

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2012

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SOINS INTENSIFS A DOMICILE EN PSYCHIATRIE.

Modèles internationaux et discussion critique.

Présentée et soutenue publiquement le 14 septembre 2012

Par Marianne RAMONET

Jury

Président : Monsieur le Professeur P THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur O COTTENCIN
Monsieur le Professeur G VAIVA
Monsieur le Docteur J-L ROELANDT

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur J-L ROELANDT

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	IV
SOMMAIRE DES TABLEAUX ET ILLUSTRATIONS	IX
TABLEAUX.....	IX
FIGURES ET ILLUSTRATIONS.....	IX
TABLE DES ABRÉVIATIONS	X
1. INTRODUCTION	1
1.1. DEFINITIONS	2
1.2. OBJECTIFS	4
1.3. PLAN	5
1.4. METHODOLOGIE.....	6
2. DE LA DESINSTITUTIONNALISATION A LA SANTE MENTALE COMMUNAUTAIRE	7
2.1. LA DESINSTITUTIONNALISATION.....	7
2.1.1. <i>Fondements historiques</i>	7
2.1.1.1. La construction des asiles.....	7
2.1.1.2. Des institutions bientôt critiquées	9
2.1.2. <i>Exemples internationaux</i>	13
2.1.2.1. Les Etats Unis.....	13
2.1.2.2. La Grande Bretagne.....	14
2.1.2.2. L'Italie	15
2.1.2.3. La France	15
2.1.3. <i>Problèmes posés par la désinstitutionnalisation</i>	17
2.2. LA SANTE MENTALE COMMUNAUTAIRE	19
2.2.1. <i>Définitions</i>	19
2.2.2. <i>Secteur psychiatrique et santé mentale communautaire</i>	24
3. ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT ET CASE MANAGEMENT	26
3.1. CASE MANAGEMENT OU GESTION DE CAS	26
3.1.1. <i>Définitions</i>	26
3.1.2. <i>Les modèles de case management</i>	27
3.2. ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT.....	31
3.2.1. <i>Définition</i>	31
3.2.2. <i>Objectifs</i>	31
3.2.3. <i>L'expérience de Stein et Test</i>	32
3.2.4. <i>Des premiers résultats encourageants</i>	33

3.2.5.	<i>L'exemple britannique</i>	35
3.2.6.	<i>Pour conclure</i>	38
4.	INTERVENTION DE CRISE A DOMICILE	40
4.1.	LA CRISE	40
4.2.	LES EQUIPES DE CRISE A DOMICILE.	42
4.2.1.	<i>Indications</i>	43
4.2.2.	<i>Principes de fonctionnement</i>	44
4.2.3.	<i>Missions et modalités d'interventions</i>	44
4.3.	RESUME ET AVANTAGES	45
5.	DISCUSSION	47
5.1.	L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE SOINS : EFFICACITÉ ET NIVEAU DE PREUVE.....	48
5.1.1.	<i>ACT, des résultats controversés</i>	49
5.1.1.1.	<i>Assertive Community Treatment versus soins standards</i>	49
5.1.1.2.	<i>Assertive Community Treatment versus Case Management</i>	50
5.1.1.3.	<i>Comment expliquer ces divergences ?</i>	52
5.1.1.4.	<i>Biais et Limites</i>	60
5.1.1.5.	<i>Au total</i>	61
5.1.2.	<i>Les interventions de crise</i>	62
5.1.2.1.	<i>Effets sur l'hospitalisation</i>	62
5.1.2.2.	<i>Effets cliniques</i>	65
5.1.2.3.	<i>Biais et limites</i>	65
5.1.3.	<i>Conclusion : quel niveau de preuve ?</i>	66
5.2.	CONVERGENCES ET DIVERGENCES DES DEUX MODELES.	68
5.2.1.	<i>Des valeurs et principes d'interventions communs</i>	68
5.2.2.	<i>La composition des équipes</i>	69
5.2.3.	<i>La durée de suivi</i>	71
5.2.4.	<i>Les interventions de crise au sein des programmes d'ACT</i>	72
5.3.	ARTICULATION AVEC LE SYSTEME DE SOINS	74
5.3.1.	<i>Les Urgences et le SMUR</i>	74
5.3.2.	<i>Place de l'hospitalisation</i>	75
5.3.3.	<i>Articulation avec les services sociaux</i>	76
5.3.4.	<i>Proposition de modélisation</i>	78
5.4.	DU POINT DE VUE DES SOIGNANTS.	80
5.4.1.	<i>Soignant à domicile : un risque d'épuisement professionnel ?</i>	80
5.4.2.	<i>Agressivité et gestion des risques à domicile</i>	82
5.4.3.	<i>Prendre en compte et anticiper les risques</i>	84
5.5.	DU POINT DE VUE DES USAGERS	85
5.5.1.	<i>Domicile, éthique et coercition</i>	85

5.5.1.1.	Qu'est- ce qu'un patient « difficile à engager dans les soins » ?	86
5.5.1.2.	Acceptabilité des soins à domicile.....	87
5.5.1.3.	Autonomie <i>versus</i> dépendance.....	88
5.5.1.4.	Liberté <i>versus</i> Contrôle social.....	89
5.5.1.5.	Les soins sous contrainte en ambulatoire	90
5.5.2.	<i>Comment favoriser l'engagement dans les soins?</i>	92
5.5.3.	<i>Le domicile comme lieu du compromis soignant-soigné</i>	94
6.	INTERETS ET LIMITES DE CE TRAVAIL.....	96
6.1.	INTERET	96
6.2.	LIMITES.....	96
7.	CONCLUSION : LES SOINS INTENSIFS A DOMICILE EN FRANCE ?	98
7.1.	SYNTHESE.....	98
7.2.	LES SOINS INTENSIFS A DOMICILE EN FRANCE	99
8.	ANNEXES.....	101
8.1.	INDEX DE FIDÉLITÉ DE L'ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT (IF-ACT) [81].	101
8.2.	L'ECHELLE D'ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT DE DARTMOUTH (DACTS) [82].	102
	BIBLIOGRAPHIE	106

SOMMAIRE DES TABLEAUX ET ILLUSTRATIONS

TABLEAUX

TABLEAU 1: COMPARAISON DU SOIN COMMUNAUTAIRE AU SOIN HOSPITALIER [39]	21
TABLEAU 2 : MODELES DE GESTION DE CAS (CASE MANAGEMENT). [47].....	30
TABLEAU 3 : L'ETUDE DE STEIN ET TEST : RESULTATS CLINIQUES.	34
TABLEAU 4: COMPARAISON DES PRINCIPALES ETUDES RANDOMISEES CONTROLEES BRITANNIQUES.....	37
TABLEAU 5: INDICATIONS DE L'ACT ET DE L'ICM	38
TABLEAU 6 : LES POINTS CLE DE L'ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT.	39
TABLEAU 7: AVANTAGES DES EQUIPES DE RESOLUTION DE CRISE [57].	46
TABLEAU 8 : RESULTATS D'ETUDES CONTROLEES D'ACT ET ICM VERSUS CASE MANAGEMENT MOINS INTENSIF [47].	51
TABLEAU 9: RECAPITULATIF DES PRINCIPALES REVUES SYSTEMATIQUES (D'APRES [95]).....	67
TABLEAU 10 : CONVERGENCES ET DIVERGENCES DES DEUX MODELES.	69
TABLEAU 11: COMPOSITION DES EQUIPES DE CRISE, D'AO ET DES CMHT A LONDRES [96].	70
TABLEAU 12 : INDICATION DE L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE.	76
TABLEAU 13: POINTS CLES FAVORISANT L'ENGAGEMENT ET L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE (D'APRES [83]).	93

FIGURES ET ILLUSTRATIONS

FIGURE 1 : LA GUERISON [1]	XII
FIGURE 2: CLASSIFICATION DES EQUIPES MOBILES.	3
FIGURE 3. LA PYRAMIDE WONCA : INTEGRER LA SANTE MENTALE DANS LES SOINS PRIMAIRES : UNE PERSPECTIVES GLOBALE.	22
FIGURE 4: DE LA CRISE A L'URGENCE PSYCHIATRIQUE (IN DE CLERCQ, [68] P. 23).	41
FIGURE 5: PLACE DES SOINS INTENSIFS A DOMICILE DANS LA PYRAMIDE WONCA.	79

TABLE DES ABRÉVIATIONS

ACT : *Assertive Community Treatment*

AO : *Assertive Outreach*

CAC : Centre d'Accueil et de Crise

CATTP : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCMHC : *Comprehensive Community Mental Health Centers*

CM : *Case Management*

CMHT : *Community Mental Health Team*

CMP : Centre Médico Psychologique

DACTS : *Dartmouth Assertive Community Treatment Scale* (échelle d'ACT de Dartmouth).

DS : Différence Significative

ETP : Equivalent Temps Plein

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

GIA : Groupe Information Asiles

GIP : Groupe Information Prisons

GLC : Groupement Locaux de Coopération

HAD : Hospitalisation à Domicile

HDJ : Hôpital de Jour

IC : Intervalle de Confiance

ICM : *Intensive Case Management*

I-FACT : *Index of Fidelity of ACT*

MD : *Mean Difference* (Différence moyenne entre deux groupes pour des données continues)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PLAO : *Pan London Assertive Outreach study*

QPC : Question Prioritaire de Constitutionnalité

REACT : *Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment* (évaluation randomisée du suivi intensif communautaire)

RCT : *Randomised Controlled Trial* (Etude randomisée contrôlée)

RR : Risque Relatif

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SCRS : *Short Clinical Rating Scale*

TCL : *Training in Community Living*

UK : *United Kingdom* (Royaume Uni)

UNAFAM : Union Nationale des Familles et Amis de Malades Psychiatriques

VAD : Visite à Domicile

FIGURE 1 : LA GUERISON [1]



1. INTRODUCTION

Comme en témoigne le serment d'Hippocrate, déjà « *admis dans l'intérieur des maisons* », le médecin se déplace à domicile depuis toujours. Cette pratique est aujourd'hui en perte de vitesse en médecine générale de ville. Par contre, les dispositifs d'hospitalisations à domicile se développent en psychiatrie comme dans d'autres spécialités : gériatrie, oncologie, soins palliatifs, obstétrique et périnatalité... Cette évolution des pratiques témoigne à la fois d'une prise de conscience globale des atouts du domicile, au plan économique et en termes d'accès aux soins ; mais aussi de la volonté des usagers d'être soignés chez eux.

Nos interrogations à propos du modèle théorique auquel se rapportait la pratique des soins à domicile en psychiatrie d'adultes ont été soulevées par une expérience pratique au sein d'une équipe mobile de secteur. Quels sont l'origine et le référentiel théorique auxquels se rattachent ces pratiques de soins ? Qu'en est-il des expériences internationales et françaises en matière de soins à domicile ? Quels sont les réponses apportées à l'étranger aux questions soulevées par ces pratiques en France : quelle efficacité, quelle faisabilité au plan organisationnel ; quels risques, mais aussi, du point de vue des usagers, quelle tolérance, et quels bénéfices à laisser entrer le soignant chez soi ?

D'autre part, au niveau national, les rapports se multiplient, constatant le manque de développement en France des alternatives à l'hospitalisation [2],[2] et incitant à leur mise en place [3-5]. La récente loi du 5 juillet 2011 régissant les admissions sans consentement [3] permet la prise en charge des patients au sein de programmes de soins ambulatoires sous contraintes, qui pourraient rentrer dans le cadre de soins intensifs à domicile.

En effet, malgré l'outil de psychiatrie communautaire que constitue le secteur, on constate des disparités dans l'aboutissement de la politique de désinstitutionnalisation en France [6]. Le système de soins reste hospitalo-centré. Très peu d'exemples de soins à domicile sont lisibles au niveau national, contrastant avec une littérature internationale abondante.

Le choix d'étudier les soins intensifs à domicile en psychiatrie vient donc de ce double questionnement.

1.1. DEFINITIONS

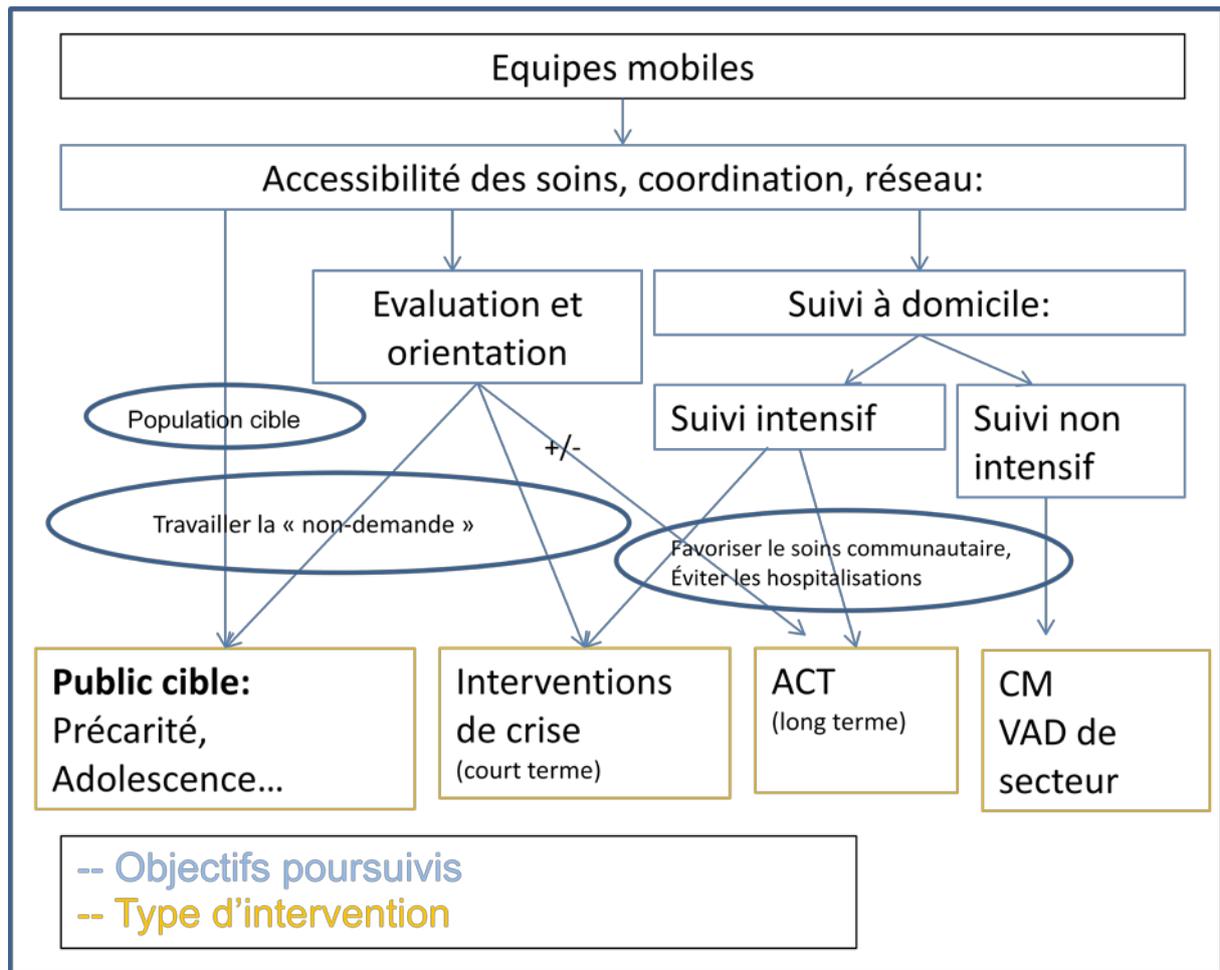
Les équipes de soins intensifs à domicile appartiennent au groupe des équipes mobiles, en plein essor en France, notamment dans le champ de la précarité [7]. Ces équipes développent la mobilité afin de favoriser l'accès aux soins, dans une dynamique « d'aller vers » la personne, et travaillent sur la « non-demande de soins » [8], notamment dans le contexte de la crise. La mobilité permet une plus grande souplesse des interventions, améliore les capacités d'adaptation de l'équipe, et augmente la disponibilité [8]. Le déplacement peut se faire chez des partenaires du réseau (services des urgences, médecin traitant, lieu d'hébergement, services sociaux...), au domicile ou dans d'autres lieux de la communauté. L'intervention en mobilité permet d'aller vers la demande, mais aussi d'aller avec l'usager (accompagnement de démarches, d'actes de la vie quotidienne).

On peut classifier ces équipes de plusieurs manières, qui se recoupent partiellement [8]:

- équipes ayant une **population cible** (précarité, personnes âgées, adolescence, périnatalité...) ou non (psychiatrie générale de secteur).
- équipes mobiles **d'accès aux soins et d'orientation** vers les filières de soins classiques *versus* équipe **proposant un soin en aval de l'orientation**, soin à domicile alternatif à l'hospitalisation.
- équipes d'intervention à **court terme ou à long terme**.

En pratique, on trouve de nombreuses variantes de ces types d'interventions, en France comme à l'étranger, ce qui rend leur classification difficile, mais qui favorise aussi la créativité et l'initiative locale. La Figure 2 propose une classification de ces dispositifs.

FIGURE 2: CLASSIFICATION DES EQUIPES MOBILES.



ACT : ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT, CM : CASE MANAGEMENT, VAD : VISITE A DOMICILE.

Nous choisissons de n'étudier dans ce travail que les dispositifs de traitement à domicile, et donc d'exclure les équipes d'orientation et d'accès aux soins. C'est pourquoi le terme soins à domicile est utilisé.

Les soins intensifs à domicile entrent donc dans le champ plus vaste des alternatives à l'hospitalisation [9] proposées par la mise en place du secteur en France depuis les années 1960 [10]. L'alternative à l'hospitalisation a en soi une définition équivoque, puisqu'il sous-entend fréquemment « alternatives à l'hospitalisation à temps partiel », telles que les consultations de Centre Médico Psychologique (CMP), les visites à domicile ponctuelles ou les prises en charges en Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP).

Ici, nous traitons d'alternatives à l'hospitalisation à temps complet, qui comprennent les hôpitaux de jour, les hôpitaux de nuit et appartements thérapeutiques, les accueils familiaux thérapeutiques et les soins intensifs à domicile.

De plus, le terme intensif implique que ces soins aient une fréquence élevée et s'adressent à des pathologies psychiatriques, dont la sévérité aurait nécessité une hospitalisation. Il ne s'agit donc pas des visites à domicile de suivi effectuées en routine par les infirmiers des Centres Médico Psychologiques, par exemple. Ces soins « intensifs » nécessitent en général la mise en place d'une équipe spécifique. En pratique, cela implique des passages quotidiens, voire pluriquotidiens, une réactivité élevée en cas d'urgence, une disponibilité 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Dans la figure ci-dessus, ce sont donc les modèles sur fond orange qui seront traitées.

Ces soins pourraient donc être nommés hospitalisation à domicile (HAD), mais ce terme renvoie à un cadre juridique particulier, avec une dotation journalière hospitalière, et certaines équipes pratiquent des soins intensifs à domicile sans appartenir au label HAD [4]. Ce label correspond à une organisation des soins somatiques, et comporte une certaine rigidité qui limite son utilisation en psychiatrie. De plus, ce cadre est peu transposable hors du contexte français. Notons que le terme « HAD », en soi, est révélateur de l'hospitalo-centrisme du système français puisque le mot hospitalisation prend ici le sens de soins intensifs au lieu du sens originel de lieu de soins ou d'hébergement.

1.2. OBJECTIFS

Le premier objectif de ce travail est de présenter les modèles théoriques de soins intensifs à domicile en psychiatrie de l'adulte. La littérature internationale en distingue deux grands types s'adressant aux personnes atteintes de pathologies psychiatriques sévères :

- les **soins intensifs au long cours de soutien et de réhabilitation** (Assertive Community Treatment),
- les **soins intensifs de crise**, intervenant à court terme.

Nous choisissons ici de présenter ces deux modèles, même si le premier reste très marginal en France. En effet, il a fait l'objet d'une théorisation très approfondie au niveau international qui soulève de nombreuses questions à propos des soins à domicile. C'est pourquoi ce travail fera souvent référence à ce modèle, malgré sa rareté française, et en dépit du risque de disproportion, ou de dissociation entre la pratique et la littérature.

Le second objectif est de discuter plusieurs problèmes posés par ces deux modèles, notamment leur efficacité et leurs limites organisationnelles et pratiques. Le but de cette discussion sera à la fois de rendre compte des questions soulevées par la littérature, et de soulever des interrogations spécifiques au contexte français.

Ce travail concerne la psychiatrie générale d'adultes, et exclut donc les champs de la psychiatrie infanto-juvénile et du sujet âgé, ainsi que ceux de l'addictologie.

1.3. PLAN

Après avoir replacé les soins à domicile dans le contexte plus vaste de la santé mentale communautaire, ce travail présentera les deux grands modèles de soins intensifs à domicile. Le premier modèle présenté sera celui de l'Assertive Community Treatment, et des expériences qui y sont rattachées. Le second sera celui des interventions de crise à domicile.

Ensuite, nous les discuterons suivant plusieurs axes. Tout d'abord, nous présenterons des publications évaluant leur efficacité, puis nous confronterons les convergences et divergences des deux types d'interventions, afin de souligner et de clarifier la confusion existant entre les deux dans les publications. Ensuite, il sera question de l'articulation de ces soins à domicile avec les systèmes sanitaire et médico-social, avant de traiter des risques pour les soignants. Enfin, nous évoquerons l'éthique du domicile, et la problématique de la coercition et du consentement. Nous conclurons par une ouverture à l'application française de ces modèles.

1.4. METHODOLOGIE

La recherche documentaire a utilisé la base de données PubMed, sa fonction « related articles », ainsi que la Cochrane Library. S'ajoute le moteur de recherches Google Scholar, pour les articles francophones (en plus des recherches PubMed). Les différents mots clés utilisés ont été : « *severe mentally ill* », « *Home treatment* », « *case management* », « *assertive community treatment* », « *intensive case management* », « *assertive outreach* », « *crisis resolution team* », « *crisis assessment team* » (recherche commune et différenciée, dans les titres et résumés).

En Français, les mots clés ont été : « soins à domicile », « trouble psychiatrique sévère », « équipe mobile », « équipe de crise », « secteur », « réhabilitation ». La recherche bibliographique retrouve trois exemples français de soins à domicile ayant fait l'objet de publications chiffrées [11–13]. Ce peu de données ne reflétant évidemment pas la pratique, nous avons choisi de ne pas centrer ce travail sur les exemples français, dont le recensement n'était pas faisable, et aurait conduit à des données partielles et biaisées.

A cette recherche automatique s'ajoute une recherche manuelle à partir des bibliographies des articles présentant un intérêt. Ont été exclus les articles traitant de psychiatrie infanto-juvénile ou spécifiques au sujet âgé ou dément. Les publications présentées ont ensuite été sélectionnées par thème et pertinence. Il ne s'agit pas ici de présenter l'exhaustivité des publications, mais des revues et articles présentant un intérêt pour notre discussion.

2. DE LA DESINSTITUTIONNALISATION A LA SANTE MENTALE COMMUNAUTAIRE

2.1. LA DESINSTITUTIONNALISATION

La désinstitutionnalisation désigne le mouvement mondial de fermeture des asiles dans la seconde moitié de XXème siècle. Cette politique a révolutionné le champ de la maladie mentale, et les modes de prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques. Après un rappel historique de la politique asilaire, nous présenterons les courants de pensée critiques de l'asile et nous citerons plusieurs exemples de fermetures des hôpitaux psychiatriques en insistant sur les divers arguments ayant mené à cette fermeture. Enfin, nous nous pencherons sur les problèmes posés par le retour des malades dans la communauté.

