



HAL
open science

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

Alexandre Fauquette, Frédéric Pierru

► To cite this version:

Alexandre Fauquette, Frédéric Pierru. Les équipes mobiles en psychiatrie: contre, tout contre la sectorisation ?. *L'Information Psychiatrique*, 2023, 99 (6), pp.351-356. 10.1684/ipe.2023.2599 . hal-04195637

HAL Id: hal-04195637

<https://hal.science/hal-04195637>

Submitted on 7 Dec 2023

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

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

Coordonnées des auteurs :

Fauquette Alexandre, postdoctorant en science politique, CERAPS (UMR 8026), 154 rue Alexandre Detroy, 59650 Villeneuve d'Ascq, alexandre.fauquette@univ-lille.fr

Pierru Frédéric, chargé de recherche CNRS, ARÈNES (UMR 6051), 370, Route de Ar Palud, pierrufrederic1@gmail.com

Résumé :

Les équipes mobiles sont au cœur d'une ambivalence de taille. D'un côté, elles représentent une forme de consécration de la sectorisation psychiatrique. En intervenant aux domiciles des patients, voire directement dans la rue, les équipes mobiles incarnent en effet un modèle de psychiatrie dans la cité, plus fluide, plus labile, plus adaptative. En somme, une psychiatrie qui désinstitutionnalise un peu plus la psychiatrie. D'un autre côté, en intervenant le plus souvent dans des situations de crise, elles incarnent également une forme d'urgence psychiatrique qui peut se retourner contre les principes axiologiques initiaux de la philosophie des secteurs, à savoir une attention portée au contexte de vie des patients et à la continuité des soins propice à la gestion de la chronicité. Cette ambivalence est au cœur de notre questionnement : les équipes mobiles sont-elles la consécration de la philosophie de la sectorisation, ou sont-elles plutôt une psychiatrie d'urgence soluble dans l'air du temps gestionnaire ?

Mots clés : équipe mobile ; sectorisation psychiatrique ; désinstitutionnalisation ; urgence psychiatrique

De quoi les équipes mobiles sont-elles le nom ? Un tel questionnement a de quoi surprendre, mais il nous semble devoir être posé pour deux raisons principales.

D'abord, parce que les équipes mobiles prennent des formes si variées qu'il peut sembler complexe de se repérer. Celles-ci divergent en effet selon leur public cible (enfants et adolescents, adultes, personnes âgées, patients dits « complexes », sans domiciles fixes, etc.), leurs modalités pratiques et organisationnelles (sectorielles/intersectorielles, thérapies à domicile, thérapies brèves, etc.), voire leurs objectifs (prévention, recours aux soins, ou évitement et limitation de la durée d'hospitalisation).

Ensuite, et c'est là l'objet central de notre propos, parce que les équipes mobiles sont traversées par une ambivalence fondamentale qui les met en tension. De quel paradoxe s'agit-il ?

D'un côté, les équipes mobiles représentent une forme de consécration de la sectorisation psychiatrique. En intervenant aux domiciles des patients, voire directement dans la rue, elles incarnent en effet un modèle de psychiatrie dans la cité, plus fluide, plus labile, plus adaptative. En somme, une psychiatrie en voie de désinstitutionalisation, conformément au projet initial – bien que revisité depuis – des créateurs des secteurs psychiatriques. Comme le souligne Nicolas Henckes [1], « les équipes mobiles pourraient bien marquer une étape ultime de dissolution de l'institution psychiatrique ». D'un autre côté, en intervenant le plus souvent dans des situations de crise, elles incarnent également une forme d'urgence psychiatrique qui peut se retourner contre les principes axiologiques initiaux de la philosophie des secteurs, à savoir une attention portée au contexte de vie des patients et à la continuité des soins propice à la gestion de la chronicité.

Dès lors, où placer le curseur ? Les équipes mobiles sont-elles la consécration de la philosophie de la sectorisation, ou sont-elles plutôt une psychiatrie d'urgence soluble dans l'air du temps gestionnaire ? Sont-elles un prolongement du secteur ou son substitut ?

