

Préface

L'approche sociologique du travail de disponibilité des équipes mobiles de psychiatrie, créées par la circulaire de 2005 après des expériences fondatrices, est l'objet de ce livre. Mais son propos déborde largement ces expériences nouvelles, fruit des innovations dans le cadre des secteurs de psychiatrie. Il s'agit d'un mouvement international dont l'ouvrage fait une étude comparative. Il s'inscrit dans le vaste contexte de la psychiatrie communautaire ou citoyenne.

Comme le dit un des auteurs, il s'agit de vérifier que ces innovations réaffirment la pertinence de la philosophie du secteur, mais aussi d'une psychiatrie sociale qui s'est considérablement développée ces dernières années avec des difficultés, des hésitations et des équivoques toujours présentes : une psychiatrie qui fait débat, sans doute du fait des tendances parfois inflationnistes du concept de santé mentale, mais corrélativement par la nécessité de trouver de nouvelles formes de soins et de nouveaux partenariats dans la communauté.

Ce que les auteurs appellent « travail de disponibilité » trouve des racines profondes dans l'histoire de la psychiatrie française. En 1864, Jean-Pierre Falret publiant le recueil de ces différents articles mentionne « l'œuvre à laquelle il a consacré sa vie, nous voulons parler du patronage à domicile pour les aliénés convalescents sortant des asiles de la Salpêtrière et de Bicêtre »¹. Ainsi, le créateur de la folie circulaire, celui qui est généralement considéré comme faisant basculer la psychiatrie du domaine des monomanies à celui de la médecine mentale, attachait plus d'importance à ce qui devait devenir « l'Œuvre Falret » qu'aux révolutions cliniques dont il était l'auteur !

Depuis longtemps, à domicile ou sans domicile, il ne s'agit plus uniquement de post-cure, mais aussi de soins et de prévention. S'inscrivant dans le mouvement de création de la médecine sociale dans les années 1930, la psychiatrie prendra exemple sur l'hygiène sociale, la création de l'Office public d'hygiène sociale et la lutte antituberculeuse pour en suivre le modèle pratique et créer l'idée d'*infirmières visiteuses*, en fait des assistantes sociales, affectées à un « secteur », mot déjà employé dans les années 1920.

1. Je remercie Jean Garrabé, administrateur de la très active « Œuvre Falret », de m'avoir communiqué cette anecdote historique.



Puis, on connaît le sort de la fameuse circulaire Rucart, qui recommandait en 1937 la création d'un service social qui, « sous la direction des médecins traitants ou consultants, feront les enquêtes, assureront les liaisons nécessaires, veilleront à la réadaptation sociale des malades en sortie d'essai et procureront un traitement plus hâtif avec de meilleures chances de guérison ».

Il s'agissait, selon les termes de Bonnafé, d'*aller au-devant de la population*, ce qui commencera pendant la guerre, de façon très limitée. Ce sont les enfants de Paris qui bénéficieront des premières démarches à domicile, et de nombreux acteurs et militants du « mouvement secteur » y feront leurs premières expériences, chez Heuyer notamment. Certains diront qu'ils apprenaient alors un métier nouveau auprès des assistantes sociales.

On connaît la suite, à ce jour inachevée : Saint-Alban, la circulaire de 1960, les expériences novatrices et les débuts difficiles des secteurs rapidement entravés par les difficultés économiques, les lois qui officialisent les structures intermédiaires mais qui pérennisent la gestion hospitalière. Mais ces mouvements d'ouverture sont aussi caractérisés très vite par le développement des « visites à domicile », faisant entrer directement les soignants dans la communauté – la cité, dit-on encore –, ce qui laisse envisager les difficultés rencontrées.

La création des équipes mobiles ne fait pas que se consacrer à aux patients en situation de précarité, notion nébuleuse devenue malheureusement extensive. Elle ne fait qu'accompagner l'adaptation de l'offre de soins aux changements sociaux, aux progrès thérapeutiques et à la place nouvelle donnée à l'environnement historique, familial et social dans la compréhension des maladies psychiatriques. Mais surtout, il se met en place des *ponts* entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et la communauté, grand ouvrage contemporain fort difficile à mener dans lequel la psychiatrie publique est intéressée au plus haut point.

On lira dans cet ouvrage que la création des équipes mobiles s'est faite en fonction des disponibilités et des compétences de ses acteurs, mais aussi de la population auxquelles elles s'adressent. Dans ce sens, il s'agit d'un mouvement d'adaptation aux changements sociaux et à la demande sociale qui s'adresse à la psychiatrie. L'approche sociologique permet un décentrement qui évite les jugements trop définitifs et le « travail de disponibilité » ici repris est au cœur même de la psychiatrie de secteur, de ses questions et de son avenir. Chacun fera son miel de ces différentes expériences, même si les points de vue des sociologues ne sont pas forcément ceux des soignants.

Thierry Trémine

Directeur de la collection « L'Offre de soins en psychiatrie »
et rédacteur en chef de la revue *L'information psychiatrique*.

Sommaire

• Préface	V
• Introduction : les secteurs de psychiatrie et le « travail de disponibilité »	IX
Objet d'étude : mobilité, disponibilité, travail de disponibilité	XI
Le sens du « travail de disponibilité »	XIII
Méthodologie	XVI
Plan de l'ouvrage	XVIII
Pour en savoir plus	XIX
1 • L'apport des expériences étrangères à la philosophie de la mobilité	1
Le paradigme de la désinstitutionnalisation	3
Les inventions organisationnelles	14
Controverses et évaluation des politiques de santé mentale	17
Conclusion	23
Annexe : trois exemples	24
2 • Les modèles d'« équipes mobiles » en France	29
Petite histoire des « équipes mobiles » en France	29
Ce que sont les « équipes mobiles » de psychiatrie	30
Des différences de philosophie, plusieurs modèles	31
Questions	34
Pour en savoir plus	38
Annexe : trois exemples	39
3 • Étude de cas : secteur 1 (pédopsychiatrie), la réactivité au service des adolescents	51
Une philosophie de secteur axée sur la réactivité	52
Les aspects organisationnels	54
La nature du travail dans le cadre de la mobilité-disponibilité	58
Les trajectoires des adolescents	61
Conclusion	63
4 • Étude de cas : secteur 2 (psychiatrie générale), la psychiatrie dans la cité	65
Une philosophie de secteur axée sur la mobilité et la dissémination dans la ville	66
Les aspects organisationnels de l'équipe SIIC	68
La nature du travail dans le cadre de la mobilité-disponibilité	73
Les trajectoires de soins	78
Conclusion	80
5 • Étude de cas : secteur 3 (psychiatrie générale), un secteur disponible	81
Une philosophie basée sur la disponibilité des soignants de l'ambulatoire	82
Les aspects organisationnels de l'équipe du centre médical psychologique	84
La nature du travail dans le cadre de la mobilité-disponibilité	86
Les trajectoires de soins	90

Conclusion	91
Annexe	92
6 • Conclusion	95
Pertinence et fragilité du secteur	95
Synthèse des trois terrains	96
À quelles conditions peut-on s'engager dans ces innovations ?	98
Avec quelles mises en œuvre ?	100
Quel bilan	102
Pour en savoir plus	104
• Liste des principaux sigles	105