que le recours aux outils diagnostiques ou à des critères catégoriels particuliers. Tout en rompant avec les approches médicales historiques, et en assumant des considérations trans-diagnostiques plus complexes, ces positions semblent donc parfois s'inscrire dans un pragmatisme ouvert aux considérations systémiques. Les données de l'enquête nous laissent ainsi penser que ces positions s'appuient par exemple sur des approches contextuelles et relationnelles, issus du constructivisme social. Ce caractère militant serait donc peut être à l'image de théories comme celles de R. Laing et de l'antipsychiatrie, comme nous l'avons vu plus tôt.

- D'autres équipes font références aux valeurs humanistes héritées de la psychothérapie institutionnelle. C'est par exemple le cas des acteurs regrettant la fragmentation des parcours, et prônant la continuité des liens, là où la multiplicité des services spécialisés peut créer des manques. Dans la continuité des perspectives historiques de l'attachement et des fonctions de *holding* (115) que nous reprendrons plus loin, ces positions à l'opposé des dynamiques médicales actuelles peuvent faire valoir leur pertinence dans la construction des ressources d'autosupport. Il s'agirait pour elles d'accompagner systématiquement la construction d'un réseau d'entraide, en anticipant la fin des soins à domicile. Par leur travail relationnel auprès des proches, et un accompagnement régulier vers des ressources associatives comme les GEM dès les premiers temps de l'intervention, la continuité du lien social et affectif semble ainsi garantie à l'épreuve d'un parcours médical segmenté.

Certains acteurs semblent inspirés de ces mêmes références cliniques, lorsqu'ils défendent les moyens nécessaires à la cohérence de leur équipe. Ils soulignent par exemple le fait que cette continuité nécessite un effectif suffisamment nombreux et solidaire, pour fournir un travail de réflexion clinique constant. Le nombre de soignants serait ainsi la condition d'une intervention porteuse de sens, face au caractère bref et disruptif de ce type d'intervention. Cette mobilisation collégiale semble selon eux permettre une répartition des enjeux

relationnels à l'épreuve des moments d'absence ou de rupture, en miroir des pratiques de thérapie institutionnelle décrites par Oury, lorsqu'elles mettent l'accent sur les mouvements transférentiels (116) et la capacité des soignants à construire une cohérence là où les réalités cliniques créent des ruptures.

Ces enjeux hérités de la psychothérapie institutionnelle semblent donc logiquement s'inscrire dans les réalités cliniques de ce travail au domicile, pour réactualiser ces références historiques parfois désinvesties par les pratiques actuelles.

- Enfin, certaines équipes s'appuient sur des notions de droit et militent pour l'autonomie des personnes. Comme nous le verrons plus loin, ces mouvements que l'on pourrait situer dans une *orientation pour le rétablissement*, semblent s'inscrire dans un mouvement pour les droits et l'auto-détermination. Dénonçant par exemple les enjeux de privation de liberté constatés en psychiatrie, ces références idéologiques semblent là encore en rupture avec les pratiques habituelles, dans une critique féconde des rapports de pouvoir entre soignants et soignés.

Quelles qu'en soient les raisons, cette affirmation d'une place à part dans le réseau de soin semble donc confirmer le désir d'un nouveau système de valeurs. Celles-ci sont souvent mises en lien avec l'existence d'une culture propre à l'équipe, de références théoriques et conceptuelles différentes des précédentes, et d'une ambition en rupture avec celles du système traditionnel. Nous pouvons penser à la place importante des approches socio-familiales, comme celle d'ERIC (117), à des références analytiques propres à une tradition de thérapie institutionnelle, comme celle de Santé Mentale et Communauté à Villeurbanne (118), ou au mouvement émergent du rétablissement sur le secteur d'Hellemmes (41).

Une synthèse dans un horizon nouveau

Mais s'il peut s'éloigner d'une culture institutionnelle habituelle, pour prendre racine dans un champ inédit de références théoriques ou historiques extérieures à la psychiatrie, il semble qu'aucun de ces deux horizons ne suffise à situer le soin à domicile dans un système de valeurs établies.

Les références citées précédemment, qu'elles se situent dans le champ institué des pratiques médicales, ou dans des approches conceptuelles différentes, ne semblent en effet pas être plus que des repères symboliques et systématiquement transgressés par l'évolution des pratiques.

Les valeurs de l'institution médicale ou de ces courants contraires n'existent donc pas elles-mêmes, mais elles permettent aux acteurs s'y référant de trouver dans la tension entre ces horizons les conditions pratiques pour produire leurs propres références.

Les conclusions de l'enquête ont ainsi pu souligner que l'ensemble des équipes émergentes s'inspiraient des expériences précédentes, et que seuls des échanges constants autour d'un savoir en construction permettaient de dépasser les configurations préalables, dans un système de valeur en mouvement permanent.

Cette tension entre un pôle théorique attaché à l'institution, et un autre appuyé sur des références souvent multiples et extrinsèques à la psychiatrie, permet peut être de comprendre la multiplicité des formes qu'ont pris les soins intensifs à domicile en France. Pour dépasser les raisons pratiques d'un réalisme nécessairement insuffisant, les "convenances plus cachées" (113) de ces organisations seraient donc surtout à chercher du côté de références idéologiques mouvantes, dans un agencement entre la fonction médicale et les déterminants théoriques propres à chaque équipe.

Et c'est bien la conclusion que semble apporter la première partie de notre enquête, qui suggère qu'aucune référence symbolique préexistante ne suffit à établir la direction du soin à domicile dans ses formes actuelles. Celui-ci trouverait plutôt dans ces modèles et ces exemples divergents une source de créativité, elle-même nécessaire pour oser entreprendre de nouvelles pratiques dans un horizon redéfini.

B. L'intervention à domicile, au service d'une nouvelle herméneutique du soin ?

Si la description des enjeux de mobilité et de créativité a permis de définir l'apparition logique des soins à domicile au sein du réseau de soin, les sections suivantes de notre enquête dépassent ce raisonnement centré sur les réponses concrètes aux besoins matériels, et semblent teintées d'une coloration plus heuristique.

Dans l'objectif de définir plus précisément cette nouvelle pratique, les conclusions de notre enquête semblent développer les considérations épistémologiques précédentes, pour les saisir non comme la juxtaposition de vérités, mais comme une successions de réalités qui s'affrontent. Pour reprendre les concepts de la formation scientifique, Bachelard nous invite en ce sens, plutôt que de comprendre un objet à partir de lui-même, à questionner avant tout les obstacles à son développement, pour dépasser les connaissances existantes et en construire de nouvelles (113). Et c'est bien dans cet **impératif d'opposition et de transformation**, que notre enquête se présente dans sa deuxième partie.

Nous tenterons donc de saisir en quoi le soin à domicile innove, en s'appuyant sur la critique d'un objet large et complexe : celui des **pratiques psychiatriques actuelles**. Nous reprendrons plus en détail ce que nous avons pu survoler d'une **évolution juridique**, concernant le droits des personnes dans les soins psychiatriques. Puis nous tenterons de saisir la nature du militantisme évoqué précédemment, et qui semble en cohérence avec les **perspectives du rétablissement**.

1. De la crise des interprétations à une réforme de la santé mentale

Nous avons vu précédemment que le soin intensif à domicile pouvait se définir au gré des paradigmes des sciences médicales et des sciences sociales. Mais comme l'écrit Kuhn, les choses se révèlent moins dans l'organisation épistémique elle-même que dans ses espaces de conflits (119). La recherche d'une alternative à l'hospitalisation n'apparaît pas comme un paradigme, c'est à dire un processus normatif et consensuel guidant les pratiques. Elle semble

au contraire émerger comme une “anomalie“, un bouleversement suscitant le malaise d’un système établi.

Il ne serait donc plus question de parler d’un “paradigme“ psychiatrique, à l’image d’une “science normale“, mais au contraire des multiples bouleversement que nous avons survolés, et qui attesteraient d’une *crise* à l’origine de ce mouvement. Il s’agirait donc de situer cette critique dans les pas d’une « révolution scientifique », c’est à dire dans l’espace de crise entre deux paradigmes inconciliables, qui semble féconde pour l’évolution du savoir.

Un espace de crise propice à l’innovation

Il semble ainsi peu opérant de décrire le soin à domicile sans le situer dans la crise qui l’oppose au paradigme dominant précédemment. Et c’est bien ce que semblent traduire les résultats, lorsqu’ils invoquent la légitimité d’un changement des pratiques face aux limites de la psychiatrie actuelle.

Sans reprendre dans les détails ce qu’ils dénoncent des insuffisance du système actuel, il semble que la question de l’hospitalisation, qui concentre une grande partie de ces contestations, soit en fait le résultat d’un écart croissant entre des horizons que l’on a vu parfois incompatibles : la discipline psychiatrique semblant condamnée à se situer à l’interface des normes scientifiques, juridiques et sociales, sa mise en crise semble trouver des fondements aussi divers que le manque de bénéfices probants, l’atteinte aux droits des personnes, ou la participation à une stigmatisation affligeante.

Comme nous l’avons vu avec la question du *gatekeeping* et de l’orientation proactive vers une alternative à l’hôpital, cet accroissement des discordances entre les systèmes de valeurs semble parfois précipiter la rigidification des positions de chacun.

A l’opposée d’une recherche de compréhension mutuelle, la crise psychiatrique peut par exemple aboutir à des espaces de vide, où les positions cloisonnées des acteurs n’offrent plus de solution aux personnes dont la demande ne peut se situer dans l’une ou l’autre des offres proposées.

Mais elle peut aussi conduire à une réelle violence catégorielle, quand l’imposition verticale d’une logique diagnostique ou d’une décision thérapeutique oublie la réflexivité et la souplesse mentionnées précédemment.

Enfin, et nous allons le voir, c'est peut-être dans l'apparition heureuse d'un mouvement d'indignation des personnes et de promotion des libertés, que les logiques de contrainte et d'une offre de soin restreinte s'essoufflent.

C'est donc sur ces obstacles divers que l'opportunité d'un renouveau des organisations peut s'appuyer. Et la mention par les acteurs d'un virage *ambulatoire, communautaire* et vers le *rétablissement*, semble trouver dans ces limites l'intervalle propice à un changement fécond.

La place croissante d'une critique sociale

Comme nous l'avons décrit à propos des références au courant historique de l'antipsychiatrie, l'évolution de la santé mentale semble depuis toujours en prise avec celle des organisations sociales. Et la réactualisation d'une critique sociale centrée sur la défense des droits s'inscrit pour cela en miroir d'une évolution probablement insuffisante des pratiques psychiatriques (16).

Si le mouvement de sectorisation des années 1960, et la logique de l'assistance hospitalière avec lui, ont semblé soutenir les enjeux du *care* et de l'accueil dans un idéal d'égalité, leur héritage dans les pratiques hospitalières actuelles semble s'en être radicalement éloignée.

Selon les résultats, la promotion de l'autonomie et du choix des personnes ferait ainsi défaut à l'organisation actuelle des soins, et c'est sur cette base que peuvent apparaître les mouvements prônant le respect des libertés et l'autodétermination.

La place embryonnaire de la reconnaissance du handicap psychique, à cet égard, semble peu investie par les sphères sanitaires, et c'est probablement sur le développement du secteur médicosocial que peuvent s'appuyer actuellement les personnes concernées pour faire valoir cette reconnaissance. Et si l'organisation institutionnelle actuelle peut faire l'objet d'une vive critique des acteurs interrogés, c'est en ce qu'elle freinerait les échanges entre les sphères sanitaires et médico-sociales.

Une limite évidente à l'inclusion serait donc peut être la difficile intégration des ressources médico-sociales dans le parcours des personnes portant un handicap. Et comme le constatent les acteurs, un motif déterminant de leur engagement pour une pratique communautaire semble

être la nécessité de tisser des liens entre ces sphères que l'on a vu jusque-là hermétiques, pour promouvoir ces valeurs d'inclusion et de soutien à l'autonomie.

Si la lutte contre l'exclusion et la stigmatisation sont donc aussi portées par les acteurs du soin, l'insuffisance et le cloisonnement des dispositifs actuels leur semblent justifier pleinement cette évolution vers une pratique en rupture avec les repères conventionnels, et qui pourrait faciliter les efforts d'inclusion et de responsabilisation par l'*empowerment*. Et cette recherche de changement s'apparente à un mouvement plus global décrit précédemment, militant en faveur des droits et des libertés, comme le soulignent nos conclusions concernant les valeurs d'autodétermination et l'horizontalisation des rapports dans le soin.

Surtout, le manque de visibilité des pratiques de santé mentale dans la vie sociale déçoit peut-être les attentes de transparence et d'horizontalité adressées au corps médical. Nous avons vu les exigences que porte l'évolution législative, par les lois de 1975, 2002, puis 2011 en faisant place respectivement à l'indépendance d'un secteur médico-social, à la promotion du droit des personnes, et enfin à une interdisciplinarité entre médecins, juges et administratifs, dans un équilibre toujours imparfait (5,6,15). Ces lois semblent donc déposséder la discipline psychiatrique d'une place peut-être auparavant hégémonique dans la gestion de la santé mentale, et cette exigence résonne dans les discours des acteurs interrogés.

Leur engagement pour le partage des compétences au sein de la vie sociale, qui peut se retrouver au cœur des critiques du système psychiatrique, s'inscrit dans l'apparition des soins à domicile, qui pourraient faciliter ce mouvement social global en faveur du droit des personnes, et dans l'orientation en faveur du rétablissement (26).

Quel carburant au rétablissement ?

Au total, alors que les crises successives de la psychiatrie semblent difficiles à situer, dans leurs origines multiples et leurs cheminements complexes, les conséquences sur l'évolution des valeurs semblent relativement claires. La concordance des revendications en faveur du droit et d'un changement des pratiques peut ainsi trouver un écho encourageant dans les perspectives inclusives du rétablissement.

Pour saisir les déterminants d'un soin à domicile en rupture avec les pratiques conventionnelles, il serait donc surtout question d'une perspective militante, commune aux initiatives décrites dans notre enquête, et de l'engagement des acteurs dans la direction des revendications citées précédemment.