2.1.1. FONDEMENTS HISTORIQUES

Avant le XVIIIème siècle, l'aliénation mentale, la folie, étaient tour à tour considérées comme incarnation fantastique, mystique, ou déviance sociale. Marginalisés pendant toute l'histoire de l'humanité, les « fous » ont été séquestrés surtout à partir du « grand renferment » au XVIIème siècle. Cette réclusion ne concernait pas qu'eux, et se mêlaient, dans des conditions de vie dégradantes, fous et malades neurologiques, criminels, prostituées, déviants et indigents [14]. La folie n'appartenait pas alors au champ de la maladie mentale et de la médecine, et la psychiatrie voit sa naissance, sous le nom d'aliénisme, au XVIIème siècle.

2.1.1.1. LA CONSTRUCTION DES ASILES

Dans le contexte de la révolution française, et de la prise en compte des droits de l'homme, les aliénistes ont voulu mettre fin à la réclusion et au traitement barbare que subissaient les malades mentaux [14]. L'Histoire conserve l'image de Pinel (1745-1826) libérant les malades de Bicêtre de leurs chaînes : les fous devaient être soignés, et considérés, plutôt que simplement détenus.

C'est le début du « traitement moral » des aliénés, considérés alors comme nécessitant assistance, et considération. Au XIX^{ème} siècle, à la suite de ces mouvements de libération, l'asile apparaît aux aliénistes comme le lieu idéal d'application du « traitement moral ». Il a alors une double fonction : protéger la société des fous que leurs familles ne peuvent plus gérer, et apporter à ces aliénés l'assistance et les bons traitements nécessaires [14]. Esquirol (1772-1840) décrit l'asile comme un « *instrument de guérison entre les mains d'un médecin habile* » [15]. Il propose un plan type d'institution idéale permettant l'accueil de ces malades. Le 30 juin 1838 [16], une loi est votée imposant à chaque département de posséder un établissement capable de recevoir des aliénés [15].

Dans le contexte du développement de l'hygiénisme, l'isolement au calme est en soi considéré comme thérapeutique. Le cadre doit être verdoyant, sans mur ni grille [9]. Et pour occuper l'attention de ces malades, les institutions asilaires mettent en place « *un horaire quotidien soigneusement minuté qui [combat] à tout instant l'oisiveté : les promenades, l'exercice, le travail [...] mais aussi les distractions* » et les occupations religieuses [15]. L'objectif de cet emploi du temps étant de canaliser les imaginations débordantes et l'oisiveté, responsables, pour les esprits d'alors, des manifestations de la folie [14]. Les asiles étaient donc de grandes exploitations rurales, vivant en quasi autarcie grâce au travail des malades. L'internement punitif des déviants était transformé par un internement thérapeutique des seuls fous. L'institution se donnait pour objectif le rétablissement de l'ordre moral, en appliquant le jugement et la culpabilité.

Mais ce modèle du traitement asilaire est issu d'un concept antérieur à 1938 pour les aliénistes, et son application, par la construction des asiles, sera postérieure à cette date [15]. Lantéri-Laura souligne, à ce sujet, l'anachronisme de la construction de ces asiles, ruraux, à basse productivité, dans le contexte social de la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle : urbanisation croissante et révolution industrielle. Cela rendait « *pratiquement irréaliste la réinsertion hors de l'asile du malade indigent qui s'était amélioré dans de pareilles structures* » [17]. L'auteur suggère ainsi que l'allongement de la durée de séjour, et donc de travail, de malades rétablis, était indispensable à la survie de tels établissements. La chronicité comme « *caractéristique essentielle de la psychiatrie* » est donc liée, selon lui, aux conditions d'exercice de la psychiatrie au XIX^{ème} siècle, où elle était en fait une condition nécessaire à la « *vie économique des établissements* » [17].

Ailleurs, en Europe ou aux USA, la construction des asiles s'est fait de manière parallèle : grands hôpitaux victoriens en Angleterre [18], [19], asiles similaires aux USA, construits dès 1820 [20], où les déviations constatées en Europe se verront plus terribles encore.

2.1.1.2. DES INSTITUTIONS BIENTOT CRITIQUES

Les premières critiques ont émergé dès la fin du XIX^{ème} siècle, dénonçant l'incurabilité induite par les pratiques asilaires, et l'échec du traitement moral [9]. L'asile ne serait donc pas thérapeutique. Pire, il serait pourvoyeur de chronicité et empêcherait le malade de se réhabiliter au monde extérieur. En 1896, Marandon de Montyel (1851-1908) suggère de remplacer « l'hygiène de l'isolement » par l'« hygiène de la liberté » [15]. Se développent déjà quelques expériences d'asiles ouverts, de colonies familiales (citons le célèbre exemple de Gheel en Belgique).

En parallèle, l'idée se développe que les soins asilaires sous contrainte régis par la loi de 1838 ne concerne qu'une partie des troubles psychiatriques. La psychiatrie doit aussi assurer des missions de prévention et de suivi. Aux USA [20], le courant naissant d'hygiène mentale et la concurrence d'alors entre psychiatres et neurologues pousse ces derniers à développer une clientèle de ville ou des unités d'hospitalisation à l'hôpital général (traitement des névroses de guerre par exemple). En France, c'est Toulouse (1865-1947) qui crée le premier service d'hospitalisation libre à Sainte Anne en 1922 [9]. Les premières assistantes sociales chargées du suivi ambulatoire de patients en post hospitalisation apparaissent en 1904 dans l'état de New York. La vision du malade se modifie : d'une personne incapable qu'on culpabilisait, il devient une personne en difficulté, notamment pour des raisons de contexte social. Il faut donc lui apporter une aide personnalisée, mais aussi intervenir sur son milieu de vie, responsable de ses difficultés [20]. C'est l'émergence de la santé publique.

Ces modifications de la psychiatrie américaine entre deux guerres vont lancer les prémices d'une psychiatrie hygiéniste et sociale qui ne parviendra en Europe que plus tard [15], [20]. Mais à Saint Alban en France, pendant l'occupation, des psychiatres ont déjà transformé l'asile en l'ouvrant à la communauté et en introduisant des rapports entre l'intérieur et l'extérieur. Les pionniers de cette expérience seront les initiateurs du courant de psychothérapie institutionnelle [15].

C'est après la deuxième guerre mondiale que la société européenne va prendre conscience des conditions de vie des malades mentaux dans les asiles, en constatant l'horreur du nombre de malades disparus, par la famine et les exterminations. Ce sera le point de départ de deux mouvements de transformation de la prise en charge des malades en France [15] : d'abord la psychothérapie institutionnelle, qui cherchera à « soigner l'hôpital » pour le rendre soignant à son tour ; et ensuite, la psychiatrie communautaire, née des courants internationaux de désinstitutionnalisation de la fin des années 1950-1960.

La psychothérapie institutionnelle tente de réformer l'asile pour qu'il devienne thérapeutique. Dans un premier temps, ce seront les thèmes déjà traités par Esquirol qui seront repris : sociothérapie, groupes de paroles et formation des soignants afin de prodiguer une psychothérapie collective [21]. Ensuite, à cette époque de diffusion des théories freudiennes en psychiatrie, la cure analytique fera son entrée dans les institutions psychiatriques, notamment par la pensée de Lacan [15]. Ces courants de pensée, très spécifiques de la psychiatrie française, poseront la question de l'accueil de la folie dans l'institution psychiatrique, et du transfert en situation groupale. Mais ce mouvement sera bientôt critiqué, même par ses créateurs, dont Daumézon [22]. En effet, les pratiques centrées sur l'institution ne risquent-elles pas de recréer les travers cités plus haut : création d'une néo société asilaire, prolongation de la durée d'hospitalisation...

Dans les années 1950 à Paris, Paumelle et son équipe vont plus loin, en proposant de « dépasser l'asile », et de proposer un panel d'alternatives à l'hospitalisation, dans un esprit s'inspirant de la psychothérapie institutionnelle. C'est l'expérience du 13^{ème} arrondissement, célèbre en France pour être le premier dispositif sectoriel, qui proposera plusieurs unités de soins, de la consultation à l'hospitalisation en passant par les thérapies familiales et hôpitaux de jour [9].

Dans les années 1960, **sociologues et philosophes** se penchent sur les conditions de vie des malades internés. Parue en 1961, l'étude « Asiles » de Goffman [23] est un terrible réquisitoire contre les institutions asilaires américaines, qu'il caractérise comme « institutions totalitaires », tout comme les prisons, les casernes militaires ou les abbayes. Il y décrit une organisation rationnelle orientée dans le seul but de l'institution, au détriment de la liberté individuelle, et réduisant tous les champs de la vie à un seul lieu, enlevant tout sens au travail, au salaire ou à la vie privée. L'auteur précise encore le fossé existant entre soignants et

soignés, et les mécanismes adaptatifs nécessaires à cette vie en institution. Ainsi, pour Goffman, après un passage et une adaptation à une telle institution, le retour au monde normal est impossible, entraînant une chronicisation des troubles. De plus, un tel passage condamne le malade à une stigmatisation. La thèse de Foucault sur « l'histoire de la folie à l'âge classique » [14] dénonce en 1972 les paradoxes du traitement asilaire, par l'instauration, sous couvert de libération et de philanthropie, d'une liberté contrôlée et normalisée dans les asiles, régie par un personnage médical tout puissant.

L'antipsychiatrie est née de ce questionnement, portée par la vague de contestations de la fin des années 1960, principalement en Angleterre et en Italie. En Angleterre, les anti-psychiatres tels que Cooper et Laing ont interrogé la désignation du malade par la société. Inspirés par la phénoménologie et la psychanalyse, ils mènent des expériences pilotes comme celle du Kingsley Hall à Londres, où l'accompagnement de la « régression » dans le « voyage de la folie » [21] est considéré comme le mode de traitement privilégié [15]. Ils critiquent la violence de la répression à l'égard des malades mentaux. Enfin, ils s'inspirent des travaux de l'école américaine de Palo Alto, initiatrice des théories systémiques, pour décrire les interactions sociales et familiales à l'origine des « réactions schizophréniques », et notamment la théorie du « double lien » [24]. En Italie, c'est Basaglia (1924-1980) qui a commencé à Gorizia en 1963, une réforme de l'asile. Il conteste l'idée même d'institution, et celle du secteur français [22]. La contestation a ensuite pris un tournant politique de critique de la société capitaliste, et le mouvement *Psichiatria Democratica* a obtenu la fermeture de tous les hôpitaux psychiatriques par la loi 180 en 1978 [21]. Ces mouvements de critique extrême se sont rapidement heurtés à la majorité du milieu professionnel de l'époque, mais on peut leur attribuer une accélération de la prise de conscience d'une nécessaire transformation des soins aux malades mentaux, et de multiples expériences de traitements alternatifs.

Ces mouvements contestataires ont donc impulsé une dynamique de transformation des lieux de soins psychiatriques dans de nombreux pays, avec, depuis la fin du XX^{ème} siècle, une prise de conscience des effets néfastes de l'hospitalo-centrisme dans la prise en charge des malades psychiatriques. Pour résumer, citons Henderson et Thornicroft [18], qui reprenaient, en 1997, les arguments ayant conduit à la désinstitutionnalisation en Grande Bretagne :

- « *La préoccupation du public pour la détérioration des conditions et la négligence dans les hôpitaux psychiatriques* » ;
- « *Les recherches sur les effets handicapants et stigmatisants des hospitalisations au long cours* » ;
- « *La disponibilité des médicaments permettant de traiter les patients en dehors de l'hôpital* » ;
- « *Le développement d'autres formes flexibles de traitement* » (hôpitaux de jour, communautés thérapeutiques) ;
- « *La prise de conscience des droits des patients* ».

Les psychiatres tenants du mouvement de désinstitutionnalisation pensaient donc que la chronicité de la maladie mentale était due à l'asile en lui-même. Ainsi, si l'on supprimait l'asile, les malades n'entreraient plus dans la boucle de la chronicité. Ils espéraient donc à la fois améliorer l'état des malades hospitalisés au long cours en les faisant sortir, mais surtout, ils pensaient que les nouveaux patients ne présenteraient pas de troubles aussi chroniques que leurs aînés, si on leur permettait d'être traités dans leur milieu de vie ordinaire.

2.1.2. EXEMPLES INTERNATIONAUX

Ces courants de pensée ont donc entraîné un mouvement de fermeture des hôpitaux psychiatriques, qui a pris plusieurs visages en fonction du contexte social, politique et culturel. Reprenons-en les illustrations clés afin de mieux comprendre les modalités de ce retour à la communauté.

2.1.2.1. LES ETATS UNIS

Aux Etats Unis [20], le système de santé, et, plus généralement, les politiques publiques, sont gérées au niveau local, au niveau de la « communauté ». La gestion de ces politiques par l'état est vécue comme un interventionnisme contraire à la culture nord-américaine. De plus, il existe une forte intrication entre les organismes publics et privés pour la gestion des lieux de soins. Cela explique la grande disparité fédérale des politiques de santé publique.

Dans ce contexte, on constate deux vagues de désinstitutionnalisation [20]. La première, entre 1955 et 1965, suit le mouvement de contestation de l'asile : médiatisation de témoignages d'anciens patients, et ouvrages sociologiques tels qu'Asiles de Goffman [23]. Elle sera permise par l'apparition des premiers neuroleptiques, qui feront sortir de nombreux malades des hôpitaux. Ainsi, entre 1955 et 1965, la population asilaire a baissé de 20%.

En 1963, le président Kennedy promulgue une loi instaurant la création de 2000 *Comprehensive Community Mental Health Centers (CCMHC)* à l'échelle nationale [20]. Ces « centres de soins de santé mentale complets » doivent fournir, au sein de la communauté, des lits d'hospitalisation, des soins ambulatoires, des urgences psychiatriques, un centre de jour et une activité de réseau (conseil et liens auprès d'organismes sociaux et éducation de la population). Il s'agit d'une réelle initiative communautaire, incluant prévention, soins d'urgence et post cure. La loi prévoit un découpage géographique en secteurs (*catchment areas*), couvrant 75 à 200 000 habitants. Cette réforme est contemporaine de la création du secteur psychiatrique en France.

Mais ces centres se sont avérés cibler une autre population que les malades chroniques des asiles, et ont donc échoué à les remplacer [20]. Par contre, ils ont fourni un alibi pour la

fermeture de lits pour raisons économiques. De nombreux malades sont donc sortis de manière sauvage et arbitraire, sans soins dans la communauté. Ils étaient bien souvent relogés dans des conditions insalubres par des organismes privés. La sortie était en fait une ré institutionnalisation dans un ghetto communautaire. En parallèle, les conditions d'admission à l'hôpital se sont réduites de manière drastique, Reagan ayant programmé la fermeture de tous les hôpitaux pour 1977. En parallèle, ce dernier programme l'arrêt du financement des CCMHC [22]. Les problèmes majeurs de la désinstitutionnalisation sauvage se sont alors posés : trans-institutionnalisation, errance, précarisation des populations, *revolving door syndrom*. Ces problèmes seront exposés plus bas.

Finalement, les personnels s'étant battus pour conserver leur emploi dans les hôpitaux, une nouvelle vague d'amélioration des conditions de vie dans les asiles a entraîné une conservation de ces derniers, tout en prenant plus en compte les droits des malades [20].

1.1.2.2. LA GRANDE BRETAGNE

De la même façon, on assiste en Grande Bretagne à une prise de conscience des déviances des conditions de vie et d'admissions dans les asiles dans les années 1950 [19]. L'anti psychiatrie anglaise, les travaux sociologiques cités plus haut [23], et les théories de l'effet iatrogènes de l'asile (désintégration sociale et majoration des symptômes négatifs) [25] entraînent un mouvement de fermeture des asiles victoriens. En 1961, le ministre de la santé, Powell, lance son célèbre programme de fermeture des hôpitaux « de la tour d'eau » (*water tower*) [18], [19] : la moitié des lits devait être fermée en 1975. Dans les faits, ces fermetures ont été plus lentes puisqu'en 1994, 84 asiles étaient encore ouverts, sur un total de 130 en 1960 [18]. Actuellement, ils sont presque tous fermés.

En parallèle, les soins psychiatriques étaient redéployés selon le modèle des soins somatiques : hôpitaux généraux prodiguant des soins ambulatoires, de jour (*outpatient clinics*) et hospitaliers. En plus, des soins en appartements thérapeutiques, soins ambulatoires de secteur ou centre de jours étaient créés [19].

L'inadéquation de ces services avec les besoins des patients auparavant hospitalisés au long cours a été, là aussi, rapidement constatée.

2.1.2.2. L'ITALIE

Le contexte italien des années 1960 est marqué par un fort mouvement social de reconnaissance des droits des citoyens qui a eu un impact législatif majeur : loi sur le divorce, réforme sanitaire etc. [26]. En 1968, une nouvelle loi prévoit l'admission volontaire pour soins psychiatriques dans des unités situées à l'hôpital général, tout en maintenant les admissions sous contrainte classiques dans les asiles.

Après avoir passé 9 ans à Gorizia, de 1961 à 1969, Basaglia arrive à Trieste en 1971, et opère une transformation de l'asile en deux temps : réforme interne du cadre de vie intra hospitalier, puis ouverture et développement de services communautaires : structures d'hébergement, coopératives de travail, accès aux loisirs et centres de consultations.

En 1978, la loi 180 propose la fermeture des hôpitaux psychiatriques italiens, et de créer des services basés sur le modèle triestin : centres d'accueil 24 heures dans les hôpitaux généraux, centres de santé mentale avec accueil hospitalier et consultations, communautés de vie protégées, partenariat avec les coopératives sociales [22], [27]. Mais cette loi sera loin d'être appliquée à tout l'Italie, et bien souvent, les asiles ont été fermés sans création de structures alternatives, posant là aussi de graves problèmes pour les patients et leurs familles.

2.1.2.3. LA FRANCE

En France, dans le contexte des événements de 1968, un même mouvement de contestation [27], sous l'influence de Bonnafé, a refondé les définitions de la psychiatrie : place par rapport à la neurologie, réforme de la formation des psychiatres, condamnation de l'asile et proposition d'un autre mode de traitement des malades [28–30]. Le secteur de psychiatrie avait déjà été créé par la circulaire de 1960 [10], mais l'application pratique de cette réforme n'a pas été immédiate. En effet, il a fallu attendre 1970 pour qu'elle commence à être appliquée. La loi accordant le financement du secteur par l'assurance maladie ne sera votée qu'en 1985 [31]. Les principes du secteur sont la continuité du soin proposé sur un territoire donné, par une même équipe. Ses objectifs sont la prise en charge psychiatrique des citoyens du territoire, en termes de prévention, de traitement des pathologies aiguës et de leur post-cure.

La création du secteur a entraîné un mouvement de réduction des lits dans les hôpitaux psychiatriques, mais la fermeture totale des asiles en soi n'a jamais été un objectif des politiques en France. De 1970 à 1990, 88000 lits de psychiatrie ont été fermés, avec une forte réduction des durées moyennes de séjour [27]. En parallèle, la mise en place d'un panel de soins complémentaires est mise en place (consultations, hôpitaux de jour, CATTP) [9]. Depuis lors, on constate une forte augmentation de la demande de soins psychiatriques, et une constante augmentation de la file active des secteurs [32]. Les liens entre désinstitutionnalisation, santé mentale communautaire et secteur français seront détaillés ci-après.

2.1.3. PROBLEMES POSES PAR LA DESINSTITUTIONNALISATION

Comme évoqué précédemment, les mouvements de fermeture des asiles, qu'ils se basent sur des arguments économiques, politiques, sociologiques ou psychopathologiques, ont entraîné des sorties massives de malades mentaux, se retrouvant à l'extérieur, livrés à eux-mêmes. Ce phénomène a donc créé deux populations distinctes [18] :

- les « **anciens malades chroniques** » (*old long stay*), jusqu'à présent hospitalisés au long cours dans les asiles, et à qui il fallait garantir de nouvelles conditions d'existence. Ces malades ne se sont pas autant améliorés que l'espéraient les anti psychiatres. Ainsi, ils gardaient de haut besoins de soins dans la communauté ;
- et les « **nouveaux malades chroniques** » (*new long stay*), qui décompensaient *de novo* une maladie, et qui, eux aussi, et malgré les attentes et croyances des anti psychiatres, allaient présenter des troubles chroniques.

En effet, il fut rapidement constaté que l'asile n'était pas seul responsable de la chronicité des troubles. La pathologie psychiatrique existait donc en soi, et n'était pas imputable qu'au traitement asilaire. De plus, les fonctions anciennement exercées par l'asile n'étaient plus assurées : protection, isolement, abri, garant de l'ordre, lieu de vie, lieu de répit pour les familles. Cela mettait les professionnels face à de nouveaux problèmes majeurs [18], [27]:

- le plus connu est le **syndrome de la porte tournante** [33] ou *revolving door syndrom* : il s'agit du phénomène d'allers-retours de l'hôpital à la communauté d'anciens patients hospitalisés au long cours, dont le maintien dans la communauté s'avérait impossible ;
- la **paupérisation** et la **marginalisation** des patients, incapables de se maintenir dans un logement ou de subvenir à leurs besoins, ces patients devenaient sans domicile, errants ;
- la **perte de vue** des patients, qui ne se présentaient pas aux rendez-vous et n'adhéraient pas au suivi ;

- la **trans-institutionnalisation** : augmentation du nombre de malades mentaux dans d'autres institutions tels que les foyers de vie, appartements groupés dans des quartiers défavorisés (créant de nouveaux ghettos psychiatriques [20]), mais aussi dans les prisons (ceci recréant l'amalgame entre hôpital psychiatrique et prison, et soulignant le rôle de garant de l'ordre public attribué à l'asile) ;
- ajoutons à cela le **manque de soutien aux aidants naturels**, qui perdaient le répit autrefois accordé par les asiles dans la gestion de leurs proches.

La sortie de l'hôpital ne permettait donc pas de résoudre les problèmes de la chronicité en psychiatrie. Les patients auparavant hospitalisés se retrouvaient livrés à eux-mêmes dans la communauté, incapables de faire face aux nécessités du quotidien. Il était alors impératif d'inventer de nouvelles structures d'accueil et de soins pour ces patients, au sein de la cité. Ainsi, au-delà de faire sortir les usagers, c'est les lieux de soins qu'il fallait transférer dans le milieu ordinaire [22]. Cette nouvelle diversité a donné lieu au courant de la santé mentale communautaire.

2.2. LA SANTE MENTALE COMMUNAUTAIRE

2.2.1. DEFINITIONS

La santé mentale communautaire est donc issue de ces différents courants de pensées désaliénistes et des nouvelles solutions apportées pour répondre aux problèmes de la sortie des asiles. La psychiatrie communautaire désigne l'ensemble des thérapies visant à maintenir le malade dans son milieu [22].

La communauté désigne ce qui est commun à plusieurs personnes. Il s'agit d'un « ensemble de personnes unies par des liens d'intérêts, des habitudes communes, des opinions ou des caractères communs ». Elle peut désigner « l'ensemble des citoyens d'un État, des habitants d'une ville ou d'un village ». En droit, il s'agit de « l'usage commun d'une chose indivise » [34]. La communauté, en santé, désigne donc la Cité, tant dans le sens du lieu de soin que du lieu de contraction d'une affection. Il est amusant, par exemple, de remarquer l'opposition faite en infectiologie, entre une pneumonie communautaire (contractée dans le milieu de vie ordinaire) et une pneumonie nosocomiale (contractée à l'hôpital ou en institution).