Sans répondre de manière définitive à ces interrogations, nous apportons ici quelques pistes de réflexions tirées de nos enquêtes ethnographiques respectives. Alexandre Fauquette a notamment réalisé un travail immersif de 3 ans en psychiatrie publique, en milieu hospitalier. De son côté, Frédéric Pierru a entrepris une sociographie des leaders des mobilisations sociales en psychiatrie publique, en particulier les états généraux de la psychiatrie en 2003, le collectif Pasde0deconduite et celui des 39. Il a également beaucoup travaillé sur la problématique de la chronicité et les enjeux qu'elle pose actuellement au système de santé [2].

Les équipes mobiles, ou la continuation des idées fondatrices du secteur

On peut voir dans les équipes mobiles une forme de continuation des idées fondatrices de la sectorisation. Comme pour les secteurs, les équipes mobiles visent à soigner l'individu au plus près de son lieu de vie. De même, elles cherchent à éviter l'hospitalisation ou tout au moins à en limiter la durée, au profit d'une prise en charge dans la cité [3], « hors les murs¹ » de l'hôpital. Elles partagent également avec la philosophie des secteurs un idéal de disponibilité, à savoir la capacité pour l'organisation soignante de trouver « sans retard le dispositif (matériel, organisationnel, soignant) le plus adéquat pour soigner et prendre en charge les personnes en demande ou en besoin de soins » [4]. Elles peuvent répondre, ce faisant, à des demandes qui ne trouvent pas de débouchés dans les structures de soins.

Cette convergence entre la philosophie des secteurs et celle des équipes mobiles, Alexandre Fauquette l'a perçue très concrètement durant son immersion en milieu hospitalier. Il y a en

¹ Notons, toutefois, que certaines équipes mobiles interviennent principalement dans un cadre hospitalier, comme nous le verrons par la suite.

effet rencontré plusieurs équipes mobiles, dont une à particulièrement retenu son attention tant sa démarche converge avec la philosophie de la sectorisation. Intervenant uniquement à la demande de secteurs psychiatriques qui, confrontés à des difficultés dans l'élaboration du projet de soin de leur patient, sollicitent son évaluation, cette équipe mobile n'agit jamais dans l'urgence. Elle se donne au contraire le temps²- s'étalant parfois sur plusieurs années - de connaître le patient et son secteur, d'écouter et d'accueillir le patient au sein d'unités de soins spécialisées³ pour acquérir une vision d'ensemble de sa situation et de ses capacités d'adaptation. Ce temps dédié permet *in fine* d'élaborer un programme d'accompagnement personnalisé susceptible de déboucher sur un projet de vie imaginé avec le patient, à distance de l'hôpital et de l'institution asilaire. Les soignants de cette équipe⁴ accordent ainsi une importance cruciale au contexte de vie du patient et/ou à ses conditions d'hospitalisation. Faisant du rétablissement individuel son maître mot, l'équipe s'inscrit donc pleinement dans l'héritage de la sectorisation⁵. Mieux : elle explore certains espaces cliniques peu investis par les secteurs pour des raisons structurelles (manque de temps, de personnels, etc.). Prônant une approche pluriprofessionnelle du soin psychiatrique et la collaboration entre l'amont (le secteur de référence du patient) et l'aval (les structures sociales et médicosociales adaptées au projet de vie du patient), elle tend à apporter des modifications organisationnelles tout en respectant la continuité des soins.

Cet exemple de terrain s'avère heuristique pour une double raison.

² Le confort généré par cette ressource temporelle est lié aux moyens humains et matériels mis à disposition de l'équipe qui ne compte pas moins d'une quinzaine de soignants et dispose d'une quarantaine de lits d'hospitalisation dans deux unités de soins.

³ Cette équipe fait partie d'un pôle hospitalier constitué de 2 unités d'hospitalisation temps plein dans lesquelles peuvent être accueillis, pour un temps d'évaluation plus ou moins long (de 6 à 18 mois), des patients accompagnés par l'équipe mobile.

⁴ Pour des temps d'évaluation et de prise en charge prédéfinis, pouvant aller jusqu'à 1 an.