En s'inscrivant comme une alternative aux soins sous contrainte, ce dispositif traduit d'abord un engagement pour le droit à l'autodétermination, et une lutte contre l'*a priori* d'un pouvoir médical. Cette bascule normative pourrait s'inscrire dans la perspective d'une lutte pour la reconnaissance. Et il semble utile d'appuyer ces réflexions sur la théorie critique d'Axel Honneth (120). En situant les rapports sociaux dans une tension qui traverse les sphères affectives, juridiques et morales, l'auteur propose en effet un modèle de construction normative tout à fait opérant pour situer ce mouvement pour les droits dans l'évolution de la vie sociale. Parler d'autodétermination, dans cette perspective de lutte, traduirait alors l'effort de réengager un processus de reconnaissance mutuelle, peut-être trop souvent menacé par l'expertise médicale.

Selon les conclusions de notre enquête, la différence fondamentale entre le soin psychiatrique conventionnel et l'intervention de crise se situerait donc précisément là : alors que le premier entend restaurer l'autonomie des personnes par une amélioration clinique progressive et un transfert de responsabilités prudent, la seconde présuppose peut être de leur restituer d'emblée un pouvoir d'agir, pour appuyer les stratégies de résolution de crise sur leurs capacités mêmes d'autonomie.

Et à l'image des travaux d'A. Honneth, ce changement de paradigme s'inscrit peut être dans une lutte plus générale des valeurs, où s'opposent les enjeux de liberté et les normes des champs professionnels. Comme l'a souligné l'opposition du concept *d'empowerment* aux postulats sécuritaires historiques, c'est probablement dans la confrontation de ces réalités contraires, que pourront naître de nouvelles normes. Il s'agirait pour les professionnels du soin d'intégrer et de participer à cette évolution normative, privilégiant le choix des personnes. Et la rupture théorique invoquée par les acteurs correspondrait donc peut être à cette bascule des rapports de pouvoir, pour favoriser une reconnaissance globale et réciproque touchant à la fois aux besoins affectifs, aux libertés et aux droits des personnes.

Mais au vu des discours de cette seconde section, qui voient l'exigence de l'autodétermination se heurter aux besoins propres aux situations cliniques les plus critiques, cette pratique se veut peut être dépasser les enjeux de libertés individuelles, pour faire valoir une responsabilité comprise dans l'interdépendance. En rompant par exemple avec la logique d'une hospitalisation volontaire, lorsque les discours soutiennent l'intérêt d'une décision médicale partagée et proactive comme le *gatekeeping*, il ne s'agit plus alors d'un engagement en faveur de libertés strictement individuelles, mais bien d'une réponse pragmatique et cohérente. En soulevant aussi le coût pour les proches et l'attention qui doit leur être portée, ces discours font de l'orientation communautaire un engagement résolument moral et collectif, où les décisions sont à chaque fois pensées dans les contraintes réciproques de la négociation.

Plutôt qu'une liberté sacralisée, c'est donc plutôt du côté d'une responsabilité partagée, que la santé mentale peut voir évoluer les logiques décisionnelles qui lui sont propres. Comme l'ont souligné les impératifs d'une inclusion sociale active, et d'une logique d'interdépendance entre les acteurs, le soin communautaire semble nécessiter de refonder un *contrat social* solide pour éviter l'écueil d'un libre-arbitre totalitaire.

Les résultats soulignent ainsi qu'aucune organisation ne semble préférable *a priori*, et que c'est dans une négociation permanente entre l'intérêt des personnes et les contraintes de leur environnement, à commencer par leurs relations proches, que pourrait s'opérer le transfert de responsabilité.

A l'image de l'ambition d'une reconnaissance mutuelle, garante d'une réalité sociale satisfaisante, les conclusions de l'enquête font du partage des responsabilités, l'objet d'une lutte des considérations juridiques et morales, et le moteur de cet engagement pour une évolution normative globale. Resituant les questions de la santé mentale entre le milieu du soin et l'environnement socio-familial, ces conclusions semblent en cohérence avec les *a priori* éthiques la théorie sociale proposée par Honneth. Cette dernière nous invite ainsi à considérer la norme de l'autre comme un repère et une limite, pour maintenir une vigilance critique et constante quant à cette évolution des normes. Comme nous l'avons décrit à propos de décisions thérapeutiques nécessairement situées dans la négociation et dans la compréhension intime des besoins de chaque personne, il semble clair que ces pratiques engagées dans une lutte idéologique doivent s'affirmer dans une critique normative permanente. C'est cette vigilance redoublée qui pourra éviter de nouvelles violences catégorielles ou symboliques, et entretenir leur légitimité dans une pratique éthique du soin.

Enfin, la cohérence, qui fait l'enjeu de cet engagement militant, s'inscrit dans la nécessaire reconnaissance des droits, mais aussi des besoins affectifs et des postures morales. C'est précisément la richesse des propositions de Honneth, qui opère une synthèse de ces trois sphères de reconnaissance en les articulant dans la complexité de la vie sociale. Et c'est à cette image que les discours rapportés insistent sur la nécessité d'une pratique inscrite dans la réalité du quotidien. Il ne s'agit donc pas de renvoyer, dans une posture idéologique implacable, les personnes vers des logiques communautaires prédéterminées et qui leurs sont étrangères. Il faudrait plutôt proposer, depuis ce qu'elles ont de familier et de rassurant, des stratégies et des ressources propres à chacun, en faveur de son rétablissement. La définition du rétablissement sera donc éminemment subjective et idiosyncrasique, et l'engagement des acteurs pour le promouvoir s'appuiera donc sur une pensée toujours relationnelle, éthique et réflexive.

2. Le soin à domicile, vecteur d'une fusion des horizons ?

Dans leur troisième partie, les résultats semblent permettre une synthèse de ces oppositions épistémologiques. Ils proposent une recomposition de ces postulats divergents, dans la participation plus large des acteurs communautaires, et dans une organisation horizontale de la santé mentale. Et c'est peut-être dans sa mise en œuvre collective et transversale, au carrefour des idéologies propres à chaque discipline, et à l'épreuve des champs conceptuels traversés, que l'on peut alors saisir le soin au domicile comme l'expérimentation d'une compréhension partagée. Par ses capacités à créer des accordages entre les acteurs du soin et les représentants d'horizons divers, et à concilier des postulats auparavant contraires, sa position dans les interstices de ces réalités fragmentaires en ferait donc l'outil idéal d'une plus grande transdisciplinarité.

La condition d'émergence du soin intensif à domicile pourrait donc être sa capacité à faire fusionner les horizons de la santé mentale, en favorisant leur compréhension réciproque dans une herméneutique réinventée.

Vers l'internormativité

Comme l'ont souligné les résultats des sections précédentes, en illustrant un mouvement de promotion des droits, et la naissance de postures militantes souvent extérieures à l'horizon des acteurs de la santé, le soin à domicile semble capable de se situer à l'interstice de plusieurs ordres normatifs. A cet égard, la sociologie juridique de G. Rocher (121,122), situant *l'internormativité* comme la capacité de phénomènes à exister entre les ordres juridiques et extérieurs au droit, pourrait être transposée à la santé mentale. Elle permettrait alors d'imaginer cet engagement vers la santé communautaire, relevant à la fois des réalités du *droit* des personnes, et des conditions de leur *bien-être*.

Et c'est justement dans cet espace *internormatif*, lieu de collusions des vérités et des actions inspirées de préjugés variés, que pourraient apparaître des contingences nouvelles entre les disciplines. A l'inverse d'une psychiatrie prise dans les contraintes sécuritaires et bureaucratiques des systèmes qui la chaperonnent, la réalité communautaire du soin ainsi pensée pourrait faire cohabiter sans verticalité des intérêts réciproques.

Et c'est bien ce que semblent rapporter les conclusions de notre 3ème section, en mettant le soin à domicile au service de déterminants comme l'habitat ou l'inclusion professionnelle, dont les champs de compétence pourraient à leur tour servir à l'amélioration des soins.

Dans l'espace entre l'ordre juridique et la santé, c'est encore une fois une horizontalisation des priorités, qui permettrait de satisfaire un plus grand respect des droits, tout en s'appuyant sur cette citoyenneté réaffirmée, pour enrichir le soin. Et à cet égard, l'accompagnement des personnes vers la vie sociale, et la participation à la gouvernance locale, semblent déjà à l'œuvre de multiples façons (8).

Mais selon G. Rocher, cette *internormativité* soulève avant tout la question des rapports de domination, empruntés à Max Weber (123). Et c'est bien sur ce thème que le soin à domicile semble plus opérant que les pratiques conventionnelles, en se situant à l'interface des sphères normatives distinctes que sont les traditionnels rapports *médecin-patient* et la citoyenneté *de droit commun*.

L'émergence d'un nouveau rapport de pouvoir, par *l'empowerment*, pourrait donc être entendu comme la construction d'une troisième voie, dépassant ces deux sphères parfois inconciliables, pour trouver un consensus propre aux enjeux du soin et des besoins des personnes, tout en

renouvelant l'impératif de responsabilité et de reconnaissance mutuelle : il s'agirait donc d'échapper à cette crise des valeurs en construisant un nouveau rapport social, où pour citer Rocher "le pouvoir est établi, reconnu et exercé sur des bases et selon des règles, implicites ou explicites, qui sont acceptées de part et d'autre" (124).

Une issue dans la transdisciplinarité

Enfin, dans une perspective plus épistémologique, nous avons vu combien les logiques diverses de notre objet d'étude se contredisent et se font obstacle. Et si les enjeux affectifs, sociaux, ou même administratifs du soin psychiatrique relèvent de réalités souvent incommensurables, c'est sur le pari de leur fusion que se conclut notre interprétation des résultats de l'enquête. En faisant communiquer ces horizons multiples, elle répète la promesse d'un modèle de soin qui franchirait le seuil de la réalité médicale, pour rejoindre celles des personnes et des autres disciplines dans un projet commun.

Ce pari d'une *fusion* ne consiste donc pas à relativiser ou abandonner une partie des connaissances psychiatriques, comme ont pu le revendiquer certaines pensées militantes, mais à les mettre en perspective pour éclairer une compréhension commune de la santé mentale. Notre travail peut ainsi être la preuve que ces discours, bousculant les systèmes de pensée et les représentations médicales traditionnelles, ne semblaient pas remettre en question leur affiliation à l'histoire de leur discipline. Il s'agirait donc moins de mettre en balance des idéologies contraires, que de tenter de les comprendre dans une herméneutique pragmatique.

L'herméneutique, tradition philosophique de l'interprétation, est introduite en France par P. Ricoeur comme une méthode d'explication enrichissant le travail de description phénoménologique. Mais au sens de Gadamer (125), elle n'est pas la méthode d'une recherche objective de vérité, mais résulte d'une tentative de comprendre ces vérités. Selon lui, il s'agirait plutôt de faire coïncider des réalités différentes sans les transposer dans le champ de compréhension de l'une ou de l'autre. Et c'est bien l'enjeu d'un dispositif résolument inscrit dans l'histoire des soins psychiatriques, qui nous semble permettre de dépasser leur horizon sans effacer leur inscription primordiale dans l'épistémologie psychiatrique.

Pour comprendre ce lien indissociable entre épistémologie psychiatrique et actualité de la santé mentale, nous pouvons citer l'auteur à propos de l'herméneutique comme pensée historique : « Une pensée vraiment historique doit inclure celle de sa propre historicité ». Autrement dit, et concernant la construction du savoir psychiatrique, il serait vain de proposer une nouvelle compréhension de la santé mentale, qui oublierait les conséquences de la psychiatrie sur la définition actuelle de la santé. Il ne s'agit donc pas de construire une lecture de la santé mentale sans les *préjugés* de la psychiatrie, mais de tenter de comprendre les apports de disciplines extérieures en les situant au-delà de l'horizon psychiatrique, pour construire une compréhension qui ne sera ni dans l'horizon de la première, ni dans celui des secondes, mais dans un espace intermédiaire d'horizons partagés.

Et pour se rendre compréhensible aux logiques diverses de la vie sociale, l'évolution des pratiques devrait donc se placer là où elle peut être rencontrée : au cœur de cette vie sociale. Par l'inclusion des points-de-vue de l'ensemble des acteurs impliqués, et dans la reconnaissance réciproque des richesses de chaque discipline, le soin au domicile prendrait place dans un réseau de compétences diverses. Et ces compétences, confiées à une multiplicité d'acteurs, pourraient assurer cette réelle *transdisciplinarité*.

Nous pourrions donc rappeler, à l'antithèse d'une discipline psychiatrique organisée autour de recommandations factuelles et de la promotion de bonnes pratiques, que le savoir médical ne suffit pas à promouvoir la santé mentale, dans la complexité de ses réalités sociales, historiques et politiques. C'est comme nous l'avons vu par la reconnaissance d'autres formes de savoir, à commencer par l'expérience des personnes, que le mouvement de notre discipline pourra faire preuve de réserve et d'humilité face à des réalités qui lui sont inaccessibles. Et nous avons souligné que c'est aussi en relativisant la perception individualiste propre au modèle médical, que les réalités socio-familiales pourront être mieux entendues.

De la relation de service à la reconnaissance mutuelle

Le spectre de l'aliénation semble au cœur des échanges entre les disciplines, et peut résonner dans l'appropriation souvent tacite des déterminants de santé mentale par le système de valeurs propre à la psychiatrie. Nous pourrions alors parler d'une fusion manquée entre leurs horizons.

IV. Discussion

Gadamer semble l'illustrer en soulignant, pour celui qui cherche à comprendre un objet historique, le risque d'être soumis aux effets de l'histoire de cet objet dans sa compréhension (*Wirkungsgeschichte*). Il semble inviter par là le lecteur à considérer la proximité qu'il a avec l'objet, pour ne pas confondre la compréhension qu'il en construit et l'objet lui-même. Si la psychiatrie a longtemps permis l'organisation, la classification ou la compréhension de ce qui fait aujourd'hui la santé mentale (126), elle n'en est pourtant pas l'équivalent. Et il semble inévitable de constater la proximité toujours actuelle qu'a la discipline psychiatrique avec le vécu de la souffrance psychique, au point que cette dernière se trouve parfois non plus comprise comme telle, mais soumise aux réalités médicales qui cherchent à la comprendre.