La santé mentale communautaire est donc le passage du soin à l'hôpital vers cette communauté, dans une approche globale de l'usager en tant que citoyen et non plus uniquement en tant que patient. Elle inclut, en plus du soin médical, une approche sociale et citoyenne. En effet, l'objectif du soin communautaire n'est plus la guérison de la maladie mais le maintien ou le rétablissement de la santé mentale (*recovery*), reprenant la définition de la santé de l'OMS : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [35]. Dès lors, il s'agit d'une discipline englobant la psychiatrie, et appartenant au champ de la santé publique.

Elle s'inscrit dans le modèle biopsychosocial, hypothèse combinant des facteurs biologiques et génétiques, des facteurs psychopathologiques, et des facteurs sociaux et environnementaux (événements de vie, déterminants sociaux, mode de vie...) pour expliquer l'émergence des maladies psychiatriques. Ce modèle implique qu'on doit agir sur les différents facteurs cités pour apporter une amélioration de l'état de santé [36].

La notion de prévention est prépondérante dans cette approche de la médecine psychiatrique. Caplan [37] en décrit plusieurs niveaux : la prévention primaire consiste en une action sur l'environnement afin d'éviter les conditions d'émergence des maladies (logement, cadre de vie, travail...). Pour ce faire, il faut désigner des groupes à risque ayant des besoins prioritaires. La prévention secondaire est l'intervention individuelle auprès de ces groupes à risques (malades chroniques par exemple), et enfin, la prévention tertiaire évite les conséquences néfastes supplémentaires d'un état de pathologie psychiatrique (soutien aux familles, aides sociales). Ce programme « idéal » très ambitieux implique, pour une situation donnée d'émergence d'une pathologie, qu'on traite le patient mais aussi qu'on intervienne sur son contexte social. La psychiatrie devient alors une branche de la santé publique, et nécessite une connaissance approfondie de la population ciblée et du réseau local, mais elle gagne aussi des implications politiques parfois difficilement conciliables avec la pratique [20].

La notion de « *recovery* », « rétablissement », est très élaborée en Amérique du Nord et en Grande-Bretagne. Elle élargit la notion de malade à celui d'usager des services de psychiatrie, s'inscrivant dans un parcours global. Le concept de rétablissement va au-delà de ceux de « réadaptation », « réhabilitation » ou « réinsertion », ces derniers étant basés sur le modèle du handicap-autonomie de Wood [38]. 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 [31], [39]. C'est la reconnaissance de ce savoir comme une compétence complémentaire de celle des soignants qui a conduit en 2005 à la création des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) [40] et des programmes de soin incluant des médiateurs de santé-pairs [41], c'est-à-dire ayant effectué un parcours de rétablissement.

Cette reconnaissance du savoir expérientiel acquis par les usagers des services dérive du concept « d'empowerment », reprise du pouvoir par les usagers et malades eux-mêmes. Ce concept est né de revendications de malades, qui réclamaient la reconnaissance de leur expérience comme complémentaire et indissociable du savoir médical, et le partage du pouvoir de décision les concernant. On compte deux grands types d'associations de malades, qui existent depuis le début du XXème siècle : les groupes d'entraide mutuelle (alcooliques anonymes, GEM français) et les groupes de revendications et de reconnaissances des droits (citons l'exemple historique du Groupe Information Asiles (GIA) [42] inspiré du Groupe

Information Prisons (GIP) créé par Michel Foucault, et celui des associations de malades du SIDA dans les années 1990) [20].

Le sociologue J. Floersch identifie six dimensions différenciant le soin communautaire du soin hospitalier, reprises par A. Lovell [39], reprises dans le Tableau 1 ci-dessous.

TABLEAU 1: COMPARAISON DU SOIN COMMUNAUTAIRE AU SOIN HOSPITALIER [39]

Dimensions	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	case manager-usager	médecin-patient

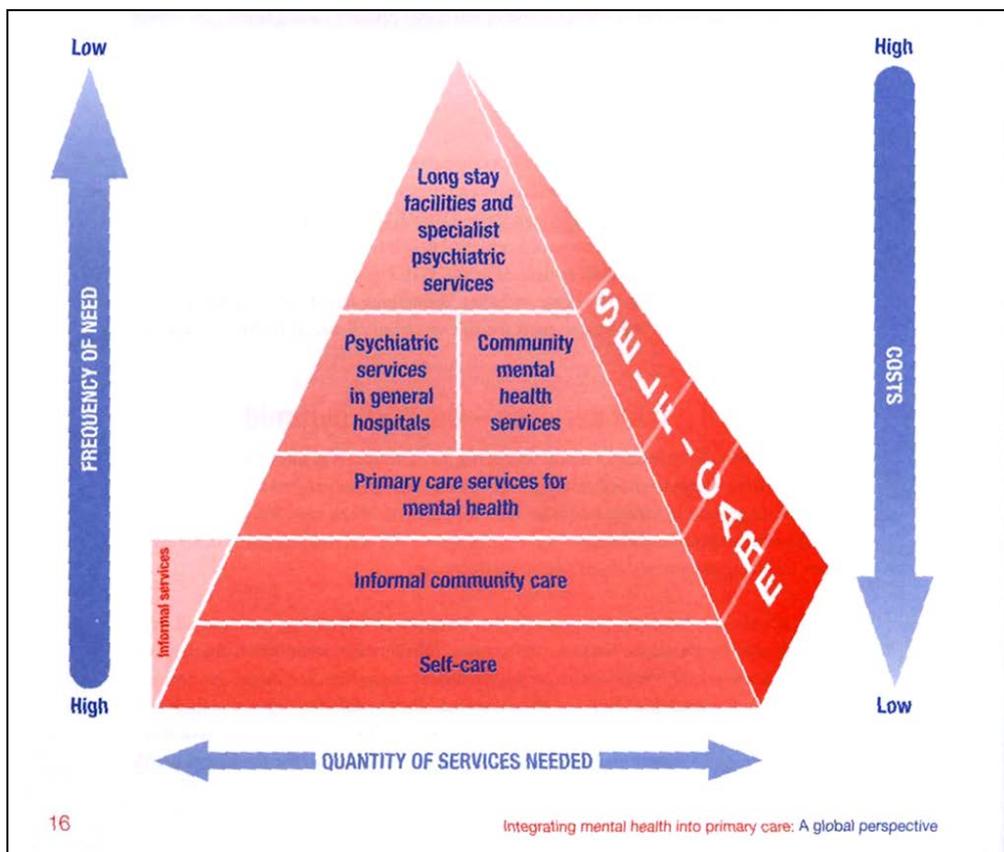
L'OMS recommande le passage d'un système hospitalo-centré à un dispositif intégré dans le milieu de vie naturel des usagers des services de santé. Sur le plan organisationnel, la pyramide Wonca (Figure 3) résume bien la graduation du recours au soin, passant par les soins primaires dans la communauté avant d'accéder à des soins spécialisés ambulatoires et/ou hospitaliers.

Cette pyramide illustre tout à fait la définition de la santé de l'OMS, et ses applications à la santé mentale. En effet, l'importance des « services informels » : « soin communautaire informel », « auto soins » (*self care*) est à noter. Le support par l'entourage ou les pairs est le premier échelon de la pyramide. Cela implique plusieurs choses : la première est l'importance, dans ce modèle, de considérer l'individu dans sa communauté et son environnement, en impliquant tous les éléments lui apportant un mieux être (entourage, famille, loisirs, travail). Ensuite, le concept d'individu dans un parcours de rétablissement exposé plus haut, et la place que peut occuper, dans ce modèle, le soutien informel proposé

par un groupe d'entraide mutuelle. La place des services de soins, primaires puis spécialisés, n'arrive qu'ensuite. Enfin, cela illustre le fait que toute personne peut expérimenter un trouble psychique ou une altération de sa santé mentale sans entrer pour autant dans le registre de la pathologie, et ainsi, se rétablir, se sortir de ses difficultés par elle-même et avec le support de la vie quotidienne. On trace donc un continuum entre un état de bonne santé mentale et une pathologie.

Dans cette optique, différents dispositifs de soins communautaires ont été modélisés, pour répondre à cette graduation : consultations, centres d'activités, hôpitaux de jour, hospitalisation... Au sein de ce gradient, les services communautaires de jour et l'hospitalisation à temps complet, se sont développés à partir des années 1970 des soins alternatifs, répondant aux nouveaux besoins médicaux, mais aussi sociaux des personnes auparavant hospitalisées [43], [44].

FIGURE 3. LA PYRAMIDE WONCA : INTEGRER LA SANTE MENTALE DANS LES SOINS PRIMAIRES : UNE PERSPECTIVES GLOBALE.



(SOURCE : CCOMS LILLE FRANCE.)

En effet, nous avons souligné plus haut les graves problèmes posés par la désinstitutionnalisation, et la sortie massive des patients séjournant au long cours dans les asiles. Ces personnes, atteintes de handicaps psychiques sévères, étaient incapables de se maintenir à domicile ou d'accéder à un soin ambulatoire ou aux aides sociales dont ils avaient besoin. De nouveaux outils intermédiaires se sont donc développés pour faire face à ces nouveaux problèmes. Le premier est le « *case management* », qui est un modèle alliant soins, aide à l'obtention et au maintien du logement, accès au travail et aux loisirs. Ce sont ces modèles qui font l'objet de ce travail et qui seront détaillés ci-après.

Ainsi, le maillage d'un dispositif de soins communautaire pouvant répondre aux besoins divers de la population ciblée, comporte plusieurs aspects :

- le développement d'un meilleur accès aux soins, permettant prévention et interventions précoces,
- une sensibilisation des populations aux problèmes de santé mentale, et leurs participations à l'élaboration de cibles prioritaires en termes de santé (démocratie sanitaire),
- le développement d'un ensemble d'outils de soins variés et adaptés à différentes populations,
- le développement d'outils sociaux et médico-sociaux développés en partenariat avec le réseau local (logement aidé par exemple).

Cet ensemble formerait un réseau cohérent pouvant, sinon résoudre, au moins atténuer les problèmes posés par la diminution des hospitalisations, et améliorerait les conditions de vie des personnes atteintes de troubles psychiques.

2.2.2. SECTEUR PSYCHIATRIQUE ET SANTE MENTALE COMMUNAUTAIRE

Le Secteur de psychiatrie français est une unité territoriale comptant environ 70 000 habitants [31]. Les « inter secteurs » de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent regroupent quant à eux trois secteurs de psychiatrie de l'adulte. Ce modèle de soins a été créé pour répondre au constat de l'absence d'alternatives à l'hospitalisation, et permettait de graduer l'intensité des soins de santé mentale. Depuis sa création, de nombreux rapports gouvernementaux [45], [46] constatent que la politique de secteur n'est pas aboutie en France.

Les principes du secteur sont la continuité du soin proposé sur un territoire donné, par une même équipe. Pour ce faire, il comporte plusieurs structures de soins graduées avec en général [9]:

- un Centre Médico-Psychologique (CMP)
- un Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP)
- un Hôpital de Jour (HDJ)
- un Service Hospitalier
- des Appartements Thérapeutiques

Et plus rarement :

- des Accueils Familiaux Thérapeutiques
- des Appartements Associatifs
- des places en Hospitalisation de Nuit
- un Centre d'Accueil et de Crise (CAC)

Inspiré au départ des théories de la psychothérapie institutionnelle (exemple du secteur du 13^{ème} arrondissement de Paris), ce dispositif est un excellent outil de santé mentale communautaire. Il permet un accès aux soins gradués décrit dans la pyramide ci-dessus.

Actuellement, 80% des soins psychiatriques sont dispensés en ambulatoire, dans ces structures de secteur. Malgré tout, son utilisation en France reste très hétérogène [6]. Une géographie de la sectorisation française effectuée par Coldefy montre en effet des divergences dans les dotations des secteurs, et dans le degré d'aboutissement du déploiement des moyens vers l'ambulatoire.

Cela peut être expliqué par l'absence de volonté en France de fermer les hôpitaux psychiatriques, où une réforme de l'hôpital a été préférée à son dépassement [21]. Ce phénomène a maintenu un grand nombre de patients dans des structures d'hospitalisation à temps plein. Ainsi, les problèmes liés à la sortie des hôpitaux psychiatriques se sont posés de manière atténuée par rapport aux autres pays cités plus haut. Les politiques locales n'auraient donc pas été contraintes à développer les structures de soins intensifs à domicile étudiés ici. C'est une hypothèse explicative à la marginalité de ces expériences en France.

3. ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT ET CASE MANAGEMENT

Suite à la désinstitutionnalisation, des programmes de soins intensifs se sont développés pour faire face aux problèmes des malades dans la communauté. En termes de soins à domicile, on distingue deux grands modèles théoriques. Les premiers sont ceux de *l'Assertive Community Treatment* (ACT) et du *Case Management* (CM). Ce sont en effet les premiers modèles au plan historique, et ceux qui font l'objet de la plus importante modélisation. Ce sont des modèles d'intervention visant le maintien à domicile à long terme de patients atteints de troubles psychiatriques graves et invalidants. Nous présenterons dans un premier temps le *case management* et ses dérivés, incluant l'ACT, avant de nous pencher plus précisément sur ce dernier modèle, qui constitue la variante la plus intensive du *case management*.

3.1. CASE MANAGEMENT OU GESTION DE CAS

3.1.1. DEFINITIONS

A la suite des mouvements de désinstitutionnalisation décrits plus haut, les cliniciens ont constaté une multiplication des besoins médico-sociaux des populations atteintes de troubles psychiques sévères, ainsi que des structures de soins ambulatoires leur étant destinées [47]. Mais ces personnes, « anciens malades chroniques » en situation de handicap psychique, étaient incapables d'initier ou de maintenir une démarche de soins dans la communauté (apragmatisme, troubles cognitifs, aboulie...).

Il devenait donc nécessaire de coordonner les différents services de santé mentale autour de ces patients, ce qui a mené au développement d'une nouvelle fonction de « *case management* » (CM), ou « gestion des cas », et d'un nouveau métier de santé mentale : le *case manager*, qui est un référent de la personne auprès des services sanitaires et sociaux. Initialement, **le rôle du *case manager* était d'orienter, de coordonner et d'intégrer les différents services dans un programme de soins « sur mesure » et cohérent, correspondant au plus près aux besoins individuels de la personne suivie** [48].

Depuis cette définition d'origine, ce rôle a évolué et plusieurs modèles de gestion de cas ont émergé. Les objectifs communs de ces différents services sont [49] :

- **l'amélioration de l'état clinique** et social des personnes suivies.
- **la diminution du recours à l'hospitalisation.**
- **le maintien de la continuité des soins.**

3.1.2. LES MODELES DE CASE MANAGEMENT

On peut donc distinguer plusieurs modèles de *case management*, ou gestion de cas, distingués par leurs buts et leur intensité [47], détaillés par Mueser *et al.* Les premiers modèles ne sont pas des dispositifs de soins intensifs, mais il est important de les décrire afin de mieux comprendre les comparaisons qui vont suivre.

Le premier est nommé « *broker service* » [47], qui peut être traduit par « coordinateur de services ». Le rôle du gestionnaire est alors principalement la coordination des différents dispositifs communautaires. Il évalue les besoins de la personne, oriente et planifie le programme de soins, suit son déroulement, relie les différents services médicaux et sociaux, et soutient la personne dans ses démarches. Dans ce modèle, le *case manager* n'est pas un clinicien. Il n'agit pas en tant que tel, ne procure pas lui-même de soins. Cela entraîne une confusion entre le *case manager* et un travailleur social, et limite son action auprès des services de santé. On peut, d'ailleurs se poser la question de sa formation professionnelle : quel métier pour quelle fonction ?

Ce modèle a donc rapidement été abandonné [49] pour le « *clinical case management* », gestion de cas clinique. Ici, en plus des missions classiques du *case manager*, le référent intervient sur l'environnement de la personne, famille, réseaux sociaux, médecins. Il prodigue des soins de psychothérapie, de psychoéducation et de réhabilitation. Enfin, il intervient en situation de crise sur le patient et son environnement. Ce modèle rend donc explicite le rôle de clinicien du *case manager*. En France, ce rôle serait joué par l'infirmier de secteur référent qui intervient à domicile par exemple.

Stein et Test, dans les années 1970, ont développé le modèle de l'« *Assertive Community Treatment* » (ACT) [44], soins communautaires intensifs, dynamiques. Il s'agit d'un modèle de soins alternatifs à l'hospitalisation, basés dans la communauté. Au départ développé comme une alternative à l'hospitalisation en aigu [50], il s'adresse actuellement aux patients ayant des pathologies psychotiques sévères et invalidantes, nécessitant des soins intensifs et au long cours. Le programme est délivré par une équipe pluridisciplinaire, disponible 24 heures sur 24. Il consiste en des visites à domicile aussi fréquentes que nécessaire, quotidiennes si besoin, et sans limite de durée. Il propose un accompagnement au quotidien, des soins psychothérapeutiques, un soutien à l'utilisateur et à son entourage, dans une dynamique « *d'Assertive Outreach* », c'est-à-dire « aller vers » la personne et poursuivre les soins même si les patients se montrent réticents ou non coopérants [50].

Les différences principales avec le CM sont :

- la **gestion des cas en équipe** se partageant la responsabilité du patient, et non plus par un seul référent,
- la référence à un **cadre théorique spécifique** pour l'ACT, qui a été très étudié, est sera détaillé ci après.

La gestion intensive de cas, « *Intensive Case Management* », (ICM) a été créée pour répondre aux besoins élevés de patients présentant des troubles sévères, et ne parvenant pas à s'engager dans le CM classique. Il s'agit donc de petites équipes, agissant elles aussi dans un processus *d'Assertive Outreach*, et proposant des aides aux actes de la vie quotidienne. Dans ce modèle, contrairement à *l'Assertive Community Treatment*, les cas ne sont pas partagés [47], bien que dans la pratique cette distinction ne soit pas toujours retrouvée [49]. En effet, l'ICM est décrit comme un programme de *Case Management* contenant des éléments d'ACT, notamment un petit ratio soignants/soignés. En pratique, les études classent en ICM les programmes gérant moins de 20 cas par personne. L'ICM est donc souvent un programme très proche de l'ACT, mais ayant quelques divergences ne lui permettant pas de correspondre à ce « label » précis.

Le modèle « *strengths* » (modèle des forces) est positiviste. Il est axé sur les compétences des patients, plus que sur la pathologie. L'intervention est basée sur sa détermination, et la communauté est vue comme un ensemble de ressources plus que comme

un obstacle. Enfin, le modèle de **réhabilitation**, lui aussi positiviste, et axé sur les ressources des patients, et ses propres objectifs. Ce modèle utilise des outils de remédiation permettant au patient de développer des aptitudes lui permettant d'arriver à ses objectifs.

Mueser *et al.*[47] soulignent le manque de clarté de ces différents modèles, et tentent une classification en trois groupes, du moins intensif au plus intensif :

- la **gestion de cas standard** (modèles « *broker* » et « clinique »),
- les soins communautaires **orientés réhabilitation** (modèles « *strengths* » et « réhabilitation »),
- les **soins intensifs** (ACT et ICM).

Toutefois, en pratique, les limites de ces différents dispositifs sont difficiles à établir. Les auteurs ont résumé les principales divergences de ces modèles dans le tableau ci dessous. Il permet de distinguer les objectifs des trois modèles et leurs différences pratiques (nombre de cas suivis, fréquence des contacts, objectifs de soins et modalités d'interventions).

Le Tableau 2 ci-dessous montre bien les différences des trois grandes catégories de *case management*. Le ratio soignant/patients peut aller par exemple de 1 pour 50 à 1 pour 10 du plus au moins intensif. Le niveau d'assistance aux patients y est aussi croissant, et cela en fonction des indications de chaque programme : personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères d'un côté, personnes également malades de l'autre, mais hauts utilisateurs de services, c'est-à-dire très dépendants. Seuls les modèles intensifs ont une couverture 24 heures, pour répondre aux besoins de leurs patients. Ces modèles proposent aussi une prestation directe des services, pour des usagers en grande difficulté pour faire appel à plusieurs professionnels.

Parmi ces modèles, le plus étudié est l'ACT. Par exemple, dans la revue de Mueser *et al* [47], sur 75 études comparant des modèles de *case management* entre eux, 59% concernent l'ACT, et 21% l'ICM. Ce sont ces modèles intensifs qui seront détaillés ci après.

TABLEAU 2 : MODELES DE GESTION DE CAS (CASE MANAGEMENT). [47]

Caractéristiques du programme	Gestion de cas standard		Soins communautaires orientés vers la réhabilitation		Soins intensifs	
	Broker CM	Clinical CM	Strengths	Réhabilitation	ACT	ICM
Ratio soignant/patients	1/50	1/30	1/20 à /30		1/10	
Assistance aux patients	-		+/-		+++	
Suivis partagée	Non		Non		Oui	Non
Couverture 24h	Non		Non		Souvent	
Apports de l'usager	Non	+	+++		+	
Accent sur l'amélioration des compétences	Non	-	+/-	+++	+/-	
Fréquence des contacts avec les patients	Peu	Modéré	Modéré		Haute	
Lieu des contacts	Clinique/ bureau		communauté	Les deux	Communauté	
Intégration du traitement	--	+/-	--		+++	
Prestation directe des services	-	+/-	+/-		+++	
Population cible	SMI *		SMI		SMI utilisateurs hauts des services	

LEGENDE :SMI : SEVERELY MENTALLY ILL, PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES SEVERES. - : PEU D'ACCENT MIS SUR CET ITEM. +/- : ACCENT MODERE SUR CET ITEM. + : ACCENT MIS SUR CET ITEM. +++ : ITEM MAJEUR DU PROGRAMME DE SOINS.

3.2. ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT

On peut traduire ce terme, à l'image des psychiatres québécois, par « suivi intensif dans la communauté » ou par « équipe de traitement communautaire dynamique ».

3.2.1. DÉFINITION

Historiquement, le modèle a été développé à l'institut de Santé Mentale Mendota, à Madison, Wisconsin (USA) [43]. Le service a tout d'abord développé des techniques de réhabilitation pour les patients hospitalisés au long cours, afin de les *préparer* à la sortie. Constatant le fort taux de ré-hospitalisation de ces patients, phénomène nommé « porte tournante » (*revolving door*, cf. Chap. 2.1.3), les Drs Leonard Stein et Mary Ann Test ont transféré les soins de l'hôpital à la communauté, dans le but de *prolonger* leur sortie. Leur programme pilote, précurseur du “*Training in Community Living*” (TCL) était basé sur le fait que certains patients étaient trop malades pour être « réhabilités » à l'hôpital en vue d'une sortie. Ces patients avaient un répertoire limité de comportements pour faire face aux problèmes et stressés de la vie quotidienne. Ils ont donc travaillé avec eux au développement de compétences afin de faire face à ces situations, sur un modèle cognitivo-comportemental.

3.2.2. OBJECTIFS

Le modèle de Stein et Test [44] s'adresse donc à des patients atteints de pathologies psychiatriques chroniques et handicapantes. Il tente de répondre à leurs besoins spécifiques, pour leur permettre de vivre dans la communauté. Pour ce faire, les auteurs définissent des objectifs devant être adoptés par les équipes de soins ambulatoires. Ces objectifs sont de deux ordres : médicaux et sociaux.