⁵ Il est à noter que l'équipe mobile est dotée d'une psychologue institutionnelle dont l'approche psychodynamique consiste à proposer aux soignants de l'équipe mobile des espaces d'échange individuels ou en groupe pour travailler sur les mécanismes psychiques (dynamique transfero/contre-transférentielle) de leurs relations de soin. Pour le dire autrement, sa pratique, héritière de la psychothérapie institutionnelle, se concentre sur la dynamique de groupe et les effets de l'institution sur le sujet.

Il démontre, d'une part, que l'innovation ne suppose pas de rupture brutale ou totale avec le passé. L'action publique, largement bricolée, est toujours structurée par des formes d'inerties qui invitent les agents - ici, les soignants à l'initiative de cette expérimentation de mobilité - à réaménager l'existant. Ce qui n'est d'ailleurs pas sans créer des formes de résistance au changement, même si celui-ci se produit à la marge, conformément à la notion d'incrémentalisme des politiques publiques développée par Charles Lindblom [5]. À l'instar des équipes mobiles de gériatrie étudiées par Michel Castra et Yvan Sainsaulieu [6], l'équipe mobile qu'Alexandre Fauquette a observée se heurte en effet souvent à une « organisation hospitalière aux frontières plus rigides » [Ibid], ainsi qu'à des structures médicosociales qui fonctionnent en silos. Les soignants qui la composent, dont le rôle invite à repenser les délimitations du travail autour du patient [7], doivent par conséquent travailler régulièrement des éléments de langage pour se faire accepter des autres services hospitaliers. Toutefois, contrairement aux équipes mobiles étudiées par les auteurs précédemment cités, l'équipe mobile dont il est ici question est moins contrainte de devoir justifier sa présence dans les différents secteurs dans lesquels elle intervient, puisqu'elle agit à leur demande, que de légitimer la plus-value de son action⁶ auprès des équipes sédentaires de son propre pôle hospitalier qui accueillent les patients qu'elle accompagne et qui ont l'impression de réaliser le « sale boulot ⁷ » [8].

Il souligne, d'autre part, que les équipes mobiles, pensées de la sorte, c'est-à-dire en soutien à l'activité des secteurs psychiatriques, ouvrent de nouveaux espaces permettant, pour reprendre

⁶ Plusieurs des soignants « sédentaires » interrogés disent ne pas toujours comprendre le sens des missions de l'équipe mobile, même si cette incompréhension tend à diminuer avec le temps. La crise du Covid 19 a eu, sur ce point, un effet notable puisque les soignants de l'équipe mobile ont été amenés à reprendre leurs activités initiales de soignants au sein des unités fixes. Des liens de confiance ont alors commencé à se tisser en profondeur et n'ont pas totalement diminué depuis.

⁷ Un point mérite d'être souligné : plus encore que la transversalité, qui tend à rendre plus floues les frontières professionnelles, c'est la mobilité qui a du mal à être acceptée auprès de ces soignants sédentarisés de ce pôle hospitalier. Mais cette difficile acceptation tient, tout autant, à l'incompréhension qu'elle engendre qu'à la menace que les soignants sédentaires perçoivent en elle. Les restructurations hospitalières successives, et le risque de fermeture définitive de ces unités, laissent planer en effet l'idée que l'on veut « rendre mobiles tous les soignants ».

les propos de Nicolas Henckes, « d'apporter une réponse aux lacunes du système de santé mentale ». Ainsi conçues, les équipes mobiles ne s'opposent donc pas aux secteurs, mais viennent palier certaines de leurs limites.

Mais cette expérience de terrain contraste avec les propos que nous avons pu recueillir auprès de certains des héritiers de la psychothérapie institutionnelle. Ces derniers perçoivent en effet les équipes mobiles comme une entorse à la philosophie originelle du secteur. Poussant trop loin la désinstitutionnalisation, elles représenteraient également une menace de dilution du service public de psychiatrie.

Les équipes mobiles contre les secteurs...