Finalement, c'est peut-être cette dépossession du monde de la vie par l'horizon médical, au détriment de la capacité d'agir des acteurs extérieurs au champ du soin, que notre objet d'étude se propose de réparer. En mettant le savoir technique au même plan que celui de l'expérience, et en proposant une lecture résolument pragmatique des ressources existantes, le soin à domicile se rapproche donc peut être de cette distinction entre la science du soin et le soin lui-même.

Surtout, c'est dans la nécessaire synthèse entre les approches explicatives et compréhensives citées précédemment, que cette fusion pourrait s'opérer au sein des paradigmes de la santé mentale.

Confronté à la complexité du monde social, le soin au domicile redoublera de prudence vis à vis des logiques factuelles et explicatives, dans un souci de tolérance à l'incertitude. Cette posture marquée par le doute, à l'image de l'application qu'a fait Schutz de la phénoménologie de Husserl au *monde de la vie*, permettrait peut-être de saisir de façon plus rigoureuse le vécu subjectif des personnes dans ses réalités multiples (127). Elle pourrait surtout les préserver de l'application parfois aliénante d'un logique explicative, lorsqu'elle n'éclaire personne d'autre que les professionnels à l'intérieur même de leur discipline .

Et si la condition d'application d'une pensée doit être de la rendre compréhensible à l'autre, nous verrons plus loin que c'est peut-être dans une nouvelle définition de la clinique du sujet que se situent les approches appuyées sur la phénoménologie et l'herméneutique comme celles de l'*Open Dialogue* (98).

Et lorsque les conclusions invoquent l'impératif d'inscrire l'évolution des pratiques dans la circulation des valeurs et dans l'échange entre les disciplines, c'est peut-être parce que le soin dépasse largement les horizons des disciplines qui le composent, pour faire se rencontrer avant tout des réalités humaines et irréductibles à des fonctions, à l'image de la *philosophie du*

dialogue de M. Buber (128). C'est donc peut être sous l'angle du pragmatisme et du primat de la relation, au-delà de considérations sur les références épistémologiques de chacun, que peuvent se retrouver des horizons auparavant distincts.

A cet égard, il ne s'agirait plus de questionner l'affiliation des professionnels et des personnes à une discipline ou une croyance, mais plutôt d'interroger leur cohérence dans l'intention du soin. La méthode scientifique et les références existentielles à la singularité du sujet semblent en cela profondément similaires, dès lors qu'elles s'appliquent à se mettre au service de la relation à l'autre. Là encore nous retrouvons une singularité du travail de mobilité, dans *l'aller vers* qui place la relation en amont des conditions et des critères, en ce qu'il cherche à provoquer la rencontre avant toute considération technique ou théorique.

Et si cette intention commune permet de saisir la globalité des personnes, pour concilier les postures explicatives et compréhensives, ce n'est pas encore une fois pas pour les dépasser au motif d'une réalité abstraite ou supérieure, mais pour affirmer la place des multiples expertises et leur complémentarité au service d'une rencontre entre *le Je et le Tu*. Cette herméneutique pragmatique ne nécessiterait finalement pas d'autre terrain d'entente que celui du sujet dans son environnement, mais n'enlèverait rien de leur pertinence aux compétences de chacun des acteurs dans leur discipline.

Nous verrons finalement que c'est bien la considération de l'unité entre l'acteur du soin et le monde de la personne qui permet peut être cette synthèse, dans la tradition hégélienne d'une philosophie de l'action.

Ouverture et perspectives : Quel serait l'impact du soin communautaire sur l'évolution de la psychiatrie ?

Ce travail a montré comment l'apparition des soins à domicile est déterminée par la superposition complexe d'enjeux épistémiques, sociaux et culturels. Nous pouvons alors tenter d'extrapoler, à partir de ces conclusions, comment cette nouvelle forme de soin pourrait elle-même encourager une évolution de ces dimension normatives. Autrement dit, nous proposons de conclure la description de notre objet d'étude, en nous demandant quel est son impact sur l'évolution du soin et de la santé mentale.

Comment concilier la tradition et l'innovation, dans un monde d'appartenances scindées ?

Les développements précédents ont permis de situer le soin à domicile dans la tension entre la recherche d'innovation et la valorisation de l'existant, en une pratique à chaque fois inédite et mouvante.

Comme l'a souligné le paragraphe précédent, une approche herméneutique propre à la santé mentale pourrait permettre d'assurer une cohérence et un minimum de compréhension réciproque, là où les catégorisations professionnelles poussent à différencier les objectifs, et opposer les points de vue.

Nous avons vu que l'évolution des pratiques au sein de la santé mentale tendrait vers une polyphonie d'acteurs, interagissant dans une négociation permanente plutôt que sur des consensus préétablis. Nos conclusions ont ainsi montré que cette négociation se tenait dans des sphères sociales et symboliques bien plus vastes que la pratique médicale.

La projection d'une nouvelle forme de soins a donc permis l'esquisse d'une psychiatrie prise dans une philosophie sociale et morale, éclairée par les outils de la théorie critique. **Pour répondre à la tension entre innovation et existant, la production de valeurs nouvelles semble donc soumise à la critique sociale.** Et situer ces changements à la lumière des relations intersubjectives assurerait, selon A. Honneth, la cohérence entre les formes d'organisation naissantes et les exigences éthiques de la société. Ainsi, c'est donc peut être par **les mouvements pour la reconnaissance**, que cette nouvelle production de sens pourrait se montrer légitime, tout en échappant aux normes connues.

Quelles limites au virage communautaire de la psychiatrie ?

Mais une fois franchi les lignes établies, qu'est ce qui ferait donc obstacle à l'échappée de la psychiatrie vers la santé communautaire, sinon la cohérence du projet communautaire lui-même ? Dans le cadre du soin au domicile, nous avons vu que les manques du système de santé, et la fragilité des cadres législatifs, étaient favorables à une dynamique d'innovation parfois pensée sans limite.

Et pourtant, les espaces de configurations portant ces innovations sont multiples et incertains. Les trajectoires communautaires des personnes restent tortueuses et inégales, et l'aporie de la souffrance psychique ne semble pas résolue, à l'image des expériences étrangères de santé communautaire. Devant l'histoire de ses voisins européens, dans quelles conditions la pratique française peut-elle assurer cette évolution communautaire ? Et quelles seraient ses conséquences sur la cohérence globale de la santé mentale ?

De façon plus concrète, nous pouvons formuler le problème ainsi : **Qu'est-ce qui peut faire sens dans l'implantation d'une nouvelle forme de soin en France, là où les pratiques actuelles manquent déjà de beaucoup de cohérence ?** Autrement dit, quelle garantie avons-nous que le soin à domicile ne vienne pas creuser le gouffre déjà existant entre les besoins et les capacités des services de santé mentale ?

Nous pourrions résumer en quelques mots cette exigence de cohérence, soulignée tout au long de notre travail au travers des interrogations méthodologiques, épistémologiques, puis parfois culturelles et morales. Il s'agirait alors pour les soins à domicile de dépasser la mobilité matérielle, pour faire preuve de souplesse et de flexibilité, et répondre sans trop les trahir à deux injonctions dissonantes, clairement engagées sur des ordres moraux différents :

- Dispenser un soin techniquement optimal, s'appuyant sur la connaissance objective et validée d'outils biologiques, psychologiques et sociaux, par une pratique évaluable et objectivement efficace, tout en l'appliquant à des contextes inédits dans des configurations les plus intimes et subjectives.
- Rendre cette intervention pertinente dans un monde social qui prône la sécurité en même temps que l'autodétermination, et qui ne cesse de se heurter aux énigmes d'une liberté individuelle noyée dans un monde de normes.

Face à ces enjeux paradoxaux et souvent inconciliables, le soin communautaire pourrait peut-être trouver, dans un effort de créativité, des pistes moins conventionnelles pour être reconnu, et s'émanciper d'une configuration manifestement dysfonctionnelle.

Nous proposerons un questionnement en deux temps à partir de ce problème, en s'appuyant sur les hypothèses précédentes. Partant de l'homonymie du terme *communautaire*, qui renvoie à la fois à l'idée de *biens et d'idéaux communs*, et à celle d'un *ensemble de personnes*, nous tenterons de répondre par deux ébauches de solutions. L'une fera référence à la *communauté de valeurs*, entendue dans l'organisation communautaire, l'autre à la composante plus simplement *interpersonnelle*, du lien dans *la communauté* :

- A. Notre première hypothèse est que le soin à domicile ne pourra pas se satisfaire des ambitions du modèle médical. Sa légitimité à intervenir, dans l'intimité des personnes et des contextes, ne s'appuiera pas uniquement sur la validité scientifique, mais sur sa capacité à agir sur les normes, et à transgresser les limites d'une discipline médicale à la marge des enjeux de société : **Les pratiques psychiatriques ne devraient-elles pas s'engager activement dans les remaniements politiques et moraux de la société ?**

- B. La seconde est de réaffirmer la place parfois insuffisante de la relation clinique. Au-delà des cadres théoriques et des repères techniques, le soin a parfois les mains vides au domicile, et il ne peut alors se baser que sur la compréhension subjective des acteurs et leurs capacités propres. L'intervention à domicile consisterait donc plus en une *rencontre personnelle*, dans la compréhension de *l'autre*, que dans les spécificités d'une intervention spécialisée : **L'essor du soin communautaire passe peut-être par le renouveau d'une clinique du sujet.**

A. Les pratiques psychiatriques doivent s'engager activement dans les remaniements politiques et moraux de la société

Les chapitres précédents ont pointé les contradictions que porte l'essor d'une médecine fondée sur les preuves, affiliée aux sciences de la nature, face aux logiques compréhensives des sciences sociales, impératifs d'un travail contextuel ancré dans la vie sociale. Nous avons ainsi montré combien il est nécessaire de préserver les outils d'une posture compréhensive de la santé mentale, pour l'enrichir des dimensions relationnelles et culturelles qui la façonnent.

Mais au-delà de ces cadres, il nous semble que le soin communautaire peut s'inscrire lui-même comme un déterminant de la vie sociale, et s'affirmer comme un acteur légitime de ces révolutions normatives. Il nous semble donc possible, pour tenter de répondre à la double contrainte citée plus haut, d'imaginer les dispositifs de santé communautaire comme des mouvements résolument militants et engagés.

Autrement dit, si la psychiatrie actuelle est menacée par ces évolutions culturelles et morales, elle semble devoir s'inscrire dans la réalité incarnée de son temps, avec ses limites et ses paradoxes. C'est d'ailleurs par là qu'elle pourrait participer de façon utile à la production de nouvelles normes, en trouvant sa place dans les conflits sociaux, et en participant à les dépasser.

1. La santé communautaire naît dans un contexte social, pour agir sur ce celui-ci

Pour survivre aux bouleversements du champ scientifique, à l'image des ruptures épistémologiques décrites précédemment, la santé mentale communautaire aurait donc à affirmer son engagement pour l'innovation, et sa capacité d'influer sur les cadres normatifs de notre société, plutôt que de s'abriter derrière une forme de neutralité idéologique.

Prenant le parti d'une discipline plus pragmatique et interventionniste, dont les actions se situent plus du côté des besoins des personnes que de ses références historiques, ce nouvel acteur communautaire pourrait par exemple s'affirmer comme un partenaire majeur dans les mondes du logement et de l'emploi, là où les enjeux de santé mentale ne s'appuient actuellement que sur la verticale distance des expertises médicales. Ces révolutions seraient alors à l'image des programmes Un Chez Soi D'abord, où l'accompagnement repose souvent plus sur des outils pratiques que thérapeutiques (129).

En s'allégeant progressivement de la place centrale du médecin, pour s'essayer à des interventions plus souples et *sur mesure*, les équipes de santé communautaires pourraient ainsi dépasser le prisme individuel de la guérison, pour viser le bien-être d'un collectif. Ce changement d'échelle pourrait résonner avec les expériences historiques de thérapie communautaire (130), où le paradigme d'une expérience psychosociale partagée sous-tend une intervention à l'interface du groupe et des personnes. Et cet objectif de bien-être collectif ne serait alors peut-être que le vecteur d'une finalité en réalité plus ambitieuse : l'expérience communautaire viserait en réalité à transformer le monde dans lequel elle apparaît, pour élever les conditions de vie et dépasser les réalités individuelles précisément insatisfaisantes.

Enfin, en échappant aux boucles de régulation d'un système médical hospitalier homéostatique, la santé communautaire pourra peut-être s'affirmer comme un acteur de premier plan dans les révolutions de la santé et du monde social. Il s'agirait alors de construire des ponts entre le soin et les actions collectives et citoyennes, à l'image de l'association SMC de M. Sassolas, ou plus récemment de l'équipe MARSS (131), capables de conjuguer les objectifs thérapeutiques à ceux du militantisme, pour bousculer les règles établies.

En somme, l'engagement militant semble étroitement lié à la nature du soin communautaire, dès lors que les cadres actuels ne suffisent pas à garantir l'amélioration des conditions de vie des personnes. L'action communautaire pourrait ainsi, par le biais des acteurs de santé, agir plus directement sur la transformation des normes morales. Pour poursuivre, la reprise de la théorie critique d'A. Honneth pourra nous rappeler combien la place d'une lutte pour la reconnaissance est féconde dans ces conditions.

2. La psychiatrie sociale est ancrée dans la philosophie de l'action

Nous avons vu précédemment que la théorie critique de l'école de Francfort proposait une synthèse des trois sphères de reconnaissance, que sont l'amour, le droit et la solidarité, en les inscrivant dans la vie sociale. Et cette lecture intégrative nous semble pertinente pour souligner à quel point la santé mentale, en s'appuyant sur les repères de la philosophie sociale, peut être le terrain d'une lutte pour la transformation de la société.