- Aider les patients à **acquérir les ressources matérielles** (nourriture, logement...), et des soins médicaux.
- Permettre au patient d'acquérir les compétences nécessaires pour **faire face aux réalités du quotidien** (transports, budget etc.).
- **Soutenir et encourager** les patients, qui ont un niveau de motivation facilement altéré.

- **Rompre le cycle de dépendance** aux soignants, en encourageant à l'autonomie (*empowerment*).
- Apporter du **soutien et de l'éducation aux proches** et à la communauté.
- Adopter une **politique d' « aller vers »** l'utilisateur afin de diminuer les perdus de vue et d'assurer la continuité des soins (*Assertive Outreach*).

3.2.3. L'EXPERIENCE DE STEIN ET TEST

Leur première expérience [44] propose de comparer l'état clinique et de fonctionnement de deux groupes. Le premier (groupe test) était suivi par une équipe de soins ambulatoires intensifs **pendant 14 mois**. Le groupe contrôle bénéficiait des soins standards, c'est-à-dire un traitement hospitalier puis des soins de suite ambulatoires. A 14 mois, les patients du groupe test étaient transférés dans les programmes de soins de suite en place dans la communauté, c'est-à-dire les mêmes que le groupe contrôle. Le suivi se poursuivant jusqu'à 28 mois. Les deux groupes bénéficiaient donc du même traitement pendant les 14 derniers mois.

Les 130 patients inclus se présentaient tous pour une admission dans un hôpital psychiatrique, avaient de 18 à 62 ans et avaient une pathologie psychiatrique (excluant les troubles organiques et les pathologies alcooliques). 50% souffraient de schizophrénie. Ils avaient accumulé 14,5 mois de présence hospitalière en moyenne, répartis sur 5 séjours. Les patients étaient assignés à un groupe par randomisation.

Le traitement test (TCL) était délivré par une équipe disponible 24 heures sur 24, chez les patients ou dans leur voisinage. Il comportait, outre des contacts journaliers, une évaluation des capacités pratiques, un accompagnement aux actes de la vie quotidienne, et un soutien actif à l'emploi. Les familles étaient prises en compte et soutenues. Les soignants avaient une dynamique d'intervention active, par exemple, si le patient ne se présentait pas au travail, un membre de l'équipe intervenait immédiatement. Les contacts avaient lieu à domicile, mais aussi dans les lieux de voisinage ou sur le lieu de travail.

3.2.4. DES PREMIERS RÉSULTATS ENCOURAGEANTS

Les résultats de l'étude ont montré une diminution significative du taux d'hospitalisations dans le groupe test, sans différence au niveau des incarcérations, donc une augmentation du nombre de patients vivant dans la communauté, et ce à 4, 8, 12 et 16 mois. Le taux de réadmission à l'hôpital du groupe contrôle était de 58% la première année, contre 6% du groupe test. Mais cette différence entre les deux groupes disparaît à l'arrêt du programme de soins intensifs communautaires. Le groupe test est deux fois plus hospitalisé à 28 mois qu'à 12.

Les patients du groupe test étaient aussi statistiquement plus employés, et ce jusqu'au vingt-huitième mois de l'étude, mais avec une chute du taux d'emploi de 22 à 8% les derniers mois. Il n'y avait pas de différence concernant les relations sociales et les activités. Par contre, on note une meilleure satisfaction et une meilleure estime personnelle chez les patients du groupe test pendant les douze premiers mois ($p < 0,05$). Il n'y avait pas de différence significative concernant l'observance thérapeutique.

Sur le plan clinique, les résultats montrent une amélioration clinique du groupe contrôle qui s'estompe après l'arrêt du programme de soins. Les principales données sont résumées dans le Tableau 3: sont indiqués les résultats statistiquement significatifs à la Short Clinical Rating Scale [51] (SCRS) entre les deux groupes. Le chiffre indiqué correspond à la valeur de p quand cette dernière est significative ($p < 0,05$). Ce tableau souligne bien la différence des résultats pendant et après l'intervention. En effet, pendant les 12 premiers mois, plusieurs groupes de symptômes sont nettement améliorés dans le groupe test (maladie globale, agitation, anxiété), alors que les deux groupes sont comparables la deuxième année, quand ils reçoivent le même traitement.

TABLEAU 3 : L'ETUDE DE STEIN ET TEST : RESULTATS CLINIQUES.

DIFFERENCE STATISTIQUEMENT SIGNIFICATIVE (P) A LA *SHORT CLINICAL RATING SCALE* ENTRE LES DEUX GROUPES [44].

Short Clinical Rating Scale [51]	Pendant le traitement (mois)				Après le traitement (mois)			
	0	4	8	12	16	20	24	28
Humeur dépressive				0.01				
Idées suicidaires				0.00 1				
Anxiété		0.001	0.01	0.01		0.02		
Expressions de colère								
Repli sur soi								
Agitation motrice		0.05	0.01			0.02* *		
Ralentissement moteur								
Comportement paranoïde				0.01				
Hallucinations								
Troubles de la pensée			0.01	0.00 1				
Élation		0.05		0.01				
Plaintes physiques								
Maladie globale	0.05	0.05	0.00 1	0.01				

(** DIFFERENCE STATISTIQUEMENT SIGNIFICATIVE EN FAVEUR DU GROUPE CONTROLE).

NB: QUAND LE RESULTAT N'EST PAS SIGNIFICATIF, LA CASE DU TABLEAU EST LAISSEE VIDE.

L'étude de Stein et Test montre donc des résultats très en faveur des soins intensifs communautaires, comparés aux modèles de soins standards, tant au plan de leur faisabilité que des résultats cliniques, du retour à l'emploi ou de la satisfaction. La donnée majeure de l'étude est que les **effets s'arrêtent dès que les patients sortent du programme de soins**, et ce pour une population psychiatrique globale, ne sélectionnant pas une pathologie particulière. Ce constat souligne la nécessité d'un suivi soutenu au long cours pour les patients maintenus dans la communauté. Les auteurs proposent donc la mise en place d'équipes communautaires proposant des soins d'intensité modulable selon le patient et selon l'évolution actuelle de sa

pathologie, mais illimités dans le temps. Ce programme sera nommé *Assertive Community Treatment*.

Pour eux, les **indications d'hospitalisations** sont les suivantes :

- **Risque auto ou hétéro agressif**, risque suicidaire très élevé.
- **Co morbidité somatique** nécessitant des soins hospitaliers.
- Episode thymique ou psychotique aigu **d'intensité particulière**.

La psychose en soi n'est donc pas un critère d'hospitalisation.

Devant ces résultats prometteurs, le modèle s'est disséminé dans les pays anglophones et en Europe du Nord. Citons entre autres les USA, le Canada [52], l'Australie [53], les Pays Bas [54], le Royaume Uni, la Scandinavie [55] et plus récemment le Japon [56].

3.2.5. L'EXEMPLE BRITANNIQUE

A partir de 1999, sur la base des résultats américains, le gouvernement britannique met en place une réforme des services de santé mentale communautaire [57]. Elle instaure :

- des équipes d'intervention de crise mises en place de 2002 à 2005 ([58] cf. chapitre 4),
- des centres de soins précoces spécialisés dans la schizophrénie,
- 170 unités d'ACT (au départ), nommées "*Assertive Outreach Teams*" (AO), visant les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères, grands utilisateurs de soins intra-hospitaliers [57], [59]. Elles ont été mises en place à partir de 1999, et on en compte actuellement 230, traitant annuellement 20 000 patients¹.

Les recommandations gouvernementales proposent la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire gérant environ 90 usagers (1 soignant pour 12 patients), pour une population de 250 000 habitants. Leur mode d'intervention doit correspondre au modèle

¹ Source : Communication personnelle, Pr L. Appleby, Université de Manchester.

d'*Assertive Community Treatment*. Ils suggèrent que l'équipe soit composée de travailleurs sociaux et de soignants : infirmiers, psychiatres, psychologues, addictologues.

En parallèle, plusieurs études ont été lancées pour comparer ce modèle au *Case Management*, mais aussi aux équipes de soins ambulatoires standard nommées *Community Mental Health Teams* (CMHT). On distingue des études expérimentales contrôlées (PRiSM [60], UK700 [61], REACT (*Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment*) [62]) et, plus tard, des études de routine évaluant les programmes mis en place, et les comparant entre eux [63–65].

Or, les résultats anglais tranchent avec ceux obtenus outre atlantique : ils n'obtiennent pas les effets escomptés sur le nombre d'admissions, que ce soit en expérimental ou en routine [64]. Les résultats des études contrôlées sont résumés dans le Tableau 4.

Notre travail fera référence, entre autres, à ces études britanniques en termes de niveau de preuve de l'ACT/AO, dans les différentes parties ci-après, et nous reviendrons en détail sur les disparités des résultats.

TABLEAU 4: COMPARAISON DES PRINCIPALES ETUDES RANDOMISEES CONTROLEES BRITANNIQUES.

Nom de l'étude	Dates	Nombre de patients	Randomisation	Indications	Traitement test	Traitement contrôle	Résultats
PRiSM [60], [66]	1991-1992	514	Non	Troubles psychotiques	Soins communautaires : - intensifs - non intensif	Soins hospitaliers	Soins communautaires meilleurs que soins hospitaliers Peu de différence entre les soins communautaires Dilution de l'effet en pratique de routine
UK 700 [61]	1994-1996	708	Oui	troubles psychotiques + hospitalisations fréquentes suivi de 2 ans	ICM (10 à 15 patients par référent, organisation en équipe)	CM standard (30 à 35 patients par référent),	pas de différence significative (DS) : - nombre moyen de séjours à l'hôpital -données cliniques
REACT [62]	1999-2004	251	Oui	troubles psychiatriques sévères et difficiles à engager dans les soins suivi de 18 mois	AO	CMHT	pas de différence significative (DS) : -nbre d'admissions, facteurs cliniques sociaux Mais :- meilleur engagement, - moindre taux de perdus de vue. - plus satisfaits par les soins.

3.2.6. POUR CONCLURE

Assertive Community Treatment et *Intensive Case Management* répondent aux indications suivantes [57] :

TABLEAU 5: INDICATIONS DE L'ACT ET DE L'ICM

<i>Indications de l'ACT et de l'ICM</i>
<ul style="list-style-type: none">• Patient adulte (18-65 ans) ;
<ul style="list-style-type: none">• Présentant un trouble psychiatrique sévère et chronique (troubles schizophrénique, trouble bipolaire, trouble grave de la personnalité) ;
<ul style="list-style-type: none">• Haut utilisateur de services, notamment hospitaliers, mais aussi sociaux, et présentant donc un risque majeur de marginalisation sans un accompagnement intensif ;
<ul style="list-style-type: none">• Ayant peu de compliance aux soins, voire sous l'effet d'une mesure de contrainte.

Les troubles psychiatriques sévères indiqués dans le Tableau 5 sont constitués des schizophrénies et autres troubles psychotiques, des troubles bipolaires et des troubles graves de la personnalité (borderline...). Ces diagnostics s'associent à la persistance dans le temps et la chronicité des troubles, l'existence d'un handicap psychique et des modifications ou troubles du comportement. Ce terme, fréquemment usité dans les études comme critère d'inclusion, reste flou et implique l'inclusion d'un échantillon très hétérogène.

Ce sont des modèles de soins efficaces pour permettre à des patients sévèrement malades de se maintenir en dehors de l'hôpital. En effet, ils ont prouvé leur **faisabilité** par rapport aux soins de réhabilitation hospitalo-centrés. Ils permettent aux patients de vivre de façon indépendante, évitant la stigmatisation liée à l'hospitalisation en psychiatrie. Ils reprennent ainsi leur place de citoyen au sein de leurs familles et de la communauté. De plus, ils **améliorent la qualité de vie** et la stabilité dans un logement. Enfin, un argument de poids

pour la mise en place de ces programmes est leur capacité à garder contact avec des patients peu coopérants, et à **diminuer le nombre de perdus de vue**.

Les points clé du modèle sont résumés dans le Tableau 6.

TABLEAU 6 : LES POINTS CLE DE L'ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT.

<i>Assertive Community Treatment :</i> les points clé :
• une équipe multidisciplinaire délivrant des interventions globales et graduées
• pour des patients atteints de troubles psychiatriques graves , chroniques et handicapants
• des services dispensés directement par l'équipe
• un travail d'équipe , une gestion partagée des suivis
• des réunions d'organisation quotidiennes
• un faible ratio soignant/soignés (maximum 1 :12)
• des soins dispensés dans la communauté
• des visites fréquentes et persistantes , une approche dynamique et interventionniste , favorisant l' engagement dans le soin (fréquence des contacts pouvant être quotidienne)
• une focalisation sur les problématiques du quotidien, et sur la gestion des symptômes
• des interventions rapides en cas de crise
• des soins individualisés
• un service illimité dans le temps

4. INTERVENTION DE CRISE A DOMICILE

Si l'ACT et le CM sont une tentative de réponse aux problèmes de la sortie des asiles des « anciens malades chroniques », les interventions de crise tentent, elles, d'enrayer la chronicisation des « nouveaux malades », selon la distinction faite plus haut. Le second grand modèle est donc l'intervention de crise, qui lui, constitue une intervention à court terme, pouvant avoir lieu au domicile du patient. Nous définirons le concept de crise avant de préciser les modalités du travail de crise à domicile.

4.1. LA CRISE

Les modèles d'intervention de crise se sont développés dans les années 1970. Les premiers exemples concernaient des interventions préventives en cas de sinistres ou de catastrophes [20]. Au départ, il s'agissait d'interventions ciblant les périodes de crise chez des individus n'ayant pas de pathologie déterminée (hospitalisation de crise, centres de jour ou équipes mobiles) [67]. Le modèle fait appel à des théories d'inspiration systémique.

La crise est définie comme un processus physiologique propre à tout système vivant. Il s'agit de l'état de ce système au moment où un changement se produit, souvent provoqué par un **événement de vie** particulier. Cela mobilise des capacités d'adaptations afin de mettre en place les changements nécessaires pour résoudre cette crise [68], et revenir à un état d'équilibre (homéostasie).

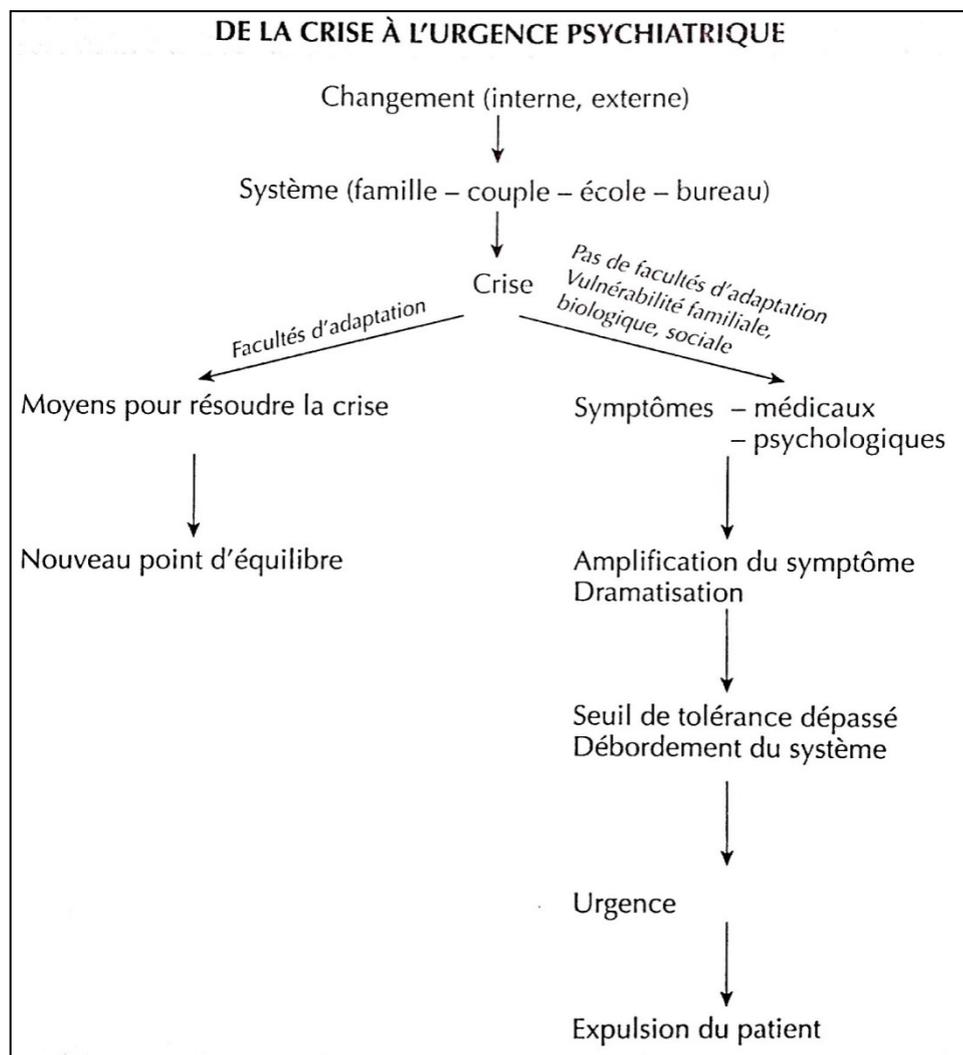
Mais lorsqu'il existe un **dépassement de ces mécanismes d'adaptation**, il peut y avoir émergence de symptômes (Figure 4). Le symptôme est alors vu comme une demande de non-changement, face à l'incapacité du système à résoudre la crise, et cela entraîne une dramatisation familiale de la situation, souvent bruyante, et une demande d'expulsion du malade désigné du système en crise. Cette expulsion se traduit par une marginalisation, ou l'hospitalisation de la personne en question.

On peut distinguer trois grands types de crises [69] : les crises psychosociales, déclenchées par un changement majeur de la vie du sujet, les crises psychotraumatiques (survenant après un événement traumatique), et les crises psychopathologiques de deux

types : dépassement des mécanismes d'adaptation présentant une personnalité fragile, ou exacerbation de symptômes chez une personne présentant un trouble psychiatrique sévère.

C'est ce dernier type de crises qui nous intéresse ici. Il s'agit d'une résurgence de symptômes chez un patient présentant un trouble psychiatrique de type psychotique, devant un évènement de vie mineur, voire même sans facteur déclenchant. La crise se manifeste alors par une symptomatologie bruyante nécessitant des soins médicaux urgents.

FIGURE 4: DE LA CRISE A L'URGENCE PSYCHIATRIQUE (IN DE CLERCQ, [68] P. 23).



Devant ces exacerbations symptomatologiques récurrentes, ou décompensations, le risque est alors l'instauration par le système d'une « tentative de solution » par l'hospitalisation, et donc le recours à l'hospitalisation systématique en cas de décompensation

même mineure, conduisant aux admissions récurrentes, au syndrome de la porte tournante, et donc à la chronicisation.

Pour résoudre ces épisodes, il faudrait une intervention urgente, rapide et intensive, afin d'éviter toute chronicisation des troubles [67]. Il s'agit d'un type d'intervention différent des interventions de crise plus classiques [69], orientée vers la prévention des hospitalisations, en prenant en compte le patient et tout son entourage, afin d'éviter l'escalade liée à la crise, et de faire émerger le problème sous jacent [68]. L'objectif de l'intervention est de permettre au système de résoudre la crise et de mettre en place des changements. Pour ce faire, se sont développés différents dispositifs de prise en charge de ces crises [70] : les centres d'admission de crise [71], très usités en France, les hôpitaux de jour de crise [72] et les équipes d'intervention à domicile.

4.2. LES EQUIPES DE CRISE A DOMICILE.

Les objectifs des interventions à domicile sont donc de traiter les crises dans la communauté afin de restaurer au mieux les mécanismes d'adaptation du patient « en situation réelle », de prendre en compte l'entourage, et d'éviter les hospitalisations ou de réduire leur durée [73].

Il s'agit d'équipes dédiées, pluridisciplinaires (infirmiers, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, intervenants de réhabilitation professionnelle), spécialisées dans l'intervention d'urgence et la résolution de crises. Elles ont une capacité à détecter rapidement les exacerbations et à intervenir de manière intensive, pour un temps déterminé [74]. Le traitement mis en place comporte des axes médicamenteux, psychothérapique et du soutien à la personne et à ses proches, dans une perspective communautaire (travail en réseau). Le relais se fait ensuite rapidement vers d'autres structures de soins. Il faut ajouter la forte influence des thérapies familiales systémiques des équipes ayant élaboré le modèle au départ, et donc l'accent porté sur l'intervention familiale permettant de résoudre la crise [11].

Le modèle s'est rapidement disséminé dans le monde occidental. En 2001, le programme national anglais a établi un guide de bonnes pratiques pour l'installation à l'échelle nationale de 335 équipes mobiles de résolution de crise à domicile [57], [73]. A

noter, ici aussi, la multiplication des appellations en Anglais, « *crisis resolution team* », « *crisis assessment and treatment team* », « *crisis resolution and home treatment* », « *intensive home treatment team* ». En Français, il existe des « équipes mobiles de crise », des « équipes d'intervention de crise », des « équipes d'urgence », « équipes de soins intensifs à domicile ». Là aussi, il est difficile de distinguer un modèle d'intervention derrière une appellation donnée.

4.2.1. INDICATIONS

Les unités de crise traitées ici sont dédiées aux patients présentant des **troubles psychiatriques sévères** (schizophrénies, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères) avec un état de crise aiguë d'une intensité telle qu'**une hospitalisation serait indiquée en l'absence de ce dispositif** [57]. Le terme « crise » est donc utilisé au sens de « décompensation d'une pathologie chronique », comme nous l'avons dit plus haut. Cette décompensation nécessitant des soins à domicile pour éviter une hospitalisation.

En soi, les troubles anxieux, troubles de la personnalité simples, les conduites addictives ou suicidaires isolées ne sont pas des indications dans les modèles internationaux [57]. En pratique, elles prennent tout de même en charge ce genre de pathologies, notamment des crises suicidaires ou des troubles de l'adaptation [75].

4.2.2. PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT

Le service doit être accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec un délai de réponse très rapide, une capacité de support intensif, visant le patient et son entourage [57], [73], [74]. L'équipe est pluridisciplinaire et la gestion des cas partagée, malgré l'existence d'un référent. Le service gère un petit nombre de cas. Le traitement est délivré à court terme, en général pendant six semaines. Les recommandations précisent que le médecin psychiatre doit être disponible 24 heures sur 24 (présence physique ou astreinte téléphonique).

L'objectif est de minimiser les conséquences de la crise sur le quotidien et de maintenir du support social de la personne, dans une perspective bio-psycho-sociale. L'équipe intervient en soutien dans les actes du quotidien, elle doit utiliser des modalités d'intervention flexibles, basées sur le partenariat et la négociation, et favorisant l'autonomie de la personne. Le soin est délivré pour une durée déterminée. L'utilisateur est invité à apprendre de l'expérience de crise qu'il vient de vivre, afin d'en tirer profit, dans une perspective de rétablissement.