Prenons au sérieux cette critique. Les équipes mobiles risquent-elles de se retourner contre les principes axiologiques initiaux de la sectorisation psychiatrique ? Pour répondre à cette question, il convient de recontextualiser le mouvement des équipes mobiles à l'aune des transformations générales de l'action publique. Sur ce point, plusieurs constats s'imposent.

Les politiques publiques de santé sont de plus en plus financiarisées et axées sur le court-terme. Décrire précisément les dynamiques de financiarisation de l'action publique, et, plus généralement, de l'État social dépasse les limites de cet article. Nous mentionnerons ici seulement que l'État est de plus en plus dépendant, via la dette publique, des marchés financiers dont la temporalité est, on le sait, des plus réduites. Comme l'a montré le sociologue allemand Wolfgang Streeck, les États tendent à faire passer les exigences des détenteurs de titres obligataires devant les droits sociaux de leurs ressortissants. Il en résulte un processus de colonisation de l'action publique par les acteurs, les principes, les recettes et les instruments du

capitalisme financiarisé. Ainsi, il ne faut guère s'étonner que les multinationales du conseil, comme McKinsey, soient de plus en plus présentes dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques, ces dernières étant de plus en plus structurées par les indicateurs de performance, la contractualisation (interne et externe), la sous-traitance, etc. Les professionnels de l'État social intériorisent de plus en plus ces « contraintes » externes sous la forme d'un habitus ajusté à ces dernières. Il y a encore quelques années, conditionner des financements « dédiés » à des « appels à projet » provoquait une levée de bouclier. Aujourd'hui, rares sont les professionnels qui s'offusquent de la mise en concurrence des structures et des équipes...

Le secteur de la santé réfracte, selon ses rapports de force et de sens spécifiques, ces dynamiques générales. Ainsi, tout un chacun a pu constater que si la « *preparedness* » – l'organisation de la « résilience » de la société et de l'économie face à une pandémie certaine, mais dont la date et la nature étaient inconnues – était la doctrine officielle des pouvoirs publics, cela n'a pas empêché l'impréparation totale de l'État au printemps 2020. La « *preparedness* » était une cathédrale de papier puisque le court-termisme budgétaire avait conduit à sacrifier les stocks de masques dits « stratégiques » et autres équipements comme les surblouses, à réduire la voilure hospitalière, et en particulier les lits de réanimation, à renoncer à la coordination des différentes organisations en charge de la réaction face à la survenue d'une pandémie, etc. Sur le terrain de la santé publique, l'on pensait à tort avoir gagné en « gestion de crise » sur ce qu'on avait perdu en action de moyen et long termes sur les déterminants responsables du fort gradient social de santé.

Le raccourcissement de l'horizon de l'action publique est tout autant observable dans les réformes de l'hôpital public qui se sont succédé depuis une vingtaine d'années, avec la tarification à l'activité, le calage de la gouvernance hospitalières sur celle de l'entreprise, les états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD), etc. Diriger un hôpital dans les années 2010 n'a plus rien à voir avec le travail des « entrepreneurs locaux de santé publics » qu'étaient

les directeurs d'hôpital lors de la période d'expansion du parc hospitalier. Là où ceux ceux-ci visaient le développement de l'offre de soins dans une optique de long terme, les « managers » contemporains n'ont qu'un seul objectif : remplir les objectifs financiers qui leur sont fixés par les tutelles régionales (ARS) ou nationales (administrations centrales, Bercy). Un directeur d'hôpital des années 1970-2000 et un « manager public de santé » de 2023 n'auraient plus grand-chose à se dire [9]. Le discours managérial, invoquant l'« agilité », la « réactivité », l'« efficacité », la performance, la « qualité », etc. semble avoir infusé toutes les strates de la vie hospitalière et diriger toutes ses politiques, qu'elles soient initiées par des gouvernements de droite ou de gauche. Ajoutons à cela que, dans une optique de redressement des comptes publics et d'austérité budgétaire, l'hôpital public est devenu à partir des années 2010 la variable d'ajustement des décideurs politiques et administratifs pour réaliser des économies. Le court-termisme et la « gouvernance par les nombres » des tutelles et des équipes de direction s'en sont trouvés considérablement renforcés. « Il faut s'adapter » [10] est devenu le mantra des élites étatiques, et une servitude, sinon une cage de fer pour reprendre le mot de Max Weber, pour les professionnels de terrain.