La reconnaissance de la capacité d'agir

Le premier repère que nous propose Honneth semble être l'essor de la psychologie sociale, avec les travaux de G.H. Mead et de D. Winnicott. L'auteur reprend les thèses initiales de la philosophie de G.H.F. Hegel, à la lumière de ces deux scientifiques, pour souligner la place essentielle de l'intersubjectivité dans la compréhension du sujet (120). Et cette formidable avancée dans le champ de la philosophie sociale, qui a depuis influencé les sphères sociologiques, psychologiques et médicales, peut trouver place dans notre travail comme la condition déjà largement soulignée de *l'inclusion* et du *combat contre les inégalités* en santé mentale.

La réponse à l'exclusion et au manque de reconnaissance est peut-être le premier défi de la psychiatrie sociale actuelle. Elle doit sans cesse dépasser ses missions de soin pour travailler à inclure les personnes dans leur milieu, et pour les munir des outils d'autonomie et d'émancipation. Ces derniers semblent en effet la condition *sine qua non* de la reconnaissance de leur pouvoir d'agir dans leur environnement, et donc de leur place dans une relation intersubjective comme peut l'entendre cette théorie critique. A cet égard, nos résultats ont insisté sur la place de la reconnaissance d'une capacité d'agir, en illustrant par exemple l'intérêt de l'accompagnement à l'autonomie par les dispositifs d'auto-support.

Mais surtout, cette capacité s'intégrerait dans un impératif plus large de droit et d'action symbolique, quand elle touche aux droits fondamentaux que l'accès sans discrimination au logement et à l'emploi. Ainsi, l'accès au travail en milieu ordinaire par les expériences comme l'IPS, et le soutien à la citoyenneté, enjeu central dans la création des conseils locaux de santé mentale (8), seraient les conditions d'une reconnaissance du pouvoir d'agir, largement illustrée par le processus de professionnalisation du savoir d'expérience que portent les médiateurs de santé pairs.

Et si les enjeux de logement, d'emploi et de citoyenneté sont essentiels au bien être, c'est peut-être avant tout parce qu'ils garantissent la considération du sujet par ses pairs. Honneth éclaire cette association en confrontant la théorie d'Hegel à la position fonctionnaliste de G.H. Mead (132), pour faire de l'action sur l'autre (ici la fonction professionnelle ou la responsabilité matérielle) le premier pas d'une reconnaissance mutuelle. Cette reconnaissance du *moi*, puis du *je* ne semble possible que dans le dialogue et l'intersubjectivité, et cette capacité d'action incluse dans la vie sociale serait la condition pour que le sujet se réalise dans sa « relation épistémique à soi » (120). Honneth introduit peut être ici les prémisses de l'identité narrative

de Ricoeur, que nous retrouverons plus loin, et où les identités de rôle concrétisées par l'inclusion pourraient servir de support à une *ipséité* porteuse de sens (133).

La reconnaissance d'une liberté, au-delà des choix

Ensuite, le deuxième axe de la théorie critique semble particulièrement utile pour saisir les enjeux de la santé mentale, en ce qu'elle articule les besoins de reconnaissance dans une perspective juridique. La lutte pour les droits et la réponse au mépris, au cœur de la réflexion de Honneth, sont en effet des thèmes souvent centraux de l'évolution législative du soin. Comme l'a soulevé notre enquête, la psychiatrie se situe dans une place bien spécifique du champ médical, en ce qu'elle fait appel à une forme historique et inégalée d'exception au droit. Et nous avons vu que ces particularités, au carrefour des logiques administratives, médicales et juridiques, sont largement mises en tension par l'avènement de la *démocratie sanitaire* et les principes du *droit des patients* (7,134).

Rappelons que selon l'auteur, c'est avant tout l'expérience du mépris et le manque de reconnaissance qui suscitent la réaction de la société, et fondent les conflits sociaux. Il s'agirait donc bien d'un processus de lutte, moteur essentiel de la déconstruction et de l'émergence nouvelle des cadres normatifs et moraux.

A cet égard, nous avons vu les tensions croissantes au sein du champ psychiatrique, dans l'équilibre fragile entre une réponse thérapeutique parfois contraignante, et les privations de droits devenues parfois structurelles dans le soin hospitalier. Ces réalités antinomiques ne semblent pas trouver de solution évidente, entre soin sans consentement et liberté individuelle, et la question reste ouverte quant à l'avenir des mesures de contraintes propres à la psychiatrie. Ces considérations médico-légales deviennent parfois vertigineuses lorsqu'elles s'étendent à la vie quotidienne, par les programmes de soins ambulatoires, en ce qu'elles supposent d'*anticiper la liberté* mise à mal par le trouble. Elles doivent alors défendre leur intention humaniste, appuyée sur l'efficacité relative de l'action thérapeutique, face aux spectres d'une forme historique de mépris, résidus de l'institution asilaire.

Bien que ces considérations dépassent largement le cadre de notre travail, il semble que l'affirmation d'un engagement du soin communautaire, pour le bien-être et l'émancipation des personnes, permette d'esquisser ces pistes de changement, dans une posture résolument militante. L'engagement d'une psychiatrie sociale *militant pour l'hospitalisation* lorsqu'elle est à domicile, viendrait donc se confronter au paradigme d'une *auto-détermination*

inconditionnelle, et ne semble trouver d'issue que dans la finalité d'une liberté et d'une autonomie restaurées par les soins. Ce primat de l'intentionnalité et de l'anticipation semblent donc encore une fois au cœur d'une philosophie de l'action

La reconnaissance mutuelle par la solidarité

Enfin, la question du lien entre reconnaissance et solidarité, dans l'œuvre de Honneth, nous permet de rappeler la place critique des *questions de responsabilité*, peut-être plus opérantes qu'une *philosophie de la liberté*.

L'auteur place en effet la solidarité sous l'impératif d'une reconnaissance mutuelle, aux origines de la vie éthique. Il introduit en cela l'enjeu d'une *responsabilité collective*, portée par une considération réciproque, et qui répondrait aux limites de la liberté individuelle, lorsqu'elle menace la reconnaissance de l'autre. Et dans une perspective proche des théories politiques d'Habermas (135), ou même de l'héritage du contrat social de Rousseau, cette théorie sociale résonne dans les impératifs du soin communautaire et de la question de *l'empowerment*, pour réaffirmer une définition éthique du partage des savoirs et des responsabilités. Citant Aristote par le biais de Hegel, l'auteur nous rappelle ainsi que la théorie sociale s'appuie sur un cadre éthique où les sujets sont réunis d'emblée, plutôt qu'une somme d'actes individuels : « Le peuple est, selon la nature, antérieur à l'individu. Puisque l'individu séparé n'est rien d'indépendant, il doit être comme toutes les parties dans un rapport d'unité avec le tout » (136,137).

Pour conclure nos réflexions sur les enjeux d'interdépendance et les transferts de charge entre les soignants et les familles, il semble donc que c'est à la condition que les professionnels soient reconnus dans la communauté où ils interviennent, et qu'ils reconnaissent à leur tour les besoins et les compétences de l'ensemble de celle-ci, qu'un accordage pourra naître sur cet impératif éthique, en une responsabilité étendue à la société. Il ne s'agirait donc plus de compétences confiées *a priori* à l'un ou à l'autre, mais d'un engagement réciproque des acteurs dans une réalisation commune, celle de la vie communautaire, à laquelle participerait l'équipe de soin au même titre que les personnes impliquées.

Ces considérations nous permettent donc d'imaginer la psychiatrie, à l'avenir, comme un acteur majeur des processus de la vie sociale. Et face aux obstacles cités en introduction de cette réflexion, la bascule du soin dans le champ communautaire trouverait alors peut-être sa légitimité dans une philosophie de l'action, sous-tendue par une éthique du soin réaffirmée.

3. L'évolution du soin peut s'appuyer sur des ambitions politiques fortes

Rappelons que l'enjeu de cette réflexion était de trouver une issue aux injonctions paradoxales d'une pratique scientifique objective appliquée à l'intimité du sujet, et répondant aux demandes d'émancipation d'un monde fait de murs et de normes.

Il nous a semblé possible d'esquisser une première piste, dans l'affirmation des qualités politiques et structurantes de la santé mentale, et de sa dimension performative sur la société.

Certaines expériences de santé communautaires semblent ainsi avoir permis de conjuguer les actions de soin et les mouvements militants. Ainsi, la diffusion de pratiques comme le soin à domicile pourrait elle-même s'inscrire comme un engagement idéologique fort.

Cette lecture à la lumière de la théorie sociale, en tentant d'articuler l'évolution normative des sphères affectives, juridiques et symboliques, montre la complexité des engagements simultanés qu'implique ce changement. Cette révolution des pratiques de soin n'en serait donc que plus structurante pour la société, puisque les positions prises par la santé mentale semblent impacter l'organisation plus générale des personnes dans une communauté éthique.

Mais ces compétences au-delà du sanitaire peuvent aussi laisser craindre une instrumentalisation politique sans limite, dès lors que les frontières perméables de la santé mentale s'étendent aux sphères du droit et de la morale.

Il serait encore une fois insuffisant d'inscrire ces évolutions dans la réalité naïve des intentions de soin et de bien-être, et notre enquête n'a pas manqué de souligner les inquiétudes des acteurs concernant les perspectives financières incertaines, et les enjeux sociétaux plus larges que sous-tend cette évolution.

C'est dans ce contexte qu'il faut souligner l'importance d'une posture réflexive de chacun des acteurs, indissociable de l'essor d'une pratique aussi interventionniste, et l'exigence éthique qui sous-tend ces positions, ancrées dans la philosophie de l'action. La réflexivité porterait, comme nous l'avons vu précédemment, sur l'assurance d'un projet communautaire lui-même cohérent et humain, à travers l'impératif d'une interdépendance entre ses acteurs. L'exigence éthique serait, quant à elle, éprouvée dans la relation interpersonnelle et dans le cadre des interactions sociales, face aux besoins d'une reconnaissance mutuelle et au respect de chacun.

L'évolution de la psychiatrie conjecturée jusqu'alors, s'inscrirait ainsi dans un double mouvement : d'un côté, elle serait une lutte pour l'émergence de nouveaux cadres normatifs,

eux même perpétuellement transgressés par le progrès ; d'un autre, elle garantirait une critique permanente de ces cadres émergents, dans une production de savoirs contrôlée.

Ces impératifs critiques ne devraient donc pas cautionner la réification de positions comme le *secteur* historique, appuyée sur des références que nous avons vu souvent désincarnées. La première conclusion de ce travail serait au contraire l'impératif de changement, et donc l'évolution de la place du soin. Cette évolution devra certainement, comme l'ont souligné les derniers paragraphes, s'appuyer sur la réalité des personnes plutôt que celles des disciplines. Ces dernières devraient ainsi élargir leurs champs d'intervention, et redéfinir leurs rapports mutuels. La psychiatrie pourrait alors peut-être continuer de s'effiler et de s'inspirer de théories étrangères à son histoire, dans une compréhension résolument pragmatique. Ce pragmatisme soutiendrait finalement les deux mouvements cités ci-dessus : la créativité et l'audace d'une déconstruction permanente, et la critique constructive des normes émergentes, appuyée sur l'intention communautaire qui faisait peut être déjà *l'idée du secteur*.

B. L'essor du soin communautaire passe par le renouveau d'une clinique du sujet

Notre seconde hypothèse serait la perspective d'une pratique clinique réinventée dans le soin communautaire. Il s'agirait encore une fois de répondre aux injonctions d'un modèle de soin tiraillé entre l'impératif d'une intervention efficace et évaluable, et des objectifs thérapeutiques parfois paradoxaux, entre l'accueil et le respect de l'autonomie.

Comme l'ont souligné les réflexions précédentes, la pratique psychiatrique se déconstruit dans son implantation communautaire, et les outils jusqu'alors disponibles deviennent parfois inopérants dans ces configurations nouvelles. L'apparition au premier plan des enjeux de responsabilité et *d'empowerment* pour les personnes, tout comme le travail de réseau et l'interdisciplinarité du côté des professionnels, sont à l'image de ce changement de paradigme.

Pour reprendre la proposition de G. Lantéri-Laura, d'une succession de paradigmes ayant abouti à l'influence de la psychopathologie sur la psychiatrie du XX^{ème} siècle (20), il semblerait que les changements actuels puissent poursuivre cette évolution. A l'image de la rupture opérée avec le paradigme des maladies mentales, l'évolution actuelle de la clinique peut ressembler à cette crise du savoir qui avait porté l'essor de la psychopathologie au siècle précédent. Cette dernière signait en effet la fin d'un mouvement qui avait vu naître la clinique psychiatrique dans l'idéal empirique d'une médecine descriptive et parfois organiciste, encouragée par la méthode anatomique, Et dans le même esprit, les considérations du soin au domicile viennent se heurter aux présupposés formels et objectifs d'une psychiatrie hospitalière centrée sur une approche explicative, individuelle et catégorielle.

Nous proposons donc de conclure avec ce parallèle, pour tenter de retrouver dans les projets communautaires décrits jusqu'alors, l'impératif d'une compréhension subjective des acteurs et de leurs capacités propres, en miroir des apports de la clinique psychiatrique issue de la psychopathologie.

Au long de notre travail, les valeurs historiques de la psychopathologie, et notamment ses références à la psychanalyse, ont pu être citées à propos des détracteurs du soin communautaire, et d'une regrettable résistance institutionnelle à l'évolution du soin. Certaines de ces valeurs nous semblent pourtant souvent en accord avec les principes d'autodétermination et de

compréhension globale du sujet, et les résistances évoquées sont sans doute plus celles des personnes que des concepts historiques qu'elles invoquent.