4.2.3. MISSIONS ET MODALITÉS D'INTERVENTIONS

Les missions de l'intervention sont les suivants [57] :

- **Orientation** : l'équipe assure un double rôle « porte » (*gatekeeper*) au sens où elle permet de dépister et de répondre rapidement à une situation nécessitant des soins psychiatriques, mais elle assure aussi une mission d'intervention en amont de l'hospitalisation afin de l'éviter.
- **Evaluation** : l'équipe intervient pour évaluer la situation de crise et les besoins de la personne.
- **Gestion de la crise** : Elle consiste à élaborer un plan d'action incluant un panel d'outils variés allant de l'hospitalisation à temps complet, aux équipes de soins de secteur, en passant par l'équipe de crise. Cette gestion inclut aussi la détermination d'objectifs.
- **Coordination** des soins et organisation du relais de suivi.

Le traitement se déroule en quatre phases [57] : l'évaluation, la planification de l'intervention, l'intervention à proprement parler et la résolution de crise avec relais vers d'autres structures de soins. L'intervention de crise comprend [73] des visites à domicile aussi fréquentes que nécessaire, le travail d'alliance thérapeutique, l'ajustement des traitements, un soin psychothérapeutique, une aide pratique pour les actes de la vie quotidienne, l'aide à la gestion des symptômes, l'éducation à la santé, le soutien à l'entourage.

La première partie du travail (orientation et évaluation) est commune avec les équipes mobiles travaillant l'accès aux soins (équipes mobiles pour adolescents, équipes santé mentale et précarité, cf. Figure 2). Les équipes de crise à proprement parler effectuent le travail de résolution de la crise ensuite. Le point commun de ces deux types de dispositifs est l'amélioration de l'accès aux soins. Cette notion se retrouve inversée par la dynamique « d'aller vers » la situation de crise : c'est l'équipe qui va au patient, et non plus l'inverse. Cela implique de travailler sur la non demande de soins, et l'engagement des usagers, en créant un compromis créatif et adapté à la personne et son entourage. Ces notions seront reprises en discussion (cf. chapitre 5.5).

4.3. RESUME ET AVANTAGES

Les équipes mobiles d'intervention de crise poursuivent donc les objectifs suivants :

- favoriser la **rapidité de réponse** et **l'accès aux soins** ;
- **évaluer l'état clinique** des patients afin de les **orienter** au mieux dans leur parcours de soins ;
- **éviter l'hospitalisation** et ses conséquences dès que possible ;
- gérer la crise à domicile pour **soutenir l'utilisateur et ses proches** dans la communauté.

La littérature nous montre que ces interventions sont faisables dans environ 50% des situations où une hospitalisation est proposée [67]. Elle apporte une meilleure satisfaction du patient et de sa famille, et en soi, constitue donc une alternative intéressante.

Les avantages des soins de crise à domicile peuvent être résumés ainsi :

TABLEAU 7: AVANTAGES DES EQUIPES DE RESOLUTION DE CRISE [57].

Avantages des équipes mobiles de résolution de crise :
<ul style="list-style-type: none"> • apporter une réponse rapide à la crise.
<ul style="list-style-type: none"> • éviter l'hospitalisation et la stigmatisation.
<ul style="list-style-type: none"> • rompre le cercle du recours à l'hospitalisation.
<ul style="list-style-type: none"> • diminuer le nombre et la durée des admissions.
<ul style="list-style-type: none"> • apporter une sensibilité culturelle, une approche écologique, prendre en compte les problématiques sociales.
<ul style="list-style-type: none"> • soutenir l'entourage.
<ul style="list-style-type: none"> • améliorer la satisfaction des usagers et de leurs familles.

5. DISCUSSION

Si les modèles présentés apparaissent séduisants, ils soulèvent toutefois plusieurs questionnements. Nous avons choisi d'en discuter cinq aspects principaux :

- Le premier concerne **l'efficacité de ces programmes**, et leur niveau de preuve. Nous discuterons de l'hétérogénéité des résultats, ce qui fera naître plusieurs hypothèses à ces divergences, et sera l'occasion de discuter les limites de ces programmes ;
- Dans un second temps, nous regrouperons les convergences de ces deux modèles, et soulignerons leurs oppositions, afin de souligner la fréquente confusion entre les équipes d'ACT intervenant en cas de crise et les équipes de crises vraies, et donc **le manque de lisibilité pratique** de la distinction des modèles ;
- Ensuite, nous questionnerons **l'articulation de ces modèles avec le système global** de santé : liens, articulations, redondances ? ;
- Une quatrième partie se penchera sur **le point de vue des professionnels** : quel est le risque d'épuisement professionnel des intervenants à domicile ? Quel sont les risques encourus par les professionnels à domicile ?
- Enfin, un dernier point posera la question de **la contrainte en ambulatoire**, et de l'éthique du domicile : acceptabilité, risque de contrôle social...

5.1. L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE SOINS : EFFICACITE ET NIVEAU DE PREUVE.

Cette première partie de la discussion porte sur l'efficacité des soins intensifs à domicile. Il s'agit d'une question difficile pour plusieurs raisons. Si les résultats d'études randomisées contrôlées, issues de « *evidence based medicine* », concernant l'évaluation de traitements médicamenteux ou de tests diagnostics peuvent contenir de nombreux biais, l'évaluation des modèles de soins est encore plus délicate. Les modèles de soins utilisés dépendent de « croyances » thérapeutiques, des pratiques locales, des moyens disponibles, de l'histoire du réseau de soins, de la géographie.

Citons par exemple les travaux de Capdevielle, en France, qui propose une revue de la littérature concernant les durées d'hospitalisation pour les patients souffrant de schizophrénie [76], [77]. L'auteure distingue plusieurs facteurs faisant varier les durées d'hospitalisation [76] :

- les « facteurs liés aux patients » (signes cliniques, âge, comorbidité),
- les « facteurs liés aux traitements » (molécule utilisée et réponse thérapeutique) ;
- les « facteurs liés aux systèmes de soins »,
- on pourrait y ajouter des facteurs environnementaux, socio-familiaux qui conditionnent aussi la durée d'hospitalisation (conditions de logement ou d'hébergement à la sortie, étayage familial).

Les résultats concernant les liens entre durée d'hospitalisation initiale et taux de réadmissions sont très contradictoires entre les études : certaines publications montrent qu'une hospitalisation courte augmente le taux de réadmission, et d'autres qu'elle le diminue.

Concernant les systèmes de soins, elle montre que la durée des hospitalisations peut être diminuée si le système extra hospitalier est développé. Ainsi, la durée de l'hospitalisation dépend des alternatives proposées en ambulatoire. Par contre, le risque de réadmission dépendrait de variables individuelles (évolution de la maladie, rechutes) [77].

Des analyses similaires sont effectuées concernant les programmes de soins à domicile. Les résultats retrouvent le même type d'hétérogénéité, à laquelle les auteurs proposent diverses explications que nous proposons de détailler ici.

L'évaluation médico-économique, bien qu'indissociable de cette évaluation, sera exclue de ce travail qui restera centré sur les questionnements cliniques. Nous pouvons orienter le lecteur sur la revue de littérature effectuée en 1999 par l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé), recensant les études internationales coûts-résultats en matière d'organisation des soins psychiatriques [78]. Cette revue propose un ensemble d'études comparant l'hospitalisation à plusieurs alternatives communautaires, plus ou moins intensives (centres de consultation, hôpitaux de jour), avec globalement une supériorité combinées coûts-résultats du traitement communautaire.

5.1.1. ACT, DES RESULTATS CONTROVERSEES.

Après les succès des expériences américaines, les études comparant les programmes d'ACT aux autres modèles organisationnels se sont multipliés. Les résultats en sont toutefois plus nuancés. L'ACT ne parvient pas toujours à diminuer le nombre d'admissions par rapport à d'autres soins ambulatoires. Cette question fait d'ailleurs l'objet de nombreuses publications et d'une vive controverse.

Nous proposons ici de résumer les principaux résultats de l'évaluation de l'ACT/ICM. Ensuite, nous présenterons quelques hypothèses expliquant cette hétérogénéité. Ces dernières nous semblent intéressantes, non seulement pour expliquer les divergences de résultats, mais aussi parce qu'elles soulèvent plusieurs questions à propos de l'organisation des soins à domicile, et de l'indication de ces programmes ambulatoires au long cours, que nous discuterons.

5.1.1.1. ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT *VERSUS* SOINS STANDARDS.

Une méta analyse de la Cochrane Library [49] compare l'*Intensive Case Management* aux soins standards. En pratique, les soins standards sont des soins ambulatoires, qui ne sont pas organisés comme du *case management*. Il s'agit plutôt de suivis du type proposé en

France dans les Centres Médico-Psychologiques, ou en Grande Bretagne dans les CMHT [79].

Cette revue compare 24 études randomisées contrôlées et 3595 patients². Elle conclut à une diminution moyenne de 0,86 jour d'hospitalisation par mois pendant 24 mois grâce à l'ICM, avec une **diminution de la durée moyenne de séjour** (n=3595, 24 RCT, MD -0.86, IC -1.37 à -0.34). Sur le plan du **maintien dans le logement**, 18% des patients deviennent sans abri dans le groupe ICM contre 26% dans le groupe contrôle [49]. Les comparaisons ne retrouvent pas de différence significative quant aux taux de mortalité ou d'emprisonnement. Il en est de même à propos du fonctionnement social ou de la qualité de vie. Sur le plan clinique, cette méta analyse conclut difficilement étant donné la diversité des échelles employées.

L'ACT/ICM permettrait donc de diminuer le nombre et la durée des admissions, et permet le maintien à domicile dans de meilleures conditions.

5.1.1.2. ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT VERSUS CASE MANAGEMENT

Comparé au *case management* standard, l'ACT montre des résultats plus hétérogènes. Certaines publications montrent une diminution du taux de réadmissions, aucun effet, ou une augmentation significative [59].

La méta analyse citée plus haut [49] compare l'ICM au CM standard et ne retrouve pas d'amélioration de la durée de séjour hospitalier (n=2220, 21 RCTs, MD -0,08, IC 0.37-0.21). Par contre, l'ICM permet **de réduire le nombre de perdus de vue** (n= 2195, 9 RCTs, RR 0.72 IC 0.52-0.99). Aucune différence significative n'est retrouvée concernant l'utilisation des services, la mortalité, le fonctionnement social, l'état psychique, le comportement, la qualité de vie, la satisfaction ou les coûts.

La revue de Mueser *et al.* [47] a sélectionné 75 études comparant des modèles de *case management*, soit à d'autres modèles plus ou moins intensifs, soit aux soins standards. Les études sont donc très hétérogènes dans leurs comparaisons et leurs années de publication.

² Dont l'étude REACT présentée dans le Tableau 4, comparant équipes d'AO et CMHT en Angleterre.

Certaines d'entre elles ciblaient une population donnée (comorbidité addictologique, personnes sans domicile fixe, jeunes patients, sorties de prison). Ils ont sélectionné les études comparant l'ACT ou l'ICM aux autres modèles moins intensifs (CM ou équipes de soins ambulatoires). Leurs résultats sont résumés dans le Tableau 8.

TABLEAU 8 : RESULTATS D'ETUDES CONTROLEES D'ACT ET ICM VERSUS CASE MANAGEMENT MOINS INTENSIF [47].

	ACT/ICM versus CM (en nombre d'études)		
Catégories de résultats	Amélioré	Pas de différence	Aggravé
Durée de séjour hospitalier	14	8	1
Stabilité dans le logement	9	2	1
Emprisonnement	2	7	1
Compliance médicamenteuse	2	2	0
Symptômes	8	8	0
Toxicomanie	1	5	0
Adaptation sociale	3	11	0
Adaptation professionnelle	3	5	0
Qualité de vie	7	6	0
Satisfaction de l'entourage	2	2	0
Satisfaction du patient	6	1	0

Les études ont donc des résultats mitigés. 61% rapportent une diminution de la durée de séjour hospitalier, mais la moitié ne relève aucune amélioration au plan symptomatologique, et le modèle ne semble pas supérieur au niveau du fonctionnement social.

Les points forts de l'ACT seraient la satisfaction du patient, et la stabilité dans le logement. Cela nous oriente sur ses indications spécifiques : ce type de programme de soins est donc particulièrement indiqué pour des patients à haut risque de marginalisation, voire sans domicile, et difficiles à engager dans les soins.

5.1.1.3. COMMENT EXPLIQUER CES DIVERGENCES ?

Les auteurs ont élaboré plusieurs hypothèses afin d'expliquer ces divergences de résultats entre les études antérieures, nord américaines et les études européennes plus récentes [59] :

- La première est la **fidélité au dispositif d'ACT** (comparabilité des dispositifs tests).

Les programmes tests sont très hétérogènes, ce qui rend leurs comparaisons difficiles. De plus, les revues mettent en évidence une évolution des pratiques en trente ans : des dispositifs testés deviennent les soins standards dans des essais plus récents [80]. Enfin, certains programmes portent l'appellation ACT ou ICM, mais correspondent plus au *case management* : alors, quelles sont les caractéristiques indispensables pour qu'un programme soit efficace ?

- La seconde concerne la **comparabilité des dispositifs** contrôles :

- Certains auteurs pensent que l'ACT n'a pas d'aussi bons résultats en Europe parce que les modèles de soins primaires anglais et européens sont supérieurs au modèle américain. Par conséquent, l'écart mesuré est moins grand.

- D'autres suggèrent que les modèles de *case management* comparés contiennent des composantes d'ACT, et ce d'autant plus que l'étude est récente. Cela diminuerait l'effet comparatif de l'ACT.

- Troisièmement, il se pose la question de **l'indication de l'ACT** et d'un effet plus important sur certains publics cibles.
- Enfin, et ce thème sera abordé tout au long des points précédents, les différences organisationnelles et culturelles entre les pays d'implantation des programmes rend les

comparaisons internationales difficiles, et peut expliquer en partie les divergences des résultats.

Plusieurs études ont donc été menées afin d'étayer ces hypothèses, dont voici les principales conclusions.

5.1.1.3.1. LA FIDELITE AU MODELE D'ORIGINE.

Afin d'améliorer la comparabilité des dispositifs, plusieurs échelles de fidélité au modèle de Stein et Test ont été proposées. Les plus étudiées sont l'Index de Fidélité de l'ACT [81] et la *Dartmouth Assertive Community Treatment Scale* [82].

L'INDICE DE FIDELITE DE L'ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT (IF-ACT).

L'indice de Fidélité de l'ACT, ou IF-ACT (cf. chapitre 8.1) a été élaborée à partir d'interviews de spécialistes de l'ACT, à propos des composantes clés du modèle [81]. Il en ressort 11 items qui ont été utilisés dans l'index de fidélité, regroupés en trois sous-échelles : **caractéristiques de l'équipe, organisation et services**. On retrouve par exemple:

- le travail **d'équipe**,
- les **réunions quotidiennes**,
- **petit ratio soignant/soignés** (1/12 à 1/12),
- **prise en charge totale des soins psychiatriques** par l'équipe d'ACT, afin de favoriser l'alliance et la continuité du suivi. Cela implique que l'équipe d'ACT doit pourvoir à tous les besoins du patient, tant en termes de médication que de psychothérapie, mais aussi proposer des activités thérapeutiques ou tout autre type de soins sans effectuer de relais à une autre structure.
- soins au **long cours**,
- **contacts fréquents** avec les patients, dans la communauté, en dehors du bureau de l'équipe (domicile, lieux de vie communautaire...),

- soins **disponibles 24 heures**.

L'étude de Mc Grew [81] a étudié 18 programmes d'ACT s'adressant à des patients hauts utilisateurs des services hospitaliers, de 1986 à 1991. Elle montre que **l'augmentation de la fidélité est significativement associée à une diminution du nombre de jours passés à l'hôpital** ($p < 0,01$). Autrement dit, plus le programme obtient un score de fidélité élevé (i.e. proche de 1), et moins les patients passent de jours à l'hôpital. Ce résultat est plus important si les cas sont partagés en équipe, si les réunions sont quotidiennes et si l'équipe est disponible 24 heures sur 24. Il faut noter que la fidélité des dispositifs diminue avec le temps, et cela amoindrit leur impact hospitalier.

La revue de Burns [59] propose une méta régression de plusieurs composantes des dispositifs d'ACT. Elle présente 29 études comparant le CM à l'ICM. Elle montre une **diminution de 0,44 jour passé à l'hôpital par mois pour chaque point de fidélité gagné à l'IFACT**. L'effet du *case management* sur l'utilisation de l'hôpital est nul si la fidélité est basse. Le sous score « organisation » serait le plus lié : 0,36 jour par mois en dehors de l'hôpital gagné par point à ce sous score. Mais ce lien n'est plus significatif une fois combiné au critère « durée de séjour antérieure des patients » (cf. chapitre 5.1.1.3.3). La revue issue de la base de données Cochrane citée plus haut retrouve les mêmes résultats [49].

L'ECHELLE D'ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT DE DARTMOUTH (DACTS).

L'échelle de Dartmouth a été élaborée en 1998 par Teague, Bond et Drake [82]. Elle est basée à la fois sur des interviews d'experts, sur les travaux de McGrew et sur des études expérimentales de dispositifs type ACT.

Il s'agit d'une échelle complexe comportant trois grands champs de données et 28 items (cf. chapitre 8.2).

- Le premier explore **les ressources humaines** : structure et composition de l'équipe, avec notamment l'organisation en équipe, la fréquence des réunions, le ratio soignant/patients, le temps de clinique du chef d'équipe, les qualifications des membres de l'équipe.

- La deuxième grande partie concerne **l'organisation de la prise en charge** : existence de critères d'admission, temps de prise en charge illimités, capacité de gestion des crises.
- Enfin, la troisième partie évalue **la nature du service** : le niveau d'approche communautaire, la politique « d'aller vers » (*Assertive Outreach*), la fréquence des contacts avec les patients, le travail avec les familles, ainsi que la capacité à traiter les comorbidités addictologiques, et enfin, le rôle des représentants d'usagers dans le travail du service.

Chaque item est coté de 1 à 5, du moins fidèle au plus fidèle. Un score supérieur à 4 indique une haute fidélité, entre 3 et 4, le programme est qualifié d'équivalent d'ACT (*ACT-like*), en deça de 3, sa fidélité est basse [83].

Tous les items piliers du modèle sont donc présents dans les deux échelles, mais l'IFACT semble plus facilement utilisable [49], [59], de part sa brièveté. De plus, toutes les études utilisant la DACTS ne retrouvent pas de corrélation significative entre la fidélité et les résultats cliniques [84]. C'est toutefois la DACTS qui est utilisée pour l'évaluation des équipes d'AO au Royaume Uni [63], [85], [86].

Les échelles de fidélité du modèle sont donc un outil intéressant, parce qu'ils assurent la comparabilité des programmes testés d'une part, mais aussi parce que les scores de fidélité ont un effet sur l'utilisation de l'hôpital. McGrew pose toutefois la question de la rigidité de la conformation à ces échelles : toute déviance au modèle conceptuel consitue-t-elle un impair prédisant une diminution de l'efficacité ? Quand considère-t-on cette déviance comme une innovation?

5.1.1.3.2. LES COMPOSANTES DES DISPOSITIFS DE SOIN : QU'EST-CE QUI ASSURE LE MAINTIEN A DOMICILE ?

Il est souvent constaté dans la littérature un plus grand intérêt pour l'étude des résultats des programmes que pour leur contenu [87] : déroulement précis du programme au quotidien, contenu des interventions, des visites à domicile etc. Ce problème a déjà été soulevé dans le paragraphe précédent, et partiellement résolu par les échelles de fidélité, mais il persiste un flou dans le contenu exact des interventions.

Une revue anglaise [80] souligne le manque de clarté des différents programmes de soins. Elle prend donc le parti de sélectionner toutes les études contrôlées de « soins à domicile » sans plus de précision, et procède à une analyse différenciée des composantes organisationnelles apportant un bénéfice. Les auteurs démontrent que l'existence de **visites à domicile (VAD) régulières** ainsi que la présence d'une **équipe médico-sociale** diminuent significativement le nombre de jours hospitalisés par patient et par mois (0.6 jour/patient/mois ; $p=0,05$ pour les VAD ; $p=0.02$ pour la prise en charge psycho-sociale).

Une publication de 2011 étudiant le travail de routine de 33 équipes d'*Assertive Outreach* au Nord Est de l'Angleterre a mis en évidence des résultats surprenants [63]. Elle constate une augmentation du nombre d'admissions pour les patients suivis par une grande équipe ayant des horaires d'interventions étendus et une grande fidélité à la DACTS (dans un contexte de diminution globale significative du taux d'admissions pré-post AO, et d'améliorations sociale et clinique). Les auteurs émettent l'hypothèse que les patients suivis par ces équipes seraient les plus sévèrement malades. On retrouve des résultats similaires pour les équipes travaillant le week-end à Londres [88], avec les hypothèses suivantes : la probabilité d'hospitaliser un patient augmente avec le nombre d'heures de travail, et, deuxième hypothèse : les équipes travaillant le week-end sont plus impliquées.

Cet effet « appel d'air » peut être aussi expliqué par une plus grande réactivité et une intervention chez des patients qui n'auraient pas accédé aux soins en l'absence de l'équipe mobile. Les patients inclus dans le dispositif pourraient faire appel à leur équipe en cas de crise, alors que sans elle, ils ne se seraient pas présentés aux urgences. L'équipe traiterait alors des situations qui n'auraient pas existé sans sa présence. Cet effet d'appel d'air et d'augmentations des demandes a été constaté à l'instauration de plusieurs équipes de crise.

Certains auteurs ont émis l'hypothèse que l'augmentation des hospitalisations pouvait être un signe positif, puisque le patient accédait mieux aux soins. Des études se sont donc penchées sur la proportion d'hospitalisations volontaires ou sous contrainte, après mise en place d'une équipe d'ACT, mais les deux types d'admissions augmentent de manière proportionnelle. Cette hypothèse ne peut donc être validée [65].

Ces résultats montrent peut être la difficulté d'évaluer l'organisation des soins à l'échelle de quelques équipes, et les limites de *evidence based*. De plus, il faut aussi

considérer les durées de suivi de ces études, qui sont relativement courtes comparées aux programmes de soins. De plus, il faudrait pouvoir évaluer la globalité du système de soins plus qu'une unité fonctionnelle isolée, et pouvoir disposer d'indicateurs de mesure globaux.

5.1.1.3.3. LES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS : DES INDICATIONS SPECIFIQUES ?

Les indications de l'ACT et du CM sont restrictives : ils s'adressent à des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères, chroniques et invalidants, comme les patients schizophrènes, bipolaires, ou atteints d'autres troubles psychotiques. Certains y incluent les syndromes dépressifs sévères ou les troubles graves de la personnalité.

Malgré tout, la notion de trouble psychiatrique sévère reste floue, mais associerait quatre paramètres : diagnostic, handicap, chronicité et troubles du comportement [49]. L'ACT vise plus spécifiquement les patients les plus hauts utilisateurs de services, très fréquemment hospitalisés, ne pouvant vivre de façon indépendante sans un dispositif très intensif.

LES PATIENTS HAUTS UTILISATEURS DE SERVICES HOSPITALIERS.

Plus le patient a séjourné à l'hôpital pendant les deux ans précédant son inclusion dans le programme ambulatoire (6 jours par mois et par patient en moyenne) et **plus l'ICM sera efficace** par rapport au CM [49], [59], [63]. Ce gain est de l'ordre de 0,2 jour hors de l'hôpital par jour hospitalisé par mois dans les deux précédentes années. Ces résultats pointent donc l'indication précise de ces programmes onéreux et intensifs, qui doivent être réservés à de très hauts utilisateurs de services. Le CM est alors une bonne alternative pour des patients moins sévèrement malades. A noter qu'après mise en place de soins standards type CMHTs bien organisés, le gain est aussi important (diminution absolue de 3 jours pour l'ICM, et de 1,8 jours pour les soins standards [49]). Ceci montre que des soins ambulatoires bien organisés permettent aussi de diminuer le recours à l'hospitalisation pour ces patients.