Ce court-termisme, qui résulte donc de la domination de la logique budgétaire sur toute autre considération, semble donc être symptomatique de notre époque. François Hartog évoque à ce sujet le « présentisme contemporain » : « l'époque actuelle a délié quelque-chose avec le passé comme avec le futur. C'est une espèce de présent qui se voudrait auto-suffisant. C'est-à-dire quelque-chose d'un peu monstrueux qui se donnerait à la fois comme seul horizon possible et comme ce qui n'a de s'évanouir dans l'immédiateté » [11]. Cette centration sur le présent et la gestion de crise façonne l'imaginaire social des élites réformatrices autour de quelques impératifs qui s'imbriquent les uns aux autres. Parmi ces impératifs, on peut citer celui de la réactivité face à la crise et à l'urgence. Notons également l'impératif de plasticité, d'agilité,

voire de liquidité [10], qui veut que l'organisation professionnelle et la division du travail entre les soignants soit toujours plus labile, plus fluide, et se modifie au grès des problèmes. Cet impératif comporte, en substrat, une vision négative de tout ce qui est institué, solide, collectif. Ajoutons l'impératif de rationalisation budgétaire qui enjoint d'éviter les lourdeurs, de dégraisser tout ce qui peut l'être, de mutualiser les moyens et d'optimiser les ressources. De là, la volonté des décideurs de réduire la voilure hospitalière, sans pour autant réorganiser l'amont (la médecine de ville) et l'aval (le milieu médico-social et son sous-financement chronique) avec, pour conséquence, le phénomène d'embolie des services d'urgence que l'on connaît aujourd'hui.

Or, les équipes mobiles, qui agissent la plupart du temps en situation de crise (sauf exceptions notables, dont celle mentionnée précédemment), sont particulièrement solubles dans cet air du temps qui fait la promotion de l'intermittence et du nomadisme, de l'instituant plutôt que de l'institué, du changement [11] plutôt que de la fixité. Ce faisant, les soignants mobiles perdent le confort d'être adossés à une institution, de même qu'ils agissent dans un cadre moins durable et plus fragile avec leurs patients. Ce qui, pour les héritiers de la psychothérapie institutionnelle que nous avons interrogés, est incompatible avec le suivi des maladies mentales et contraire à la philosophie de la sectorisation. Ainsi, selon Pierre Delion [12]: « L'accent mis sur les urgences et la crise comme paradigme d'une médecine moderne et dynamique, fondée sur les preuves scientifiques, est antinomique avec le suivi des maladies mentales car pour une personne schizophrène ou autiste, son vécu d'angoisse est tel que, pour elle, l'urgence est permanente, et c'est seulement quand elle arrive à instaurer un lien avec un collectif de soignants sur lequel elle a fait l'expérience au long cours qu'elle pouvait compter sur eux, que des soins sont possibles ». Ce soin par intermittence, qui ne gère que les phases aiguës de la pathologie à défaut de la permanence, qui détricote la durabilité de la relation de soin basée sur

la confiance dans la constance, ne serait-elle pas, au fond, le résultat d'une désinstitutionnalisation qui serait allée trop loin ? Tout se passe en effet comme si la volonté de désinstitutionnalisation, reprise en main et poussée à son paroxysme par la logique gestionnaire, avait changé de nature : de la volonté initiale portée par les promoteurs des secteurs de rompre avec l'institution asilaire, celle-ci se serait transformée en volonté de rompre avec l'idée même d'institution.

Mais la perte de ce référent institué n'est pas obligatoirement mal vécue par les soignants mobiles qui font de nécessité vertu. Comme l'affirme Nicolas Henckes, « cet inconfort est une dimension recherchée de leurs pratiques : comme les urgentistes des SAMU, les équipes mobiles de santé mentale aiment quand ça bouge, qu'il faut bricoler, que l'on ne peut pas compter sur le 'cela va de soi' de la consultation en cabinet ou à l'hôpital ». Mais le risque est alors, pour ces soignants mobiles, la tentation de « la dramaturgie de l'urgentiste » [13] qui s'enferme dans une stratégie d'expansion sans limite (demander toujours plus de moyens), dénonce les incohérences du système sans jamais faire de propositions [14], et joue ainsi volontiers le rôle de « héros aventuriers⁸ ».