S'il n'y a pas de doute sur la richesse des apports de la psychopathologie, et de ses bénéfiques remarquables sur la compréhension du psychisme, il semblerait surtout possible d'y trouver un certain nombre de valeurs réactualisées dans le mouvement pour le rétablissement. En se substituant au paradigme des maladies mentales, qui valorisait un empirisme inflexible au détriment d'une compréhension globale du sujet, la psychiatrie enrichie de la psychopathologie a en effet pu mettre en lumière la place du particulier et du subjectif, et par là ouvrir la voie aux mouvements pour l'auto-détermination des personnes. Il semble donc regrettable que ces mêmes références puissent servir de résistances à l'égard d'une évolution communautaire du soin. Il serait au contraire utile d'articuler certains apports de l'un et l'autre de ces mouvements, pour dépasser l'insuffisance des logiques parfois réductrices citées précédemment.

Citons à cet égard les réflexions fécondes de G. Lanteri-Laura, à propos de ces différences, dans son *Essai sur les Paradigmes De La Psychiatrie Moderne* (20) :

La sémiologie et la clinique, envisagées à la fois de façon synchronique et diachronique, conservent une sorte de primat préalable à toute interrogation sur la courbe ou sur le processus. Car toute connaissance, finalement, dérive de ce qu'on aura pu apprendre dans le domaine de la sémiologie et de la clinique.

D'autres part, enfin, et d'une certaine manière a contrario, combien critique, réservée et soupçonneuse que doit demeurer la réflexion psychopathologique, l'empirisme stricte ne reste guère tenable et la psychiatrie ne saurait méconnaître ses relations, d'ailleurs bilatérales et non hiérarchiques, avec d'autres disciplines.

Quand nous écrivons que cette empirisme ne nous paraît pas vraiment suffire en psychiatrie durant la prévalence du paradigme des maladies mentales, nous voulons avancer deux propos en partie convergents. D'un côté, par empirisme, nous tenons une position un peu générale, qui estime que la psychiatrie clinique réussit à s'en sortir en faisant prévaloir l'observation sur les présumés, c'est-à-dire la clinique sur la psychopathologie, et aussi sur l'étude des conditions de possibilités de quelque chose comme la connaissance clinique. De l'autre côté nous remarquons qu'à s'en tenir

exclusivement à ce point de vue, non seulement nous nous masquons un groupe de questions non résolues, mais encore nous oublions que la moindre reconnaissance du plus simple des signes a une histoire et des usages qu'il nous importe d'élucider. »

Les points successifs de cette citation semblent relativement opérants pour développer notre conclusion : celle d'une clinique dépassant l'empirisme scientifique, et réaffirmant une compréhension globale des personnes. Reprenons les point par point.

1. Le vécu et les symptômes sont les fondement de la connaissance clinique. Elle s'appuie sur leur compréhension à la fois synchronique et diachronique.
- 1'. La psychiatrie est interdépendante d'autres disciplines.
2. L'observation ne suffit pas, elle doit être enrichies des présupposés que sont la connaissance clinique et la psychopathologie.
3. L'empirisme risque de faire oublier l'importance de l'histoire et des usages des signes

Nous nous proposons de revenir successivement sur ces points, pour articuler les résultats précédents aux enjeux de la psychopathologie, et aux perspectives plus conjecturales du soin communautaires. A noter que nous ne reviendrons pas sur le point 1', déjà traité autour de la question de la transdisciplinarité.

1. Pour une compréhension clinique centrée sur le vécu des personnes et leurs parcours de vie.

Une connaissance clinique fondée sur les manifestations individuelles ou collectives

Le premier point semble concerner le socle de la connaissance clinique en psychiatrie, à savoir la sémiologie elle-même. En soulignant son caractère *primordial*, antérieur à toute spéculation sur la *dynamique* du trouble, Lantéri-Laura, nous rappelle l'importance des signes cliniques eux-mêmes. En opposant le paradigme empirique des *maladies mentale* à la *psychopathologie*, l'auteur propose de reconsidérer la manifestation clinique pour elle-même, plutôt que d'y voir un indicateur spécifique d'une entité nosologique connue ou d'un *processus* particulier. Il nous invite à la resituer dans le vécu du sujet et sa relation au soignant, avant d'y voir un outil de construction d'une connaissance clinique plus objective.

Devant de cette considération, nos réflexions précédentes sur l'horizontalisation des rapports dans la relation clinique, et la place du contexte dans une compréhension plus fine des processus cliniques, nous semblent ici réaffirmées. En miroir de ce passage d'un empirisme médical à une clinique centrée sur le sujet, les témoignages concernant le soin à domicile semblent en faire un lieu propice à cette compréhension subjective forte. En effet, la relation clinique débarrassée des construits institutionnels, et des relations formelles qui fondent cette posture empirique propre à l'hôpital (rôles institués, multiplicité de soignant parfois anonymes ou interchangeables, identifications des fonctions professionnelles avant toute reconnaissance personnelle), pourraient faire du *soin dans le milieu* le cœur de cette clinique à nouveau dédiée à la compréhension des signes dans leur contexte.

Dans un cadre plus propice à la relation duelle, la réaffirmation d'une connaissance basée sur la compréhension clinique singulière s'opposerait donc à un exercice purement empirique. Mais surtout, elle suppose l'insuffisance d'une connaissance médicale et objective. Et cet empirisme radical semble en effet largement entravé par la complexité du contexte, lorsqu'il fait face à la richesse des processus relationnels, inscrits dans la clinique du domicile. En préférant le maintien des personnes dans leur milieu, et en évitant la séparation d'avec ses proches, le soin communautaire précipite donc un double mouvement de contextualisation et de complexification des enjeux cliniques et sémiologiques.

Notre hypothèse d'une clinique réaffirmée du sujet prendrait ici tout son sens, non en retrouvant la richesse des postulats psychopathologiques propres à une connaissance clinique que l'on pourrait qualifier d'*intrapsychique*, mais en supposant au contraire la place dominante d'une rencontre intersubjective *collective*, incluant les relations familiales et les aidants dans la compréhension clinique elle-même.

Le primat du contexte, évoqué dans notre étude, permettrait alors de définir la connaissance clinique au-delà des réalités empiriques ou psychopathologiques individuelles, pour les situer dans une compréhension centrée sur les mouvements affectifs et relationnels collectifs. L'outil systémique en est un exemple mouvant, enrichi régulièrement des pratiques de mobilité (138).

La réaffirmation d'une connaissance construite sur la sémiologie s'appuierait alors peut être sur une recherche de complexité et de circularité, là où les logiques individuelles et linéaires sont parfois dépassés par la singularité des manifestations cliniques dans leur contexte.

La place d'une compréhension diachronique enrichie par le contexte

C'est d'ailleurs ce même contexte qui peut permettre de redonner de la matière aux réalités diachroniques, souvent occultées dans les considérations médicales actuelles. Là où le primat du *Hic et Nunc*, actualisé par les postulats biomédicaux et les logiques pragmatiques, a parfois dérivé vers une réduction de la clinique à ses manifestations comportementales ou vainement objectives, la réaffirmation d'une richesse des parcours et des vécus s'appuierait peut être sur le témoignage précieux des personnes et de leur environnement.

Face à un empirisme parfois réducteur, Lantéri-Laura nous invite à associer, dans la psychopathologie, la richesse d'une sémiologie du présent et la clinique de l'expérience passée. Et le soin à domicile pourrait lui aussi, en offrant un contact privilégié avec les témoins directs de cette expérience souvent partagée, et en incarnant le vécu des personnes dans leur quotidien, rappeler l'importance de cette double réalité clinique, à la fois vécue et actuelle. Il s'agirait encore une fois de dépasser les logiques individuelles d'un parcours de vie ou d'un témoignage à la première personne, pour permettre de redonner un sens concret et collectif à un vécu partagé, à l'image des approches sociofamiliales.

Il est en cela intéressant de noter, que si le soignant peut se trouver bien dépourvu face aux incertitudes qu'implique le soin à domicile, il devra faire appel à l'existant dans toutes ses formes pour construire la relation clinique, et comptera donc sans modération sur l'inclusion des proches et du contexte dans l'épaisseur de cette clinique si particulière.

Le bénéfice premier du soin au domicile pourrait ainsi être celui d'enrichir le travail clinique, en l'exposant aux réalités concrètes du quotidien, et à la richesse des entretiens collectifs. Il ne s'agirait donc pas d'un retour dans le passé, à l'image du travail généalogique ou analytique, mais bien d'une approche contextuelle engagée pour le changement, et s'appuyant pour cela sur le vécu subjectif et l'histoire de chacun.

2. *L'observation ne suffit pas, elle doit être enrichies des présupposés que sont la connaissance clinique et la psychopathologie*

L'empirisme médical propose des schémas explicatifs parfois discontinus, au détriment des outils d'une compréhension globale

Ensuite, la critique qu'adresse Lantéri-Laura à la tentative de compréhension empirique des maladies mentales, serait l'absence d'une connaissance particulière et spécifique du fonctionnement psychique. Si la psychologie et les sciences médicales ont produit de nombreuses façons de comprendre ce dernier, elles n'ont en effet pas été jusqu'à proposer la réponse unifiée qu'a pu offrir la clinique psychopathologique.

Ce bond en avant dans la connaissance du sujet, que l'auteur place sous le contrôle de la réserve et du soupçon, auraient ainsi permis au savoir psychiatrique de déceler sous les manifestations cliniques une compréhension globale, souvent qualifiée de structurelle, traduisant une réalité comprise au-delà du psychologique.

Or, cet avancée de la psychopathologie vient à son tour se heurter à la remise en cause d'un tel déterminisme, portée notamment par l'avancée des neurosciences et d'une définition plus fonctionnelle du psychisme. Les mouvements de la science et de la société, décrits précédemment, ont aussi pu remettre en question la pertinence d'une telle théorie lorsqu'elle s'applique aux réalités médicales, et la prédominance de ce paradigme s'efface indubitablement pour faire place à un nouvel empirisme, consolidé par les outils neurobiologiques de la médecine.

Mais si ces outils permettent un certain nombre d'hypothèses explicatives et déductives précieuses à l'évolution des soins, ils n'en permettent toutefois pas une compréhension subjective satisfaisante. A la façon du paradigme des maladies mentales, elles proposent par exemple une multitude de mécanismes explicatifs souvent linéaires, sensés définir une pluralité de troubles là où la psychopathologie invoquait l'unité du singulier. Et la révolution qu'offre la biologie, par la mise en évidence de pistes thérapeutiques dans les neurosciences ou la génétique, ne semble pas satisfaire le besoin d'une compréhension unifiée et porteuse de sens, demande toujours vive des personnes et de la société face aux épreuves de la souffrance psychique.

De plus, comme le propose Berrios dans ses travaux épistémologique (139), les sciences de la nature ne semblent pas à même d'offrir les outils suffisants pour saisir la complexité des phénomènes psychiques, là où la nature hybride des objets psychiatriques, issue d'une soupe primordiale fondamentalement subjective, serait plus proche des réalités psychiques et sociales complexes que de l'objectivité neurobiologique.

Ainsi, et avec toute la prudence qu'invoque Lantéri-Laura à propos de ces cadres théoriques mouvants, servant ici la compréhension de phénomènes en réalité bien plus complexes, il nous faut constater que les outils manquent pour appréhender de façon globale et cohérente la réalité des objets psychiatriques. Et si les enjeux du soin communautaire s'appuient sur une compréhension réciproque, condition *sine qua non* d'un partage des responsabilités réellement transdisciplinaire, il semble nécessaire de retrouver des clés pour comprendre et appréhender la souffrance psychique, et ainsi légitimer les enjeux d'information et de déstigmatisation toujours insuffisants.

Le préalable à la compréhension serait la connaissance que les sujets ont d'eux-mêmes

Ainsi, malgré la solidité des hypothèses neurobiologiques, et la multiplication de leurs liens de causalité concernant la pathologie psychiatrique, l'auteur ne se trompe peut-être pas en parlant d'une condition préalable à la connaissance empirique, seule issue vers une compréhension globale et porteuse de sens, face à l'atomisme et la multiplicité des schémas explicatifs, parcellaires et difficilement appropriables par les personnes.

Mais là où cette condition se situait au sein du cadre thérapeutique avec la psychopathologie et l'existence supposée de structures psychiques, notre travail et les valeurs fondamentales du soin communautaires nous invitent peut être à imaginer que cette connaissance se situerait désormais du côté du savoir des personnes concernées elles-mêmes.

Nous avons vu combien la question de l'expérience des personnes est au cœur des valeurs du rétablissement. Ce savoir d'expérience semble ainsi l'élément central de l'autosupport et des processus de gestion personnelle. Les connaissances propres des personnes, concernant leurs difficultés comme leurs ressources face aux troubles psychiques, sont par exemple à la base des *plans de bien-être et de rétablissement*, là où l'expertise était auparavant professionnelle ou objectivée par des outils impersonnels.

Il s'agirait alors, pour dépasser l'empirisme cité plus haut, d'interroger non seulement les phénomènes perçus, mais surtout les réalités vécues par le sujet, pas pour les éclairer à la lumière des connaissances psychopathologiques du soignant, mais au contraire pour les comprendre dans la connaissance intime qu'a la personne d'elle-même, et faire valoir sa capacité d'action sur ces phénomènes (26).

Ces déterminants d'une compréhension clinique nouvelle semblent désormais inéluctables dans la définition des processus psychiques et des parcours des personnes, pour faire de leur propre savoir la pierre angulaire de cette compréhension enrichie, au-delà de l'empirisme médical. Et cette appropriation des outils de compréhension, par les personnes concernées elles-mêmes, pourrait se faire en miroir des processus d'apprentissage des ressources et des stratégies de changement, pour leur permettre une responsabilisation non pas symbolique mais réelle et investie d'espoir.

La compréhension du sujet par le thérapeute laisse place à la reconnaissance mutuelle dans une compréhension partagée

Mais l'orientation vers le rétablissement ainsi évoquée ne saurait être comprise comme la réactualisation d'un déterminisme individuel, comme nous l'avons cité plus haut. Pour dépasser le prisme de la psychopathologie, nos réflexions sur la théorie sociale et la reconnaissance mutuelle n'ont pas manqué de souligner l'importance des configurations relationnelles collectives, incluant les relations entre personnes et les processus sociaux et culturels de plus grande ampleur. Ces déterminants collectifs pourraient ainsi servir de cadre à une compréhension dépassant les sphères individuelles.