Par ailleurs, une publication récente mettant en parallèle le taux de suicide en Angleterre et au Pays de Galles avec la mise en place des réformes de santé mentale dans les différents services montre que la présence d'une équipe d'AO permet de diminuer le taux de suicide des personnes non compliantes ou qui ne se sont pas présentées à leur dernier rendez-vous [75].

LES SERVICES D'ACT SPECIALISES.

Par la suite, des programmes ont ciblé des populations plus spécifiques : personnes sans logement, jeunes patients ou présentant des comorbidités [47] : équipe santé mentale et précarité, équipes axées sur le maintien de l'emploi, équipes psychiatrie-addictologie. Les équipes santé mentale et précarité ont été très étudiées aux USA et au Canada avec des résultats très encourageants quant à l'accès aux soins et au maintien dans le logement. Ce type de programme est actuellement en cours d'expérimentation en France (programme « Un Chez Soi d'Abord » [41]). Ces structures ont obtenu des résultats satisfaisants et peuvent relayer les patients après un suivi à durée déterminée. Les recommandations britanniques incluent d'ailleurs ces ciblages dans les missions des équipes d'AO [57].

La DACTS et les recommandations britanniques [57] préconisent aussi une double compétence psychiatrique et addictologique des équipes d'ACT. Les populations présentant à la fois une pathologie psychiatrique sévère et des conduites addictives majorent leurs risques de désocialisation, de marginalisation, de comorbidités somatiques, ainsi que de risques sociaux (violence, incarcérations...). De plus, ces patients sont de ceux qui échappent le plus souvent au suivi. Les programmes d'ACT seraient alors très indiqués et effectifs. La DACTS (cf. 8.2) recommande donc aux équipes de proposer des prises en charge individuelles et de groupe des conduites addictologiques, en favorisant l'engagement du patient dans le soin, avec une perspective de traitement addictologique actif, centré sur l'ambulatoire (modèle *dual disorders*) (items S7-S9). Elle précise que les équipes doivent disposer d'un addictologue (item H9).

5.1.1.3.4. L'EVOLUTION CHRONOLOGIQUE DES MODELES.

Les revues mettent aussi en évidence une évolution des pratiques selon la date de l'essai, biaisant la comparabilité des groupes tests et contrôles dans les revues. Un modèle peut être testé dans une étude et servir de référence dans une autre [89]. Des revues ont analysé ce critère : les résultats sont contradictoires, mais l'évolution chronologique des programmes de soins n'explique pas à elle seule les variations des résultats [61], [81], [89].

5.1.1.3.5. LES DISPARITES INTERNATIONALES

L'ACT en tant que programme médico-social est fortement dépendant du tissu local, de l'organisation des soins à la politique sociale et de santé. On ne peut donc pas formaliser l'ACT comme un label qui serait équivalent au niveau international, et ce malgré les échelles présentées plus haut (cf. chapitre 5.1.1.3.1).

En 2001, Burns [87] rendait compte d'un symposium international sur le sujet. Il rappelle les hypothèses citées plus haut pour expliquer les disparités des études : divergences des programmes tests, divergences des programmes contrôle [55]. A cela, s'ajoutent deux notions importantes : la politique médico-sociale locale, et les variations d'acceptabilité de l'ACT liées à la culture locale (culture professionnelle comme profane). L'hétérogénéité des études empêche la réalisation d'une méta analyse.

Les politiques de sociales et sanitaires sont très divergentes d'un pays à l'autre de part la provenance des financements (public, privé, local ou fédéral, assurance maladie), et l'organisation de la psychiatrie. L'auteur évoque notamment l'impact de la politique de sectorisation. Un pays qui organise les soins psychiatriques de manière sectorisée a répandu sur le territoire un plus grand nombre de structures de soins, mais elle a aussi en charge une population donnée qui lui incombe, et qu'elle ne peut exclure de ses programmes expérimentaux. Ainsi, les Anglais ou les Allemands auraient plus de difficultés à exclure d'un programme d'ACT des patients risquant d'altérer les résultats, chose faisable aux Etats-Unis. Au-delà de cette remarque un peu cynique, la provenance et le montant des financements des programmes les influencent aussi partiellement.

Sur le plan culturel, le vécu de l'implantation de l'ACT était très différent entre l'Allemagne et l'Italie. Les Italiens vivaient l'ACT comme un concept « anglophone » peu acceptable, alors que les Allemands ne voyaient pas l'intérêt d'une telle organisation puisque le système social fonctionnait déjà sur ce genre de modèles. L'organisation pluridisciplinaire des équipes, les responsabilités partagées, et à fortiori, l'attribution de la référence des cas à un professionnel non médecin (assistant social, infirmier), se heurte aux habitudes culturelles locales. Ce système était déjà appliqué en routine en Allemagne ou en Suède, alors que l'Italie a été confrontée à une redistribution des rôles dans le binôme médecin-infirmier, ce dernier

ayant traditionnellement peu de responsabilités. Ces facteurs influencent certainement la manière dont les équipes locales se saisissent du modèle théorique.

5.1.1.4. BIAIS ET LIMITES.

Plusieurs biais sont à relever dans l'ensemble des publications présentées. Notamment, le fait que de nombreuses études comparent un programme test à des soins standards, et non des programmes de routine. Le fait d'étudier un programme expérimental peut biaiser les résultats par une plus grande motivation des équipes [60].

De plus, les soins dits « standards » ont évolué dans le temps, et peuvent être, au sein d'une même revue, très divers. Citons la revue de Catty *et al.* [80] qui présente 56 études randomisées contrôlées de traitements « à domicile ». 84% des programmes contrôlés étaient des soins communautaires (CM ou soins non organisés), et 16% étaient des soins hospitaliers. Cette hétérogénéité se retrouve dans plusieurs revues, ce qui biaise la comparabilité des programmes. Les résultats, notamment sur l'hospitalisation, ne peuvent qu'être très différents si le traitement contrôlé est communautaire ou hospitalier. Ce problème n'est pas relevé dans les revues et atteste de la difficulté de *Evidence Based Medicine* pour résoudre les questions d'organisation des soins.

En corollaire, d'autres auteurs signalent une faible viabilité des programmes. Pour leur revue, Wright et son équipe [89] ont recontacté des équipes tests : uniquement 44% d'entre elles étaient toujours en activité dans leur forme originale. 40% de celles qui avaient disparu avaient été dissoutes dès la fin de l'expérience (malgré des résultats positifs), et 25% ont survécu 5 ans après leur création. Il n'y a pas de donnée disponible permettant de comparer ce taux de disparition avec celui d'autres modèles de soins. La plupart des services qui étaient encore en fonctionnement avaient conservé leur organisation de départ avec quelques modifications. L'intensité du programme semblait s'être allégée, ce qui est aussi retrouvé dans d'autres revues.

Ces résultats sont à prendre en compte dans l'applicabilité du modèle, et diminuent l'impact des données précédentes. Les études concernant la pratique de routine montrent clairement une dilution de l'effet sur les hospitalisations [60], [63], [65].

Quelles hypothèses peuvent expliquer cette faible viabilité ? Existe-t-il un épuisement important des personnels, et de leur volonté de réactivité, une démotivation entraînant la fin du programme ? Les équipes cessent-elles leur activité par manque d'impact sur les patients ? Sont elles confrontées à des problèmes budgétaires, des problèmes d'organisation du réseau ? Il serait crucial de se pencher sur cette viabilité et les raisons de l'arrêt des programmes, afin de cibler les problèmes réellement posés par la pratique de routine.

5.1.1.5. AU TOTAL.

L'ACT est donc un modèle faisable et efficient comparé aux soins standards. Malgré tout, sa supériorité par rapport à des soins communautaires moins intensifs tels que le *Case Management*, voire même des équipes de santé mentale bien organisées, est très variable. L'ACT, dans de récentes études de routine, échoue à diminuer le taux d'hospitalisations [65].

Il apparaît donc qu'un suivi à domicile plus léger, bien organisé, et à double compétence médico-sociale améliore aussi bien les résultats sur l'hospitalisation. Les modèles intensifs doivent donc être réservés à des patients très hauts utilisateurs de services, et difficiles à engager dans les soins, d'autant plus qu'il s'agit d'un modèle onéreux. Les auteurs anglais suggèrent donc, malgré la volonté gouvernementale d'instaurer des équipes d'ACT depuis les années 2000, d'étudier de façon plus approfondie les équipes de santé mentale communautaire.

5.1.2. LES INTERVENTIONS DE CRISE

5.1.2.1. EFFETS SUR L'HOSPITALISATION

La littérature est moins abondante concernant les équipes de crise qu'à propos de l'ACT. L'objectif de ces interventions étant d'éviter les hospitalisations, il s'agit du critère le plus étudié.

5.1.2.1.1. NOMBRE ET DUREE DES ADMISSIONS

En France, l'équipe de Robin *et al.* [11] a comparé deux cohortes se présentant pour une première hospitalisation. Le groupe test a reçu les soins d'une équipe mobile d'intervention et de crise (ERIC: Equipe Rapide d'Intervention de Crise) avec ou sans hospitalisation initiale, alors que le groupe contrôle était hospitalisé. Ces patients ont été suivis de façon prospective pendant 5 ans. Le critère principal était le nombre de jours passés à l'hôpital, par admission et cumulés. Les résultats montrent que l'équipe mobile permet d'éviter 50% des hospitalisations. S'il y a admission, elle est plus courte dans le groupe test durant les 5 ans (25% du groupe test contre 6% du groupe contrôle restent moins d'une semaine hospitalisés, $p < 0.034$). Mais le dispositif n'a pas d'impact significatif sur le nombre d'hospitalisations à partir de la deuxième année.

Une méta analyse de la base de données Cochrane étudie les interventions de crise pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères [67]. Elle compare les effets d'une intervention de crise à ceux des soins « standards » (l'hospitalisation puis les soins ambulatoires). Elle inclut 5 études randomisées contrôlées, pour un total de 724 patients. Elle conclut que 44,8% des patients du groupe test seront quand même hospitalisés dans les 12 mois, mais le nombre de réadmissions serait inférieur.

Les données de la littérature sont de nouveau hétérogènes. En effet, à l'échelle d'une équipe, on constate une baisse de 59 à 22% du taux d'admission à huit semaines après l'intervention de crise [90] ; mais à l'échelle de l'Angleterre, Jacobs et Barrenho [91] ne retrouvent pas de diminution globale du taux d'admission imputable directement à la mise en place des équipes de crise entre 1999 et 2004 (dans un contexte de diminution globale des admissions).

Il faut préciser l'ambiguïté du critère « hospitalisation » pour mesurer l'efficacité et l'efficience des modèles de soins. En effet, il s'agit ici d'un objectif poursuivi par le modèle. Il est naturel que le nombre d'hospitalisations diminue suite à l'introduction d'une alternative. Le nombre d'admissions par patient reflète plus le mode de prise en charge disponible que l'efficacité de cette prise en charge [80] (ces remarques font d'ailleurs écho aux résultats de Capdevielle cités plus hauts concernant les durées d'hospitalisation [77]). Si, dans le contexte de l'évaluation d'une alternative, ce critère peut renseigner sur la faisabilité du modèle, en aucun cas il n'est une mesure de supériorité d'un modèle par rapport à l'autre. L'hospitalisation reste toujours nécessaire dans certains cas, ce sont les indications de cette dernière qui sont réduites.

5.1.2.1.2. FACTEURS DE VARIATION DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS.

La distinction effectuée par Capdevielle [76] se retrouve ici : le nombre d'hospitalisations varie en fonction des pratiques des équipes de soins et des facteurs individuels liés au patient.

FACTEURS LIEES AUX PRATIQUES.

Une étude de Cotton *et al.* [92] se penche sur les facteurs associés à la persistance d'hospitalisations dans ce contexte en Angleterre. Elle montre des variations de recrutements et de pratiques entre les équipes. Par exemple, le lieu de l'évaluation serait déterminant : les patients reçus aux urgences sont plus hospitalisés que ceux qui sont évalués à domicile, indépendamment des symptômes. C'est un argument pour favoriser la mobilité des équipes d'urgence, afin d'évaluer la personne en crise dans son contexte de vie.

Autre facteur de variation, le fait que l'équipe laisse ou non le patient choisir d'être hospitalisé. Ceci soulève un dilemme intéressant : dans une perspective de psychiatrie communautaire, favorisant l'*empowerment* de l'utilisateur, et recherchant le consentement et la satisfaction de ce dernier, il peut apparaître contradictoire d'agir en tant que « *gatekeeper* », décidant des indications d'hospitalisations de façon unilatérale. Si l'utilisateur souhaite être hospitalisé, pourquoi lui proposer une alternative ?

L'indication d'hospitalisation, dans tout le champ de la santé, est posée médicalement. En effet, une admission implique des coûts médico économiques importants, (tout comme

d'ailleurs un programme de soins intensifs à domicile), d'où l'importance d'une orientation rapide vers le service le plus adéquat.

Ce principe est-il en contradiction avec la volonté de satisfaire l'utilisateur ? Si seule la volonté du patient est prise en compte, le médecin ne s'expose-t-il pas alors au risque, spécifique à la psychiatrie, de reproduire les schémas comportementaux appris par le patient, et que justement son intervention cherche à éviter ? Sans aborder les hospitalisations sans consentement, sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement (cf. chapitre 5.5.1), l'indication d'un mode de prise en charge, tout comme celle d'un traitement médicamenteux, devrait revenir au médecin, dans une volonté de compromis soignant-soigné.

FACTEURS LIÉS AUX PATIENTS.

La gravité des symptômes n'est pas une variable significative, mais l'incurie, l'absence d'adhésion aux soins, l'agressivité, le risque suicidaire élevé [93], l'absence d'entourage, ainsi que les antécédents d'admissions sous contrainte sont des facteurs favorisant les hospitalisations [74], [92]. Ce ne sont pas les symptômes qui déterminent l'entrée à l'hôpital, mais bien le contexte environnant et les risques qui y sont associés. L'existence d'équipes mobiles de crise modifie donc le profil des patients hospitalisés, réservant l'admission à des personnes très sévèrement malades, souvent admises sans leur consentement [74]. Le changement de recrutement des hôpitaux psychiatriques pourrait alors dégrader la qualité des soins hospitaliers par concentration dans les services de patients potentiellement agressifs, et non consentant aux soins, et peut être aussi la stigmatisation associée à l'admission, avec entretien de l'amalgame entre psychiatrie et dangerosité.

5.1.2.1.3. TAUX DE RÉADMISSION.

Le taux de réadmissions est aussi une variable à prendre en compte. En effet, si l'intervention de crise à domicile permet une sortie plus rapide, n'est-ce pas au risque de réadmettre plus rapidement le patient ? Auquel cas, les durées d'admissions seraient biaisées par un nombre répété d'admissions plus courtes.

Pour éviter ce biais, l'étude de Robin [11] propose d'utiliser un critère de « fin d'une hospitalisation ». Ainsi, une hospitalisation n'était considérée comme terminée (et sa durée comptabilisée dans l'étude) que si le patient n'était pas réadmis dans les 30 jours suivant sa sortie. Utilisant ce critère, la proportion d'hospitalisations courtes (moins de 7 jours) est trois

fois plus importante dans le groupe test (à qui les investigateurs de l'étude proposaient une intervention de crise à domicile). La méta analyse de Joy [67] montre aussi que les groupes tests ont moins d'admissions répétées que les groupes contrôles à 12 mois (n=465 ; 3 RCTs ; RR 0,72 ; IC 0,54-0,97).

5.1.2.2. EFFETS CLINIQUES.

L'étude britannique comparant taux de suicide et mise en place des réformes de santé mentale de 1997 à 2006 [75] montre que la réforme la plus associée à une diminution du taux de suicide est l'instauration d'équipe de résolution de crise. Cette étude est la première à mettre en avant un tel parallèle, et précise que sa méthodologie ne permet pas de faire un lien de cause à effet, mais ce sont néanmoins des résultats intéressants qu'il conviendrait de répliquer.

La revue de Joy [67] ne peut pas conclure quant aux critères cliniques, au fonctionnement global ou à l'intégration sociale parce que les études qu'elle compile utilisent des échelles différentes ou ne disposent pas de données individuelles utilisables. Des études supplémentaires à grande échelle et utilisant une seule mesure seraient donc à répliquer. Par contre, elle met en évidence une meilleure satisfaction des usagers et de leurs familles, qui déclarent être moins perturbées par des soins à domicile, et disent même ressentir moins de charge à s'occuper de leur proche. Ces résultats se retrouvent dans d'autres études [74], [90], et rassurent quant aux questionnements sur la charge potentielle pour les familles à s'occuper de leur proche en période de crise.

5.1.2.3. BIAIS ET LIMITES.

Si l'ACT était un modèle extrêmement bien étudié et très précisément décrit, il persiste, à propos des interventions de crise, un plus grand flou. L'absence d'échelle de fidélité y joue un rôle important. Les études anglaises comparant plusieurs équipes de crise sont confrontées au problème de la comparabilité des groupes [94].

Tout comme pour l'ACT, les auteurs relèvent des difficultés à recueillir des données fiables étant donné la variété de termes (« *crisis resolution* », « *crisis intervention* », « *crisis assessment* », « *home treatment* »), correspondant aux mêmes interventions [74]. De plus, le contenu exact de ces interventions est peu précisé : la majorité des études se penchent sur les

résultats, plutôt que sur le fonctionnement ou l'organisation des soins. L'existence d'une échelle de fidélité permettrait d'éviter ce biais.

5.1.3. CONCLUSION : QUEL NIVEAU DE PREUVE ?

Prendre en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques graves en ambulatoire s'avère donc faisable. En effet, les deux modèles présentés visent le maintien à domicile des patients, que ce soit par un accompagnement au long cours ou par un soutien en temps de crise. Les ré-hospitalisations restent nécessaires pour des indications et un temps limités.

Le tableau ci-dessous résume les principaux résultats des revues. Les publications présentées indiquent qu'éviter une hospitalisation ne nécessite pas forcément un dispositif ambulatoire intensif, mais que la coordination médico-sociale et la mobilité, jusqu'au domicile du patient, sont des facteurs clé des soins communautaires. Il ressort de ces revues les indications spécifiques de ces programmes de soins, qui permettent d'augmenter leur efficacité.

Toutefois, il est nécessaire de rester mesuré quant à leur efficacité en routine. Les données sur la viabilité des programmes, la dilution de l'intensité des interventions et de leurs effets ne doivent pas être négligées. On peut évoquer plusieurs hypothèses.

- L'une d'entre elles est d'ordre méthodologique, mais comporte des implications pratiques : une lecture attentive de la littérature permet de réaliser que plusieurs études sur les interventions de crises évaluent en fait des programmes d'ACT [67]. La capacité à prodiguer des soins de crise fait partie des composantes clé de l'ACT [82]. La distinction entre les deux modèles perd alors de sa clarté. Nous nous pencherons donc sur les **liens et divergences, théoriques et pratiques, de ces deux modèles** à temporalités opposées.
- La seconde serait un **épuiement des personnels**, qui diminuerait leur engagement dans des services nécessitant souplesse et dynamisme.

Par ailleurs, on peut se questionner sur les critères de mesure utilisés par les études présentées. L'utilisation d'échelles globales d'évaluation cliniques et sociales serait intéressante, mais les études utilisent en général plusieurs échelles distinctes, et variables d'une étude à l'autre, limitant les possibilités de méta analyses.

TABLEAU 9: RECAPITULATIF DES PRINCIPALES REVUES SYSTEMATIQUES (D'APRES [95])

Auteurs	Modèles comparés	Nombre d'études	Principaux résultats
Catty J, 2002 [80]	Soins communautaires comparés aux soins standards ou au CM.	91	Bénéfique en termes de jours à l'hôpital. Non concluant au regard des coûts.
Wright,2004 [89]	Soins communautaires (efficience des composantes des programmes).	55	VAD régulières et responsabilité médico-sociale diminuent le nombre de jours à l'hôpital.
Malone D, 2009 [79]	CMHTs vs soins ambulatoires non organisés en équipe.	3	Réduction du nombre d'admissions et du taux de suicide. Meilleure acceptation des soins.
Dieterich M, 2010 [49]	ICM vs CM et soins standards.	38	L'ICM diminue la durée d'hospitalisation par rapport aux soins standards mais pas comparé au CM. L'ICM améliore la durée de suivi. Plus d'amélioration pour les patients très hauts utilisateurs de soins.
Burns T, 2007 [59]	ICM vs soins standards.	29	Petite amélioration du temps passé à l'hôpital, mais grande hétérogénéité. Majoration de l'effet pour les patients hospitalisés fréquemment et pour les programmes fidèles à l'ACT.
Joy et al. 2006 [67]	Interventions de crise.	5	Réduction des admissions. Serait moins cher que les soins standards (à répliquer).

5.2. CONVERGENCES ET DIVERGENCES DES DEUX MODELES.

Intervention de crise et ACT sont donc deux modèles distincts de soins intensifs à domicile. Or, ils sont souvent confondus dans les publications. Ce chapitre propose de détailler leurs points communs et divergences, afin de mieux comprendre les confusions existantes.

5.2.1. DES VALEURS ET PRINCIPES D'INTERVENTIONS COMMUNS.

Il peut paraître contradictoire de rapprocher deux modèles à la durée d'intervention opposée. Il ne s'agit pas, bien évidemment, de comparer des dispositifs aux objectifs différents, mais bien de lier ces deux types d'interventions par leur **but et des valeurs** communs.

Les objectifs communs de ces deux types d'équipes sont donc :

- **Eviter les hospitalisations, l'isolement social** et la stigmatisation qui y sont associés ;
- Proposer au patient un **programme de soins sur mesure**, souple et favorisant la **satisfaction de l'utilisateur** et l'engagement dans les soins ;
- **Maintenir la personne dans son milieu de vie habituel**, dans une perspective écologique et citoyenne ;
- Aider le patient à **majorer son autonomie** ;
- **Intervenir dans une dynamique mobile**, interventionniste, d'*Assertive Outreach*.
- Apporter du **soutien à l'entourage** afin d'améliorer l'intégration du patient dans la communauté.

Le tableau ci-dessous en résumé les principales caractéristiques.

TABLEAU 10 : CONVERGENCES ET DIVERGENCES DES DEUX MODELES.

	INTERVENTION DE CRISE	ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT
Population cible	Troubles psychiatriques sévères présentant une exacerbation aigue	Troubles psychiatriques sévères avec handicap psychique important et risque de désinsertion sociale
Durée de suivi	Court terme (6 semaines)	Illimité
Objectifs	Evaluation et gestion de la crise en évitant les hospitalisations	Maintien dans la communauté au long cours.
Caractéristiques communes	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe, gestion des cas partagée ; • Equipe pluridisciplinaire médico-sociale ; • Disponibilité 24 heures ; • Mobilité : contacts à domicile ou dans la communauté ; • Intensité : contacts fréquents avec le patient (quotidien si nécessaire) ; • Accompagnement et soutien dans les actes de la vie quotidienne ; • Petits nombres de cas par équipe (1/10 à 1/12) ; 	

5.2.2. LA COMPOSITION DES EQUIPES

ACT et interventions de crise sont constitués d'équipes pluridisciplinaires, médico-sociales. Mais quelle est la composition exacte de ces équipes ? Existe-t-il des divergences dans leurs compositions ?