Deux réactions d'héritiers déclarés de la sectorisation et des innovations psychothérapeutiques initiées après-guerre viennent illustrer la façon dont, comme l'écrivait Pierre Bourdieu, le « mort saisit le vif », ou, pour le dire autrement, comment le passé incorporé peut voir dans ces nouveaux formats organisationnels que sont les équipes mobiles une remise en cause du secteur.

Pierre Delion voit dans la dramaturgie de la réactivité à l'urgence un risque de « fétichisation des équipes mobiles » (...) qui consiste à « spécialiser des soignants dans ces interventions type

⁸ Dans le cas des urgentistes mobiles, nous pouvons parler de « baroudeur héroïque ».

Zorro, et de favoriser des clivages entre soignants qui sont préjudiciables à la continuité des soins ». Et celui-ci d'ajouter : « D'autant que les ARS donnent des crédits aux équipes mobiles alors qu'ils refusent catégoriquement de soutenir tout le reste du dispositif, ce qui signifie leur attrait pour les solutions qui se voient et qui prennent en charge les aspects spectaculaires de la psychiatrie au détriment de la chronicité qui, elle, reste le plus gros problème de la psychiatrie ». L'autonomisation des équipes mobiles participeraient ainsi à la liquéfaction du secteur.

Le dépassement du secteur au profit d'une approche intersectorielle en serait-il une preuve ? Le témoignage que nous livre Patrick Chemla, psychiatre fondateur du centre de jour Antonin Artaud à Reims, est de ce point de vue éclairant :

« Il y a nécessité d'un travail de secteur au long cours pour la continuité des soins. Mais il se trouve que le Secteur se trouve aujourd'hui discrédité, et que nous ne pouvons plus répondre autrement qu'en traduisant nos mots et nos concepts dans la novlangue psychiatrique. Nous avons initié il y a plus de vingt ans une équipe en direction des personnes 'précaires', et nous n'avons pu poursuivre ce travail qu'en le renommant 'équipe mobile' en direction de la précarité », et en tandem obligé avec une autre équipe aux références théoriques fort différentes. Ce qui permet de décrocher la timbale « intersectorielle ». Et de poursuivre ce travail en ayant glané un ou deux postes. Pendant le confinement, nous n'avions plus le droit de recevoir les patients au centre d'accueil. Du coup, nous avons créé une 'équipe mobile' se déplaçant au domicile, d'autant que le nombre de lits d'hospitalisation se trouvait réduit. Nous n'avons fait que notre travail, et cette fois n'avons obtenu aucun moyen supplémentaire, car nous avons limité ce travail aux patients que nous suivions. Il n'était donc pas intersectoriel ce qui lui aurait fait perdre tout son sens, en allant voir des patients inconnus et bien souvent abandonnés. Pour pouvoir continuer à soigner, nous sommes tenus d'effectuer ce genre d'acrobaties en essayant

de ne pas y perdre notre âme... Sans un certain nombre de ruses et de compromis nous n'existerions plus depuis longtemps ».

Pour ces deux héritiers d'un passé glorieux et perçu, non à tort, comme héroïque, les équipes mobiles constitueraient une forme de subversion des principes de la sectorisation des années 1970. Sous prétexte d'approfondir la philosophie de cette dernière, en poussant un cran plus loin l'insertion de la prise en charge dans la cité, les équipes mobiles conduiraient à sacrifier les innovations (comme les clubs thérapeutiques) qui se sont déployées depuis quarante ans au profit d'un recentrage sur l'urgence et la réactivité. On déshabillerait Paul pour habiller Pierre, la contrainte budgétaire instillant un jeu à somme nulle.