Au vu de nos résultats soulignant le défi de la citoyenneté et d'une responsabilisation collective, la compréhension clinique du sujet, dans son contexte de vie, ne pourrait désormais se faire qu'à la lumière de la vie sociale. Au-delà des postures de la psychopathologie, qui éclairaient l'empirisme clinique par des réflexions sur les conditions subjectives de la personnalité, ou des éléments existentiels souvent compris dans la relation intersubjective entre la personne et le thérapeute, l'innovation du soin communautaire serait d'affirmer cette singularité du sujet sans l'extraire de son environnement, pour le comprendre au cœur d'un système de valeurs qui lui serait propre.

Ainsi, là où la clinique du lien a pu se réduire à la relation soignant-soigné avec l'essoufflement des pratiques institutionnelles, le soin communautaire est peut être l'occasion de repenser la place du lien dans les relation entre les personnes elles-mêmes, et non auprès des professionnels. A l'image des valeurs d'autonomie et d'entraide citées plus tôt, il s'agirait donc de redéfinir une clinique de la relation en dehors du champ médical, dans des configurations plus proches de la vie quotidienne et des réalités de chacun.

Le support des processus relationnels ne saurait donc être réduit à l'équipe soignante. Et si le bénéfice premier de l'alternative à l'hospitalisation est d'éviter la rupture avec l'entourage, il conviendrait d'en faire un acteur de premier plan dans le travail de lien. Pour faire coïncider les enjeux cliniques de l'attachement aux valeurs d'autonomie propres au rétablissement, il semblerait donc possible de resituer l'importance du *holding* non dans la sphère sanitaire, mais dans le partage de ces responsabilités au sein des acteurs communautaires : il ne s'agirait plus alors d'une intervention isolée d'une "équipe suffisamment bonne" (115), mais de l'intervention simultanée de plusieurs acteurs dans un environnement communautaire suffisamment articulé et cohérent, pour supporter les besoins relationnels des personnes

Dans cette redéfinition des acteurs portant les fonctions de soutien, les moyens nécessaires à cet engagement socio-familial seraient donc priorisés autour d'une aide aux familles et au réseau social, par des programmes comme *Profamille* ou l'accompagnement des dispositifs d'entraide. L'enjeu serait finalement de donner à cet entourage la capacité d'assurer ce soutien socioaffectif, si crucial dans le parcours de rétablissement.

Nous pourrions poursuivre en soulignant que les décideurs soucieux d'un équilibre financier ont vu depuis plusieurs années le bénéfice de cette triangulation, en finançant à grande échelle les dispositifs associatifs d'entraide pour réduire l'attachement et la chronicisation des personnes auprès d'un système sanitaire beaucoup plus couteux (140).

Ainsi, les perspectives de l'attachement, à l'œuvre depuis les premières théories analytiques, et jusque dans les considérations cognitivo-émotionnelles les plus récentes, pourraient trouver un champ d'application concret dans les liens communautaires, et s'affirmer comme un objet central du soin au domicile. Dans ces projections idéalisées, il ne serait plus toujours nécessaire d'ajouter des objets transitionnels ou des dispositifs professionnels ayant fonction de *holding* (116), là où la communauté pourrait être elle-même *institutionnalisante*. Cet attachement à la communauté serait finalement le garant des fonctions d'accueil et de *care*, dans ce passage de l'autonomie individuelle à la responsabilité collective.

Enfin, c'est peut-être dans cette perspective d'une connaissance intersubjective, co-construite et toujours idiosyncrasique, que l'évolution de la clinique réintroduirait la question de la responsabilité, condition primordiale à la place du sujet dans cette compréhension partagée. De la sociologie interactionniste aux théories de la communication de Palo Alto, en passant par l'antipsychiatrie de R. Laing, de nombreux courants ont pu mettre en lumière la place des déterminants collectifs et sociétaux, comme les cadres pertinents d'une compréhension du singulier et du subjectif.

Il s'agirait donc encore une fois de dépasser l'idéal d'une compréhension stable et individuelle, tout comme celle d'une interprétation empirique et objective, pour faire de la connaissance clinique le produit d'un rapport social. Nous pourrions alors parler d'un équilibre fragile, compris comme un compromis au cœur d'une recherche de reconnaissance, inextricablement liée aux conditions d'une vie collective et prenant en compte les réalités de chacun.

Pour reprendre les mots de Honneth, c'est donc peut-être dans la *réciprocité des rapports de pouvoir*, ou comme le dirait Weber dans la perspective des *rapports de domination*, que pourrait se négocier une véritable reconnaissance mutuelle, nécessaire pour comprendre les processus intersubjectifs faisant le cœur de la clinique du sujet.

3. *L'empirisme risque de faire oublier l'importance de l'histoire et des usages des signes*

La compréhension du sujet porte aussi sur ses actions symboliques

Une troisième composante de la psychopathologie, qui nous semble pertinente d'éclairer à travers les possibilités nouvelles du soin à domicile, semble être l'attention portée aux symboles et à leurs usages.

Pour paraphraser les dernières lignes de l'extrait de Lantéri-Laura, la recherche empirique en psychiatrie, avec les outils actuels de la médecine, risquerait parfois d'éluder le fondement même des demandes et des symptômes que peut saisir le clinicien, s'il s'attache uniquement au contenu formel de la sémiologie.

Les pratiques héritées de la psychopathologie et de la linguistique, à l'instar de l'approche Open Dialogue mentionnée plus tôt, semblent par exemple rappeler l'intérêt crucial des théories de

la communication dans les transactions émotionnelles et symboliques, au-delà des manifestations cliniques objectives.

Le défi d'une clinique enrichie par ces pratiques serait alors, là où l'empirisme médical reconnaît la similarité du symptôme, de saisir la singularité des enjeux propres au sujet et à ses besoins, pour l'accompagner vers une perspective de rétablissement que nul autre n'aurait prédit.

Et l'articulation cohérente des différentes sphères de valeurs, comme l'a montrée la théorie sociale de Honneth, ouvrirait ainsi à une multiplicité de possibilités et de rapports, pour offrir des socles toujours changeants aux identités et aux besoins de chacun.

Il s'agirait par-là de rappeler le caractère toujours personnel et irréductible du rétablissement : la compréhension de l'autre dans le champs de l'intime et du particulier aurait donc été au paradigme psychopathologique du XX^{ème} siècle, ce que l'affirmation de la citoyenneté et l'individualisation des rapports de soin seront peut être à la psychiatrie sociale du XXI^{ème}.

Ainsi, la compréhension clinique, en rupture avec la verticalité historique de la relation soignant-soigné, s'appuierait autant sur les données empiriques du clinicien que sur la base d'une reconnaissance mutuelle de ses acteurs. Et celle-ci devrait inclure, comme l'a montré Honneth, la garantie d'un respect réciproque et en négociation perpétuelle, touchant autant aux besoins affectifs qu'aux enjeux juridiques et symboliques de la société, pour dépasser les limites d'une dialectique historique.

Autrement dit, la clinique psychiatrique, orientée vers le rétablissement, s'appuierait sur un respect inconditionnel des exigences affectives, des droits, et surtout des réalités symboliques du sujet. Et c'est peut-être dans cette dernière sphère que pourront s'épanouir une réelle autonomie et une inclusion durable du sujet parmi ses pairs, en étant investi d'une citoyenneté au-delà de son identité personnelle, et en recouvrant son pouvoir d'agir sur le monde.

Le parcours de rétablissement doit sa singularité à sa mise en récit

Une autre façon d'entendre l'importance de l'histoire et de la singularité des signes, à travers les mots de Lantéri-Laura, pourrait être la référence à la place du langage dans la psychopathologie. Mais ce langage serait surtout, au vu des exigences du soin comme il a été

pensé dans ce travail, la condition de leur mise en récit dans la rencontre clinique. Autrement dit, il ne serait plus tant question du dialogue lui-même, au sens porté par l'héritage analytique, que de sa force narrative et parfois performative, en réponse à la souffrance psychique et aux besoins de reconnaissance décrits précédemment.

Nul doute que le soin au domicile serait, dans cette visée narrative, une condition idéale pour comprendre les histoires et les parcours, puisqu'il leur redonne sens dans leur propre contexte. Mais la particularité du soin communautaire se situe peut être au-delà du contenu des récits, et sa singularité n'est pas tant sa réalisation dans le milieu de vie des personnes, que l'exigence de *l'empowerment*, qui resitue ces échanges dans des conditions radicalement différentes du cadre clinique traditionnel.

Les sujets de cette pratique au domicile, parce qu'ils sont les premiers experts de la compréhension clinique issue de leur vécu, et les premiers acteurs de cette rencontre au cœur de leur monde, seraient surtout les plus à même d'en dessiner les solutions et les issues : le récit n'est pas seulement opérant par ce qu'il met en mot, mais par la *capacitation* des personnes qui l'énoncent.

Une attention particulière aux récits de chacun permettrait alors, plutôt que d'en extraire une connaissance clinique dans la tradition psychopathologique, d'appuyer sans contradiction ni détour, les choix des personnes concernées. Il en résulterait une approche *orientée solutions*, comme le portent les courants actuels, mais surtout ancrée dans la *matière* du monde social, et jamais sous-tendue par des solutions préexistantes ou extérieures aux champs d'action des acteurs.

La mise en intrigue permet d'articuler la responsabilité personnelle à la reconnaissance de l'autre dans la réciprocité

La cohérence des décisions n'étant ainsi déterminée que par les réalités existant dans la communauté, il ne s'agira plus de viser un idéal de normalisation ou de guérison, mais bien la réalisation des trajectoires de chacun dans leur singularité.

Cette perspective du rétablissement s'appuierait alors sur les enjeux d'une philosophie de l'action et de l'engagement évoqués plus haut. Et c'est en affirmant la légitimité du sujet et de ses choix, que cette pratique pourra redonner de l'épaisseur aux idéaux éthiques d'une pleine capacitation des personnes, en les accompagnant dans la restauration de leur identité narrative. Si comme le décrit Ricoeur, « *le récit dit le « qui » de l'action* », il s'agirait ainsi de faire du

récit le support de la responsabilisation des personnes, dans un mouvement porté par l'espoir et la reconnaissance.

Au total, l'intégration des perspectives du rétablissement, dans les formes de reconnaissance citées précédemment, nécessiterait un mouvement circulaire vers le partage des responsabilités :

- L'engagement éthique des soignants, et des multiples acteurs de la santé mentale dans la communauté, pourrait aider celle-ci à reconnaître et intégrer les parcours singuliers qui la composent. Il s'agirait alors d'une *reconnaissance de l'autre* au sens fort : respectueuse des libertés et des choix, mais surtout des compétences et des besoins, jusqu'à devoir parfois anticiper cette liberté *en puissance*, dans un impératif d'attention et de bienveillance à l'opposé de l'indifférence.
- L'engagement des personnes concernées pour leur rétablissement, serait avant tout une reconnaissance tournée vers soi et ses capacités propres. Ce mouvement de légitimation et d'affirmation de soi, à l'opposé d'une réponse aux attentes de la société, permettrait à chacun de recouvrer sa capacité d'agir de manière réflexive, et de s'approprier les conséquences de cette action sur le monde. Il viserait ainsi une forme de *capabilité*, chère à la philosophie d'A. Sen (141) ou de P. Ricoeur.

Cette double imputabilité, dont l'anglicisme d'*agentivité* souligne bien son engagement dans l'action, permettrait ainsi de concilier les réalités de chacun dans une pratique ouverte au dialogue. En somme, il ne s'agirait peut être finalement que des étapes successives d'un processus de reconnaissance mutuelle, d'abord dans un mouvement personnel (se reconnaître soi-même, reconnaître l'autre), puis réflexif et incarné dans la communauté (reconnaître l'autre pour soi, et finalement se reconnaître soi-même dans l'autre) (142).

Et ces degrés croissants d'engagement pour l'autre s'appuieraient finalement, dans la relation clinique, sur la capacité du dialogue à articuler les faits réalisés et leur agent (par *la mémoire* et *l'imputabilité*) aux faits possibles (la *capabilité*), et surtout aux engagements à venir (la *promesse*). A l'image encore une fois des pratiques collectives comme l'Open Dialogue, il s'agirait peut être de construire un récit commun et cohérent dans la négociation, au carrefour des parcours et des engagements personnels, dans une éthique renouvelée du soin et un compromis ouvert à l'incertitude.

Conclusion

Notre analyse des discours médicaux a permis d'illustrer la mise en place en France d'une pratique prometteuse. Les expériences diverses du travail de crise, qui prennent la forme d'hospitalisations au domicile, d'équipes mobiles ou de formats plus spécifiques, semblent faire de ces soins ambulatoires particulièrement intensifs une orientation pertinente dans le contexte actuel.

Cette pratique, déjà diffuse, semble naître localement d'un engagement fort et d'une grande créativité, et pourrait avant tout encourager les pratiques cliniques à plus d'audace et d'innovation. Dans la perspective d'une implantation plus vaste, le partage d'expérience de ces équipes tend déjà à encourager leur diffusion, et les expériences existantes peuvent guider cette évolution, à l'image des résultats empiriques décrits dans notre enquête. Un tel travail d'appui, s'il se poursuivait, pourrait ainsi soutenir de façon pragmatique la création de nouvelles équipes, en s'inspirant des modèles décrits, et en cohérence avec les besoins locaux.

Chacune de ces applications semble en effet souligner les spécificités d'un travail en rupture avec les pratiques traditionnelles, reposant sur des moyens et des objectifs particuliers. Leurs aspects techniques, d'abord, soulèvent les enjeux de souplesse et de mobilité, qui font la particularité du travail de disponibilité. Mais cette dernière aurait surtout à voir avec un changement global des postures, des soignants comme des personnes concernées, pour permettre une intervention ciblée et propre aux besoins des personnes, intégrant les acteurs de la communauté, et s'inscrivant résolument au sein de leur environnement.