Une étude présente la composition d'équipes londoniennes de crise, d'AO et de CMHT [96]. Les résultats se trouvent dans le tableau ci-dessous. Ils montrent donc que la majorité des équipes sont composées par une grande partie d'infirmiers. Les travailleurs sociaux occupent la seconde place et sont présents en plus grande proportion dans les CMHT, ce qui peut paraître étonnant (on s'attendrait à les voir en grand nombre dans les équipes d'AO). Les

psychologues, eux aussi, sont majoritairement présents dans les CMHT, qui sont, rappelons le, des centres ambulatoires de consultation. Cela semble donc logique d’y trouver la plupart des psychologues.

Les équipes d’AO se distinguent par une grande proportion d’ergothérapeutes et de spécialistes de la réinsertion professionnelle. Cette donnée semble cohérente avec les indications de ce programme au long cours. Les équipes de crise ont, elles, un recrutement plus médical : infirmiers et psychiatres, ce qui correspond à leurs missions d’évaluation et d’intervention d’urgence.

TABLEAU 11: COMPOSITION DES EQUIPES DE CRISE, D’AO ET DES CMHT A LONDRES [96].

En %	Equipes de crise	<i>Assertive Outreach</i>	<i>Community Mental Health Teams</i>
Infirmiers	59.1	34.8	46.5
Travailleurs sociaux	14.3	17.1	27.2
Ergothérapeutes	0.8	9.1	4.4
Psychiatres	16.0	8.0	10.5
Psychologues	0.8	2.7	7.0
Spécialistes de la réinsertion professionnelle	8.3	17.0	3.5
Autres	0.8	11.2	0.9

Cette répartition, donnée à titre indicatif, met en lumière quelques spécificités du système anglo-saxon. Les travailleurs sociaux forment un groupe homogène, sans distinguer les métiers français d’assistant social, éducateur spécialisé, voire même conseiller en économie sociale et familiale.

Les auteurs de l’article ne précisent pas les métiers présents dans la catégorie « autres », mais on peut penser qu’en Angleterre, il s’agit notamment de travailleurs pairs, c’est-à-dire des médiateurs de santé ayant eux même effectué un parcours de rétablissement, et

intervenant dans l'information, l'éducation, l'engagement dans le soin, mais aussi parfois à but occupationnel.

On voit donc se dégager des spécificités dans la répartition des différents métiers au sein de ces équipes « pluridisciplinaires ». Les équipes de crise ont un personnel très « médical », axé sur l'évaluation et la gestion des cas aigus, alors que les équipes d'AO ont plus une visée réadaptative, rééducative. Leurs objectifs distincts ressortent bien de cette étude des professionnels des équipes.

5.2.3. LA DUREE DE SUIVI.

La principale opposition entre les deux modèles réside dans leurs temporalités. L'ACT est un service à long terme et de durée illimitée alors que les équipes de crise interviennent d'emblée pour une durée courte et limitée à 6 semaines en général.

Dans le programme originel d'ACT, les patients étaient suivis à durée indéterminée, sans volonté de relayer son suivi à une équipe de soins moins intensifs. Or, dans les interviews d'experts réalisés par McGrew pour la réalisation de l'IFACT [81], ça n'était pas un élément clé. Les études à propos de la possibilité d'une sortie du programme mettent en évidence une augmentation du nombre d'hospitalisations après le relais [47]. En réalité, ces études organisaient un relais de manière systématique pour tous les patients au bout d'un temps donné. Les résultats sont différents quand les patients sortent du programme sur indication médicale (allègement des besoins de soins). En routine, certains patients peuvent bénéficier d'un allègement de leur suivi, voire d'un relais à une autre équipe (CM ou équipes de secteur), si son état clinique le permet. Mais les usagers les plus gravement handicapés par leur pathologie nécessiteront un accompagnement soutenu tout au long de leur vie.

Cette durée illimitée, posée d'emblée comme un principe d'intervention, permet de limiter la « politique d'abandon » (cf. chapitre 8.2) constatée devant l'échec des équipes à apporter une amélioration au patient. Ce constat de l'existence d'une population qui nécessitera un suivi illimité et soutenu permet donc de limiter le vécu d'échec des soignants. Il ne s'agit plus d'une incapacité de l'équipe, mais bien de répondre aux besoins spécifiques d'une petite partie de la population, grands consommateurs de soins.

5.2.4. LES INTERVENTIONS DE CRISE AU SEIN DES PROGRAMMES D'ACT.

Le modèle d'ACT indique très clairement que les programmes doivent comporter des interventions de crise ([82] ; cf. chapitre 8.2). En effet, l'équipe d'ACT reste référente du patient tout au long de son parcours de soins, par des partenariats étroits avec les services hospitaliers ou les urgences par exemple. Elle se doit de procurer aux patients tous les services dont il a besoin. Elle doit aussi pouvoir intervenir rapidement en cas d'exacerbation des symptômes.

La principale méta analyse étudiant les dispositifs de crise [67] (issue de la *Cochrane Library*) pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères présente 5 essais randomisés contrôlés qui sont en fait des dispositifs d'ACT. Cela entraîne une confusion dans les modèles étudiés.

Une revue de Catty *et al.* [80] prend comme pré-requis le manque de clarté entre les différentes appellations de soins à domicile. Elle sélectionne donc tout article traitant des soins à domicile, afin de clarifier le modèle présent derrière cette appellation. Il s'avère que la plupart de ces dispositifs sont des programmes d'ACT ou de CM. Une autre publication, issue de cette revue [89], précise les composantes des programmes inclus : 38% des dispositifs tests incluent des interventions de crise, contre 11% des CMHT (groupes contrôles). Il y aurait donc des dispositifs de crise au sein des équipes d'ACT, mais aussi au sein des équipes de soins communautaires.

Il faut alors se poser la question des modalités de ces interventions de crise. Nous avons décrit plus haut les étapes de l'intervention de crise et son déroulement. Les équipes d'ACT mettent-elles en place toutes ces étapes, ou interviennent-elles simplement rapidement en cas d'urgence pour leurs patients ? Doivent-elles gérer la résolution de crise elles-mêmes ou effectuent-elles un relais à une équipe dédiée ? Ces équipes d'ACT ont-elles les moyens d'intensifier une prise en charge déjà très rapprochée, et sinon, qu'apporte de plus une équipe de crise quand le patient est déjà suivi de façon intensive par un programme au long cours ?

L'item de la DACTS dédié aux interventions de crise propose une cotation de 1 à 5. La cotation 1 correspond à l'absence d'intervention en cas de crise, l'item 5 à une couverture 24

heures sur 24. Entre ces deux extrêmes, s'inscrivent le partenariat avec les services d'urgences du territoire : existence d'un protocole de conduite à tenir pour les patients suivis par le programme, astreinte téléphonique, ou intervention de l'équipe au sein des urgences (orientation, prise de décision). Cet item est donc centré sur l'orientation et le rôle de *gate keeper* des équipes d'ACT, mais ne précise rien quant à la résolution de crise en elle-même. La littérature ne pose pas non plus cette question des liens entre les programmes. On entendrait alors par « intervention de crise » les dispositions prises par l'équipe pour faire face aux exacerbations aiguës de leurs patients (partenariats, disponibilités étendues).

Il faut considérer que les programmes d'ACT s'adressent à des patients très spécifiques, ayant de hauts besoins de soins, et une alliance thérapeutique précaire. Ce sont de petites équipes gérant un petit nombre de cas. On peut alors imaginer que l'alliance tissée avec les soignants du programme soit utile en cas d'exacerbation des symptômes. De plus, le fait que l'équipe connaisse bien la personne suivie et son entourage permet un gain de temps et une meilleure efficacité en période de crise. L'intervention d'une nouvelle équipe de crise paraît donc superflue.

Les équipes de crise simple cibleraient alors des patients présentant une aggravation de leur état de santé, mais pouvant par la suite être relayés sur des programmes de soins plus légers que l'ACT.

5.3. ARTICULATION AVEC LE SYSTEME DE SOINS

Devant les risques de multiplication des programmes de soins, nuisant à leur lisibilité et entraînant des redondances, il est important de clarifier les interactions entre les modèles présentés et les autres structures existantes.

5.3.1. LES URGENCES ET LE SMUR.

On peut se poser la question de l'articulation de ces services de crise aux services d'urgences psychiatriques, en charge de l'évaluation et de l'orientation des situations aiguës. En pratique, l'équipe de crise intervient-elle aux urgences en tant qu'équipe d'évaluation ou constitue-t-elle un service extérieur spécialisé ? Auquel cas, comment s'articulent les relais entre elle et le service des urgences ?

Le modèle d'intervention de crise s'est développé face au constat du fort taux de perdus de vue entre les urgences psychiatriques et le relais ambulatoire : dans les études, 10% des patients passés aux urgences se présentent ensuite en consultation [68]. Pour éviter cette attrition, les urgentistes ont proposé aux patients de les recevoir à plusieurs reprises pendant quelques semaines, dans une perspective de prise en charge brève. Ces rencontres pouvaient avoir lieu soit aux urgences, soit à domicile. L'équipe des urgences psychiatriques avait donc la possibilité de suivis ambulatoires à court terme. Mais la question des perdus de vue se posait toujours pour des patients plus gravement malades et nécessitant un relais sur une équipe de secteur. Pour résoudre ce problème, des partenariats se sont développés, avec notamment la possibilité de consultations « triangulées » associant le psychiatre des urgences et un membre de l'équipe ambulatoire de suivi. De la même façon, l'intervention d'une équipe mobile de crise indépendante des urgences locales débute après une consultation conjointe permettant de tiler le relais et de garantir un meilleur taux de suivi.

En France par exemple, l'équipe de crise ERIC [70] intervient en partenariat avec les services des urgences de son territoire d'intervention. Elle peut intervenir à domicile comme au sein des urgences, ou dans ses locaux propres. Elle intervient aussi sur le lieu de travail du professionnel qui fait la demande (médecin traitant par exemple). Elle poursuit son intervention pendant un mois, dans un objectif d'intervention de crise. D'autres exemples font

part d'interventions dans les locaux des urgences en France : ce sont des équipes mobiles d'accès aux soins, mais qui ne proposent pas toujours d'intervention en post urgence. Elles proposent alors un relais vers d'autres structures ambulatoires, avec le risque cité plus haut du nombre de perdus de vue. La mobilité des équipes de crise et de soins ambulatoires à court terme doit dans tous les cas se faire, non seulement à domicile, mais aussi dans les services d'urgences ou chez les partenaires du réseau de soins local, afin de « trianguler » les interventions et d'assurer la continuité des soins.

Il ne faut toutefois pas confondre les équipes de crise avec les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques (CUMP), qui sont des équipes de psychiatrie mobile intervenant avec le SAMU sur des évènements du type catastrophes naturelles ou attentats. Bien qu'issues au départ des mêmes principes préventifs, ces équipes ont actuellement des modalités d'interventions très ponctuelles, et ne font pas l'objet de ce travail [70].

5.3.2. PLACE DE L'HOSPITALISATION

Les indications d'hospitalisation sont donc réduites par l'existence d'un dispositif de soins intensifs à domicile. Elles sont résumées dans le Tableau 12 [74], [92], [93].

Dans tous les cas, si l'hospitalisation s'avérait nécessaire, l'équipe de crise ou d'ACT ayant adressé le patient, ou projetant de le suivre à la sortie doit garder des contacts rapprochés avec les services hospitaliers. C'est pourquoi les guides recommandent aux équipes de crise de maintenir des contacts étroits avec les services hospitaliers de leur circonscription géographique ([57]; cf. chapitre 8.2).

En France, l'outil sectoriel répond bien à cette exigence puisque le même service gère à la fois l'hospitalisation et le suivi ambulatoire des patients. Dans tous les cas, cette pratique du soin communautaire nécessite la mise en place de partenariats étroits permettant de fluidifier la trajectoire de soins des usagers. Ici aussi, la « triangulation » des consultations est un outil clé des relais entre structures de soins. La présence d'un membre de l'équipe relais lors d'une consultation précédant la sortie est essentielle, et n'est rendue possible que par la mobilité des équipes.

TABLEAU 12 : INDICATION DE L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE.

Indications de l'hospitalisation en psychiatrie :
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un risque auto ou hétéro agressif, risque suicidaire;
<ul style="list-style-type: none"> • Présence de comorbidités somatiques, ou addictologiques, nécessitant une hospitalisation ;
<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de soins aigus et absence de consentement aux soins ambulatoires
<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs environnementaux : absence de soutien familial permettant le maintien à domicile. En pratique, il serait intéressant d'étudier la faisabilité de ce genre de traitement chez des personnes vivant seules ;
<ul style="list-style-type: none"> • Risques liés à l'absence de logement ;
<ul style="list-style-type: none"> • Tensions importantes dans la famille ou le voisinage nécessitant une mise à distance temporaire.

5.3.3. ARTICULATION AVEC LES SERVICES SOCIAUX.

Ces remarques valent aussi pour le secteur social ou le logement. La littérature a nettement souligné la nécessité des interventions médico-sociales au sein des services à domicile. La crise psychiatrique prend souvent un caractère social, et les conséquences sociales des pathologies psychiatriques sont toujours très importantes. Les modèles proposent donc de faire intervenir des travailleurs sociaux dans les équipes (en France, il s'agit de travailleurs sociaux hospitaliers). Leurs rôles restent flous dans les publications internationales : quelle formation ? Quelles missions ? Comment ne pas faire « double emploi » avec les services sociaux existants ? (services départementaux, communaux, logements sociaux etc.).

L'existence d'un réseau formalisé entre les services est là aussi indispensable. Les travailleurs sociaux existants dans les équipes peuvent alors évaluer les besoins, et orienter plus facilement qu'un soignant vers le service adéquat. Ici encore, l'existant local empêche une théorisation globale, puisque les réseaux et partenariats sont des liens fragiles, dépendant de l'histoire locale, voire même de motivations et volontés individuelles. En France, ce travail de réseau peut malgré tout être favorisé par la récente création des Conseils Locaux de Santé

Mentale, qui permettent de formaliser des partenariats et de multiplier les rencontres entre les services.

Ces remarques ne vont pas sans rappeler les recommandations du rapport Couty [45], proposant la création de Groupements Locaux pour la Coopération (GLC) en santé mentale, contenant à la fois la psychiatrie ambulatoire et tous les services ayant un rôle à jouer dans la politique de santé mentale : services sociaux, logement, politique de la ville, Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), médecins libéraux. A la parution de ce rapport, il lui a été vivement reproché de scinder le secteur en deux parties, séparant les structures ambulatoires de l'hospitalisation [97]. Cette inquiétude souligne la difficulté de trouver le juste équilibre entre les différents partenaires du réseau, mais aussi au sein même du secteur, entre les différentes structures. Si les GLC proposés permettent de formaliser les partenariats dans la communauté, ils ne concernent que peu les services hospitaliers. Ils éloignent les structures communautaires des lieux d'hospitalisation. Il s'agit là d'un fort parti pris en faveur de la redistribution des moyens du secteur en ambulatoire. Et cette proposition obligerait les secteurs à consolider leurs propres liens internes, de l'ambulatoire au service d'hospitalisation, mais risquerait de cloisonner les passerelles hôpital-ambulatoire, et de freiner ainsi les passages de l'un à l'autre.

Ces remarques doivent être complétées par la prise en compte de l'existence en France d'une grande filière médico-sociale, intervenant dans le champ du handicap. Cette filière est variée, très dépendante des institutions locales, et concerne aussi bien le logement en lieux de vie spécialisés, les structures de réhabilitation professionnelle, et les structures d'accompagnement à domicile. Cette filière est peu lisible quand on se place du point de vue psychiatrique, mais gagne encore en importance depuis la loi de 2005 reconnaissant le handicap psychique [98]. Citons les programmes d'accompagnement centrés sur l'insertion sociale tels que les SAMSAH (Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) et SAVS (Services d'Accompagnement à la Vie Sociale), issus de cette loi [99]. Ces services accueillent des personnes en situation de handicap (psychique ou autre) orientées par la MDPH (Maison Départementale de la Personne Handicapée), pour un projet d'accompagnement personnalisé à domicile dans une perspective d'inclusion sociale. La mise en place de programmes de soins à domicile ne serait se faire sans la prise en compte et l'articulation avec ce type de services. On peut même se demander si ces services

d'accompagnement à domicile ne pourraient pas constituer la porte d'entrée d'un dispositif type ACT.

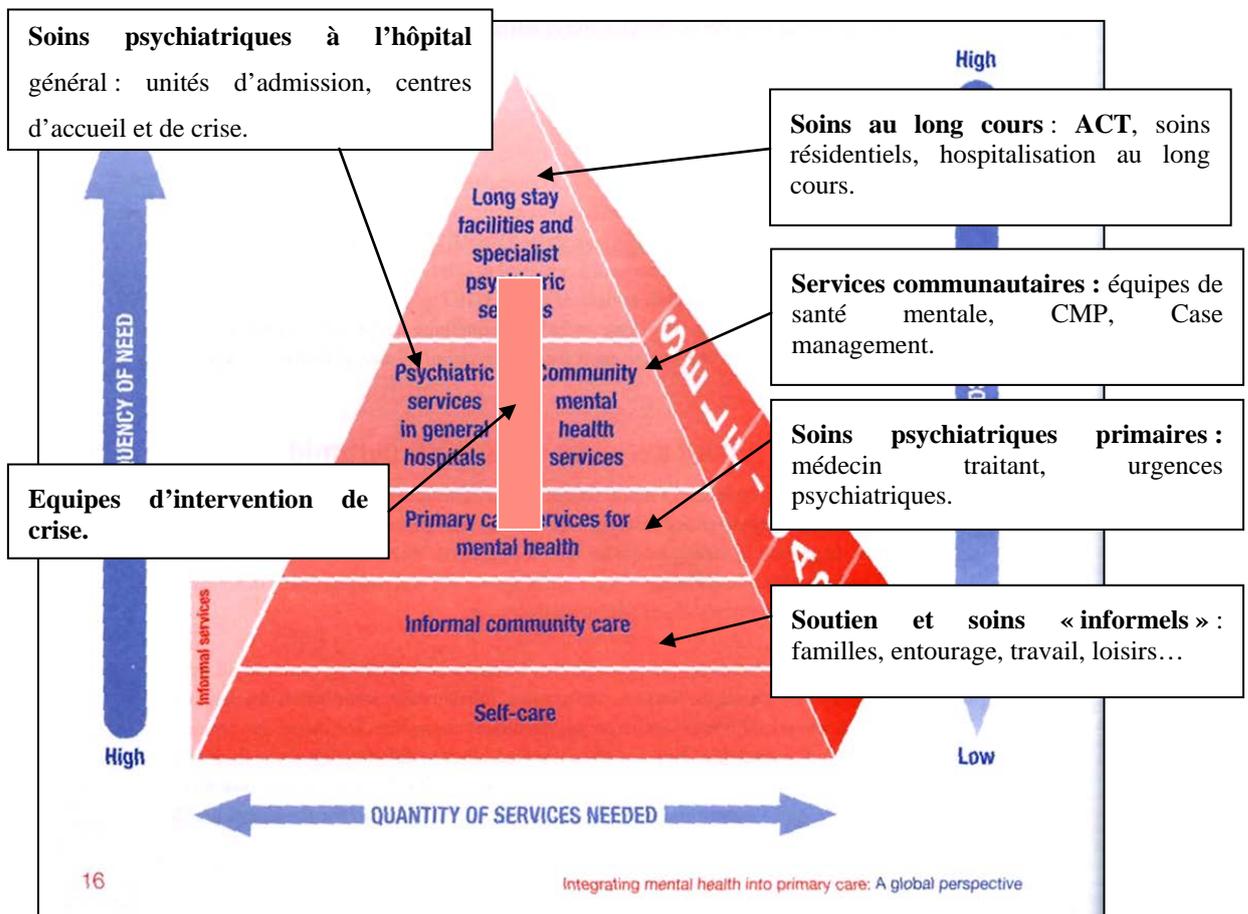
5.3.4. PROPOSITION DE MODELISATION.

Si l'on replace les dispositifs présentés dans une perspective globale de santé mentale, schématisée par la pyramide Wonca présentée plus haut (cf. Figure 3), l'ACT est alors placé au sommet (cf. Figure 5). En effet, il s'agit d'un dispositif spécialisé s'adressant à une petite minorité de patients. Le deuxième pallier contenait les services psychiatriques à l'hôpital général : hospitalisation psychiatrique à l'hôpital général, centres d'accueil et de crise ; et les services de soins communautaires : Centres Médico-Psychologiques, Hôpitaux de Jour. On peut y placer les services de *case management*. Sous ce niveau se placent les soins de santé mentale primaires : médecin traitant et services des urgences psychiatriques.

On peut donc placer les équipes d'intervention de crise à l'interface de ces trois niveaux. Elles sont à la fois sur le même palier que les soins hospitaliers auxquels elles sont une alternative, et les services de santé mentale ambulatoire, qu'elles complètent. Mais elles sont aussi fortement en lien avec les soins primaires, qu'elles peuvent parfois substituer. Enfin, elles travaillent très en lien avec les équipes de soins à long terme, qui ont parfois besoin de leurs interventions, en cas de décompensation d'une pathologie chronique, ou qui dispensent elles mêmes ce type de soins.

Il s'agit donc d'un dispositif central, mobile et adaptable, permettant une réponse rapide à l'urgence, un meilleur accès aux soins, une meilleure continuité des soins, et élargissant l'éventail des choix possibles face à une situation d'urgence. De plus, la place intermédiaire et la mobilité de ces équipes permettent de lier les autres services entre eux afin de fluidifier les parcours de soins des usagers. Ces équipes répondent donc aux interrogations précédentes concernant les réseaux, internes au secteur ou interinstitutionnels, puisqu'elles peuvent se déplacer au devant de l'utilisateur, à son domicile ou au sein du service demandeur, ainsi qu'à l'hôpital si besoin est ou dans les autres structures du secteur.

FIGURE 5: PLACE DES SOINS INTENSIFS A DOMICILE DANS LA PYRAMIDE WONCA.



5.4. DU POINT DE VUE DES SOIGNANTS.

Soigner à domicile implique une modification profonde de la conception du soin mais aussi de l'organisation du travail. Les visites à domicile prennent plus de temps que les consultations ou les entretiens lors d'une hospitalisation. De plus, la pratique des soins intensifs se caractérise bien souvent par des urgences ou des modifications du planning journalier. Elle nécessite donc mobilité et adaptabilité. Tout cela modifie les risques pour les soignants de ces équipes.

5.4.1. SOIGNANT A DOMICILE : UN RISQUE D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL ?

Une critique fréquente de l'ACT et des équipes de crise dénonce le risque d'épuisement professionnel, qui serait majoré par une pratique réactive et mobile, et par le potentiel chronophage des visites à domicile. Des études des années 1990 rapportaient de fréquents cas d'épuisement [85].

Le dispositif française ERIC présenté plus haut (cf. 5.1.2.1) rapporte un fort taux d'épuisement chez les médecins de l'équipe [70]. Robin relève la difficulté de gestion des tensions familiales, mais aussi interinstitutionnelles. Il précise que les psychiatres les plus exposés à ces tensions n'interviennent qu'à mi temps sur le dispositif afin de prévenir le risque de *burn out* et ses conséquences (qui induiraient notamment des stratégies d'évitement, et une moindre implication des professionnels).