Finalement, de quoi les équipes mobiles sont-elles donc le nom ? Compte tenu de leur réalité protéiforme, apporter une réponse définitive à cette question semble être une gageure. Retenons que ces équipes nous placent face à un dilemme qui pose, plus que jamais, la question de leur articulation avec l'institution et le secteur. En grossissant les traits, deux options que nous avons ici détaillées se présentent : 1) soit un modèle qui ferait des équipes mobiles la consécration de la sectorisation, avec une véritable politique de prévention qui suppose de dépasser le simple champ de la santé mentale et de l'atteler, par exemple, à la prévention de la petite enfance ; équipes mobiles qui ne gèrent pas uniquement les risques mais portent une attention particulière au contexte, à la continuité des soins, à la chronicité, et qui pensent leurs articulation avec les secteurs et le médico-social ; 2) soit un modèle qui s'apparente à une dilution du service public de psychiatrie, avec des interventions qui se font uniquement en situation d'urgence et de crise. Toutefois, une question demeure : le dilemme entre ces 2 modèles en est-il encore vraiment un ? Tout nous porte à penser que le choix a majoritairement été fait en faveur du second modèle. Il suffit, pour s'en rendre compte, de s'intéresser à l'orientation des financements de la

psychiatrie publique et plus largement du système de santé. Les impulsions données sont aujourd'hui clairement orientées vers l'urgence et la crise. Ce qui met en lumière un paradoxe de taille : alors que nous sommes en pleine transition épidémiologique qui voit les maladies chroniques l'emporter sur les maladies aiguës, les pouvoirs publics se dotent d'instruments d'action publics et des modes de financement court-termistes. La logique gestionnaire a encore de beaux jours devant elle. La perspective d'étendre le paiement à l'acte (T2A) à la psychiatrie (T2C) en est le meilleur exemple. Alors, les équipes mobiles, évolution ou révolution ? Si révolution il y a, elle ne peut être qu'un retour en arrière.

Bibliographie

- 1- Henckes N. Équipes mobiles en santé mentale : quelle mobilité dans quel système de santé mentale ?. *L'information psychiatrique*. 2021 ; 95 : 245-250.
- 2- Grimaldi A, Caillé Y, Pierru, F, Tabuteau D., *Les maladies chroniques. Vers la 3^{ème} médecine*. Odile Jacob, 2017.
- 3- Fauquette A, Pierru F. Politisation, dépolitisation et repolitisation de la crise sans fin de la psychiatrie publique. *Savoir/Agir*. 2020 ; 52 : 11-20.
- 4- Demailly L, Dembinski O, Déchamp-Leroux C., *Analyse d'innovations dans les secteurs psychiatriques : augmenter la mobilité et la disponibilité, rapport pour le compte de la Fédération de recherche en santé mentale* 59-62, avril 2012.
- 5- Lindblom C. Policy Analysis, *American Economic Review*. 1958 ; 48 : 298-312.
- 6- Castra M, Sainsaulieu I. Intervenir sur un autre territoire professionnel. Équipes mobiles et services 'sédentaires' à l'hôpital. *Sciences sociales et santé*. 2020 ; 38 : 47-74.
- 7- Cresson G, Drulhe M, Schweyer F.-X (eds). *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*. EHESP. 2003

- 8- Arborio A-M. Quand le ‘sale boulot’ fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences sociales et santé*. 1995 ; 13 : 93-126
- 9- Juven P-A, Pierru F, Vincent F. La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public. *Raisons d'agir*. 2019.
- 10- Stiegler, B, Il faut s'adapter. Sur un nouvel impératif politique, Paris, Gallimard. 2019.
- 11- Hartog, F, Régimes d'historicité. Présentisme et expérience du temps, Paris, Seuil. 2010.
- 12- Hassenteufel P. « Chapitre 9 - Les changements de l'action publique », In : Hassenteufel P. *Sociologie politique : l'action publique*. Armand Colin. 2011.
- 13- Danet F. La dramaturgie de l'urgentiste. *Esprit*. 2007 ; 2 : 143-157.
- 14- Danet F. La médecine d'urgence : de la dégradation à la démocratisation de l'hôpital. *Communication et organisation*. 2006. 29 :172-184.