Les retours favorables des expériences décrites s'appuient ensuite sur un bénéfice global de cohérence et de respect des trajectoires de vie. Ils soulignent ainsi l'adhésion des personnes, grâce à un plus grand respect de leurs attentes et de leurs choix, suscitant une nette satisfaction des bénéficiaires comme des partenaires du soin. Mais surtout, cette pratique semble favoriser l'appropriation des solutions par les personnes concernées et leurs proches, en augmentant leur pouvoir d'agir et leur influence sur les déterminants d'une bonne santé mentale.

C'est d'ailleurs la diversité de ces déterminants, à l'instar des réalités sociales ancrées dans la vie quotidienne, allant du logement et de l'emploi aux relations interpersonnelles, qui semble

affirmer à nouveau la psychiatrie comme une *cross-discipline*. La nature de ces facteurs, extrinsèques pour la plupart au monde du soin, justifie ainsi qu'elle bâtit des ponts avec le reste de la société, et la pousse à rechercher la participation de tous les acteurs dans un effort de transdisciplinarité.

Ces évolutions pourraient fragiliser le système de valeurs des pratiques psychiatriques, remettant en question un certain nombre de leurs fondements, et invitant le système de santé mentale à un changement en profondeur. Mais n'est-ce pas là une qualité essentielle de toute pratique scientifique ?

Nos développements ont ainsi pu faire l'hypothèse d'un engagement renouvelé de la psychiatrie vis à vis des mouvements de la société, à l'image des idéaux humanistes de la *philosophie de secteur*. Ils ont permis aussi d'articuler les enjeux très actuels du rétablissement à l'évolution polymorphe des pratiques cliniques. Cet accordage aboutirait peut-être à une redéfinition de la place du sujet dans une clinique du lien, où les distinctions historiques s'effaceraient dans une herméneutique spécifique et à construire.

Au-delà d'une analyse méthodique des facteurs déterminant l'efficacité de ces pratiques, notre interprétation a ainsi tenté de dépasser les questions insolubles d'une dialectique entre liberté subjective et organisation communautaire, pour proposer une lecture plus transversale. Cette conjecture d'un avenir communautaire de la santé mentale, ancré dans une pensée de l'action et de la critique sociale, articulerait les réalités structurelles propres aux besoins de chacun, et les intentions parfois idéalisées du soin.

Ainsi, nos dernières réflexions ont tenté de cerner l'impact éventuel de ces pratiques sur l'évolution même de la psychiatrie, ouvrant des perspectives séduisantes sans en affirmer les conditions. Les multiples formats de ces soins courts et intensifs pourraient finalement se résumer à une nouvelle recherche de solution dans la rencontre, face à des obstacles qui dépassent la réalité médicale.

Se soigner chez soi, ce serait peut-être prendre le parti d'un système de soin complexifié, voire décentré dans un mouvement copernicien, qui prendrait enfin la mesure des besoins et des réalités des personnes au-delà du champ de l'expertise médicale.

Mais notre discipline devrait pour cela assumer l'impact moral et politique de cette extension des soins à la communauté, et l'exigence de réflexivité qui l'accompagne. Ce redoublement des impératifs critiques serait donc à l'image des postures engagées, et nécessairement idéologiques, qu'ont toujours porté les actions traitant des réalités affectives, juridiques ou relationnelles *dans la cité*.

A l'échelle des personnes, cette révolution confirmerait peut être la possibilité d'un choix plus personnel, dans des configurations toujours particulières. Et finalement, ces pratiques innovantes seraient ainsi une nouvelle tentative de réaliser ce qui est depuis longtemps imaginé, mais n'aurait jamais été réalisé pleinement : la mobilisation de compétences multiples, et à toutes les échelles, en faveur d'un système d'entraide et de soin cohérent. Ce dernier, à l'interface des désirs de liberté et des besoins de chacun, réaffirmerait peut être la place centrale du lien et de l'interdépendance, pour encourager la reconnaissance des sphères plurielles de l'existence.

Et quel plus grand défi, pour une discipline médicale née de l'asile et de l'ordre psychiatrique, puis construite sur la compréhension du subjectif et de l'intime, que de se diluer dans une santé communautaire morcelée et pluridisciplinaire, et d'estomper son expertise au profit des configurations nouvelles du savoir expérientiel ? Ce mouvement communautaire semble finalement s'engager vers une destination incertaine, en remettant la gestion de la santé au cœur de la vie sociale, et en se soumettant aux choix inédits des personnes concernées, pour les aider à améliorer leurs conditions d'existence dans un monde en lutte perpétuelle.

Bibliographie

1. Piel Eric, Roelandt Jean-Luc. De la Psychiatrie vers la Santé Mentale [Internet]. 2001 [cité 26 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.systemique.org/Idres/index.htm>
2. Eyraud B, Velpry L. De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? *Rev Française Adm Publique*. 8 août 2014;N° 149(1):207-22.
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. Coldefy M. L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences. *IRDES*. oct 2012;8.
5. Journal Officiel de la République Française. Loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
6. Journal Officiel de la République Française. Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. 2002.
7. Journal Officiel de la République Française. Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Legifrance.pdf](#).
8. Guézennec P, Roelandt J-L. Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015. *Inf Psychiatr*. 15 sept 2015;Volume 91(7):549-56.
9. Demailly L, Autès M. La politique de santé mentale en France: acteurs, instruments, controverses. Paris: Armand Colin; 2012. 231 p. (Recherches).
10. Thibon E. (2016). L'hospitalisation à domicile en psychiatrie : modèles, évaluations et intégration dans le réseau de soins (Thèse de doctorat Université Toulouse III Paul Sabatier).
11. Ramonet M. (2012). Soins intensifs à domicile en psychiatrie. Modèles internationaux et discussion critique. (Thèse de doctorat Faculté de médecine Henri Warembourg).
12. Winkler P, Barrett B, McCrone P, Csémy L, Janousková M, Höschl C. Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: Systematic review. *Br J Psychiatry*. mai 2016;208(5):421-8.
13. Tsimploulis G, Niveau G, Eytan A, Giannakopoulos P, Sentissi O. Schizophrenia and Criminal Responsibility: A Systematic Review. *J Nerv Ment Dis*. mai 2018;206(5):370-7.
14. Coldefy M, Gandré C. Etat des lieux de la contrainte en France [Internet]. 2017 p. 37. Disponible sur: www.ccomssantementalelillefrance.org
15. Coldefy M. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. sept 2018;IRDES Questions d'économie de la santé N°237:8.
16. Roelandt J-L, Créatin A, Askevis-Leherpeux F, Baucheron J-P, Brun-Rousseau H, Coldefy M, et al. Compulsory Hospitalization, Severity of Disorders and Territorial Landscape: A French Study. *Glob J Health Sci*. 22 oct 2017;9(12):64.
17. Robin M, Pochard F, Ampelas J-F, Kannas S, Bronchard M, Mauriac F, et al. Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France. *Thérapie Fam*. 2001;22(2):133.
18. WHO, UNICEF, International Conference on Primary Health Care (1978 : Alma-Ata U. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, [Internet]. Alma-Ata, USSR: World Health Organization; 1978. Disponible sur:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>

19. Roelandt J-L, Vaglio A, Magnier J, Defromont L. La santé mentale en France et dans le monde : « Des hommes, pas des murs ». *Prat En Santé Ment.* 2015;61anné(1):47.
20. Lantéri-Laura G. *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne.* Editions du temps; 1998. 286 p.
21. Vidon G, B S, Serge T, J D, R R, Gérard M, et al. *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie.* Paris: Frison-Roche; 1995. 485 p.
22. Anthony W. *Rétablissement -Traduction PSYCOM, Santé mentale de A à Z -* www.psycom.org [Internet]. 1993. Disponible sur: <http://www.psycom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Retablissement>
23. Goffman E. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates.* Doubleday; 1961. 312 p.
24. Lovell A, Moutaud B. *Sociologie des troubles psychiatriques.* Man Psychiatr Guelfi J-Rouillon F Elsevier Masson Paris 2008 P 65-74. 2008;
25. Henckes N. *Équipes mobiles en santé mentale : quelle mobilité dans quel système de santé mentale ?* *Inf Psychiatr.* 2019;95:7.
26. Greacen T, Jouet E. *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie.* ERES. 2012.
27. Zeltner L, Bouloudnine S. *Équipes mobiles en psychiatrie : actualités et perspectives.* *Inf Psychiatr.* 1 août 2019;Volume 95(6):371-3.
28. *Décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.* Legifrance.
29. *Circulaire du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.*
30. *Circulaire du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.*
31. *Circulaire du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile.*
32. *Décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.*
33. Polak PR, Kirby MW. *A model to replace psychiatric hospitals.* *J Nerv Ment Dis.* janv 1976;162(1):13-22.
34. Rosetti R, Sakh D, Ramond A, Sogno-Berat S. *Enquête sur le mode de fonctionnement et l'activité d'hospitalisation à domicile d'un secteur psychiatrique de la Seine Saint-Denis.* In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* Elsevier; 2003. p. 478–484.
35. Semal R, Revillion J-J. *À propos de l'intégration des soins psychiatriques dans la ville, évaluation d'une structure d'hospitalisation à domicile sur un secteur de psychiatrie adulte.* In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* Elsevier; 2009. p. 127–133.
36. *Code de la santé publique - Article R6121-4 | Legifrance.* 2007;1.
37. Navarro N, Pham-Van A, Parera K, Jung C, Olivier F. *Recensement des services d'hospitalisation à domicile psychiatriques en France en 2015.* *Eur Psychiatry.* 1 nov 2015;30(8):S140.
38. Nicolle B. (2019). *Gérer la crise psychiatrique autrement : place et intérêt des équipes mobiles dédiées. Exemple d'une initiative bordelaise. (Thèse de doctorat Université de Bordeaux).*

39. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Intervention à domicile des équipes de psychiatrie - Retour d'expériences [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/intervention-a-domicile-des-equipes-de-psychiatrie-retour-dexperiences/>
40. Guilloux K, Baudot V, Seguela H. Evaluation de la valeur ajoutée des équipes mobiles dans les interventions à domicile des secteurs de psychiatrie adulte des Pays de la Loire. ARS Pays de Loire; 2015.
41. Defromont L, Robert S, Kruhelski G, Sebbane D. Innovation et organisation des soins en santé mentale. SOINS CADRES. 2018;107:31-3.
42. ARS Pays Loire. Evaluation du dispositif expérimental de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile en région Pays de la Loire, Rapport synthétique. 2017.
43. Paton F, Wright K, Ayre N, Dare C, Johnson S, Lloyd-Evans B, et al. Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. Health Technol Assess. janv 2016;20(3):1-162.
44. Kannas S, Pastour N. A half-century of development of mobile teams in psychiatry: Findings and perspectives. Inf Psychiatr. 1 avr 2019;95(4):237-43.
45. 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 [Internet]. Centre de Preuves en Psychiatrie et en Santé Mentale; 2015. Disponible sur: https://www.ascodocpsy.org/santepsy/index.php?lvl=notice_display&id=163346
46. Demailly L, Dembinski O, Roux CD-L. Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité. John Libbey Eurotext; 2014. 135 p.
47. Clercq MD. Urgences psychiatriques et interventions de crise. De Boeck université; 1997. 275 p.
48. Querido A. The Shaping of Community Mental Health Care. Br J Psychiatry. mars 1968;114(508):293-302.
49. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry. avr 1980;37(4):392-7.
50. Hoult J, Rosen A, Reynolds I. Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. Soc Sci Med 1982. 1984;18(11):1005-10.
51. Johnson S. Crisis resolution and home treatment in mental health. Cambridge, UK ; New York: Cambridge University Press; 2008. 332 p.
52. Lloyd-Evans B, Lamb D, Barnby J, Eskinazi M, Turner A, Johnson S. Mental health crisis resolution teams and crisis care systems in England: a national survey. BJPsych Bull. août 2018;42(4):146-51.
53. Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Ruud T. An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: Are the crisis resolution teams fulfilling their role? BMC Health Serv Res. déc 2011;11(1).
54. Johnson S. Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. Adv Psychiatr Treat. mars 2013;19(2):115-23.
55. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. Oxford, England: Basic Books; 1964. xi, 304. (Principles of preventive psychiatry).
56. Smyth MG, Hoult J. The home treatment enigma. BMJ. 29 janv 2000;320(7230):305-9.

57. Bracken P, Thomas P. *Postpsychiatry: Mental Health in a Postmodern World*. OUP Oxford; 2005. 326 p.
58. Brimblecombe N. *Acute Mental Health Care in the Community: Intensive Home Treatment*. Wiley; 2001. 236 p.
59. Seikkula J, Olson ME. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Fam Process*. 2003;42(3):403-18.
60. NELFT NHS Foundation. The NHS Open Dialogue Project [Internet]. NELFT NHS Foundation Trust. [cité 10 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.nelft.nhs.uk/about-us-initiatives-opendialogue>
61. Kaplan DM. A Concept of Acute Situational Disorders. *Soc Work*. 1962;7(2):15-23.
62. Pittman FS, Flomenhaft K, DeYoung CD. Family Crisis Therapy. In: Wells RA, Giannetti VJ, éditeurs. *Handbook of the Brief Psychotherapies*. Boston, MA: Springer US; 1990. p. 297-324. (Applied Clinical Psychology).
63. Langsley DG, Pittman FS, Machotka P, Flomenhaft K. Family Crisis Therapy - Results and Implications. *Fam Process*. sept 1968;7(2):145-58.
64. Bridgett C, Polak P. Social systems intervention and crisis resolution. Part 2: Intervention. *Adv Psychiatr Treat*. nov 2003;9(6):432-8.
65. KAPLAN DM. A Concept of Acute Situational Disorders. *Soc Work*. 1962;7(2):15-23.
66. Bonsack C, Favrod J. De la réhabilitation au rétablissement : l'expérience de Lausanne. *Inf Psychiatr*. 1 janv 2013;89:227-32.
67. Chauvin C. Etude de l'activité d'une équipe d'intervention de crise et de la satisfaction de ses usagers et de leur entourage : l'équipe ULICE. CCOMS, EPSM Lille Métropole Mémoire pour le diplôme inter-universitaire « Santé mentale dans la communauté »; 2013.
68. SjøLie H, Karlsson B, Kim HS. Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome - a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. déc 2010;17(10):881-92.
69. Harvey CA, Fielding JM. The configuration of mental health services to facilitate care for people with schizophrenia. *Med J Aust*. 5 mai 2003;178 Suppl:S49-52.
70. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. oct 2004;185:283-90.
71. Semrau M, Barley EA, Law A, Thornicroft G. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. oct 2011;10(3):217-25.
72. Brown JF. Psychiatric emergency services: a review of the literature and a proposed research agenda. *Psychiatr Q*. 2005;76(2):139-65.
73. Gråwe RW, Ruud T, Bjørngaard JH. [Alternative emergency interventions in adult mental health care]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 1 déc 2005;125(23):3265-8.
74. Killaspy H. From the asylum to community care: learning from experience. *Br Med Bull*. 1 juin 2006;79-80(1):245-58.
75. Couturier P-L.(2013). Hospitalisation à domicile en psychiatrie. Historique, modèles, enjeux et étude de besoin sur un secteur adulte. (Thèse de doctorat Université Paris 5 Descartes).
76. Capdevielle D, Ritchie K, Villebrun D, Boulenger J-P. Durées d'hospitalisation des

patients souffrant de schizophrénie : facteurs cliniques de variations et leurs conséquences. /data/revues/00137006/v35i1/S0013700608002091/ [Internet]. 27 févr 2009; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/202146>

77. Ramonet M, Roelandt J-L. Soins intensifs à domicile : modèles internationaux et niveau de preuve. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* sept 2013;171(8):524-30.
78. Burns T, Knapp M, Catty J, Healey A. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technol Assess.* 2001;146.
79. Catty J, Burns T, Knapp M, Watt H, Wright C, Henderson J, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychol Med.* avr 2002;32(3):383-401.
80. Wright C, Catty J, Watt H, Burns T. A systematic review of home treatment services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1 oct 2004;39(10):789-96.
81. Robin M, Bronchard M, Kannas S. Ambulatory care provision versus first admission to psychiatric hospital: 5 years follow up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* juin 2008;43(6):498-506.
82. Jacobs R, Barrenho E. Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. *Br J Psychiatry.* juill 2011;199(01):71-6.
83. Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Houlst J, McKenzie N, et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *BMJ.* 17 sept 2005;331(7517):599.
84. Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ.* 18 août 2007;335(7615):336.
85. Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 18 oct 2006;(4).
86. Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Schizophrenia Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 3 déc 2015; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001087.pub5>
87. Hodge S, Buley N. Home Treatment Accreditation Scheme. Standards for Home Treatment Teams. The Royal College of Psychiatrists.; 2015.
88. Carpenter RA, Falkenburg J, White TP, Tracy DK. Crisis teams: systematic review of their effectiveness in practice. *The Psychiatrist.* juill 2013;37(7):232-7.
89. Johnson S, Nolan F, Houlst J, White IR, Bebbington P, Sandor A, et al. Outcomes of crises before and after introduction of a crisis resolution team. *Br J Psychiatry.* juill 2005;187(01):68-75.
90. Glover G, Arts G, Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *Br J Psychiatry.* nov 2006;189(05):441-5.
91. Kannas S, Robin M, Pochard F, Mauriac F, Waddington A, Regel I. Etude d'impact d'un service mobile d'urgence médico-psychologique sectorisé comme alternative au traitement des urgences psychiatriques. Rapport de recherche CNAMTS – INSERM.; 1998.
92. Ramonet M. Etude d'impact d'un dispositif de soins intensifs à domicile en psychiatrie [Internet]. 2012 [cité 23 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/086-etude-drimpact-drun-dispositif-soins-intensifs-domicile-psychiatrie.html>
93. Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Ruud T. Treatment and outcomes of crisis

- resolution teams: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry*. déc 2011;11(1).
94. Thornicroft G, Bebbington P. Deinstitutionalisation—from hospital closure to service development. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. déc 1989;155:739-53.
95. Department of Health. The Mental Health Policy Implementation Guide. [Internet]. 2001. Disponible sur: www.iris-initiative.org.uk
96. Onyett S, Linde K, Glover G, Floyd S, Bradley S, Middleton H. Implementation of crisis resolution/home treatment teams in England: national survey 2005–2006 †. *Psychiatr Bull*. oct 2008;32(10):374-7.
97. Burns T, Catty J, Wright C. Deconstructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients? *Acta Psychiatr Scand*. févr 2006;113(s429):33-5.
98. Borg M, Karlsson B, Kim HS. Double helix of research and practice—Developing a practice model for crisis resolution and home treatment through participatory action research. *Int J Qual Stud Health Well-Being*. 2010;5(1):1-8.
99. Allen D, Blaylock W, Mieczkowski S. Local implementation of the crisis model: the Buckinghamshire community acute service. *Psychiatr Bull*. juill 2009;33(07):252-4.
100. Harrison J, Rajashankar S, Davidson S. From home treatment to crisis resolution: the impact of national targets. *The Psychiatrist*. mars 2011;35(3):89-91.
101. Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Šaltytė-Benth J, Ruud T. Psychiatric admissions from crisis resolution teams in Norway: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry*. déc 2013;13(1).
102. Karlsson B, Borg M, Kim HS. From good intentions to real life: introducing crisis resolution teams in Norway. *Nurs Inq*. sept 2008;15(3):206-15.
103. Lloyd-Evans B, Christoforou M, Osborn D, Ambler G, Marston L, Lamb D, et al. Crisis resolution teams for people experiencing mental health crises: the CORE mixed-methods research programme including two RCTs. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2019. (Programme Grants for Applied Research).
104. Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A, Fitzgerald C, Fullarton K, Mosse L, et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry*. déc 2015;15(1).
105. Morant N, Lloyd-Evans B, Lamb D, Fullarton K, Brown E, Paterson B, et al. Crisis resolution and home treatment: stakeholders' views on critical ingredients and implementation in England. *BMC Psychiatry*. déc 2017;17(1).
106. Lloyd-Evans B, Bond GR, Ruud T, Ivanecka A, Gray R, Osborn D, et al. Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams. *BMC Psychiatry*. déc 2016;16(1).
107. Milton A, Lloyd-Evans B, Fullarton K, Morant N, Paterson B, Hindle D, et al. Development of a peer-supported, self-management intervention for people following mental health crisis. *BMC Res Notes*. 9 nov 2017;10(1):588.
108. Johnson S, Lamb D, Marston L, Osborn D, Mason O, Henderson C, et al. Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 04 2018;392(10145):409-18.
109. Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover. *Rech Qual*. 2006;26(1):32–50.
110. Laforcade M. Rapport relatif à la santé mentale. ARS Nouv Aquitaine Ministère Aff

Soc Santé. oct 2016;190.

111. Naudin J, Degrandi M, Pontier M, Tinland A, Grard J, Cermolacce M, et al. Comment peut-on être mouvant dans un monde dont la crise est sans fin ? *Inf Psychiatr.* 2019;95:8.
112. Gansel Y. La bipolarité épistémologique de la psychiatrie française. *L'évolution Psychiatr - Vol 79 - N° 1 - P 134-141* [Internet]. 2 déc 2014 [cité 27 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/870626>
113. Bachelard G. *La formation de l'esprit scientifique: contribution à une psychanalyse de la connaissance.* Vrin; 1993. 308 p.
114. Fernandez VI, Castrien A, Lagier F. Le CMP pensé comme une équipe mobile. *Inf Psychiatr.* 2019;95:5.
115. Winnicott DW. *La mère suffisamment bonne.* Payot; 2006. 122 p.
116. Delion P. *Fonction phorique, holding et institution.* Eres; 2018. 107 p.
117. Pochard F, Robin M, Mauriac F, Kannas S. Hospital admission: an anthropological view using mimetic and systemic theories. *Eur Psychiatry.* 1 janv 1997;12(6):324.
118. Sicard M, Parizot S. Antipsychiatries numéro 8. Interview de Marcel Sassolas. *Inf Psychiatr.* 2014;90(7):583.
119. Kuhn TS. *La structure des révolutions scientifiques.* Flammarion; 1983. 284 p.
120. Honneth A. *La lutte pour la reconnaissance.* Editions Gallimard; 2013. 350 p.
121. Belley J-G. *Le droit soluble: contributions québécoises à l'étude de l'internormativité.* L.G.D.J.; 1996. 296 p.
122. Chevallier J. L'internormativité. In: Hachez I, Cartuyvels Y, Dumont H, Gérard P, Ost F, Van de Kerchove M, éditeurs. *Les sources du droit revisitées - vol 4.* Presses de l'Université Saint-Louis; 2012. p. 689-711.
123. Coutu M. La sociologie du droit entre Max Weber et Talcott Parsons. In: Benyekhlef K, Lemay V, éditeurs. *Guy Rocher : Le savant et le politique.* Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018. p. 23-57. (Thématique Sciences sociales).
124. Rocher G. Droit, pouvoir et domination. *Sociol Sociétés.* 1986;18(1):33.
125. Gadamer H-G. *Vérité et méthode: les grandes lignes d'une herméneutique philosophique.* Éditions du Seuil; 1976. 346 p.
126. Foucault M. *Naissance de la clinique. Une archeologie du regard médical. (1. ed.) - Paris: Presses universit. de France 1963. XV, 212 S. 8°. Presses Universitaires de France; 1963. 242 p.*
127. Bouloudnine R. Mobilité : une autre expérience de la clinique psychiatrique. *Chameau Psychiatr.* 27 mai 2011; *Intervention de crise en psychiatrie:*15.
128. Buber M. *Je et tu.* Aubier; 1970. 172 p.
129. Rhenter P, Tinland A, Grard J, Laval C, Mantovani J, Moreau D, et al. Problems maintaining collaborative approaches with excluded populations in a randomised control trial: lessons learned implementing Housing First in France. *Health Res Policy Syst.* 19 avr 2018;16(1):34.
130. Barreto A. *La thérapie communautaire: Pas à pas.* Editions Dangles; 2012. 376 p.
131. Girard V, Bonin JP, Tinland A, Farnarier C, Pelletier JF, Delphin M, et al. Mental health outreach and street policing in the downtown of a large French city. *Int J Law Psychiatry.* août

2014;37(4):376-82.

132. Mead GH. *L'esprit, le soi et la société*. Presses universitaires de France; 2006. 434 p.
133. Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Le Seuil; 2015. 398 p.
134. Roelandt J-L. Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement. *Inf Psychiatr.* 2009;Volume 85(6):525-35.
135. Habermas J. *Le discours philosophique de la modernité: douze conférences*. Gallimard; 1988. 508 p.
136. Hegel GWF. *Principes de la philosophie du droit ou Droit naturel et science de l'état*. Vrin; 1982. 382 p.
137. Aristote. *La politique*. Vrin; 2019. 612 p.
138. Zeltner L, Fousson J. Paranoïa en équipe mobile. *Inf Psychiatr.* 1 mai 2016;92(5):381-8.
139. Berrios GE. *Pour une nouvelle épistémologie de la psychiatrie*. Marseille: Les Editions de la Conquête; 2019.
140. Circulaire du 17 mars 2011 relative au financement des CREA. *BO Santé – Protection sociale – Solidarité* no 2011/5 du 15 juin 2011; 2011.
141. Sen A. *Éthique et économie, et autres essais*. Presses universitaires de France; 2001. 364 p.
142. Ricoeur P. *Parcours de la reconnaissance*. Stock; 2004. 150 p.

Abréviations et acronymes utilisés

ACT : <i>Assertive Community Treatment</i>	ICM : <i>Intensive Case Management</i>
AO : <i>Assertive Outreach</i>	IPS : <i>Individual Placement and Support</i>
ARS : Agence Régionale de Santé	MARSS : Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social
CAC : Centre d'Accueil et de Crise	NHS : <i>National Health Service</i>
CAP : Centre d'Accueil Permanent	ODA : <i>Open Dialog Approach</i>
CATTP : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel	OMS : Organisation Mondiale de la Santé
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale	OR : Odds Ratio
CCOMS : centre collaborateur de l'OMS	RCT : <i>Randomised Controlled Trial</i>
CCMHC : <i>Comprehensive Community Mental Health Centers</i>	RR : risque relatif
CESAME : Centre de Santé Mentale Angevin	SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
CFSP : Consultation Familiale Sans Patient	SAU / SAUP : Service d'Accueil des Urgences (Psychiatriques)
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé	SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
CHU : Centre Hospitalier Universitaire	SHU : Service Hospitalier Universitaire
CM : <i>Case Management</i>	SIIC : Soins Intensifs Intégrés dans la Cité
CMHT : <i>Community Mental Health Team</i>	SIPAD : Soins Intensifs Psychiatriques A Domicile
CMP : Centre Médico Psychologique	SMC : Santé Mentale et Communauté
CPOA : Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil	SMI : <i>Severe Mental Illness</i>
CRT/CRHT/CRHTT : <i>Crisis Resolution and Home Treatment Team</i>	SPAD : Soins Psychiatriques A Domicile
DMS/DMH : Durée Moyenne de Séjour (d'Hébergement)	SPDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers
EMESIP : Equipe Mobile d'Evaluation et de Suivi Intensif en Psychiatrie	SPPI : Soins psychiatriques (sans demande de tiers) pour péril imminent
EMIC : Equipe Mobile d'Intervention de Crise	TS : Tentative de Suicide
EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale	UCL : <i>University College London</i>
ERIC : Equipe Rapide d'Intervention de Crise	UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
ETP : Equivalent Temps Plein	UNAFAM : Union Nationale des Familles et Amis de Malades Psychiatriques
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle	UPAO : Unité Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation
GLC : Groupement Locaux de Coopération	USPPIIC : Unité de Soins Psychiatriques de Particulière Intensité et d'Interventions de Crise
HAD : Hospitalisation à Domicile	VAD : Visite à Domicile
HDJ : Hôpital de Jour	
IAD : Intervention à domicile	
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat	
IC : Intervalle de confiance	

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