Une étude Londonienne [96] de 2009 évalue satisfaction et taux de *burn out* des personnels en routine de 11 équipes de crise, et les compare aux enquêtes similaires sur deux autres groupes d'équipes : les équipes d'*Assertive Outreach* (24 équipes londoniennes) et de santé mentale communautaire (CMHT) de la *Pan-London Assertive Outreach Study* (PLAO) [85]. Elle montre que les équipes d'AO et de crise ont un niveau de satisfaction moyen similaire entre elles, et supérieur à celui des personnels des CMHT. Une analyse multi variée montre que la satisfaction des employés augmente avec leur expérience. On peut l'expliquer de plusieurs façons : d'une part parce que les personnels peu intéressés quittent leur emploi, et

d'autre part parce que l'expérience augmente la capacité de gestion des situations difficiles, la confiance en soi, et donc la satisfaction du professionnel.

Aucun type d'équipe n'expérimentait un fort taux de *burn out* (*Maslach Burnout Inventory* [100]). Les psychiatres, contrairement aux constats de l'équipe ERIC, étaient les plus satisfaits par leur travail ($p=0,02$) et n'exprimaient pas un plus fort taux de *burn out*. Les travailleurs sociaux étaient les moins satisfaits ($p=0,03$).

En terme de sources de stress, les membres des équipes de crise rapportent notamment le fait de devoir convaincre de l'utilité des soins à domicile, le fait de travailler dans des quartiers dangereux (contexte de la banlieue londonnienne), et de gérer des personnes suicidaires ou agressives à domicile (cf. 5.4.2). Les trois types d'équipes déploraient les difficultés de communication au sein des équipes, mais cette plainte émanait principalement des équipes de crise. Cela peut paraître étonnant au vu des pré-requis organisationnels recommandant des temps de réunion pluri hebdomadaires, devant passer en revue chaque patient. Ces réunions devraient pouvoir permettre aux membres de l'équipe de maintenir une conduite à tenir claire et de se référer au chef d'équipe pour les cas difficiles.

La question du temps de supervision des personnels se pose alors. En plus des réunions cliniques et d'organisation de la prise en charge des patients, il faudrait un temps, personnel ou en équipes, permettant aux professionnels de faire part de leurs difficultés, et des situations les exposant au risque d'épuisement. L'étude anglaise ne précise rien de l'existence de temps de supervision. Robin, lui, fait part de la mise en place, au sein de son programme, de temps de supervision extérieurs, ainsi que de temps de réflexion clinique.

Une autre source de stress rapportée par les trois types d'équipes était le manque de personnes à qui se référer dans la communauté. L'article ne précise pas s'il s'agit des personnes ressources de l'utilisateur, sa famille ou ses proches, ou s'il s'agit de référents médicaux ou sociaux (médecin traitant, référent social). S'il s'agit de ces derniers, cela souligne à nouveau la difficulté du travail en réseau et de la coordination de plusieurs services. Le travail dans la communauté nécessite un maillage fort du réseau, au risque de laisser les équipes de soins seules au domicile de l'utilisateur, sans un référent clairement identifié. C'est peut être un risque de l'hyper interventionnisme de ces équipes, entraînant un

désinvestissement des autres interlocuteurs du réseau, qui auraient tendance à se reposer entièrement sur le programme.

Malgré tout, ce sont les équipes les moins intensives (CMHT) qui exprimaient le plus grand stress et la moindre satisfaction. Le fait de travailler dans un programme novateur était une source d'épanouissement pour les membres des équipes de crise et d'AO. De plus, l'organisation en équipe et la présence médicale importante majorent la cohésion de l'équipe, et sont des facteurs de diminution du stress.

Pour autant, aucune des 433 personnes interrogées ne présentait un fort niveau de *burn out*, mais ces résultats ne peuvent être généralisables, notamment parce que les équipes étudiées travaillaient toutes en zone urbaine. La pratique rurale, entraînant une augmentation des temps de trajet, et donc du délai de réponse, pose d'autres questions organisationnelles et est potentiellement pourvoyeuse d'autres sources de stress et de fatigue. De plus, il faudrait reproduire ces données après une longue durée d'existence des équipes pour obtenir des résultats plus réalistes (la durée d'exercice des différentes équipes n'était pas précisée par l'étude).

5.4.2. AGRESSIVITE ET GESTION DES RISQUES A DOMICILE

Une autre source de stress rencontrée est la confrontation à des situations à risque : mise en danger et agressions. Les données de la littérature sont rares à ce sujet. A titre indicatif, l'équipe ERIC compte une agression pour 1000 interventions [70]. Ces situations ne seraient donc pas fréquentes. La question des risques se pose par exemple pour les soignants amenés à aller évaluer l'état de santé d'un patient à son domicile, avant d'attester de son agressivité.

Une étude néerlandaise [101] propose la mise en place d'une échelle d'évaluation téléphonique du risque d'agression pour une équipe d'urgence à domicile, en amont de l'intervention. Sur 502 interventions, les auteurs relèvent 10% de comportement agressif, dont 47% étaient une agressivité verbale, 18% un comportement auto agressif, 27% une agression physique, et 7% de menaces armées (couteau ou autre objet contondant).

Les auteurs ont élaboré un outil prédictif d'évaluation du risque d'agressivité spécifique aux équipes d'urgence à domicile, à partir des différentes échelles existantes (échelles de jugement clinique, échelles objectives). Leur équipe était appelée par les médecins traitants, les services d'urgences ou les forces de l'ordre, afin d'aller évaluer une situation de crise à domicile. Ils posaient alors les questions de l'échelle à l'interlocuteur : diagnostic du patient, éléments concernant le motif d'appel, mais aussi conditions de vie et environnement. Le professionnel de l'équipe évaluait aussi le risque de manière subjective à l'aide d'une échelle visuelle analogique. L'échelle utilisée semble prédictive dans 80% des cas, avec une sensibilité de 67%. Il serait donc possible, dans une certaine mesure, de déceler un danger avant l'intervention, afin d'adapter la visite à domicile par la mise en place des mesures préventives

Dans l'étude, en cas de risque élevé, les mesures de prévention étaient les suivantes :

- appeler un superviseur,
- prendre des renseignements supplémentaires,
- se rendre chez le patient accompagné d'un collègue,
- proposer au patient un autre lieu pour la consultation (urgences, centre de consultations).

Le domicile implique en effet un travail souvent plus solitaire que la pratique en institution, où un système de renforts en cas de risque est souvent mis en place entre les services. Le fait d'effectuer une visite à domicile à plusieurs diminue le risque d'agression ou ses éventuelles conséquences. Citons aussi l'importance de formations spécifiques à la gestion des situations de violence, qui peuvent être utiles pour désamorcer une escalade agressive. Le patient peut aussi être orienté vers un service de consultation, seul ou accompagné (ambulance, policiers...), afin d'être évalué dans un cadre moins risqué pour l'intervenant. Enfin, précisons qu'un patient présentant une hétéro agressivité importante doit évidemment être orienté vers un service hospitalier ou les urgences, avec ou sans son consentement. Pour ce faire, l'équipe de crise peut ne pas se rendre au domicile, mais demander l'intervention d'une ambulance, des pompiers, du SAMU ou à l'extrême, des forces de l'ordre (en cas de trouble à l'ordre public notamment).

5.4.3. PRENDRE EN COMPTE ET ANTICIPER LES RISQUES

La pratique de la psychiatrie à domicile soulève donc de nombreuses interrogations quant aux risques encourus par les professionnels. Curieusement, cette question reste marginale dans la littérature internationale. Il paraît difficile de proposer des explications à cette dissociation entre questionnement pratique et littérature. Le contexte culturel français, et le débat actuel sur la dangerosité en psychiatrie ne peuvent être les seules raisons invoquées.

Les quelques données existantes nous orientent toutefois vers une satisfaction importante des professionnels (dans le contexte anglais), qui est notamment liée à une motivation à travailler dans une équipe dynamique et novatrice. Le potentiel épuisant de cette pratique n'est pas à minimiser, mais bien à prendre en compte afin d'éviter les phénomènes de *burn out* et leurs conséquences. Cette prise en compte peut passer notamment par des aménagements du temps de travail, le travail sur plusieurs structures d'intensités différentes, des temps de réunion et de supervision.

Si le risque d'agression existe, il semble rare mais constitue une potentielle source de stress pour les professionnels. De nombreuses mesures préventives permettent d'évaluer et de prévenir ces risques. Ainsi, les interventions à plusieurs doivent être favorisées. D'autre part, les échelles d'évaluation du potentiel agressif de la personne en amont de l'intervention peuvent être un outil intéressant afin d'adapter la visite à domicile au contexte et aux risques. Les formations à la gestion de l'agressivité peuvent être proposées. De plus, il faut souligner l'importance de protocoles d'intervention clairs, permettant de définir les missions, objectifs et limites de chaque dispositif, et les conduites à tenir en cas de risque ou de danger. Ainsi, le professionnel peut se référer à ce protocole et faire intervenir ses collègues ou des partenaires en cas de difficulté.

Il convient en effet d'éviter le risque d'escalade, de la mobilité à l'hyper interventionnisme, conduisant à des interventions risquées, non indiquées ou non mesurées, perdant de vue les objectifs de l'équipe de soins à domicile. Le recours aux services hospitaliers est nécessaire en cas de danger, avec l'aide de forces de sécurité si nécessaire.

5.5. DU POINT DE VUE DES USAGERS

Cette étude des risques chez les soignants nous amène à nous positionner du point de vue des usagers des services : la venue de soignants à domicile peut paraître à première vue intrusive, et moins respectueuse des libertés que des consultations ou même un séjour hospitalier.

De plus, les programmes de soins sous contrainte en ambulatoire, d'actualité en France, suscitent de nombreuses questions éthiques : n'est-ce pas déplacer les pratiques coercitives de l'asile vers le domicile, auquel cas cela constituerait une dégradation des droits de la personne ?

Après avoir proposé quelques réponses à ce débat éthique, nous interrogerons la possibilité « d'engager » les patients dans les soins, puisqu'il s'agit d'un des objectifs principaux des programmes d'ACT. Comment améliorer cet engagement grâce au suivi à domicile ? Comment travailler la « non-demande » de soins ?

5.5.1. DOMICILE, ETHIQUE ET COERCITION

Les soins à domicile soulèvent de nombreuses questions éthiques et relèvent d'une démarche qui peut paraître paradoxale.

En effet, l'ACT s'adresse à des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères, chroniques, et « difficiles à engager dans les soins », donc des patients en situation de handicap et de dépendance, notamment au plan social. Ce modèle propose à la fois de pallier à ce handicap social (assistance et accompagnement) et de favoriser leur autonomie. Comment répondre à ce double objectif apparemment contradictoire : assister sans générer de dépendance, favoriser l'autonomie et l'*empowerment* de personnes qui n'adhèrent pas au suivi ?

De plus, comment améliorer la compliance et l'adhésion au suivi de personnes qui ne s'engagent pas dans une démarche de soins, sans exercer de mesure coercitive ? La dynamique d'*Assertive Outreach*, qui consiste à aller vers la personne, sans attendre

l'émergence d'une demande, à travailler de manière interventionniste, n'est elle pas en soi une démarche coercitive ? Comment travailler avec la non-demande de soin ? Comment se situent ces programmes dans la balance entre respect de la liberté et contrôle de la personne ?

De plus, la question se pose du point de vue légal : une équipe d'ACT a-t-elle le droit de suivre un patient au long cours s'il n'y consent pas ? En quoi ces programmes ne constituent-ils pas alors une nouvelle forme de contrôle social, un déplacement de la coercition asilaire vers un enfermement à domicile ?

Définissons tout d'abord ce qu'est une personne « difficile à engager » dans les soins.

5.5.1.1. QU'EST- CE QU'UN PATIENT « DIFFICILE A ENGAGER DANS LES SOINS » ?

Les « *difficult to engage people* », personnes sans demande de soins, ciblées par les modèles d'ACT peuvent être divisées en deux groupes :

- Les patients présentant une pathologie psychiatrique sévère qui nécessitent des soins mais les refusent de manière active, et dont l'état de santé ne permet pas de formuler un consentement. Ces patients font actuellement l'objet en France de soins sans consentement, et étaient, jusqu'à juillet 2011, hospitalisés sous contrainte.
- Les patients présentant une pathologie psychiatrique sévère, présentant ou non une décompensation aiguë actuelle, et qui ne refusent pas les soins proposés, mais dont la pathologie empêche d'adhérer activement au suivi s'ils ne sont pas accompagnés au quotidien. Il s'agit de ces patients fréquemment perdus de vue en dehors des hospitalisations, qui ne se présentent pas aux consultations, ne prennent pas leurs traitements, et qui ne présentent aucune demande de soins. Les raisons de cette absence d'adhésion sont multiples : déni, manque d'*insight*, apragmatisme, hébéphrénie, aboulie, incurie, évolution déficitaire... C'est à ces patients que s'adresse la démarche *d'Assertive Outreach*.

D'ores et déjà, il faut donc considérer ces deux groupes comme distincts. Pour le second groupe, il faut donc s'interroger sur plusieurs catégories de dilemmes éthiques [102] :

- acceptabilité et rapport bénéfices/risques des soins à domicile
- autonomie des usagers vs dépendance au programme ;
- consentement : liberté vs contrôle social

Pour le premier groupe, ces questionnements se posent aussi, et il faut y ajouter la question des soins sous contrainte en ambulatoire.

5.5.1.2. ACCEPTABILITE DES SOINS A DOMICILE

La question de l'acceptabilité des soins à domicile doit être posée. En effet, les programmes d'ACT comme les interventions de crise sont des programmes lourds, intensifs, impliquant l'utilisateur et sa famille. Ils imposent une modification du rythme de vie, et l'accueil des soignants à domicile.

Cette question se pose d'autant plus que le modèle ne bénéficie que d'un niveau de preuve modéré au plan de l'amélioration clinique qu'il apporte, notamment en comparaison avec des modèles de soins moins intensifs [102]. Le fait d'imposer un tel traitement paraît alors peu justifiable au plan éthique, mais tout dépend des modèles auxquels sont comparés les soins à domicile. Par exemple, si l'on propose une intervention de crise à domicile à un usager qui, sans ce dispositif, serait hospitalisé, le soin à domicile paraît plus acceptable (si l'on considère qu'il est plus bénéfique d'être chez soi qu'à l'hôpital). Pour l'ACT, les résultats sont plus discutables : ce programme ne diminue pas les allers-retours à l'hôpital comparé à des soins ambulatoires moins intensifs (CMHT).

Mais d'un autre côté, les études précédemment citées ont montré une amélioration de la satisfaction des usagers suivis par une équipe d'AO. Le traitement semblerait alors acceptable aux usagers, puisqu'ils en sont satisfaits [47], [67]. De même, les familles étaient elles aussi plus satisfaites des programmes de soins et ressentaient moins de fardeau vis-à-vis de leurs proches [67]. Ainsi, ces programmes sont soutenus par les associations telles que l'UNAFAM (Union Nationale des Familles et Amis de Malades psychiatriques) [70]. De plus, il faut souligner, dans une perspective plus globale, le rôle déstigmatisant de ces équipes mobiles tant vis-à-vis de l'image du malade dans la société que de celle des soignants de psychiatrie.

Ces équipes auraient un rôle à jouer dans l'aide à la tolérance sociale du « fou », en transmettant une image de souplesse, de disponibilité et d'ouverture.

Ainsi, il semble que comparés à l'hospitalisation en aigu, les soins à domicile soient un compromis acceptable. Au long cours, ils le seraient aussi dans des indications ciblées.

5.5.1.3. AUTONOMIE *VERSUS* DEPENDANCE

L'ACT a été dénoncé comme une pratique paternaliste et génératrice de dépendances [47], [48]. Les principes de l'ACT veulent en effet que l'équipe assiste le patient dans les actes du quotidien, et ce de manière interventionniste afin de permettre son maintien dans la communauté. D'un autre côté, le but de la prise en charge est la restauration des habiletés sociales et l'apprentissage de stratégies pour faire face au quotidien, afin d'améliorer l'autonomie de la personne [102].

Mais tous les patients ne sont pas capables de tels apprentissages. Pour ces derniers, une dépendance au programme peut rapidement s'installer. Mais ne peut-on pas supposer qu'une telle dépendance existerait aussi vis-à-vis d'autres modes de prise en charge (dépendance à l'hospitalisation, aux proches) ? Il s'agirait alors d'une dépendance inhérente à la pathologie elle-même [47] ou du mode de vie. Le rôle des professionnels de la psychiatrie est donc de mettre en place des stratégies pour éviter ou diminuer cette dépendance.

Par ailleurs, le programme d'ACT comme l'intervention de crise peuvent devenir des recours systématiques en cas d'aggravation symptomatique, de la même manière que l'était l'hospitalisation, et ainsi donner lieu à une nouvelle boucle de chronicité. Certains traits de personnalité de type dépendant ou abandonnique majorent cette tendance à l'instauration de ces boucles, que ce soit à l'hôpital ou à domicile. On peut, en pratique, assister à des escalades d'autant plus importantes que l'équipe est réactive. Le cadre proposé par l'équipe de soins à domicile peut ainsi être mis à mal, et l'allègement du dispositif de soins à domicile s'avère impossible : passages à l'acte, aggravations symptomatologiques... On touche là à la limite de ces programmes, et de nouvelles formes d'interventions sont à inventer, permettant d'éviter ces escalades, inspirées des hospitalisations programmées de courte durée par exemple.

5.5.1.4. LIBERTE VERSUS CONTROLE SOCIAL

La philosophie des soins intensifs communautaire est, en soi, non coercitive [48]. Stein et Test le précisait dès l'origine. En effet, elle trouve ses origines dans la dénonciation des pratiques asilaires, et correspond aux valeurs de la santé mentale communautaire. Elle recherche l'autonomie et l'*empowerment* du patient, sa satisfaction et son consentement, afin de l'engager durablement dans des soins orientés vers le rétablissement. Des études montrent que des pratiques de contrainte sont utilisées dans moins de 10% des cas (hospitalisation sous contrainte par exemple) [48].

La question se pose plus pour l'ACT, accompagnement communautaire intensif au long cours, que pour les interventions de crise, qui se font à court terme et en alternative à une hospitalisation aiguë. En effet, lors d'une situation de crise, l'utilisateur et l'équipe sont face à une décision d'orientation entre soins ambulatoires ou hospitaliers, et élaborent ensemble un programme de soins qui réalise en compromis acceptable pour les deux parties.

Il faut rappeler que les programmes d'ACT sont indiqués pour des personnes en situation de handicap psychique, et donc de dépendances sociales notamment, pour lesquels un haut niveau d'assistance est requis. Ainsi, ces personnes étaient auparavant hospitalisées au long cours, ou à haut risque de désinsertion sociale et de précarisation. Procurer une assistance en amont de ce genre de complications, dans une perspective d'*empowerment* semble alors plus respectueux de l'autonomie que des interventions de réinsertion sociale en aval d'une marginalisation. Car peut-on réellement parler d'autonomie ou de liberté dans une telle situation de précarité ?

On peut, à ce propos, citer les travaux du sociologue R. Castel à propos de l'insécurité sociale [103]. Il définit un certain nombre de facteurs garantissant la protection sociale de chaque personne (assurances chômage, maladie, vieillesse). Ces garanties peuvent être diminuées pour diverses raisons (modifications sociétales, historiques, politiques, ou individuelles : maladie, précarisation...). Sans ces garanties, l'homme est privé de ses facultés de projection dans l'avenir et d'avancement qui font de lui un citoyen à part entière. Ainsi, un parallèle peut être fait avec cette population de patients en situation d'insécurité sociale de part leur pathologie. L'intervention des équipes d'ACT leur garantit un minimum de

protection sociale (maintien dans le logement, accès aux droits, besoins vitaux), et donc de citoyenneté et de liberté.

Rappelons aussi que ce sont les pays les plus attentifs au respect des libertés individuelles qui ont instauré ce type de programmes de soins. Toutefois, quelle base légale soutiendrait en France la possibilité de se rendre au domicile de patients au long cours sans qu'ils aient une mesure de soins sous contrainte ? Les auteurs anglais soulignent l'impossibilité de ce genre de pratiques dans d'autres pays [102]. N'est-ce pas l'instauration d'un nouvel ordre psychiatrique que de visiter des patients à leur domicile de manière intensive en n'ayant que leur consentement par défaut ? Quels seraient les critères cliniques pour définir une indication de soins à domicile ou le risque élevé de marginalisation cité plus haut ? Le risque d'instauration d'une nouvelle institution à domicile est alors grand.

Ce questionnement est à étendre au champ plus vaste de la santé mentale communautaire : si le ciblage de populations à risque pour mieux répondre à des besoins, tant en terme de santé qu'en terme d'environnement (qui est considéré comme partiellement responsable des problèmes de santé mentale), permet d'améliorer les conditions de vie et l'accès aux soins, n'est-elle pas aussi une forme de nouveau contrôle social ? La multiplication des structures médico-sociales risque de créer une trans-institutionnalisation au sein même de la communauté. La santé mentale communautaire doit trouver un juste équilibre entre risque de contrôle de la société et psychiatrisation de nouvelles tranches de population, de la demande de mieux être à la gestion de la déviance [20]. La psychiatrie doit donc rester vigilante sur la place qu'elle s'attribue, et les objectifs de sa mission.

5.5.1.5. LES SOINS SOUS CONTRAINTE EN AMBULATOIRE

L'imposition de soins ambulatoires est une mesure contraire aux principes édictés par Stein et Test, et tous les tenants de la psychiatrie communautaire, mais cette pratique se répand actuellement, et les programmes tels que l'ACT ou les interventions de crise offrent un cadre qui pourrait s'adapter à ce contexte de contrainte, si ce n'est dans leurs valeurs, au moins dans leurs modalités pratiques.

En France, la loi du 5 juillet 2011 instaure la mise en place de soins sous contrainte en ambulatoire [3]. Ainsi, c'est le soin qui est imposé, et non plus le lieu de sa dispensation.

Cette révolution dans la prise en charge des personnes présentant un trouble psychiatrique altérant leurs capacités de consentement veut rompre avec l'amalgame historique entre soin et réclusion dans les hôpitaux psychiatriques. D'un autre côté, la possibilité d'imposer un traitement en ambulatoire inquiète quant au pouvoir de contrôle social au long cours des psychiatres. La loi a aussi pour but de règlementer les « sorties d'essai » auparavant pratiquées mais peu prévues dans la législation précédente. Le conseil constitutionnel, récemment saisi par une Question Prioritaire de Constitutionnalité (QPC), a soulevé le paradoxe qu'« aucune mesure de contrainte à l'égard d'une personne prise en charge en soins ambulatoires ne peut être mise en œuvre pour imposer des soins ou des séjours en établissement sans que la prise en charge du patient ait été préalablement transformée en hospitalisation complète » [104]. Ainsi, même si l'hospitalisation complète est transformée en soins ambulatoires sous contrainte, ces derniers ne seraient être appliqués qu'avec le consentement du patient. Ce paradoxe objective la réalité pratique du compromis réalisé lors de la proposition de ce type de programmes.

Par ailleurs, ce genre de programmes se répand actuellement dans les pays industrialisés, sous plusieurs formes [105] : permissions surveillées après une hospitalisation préalable (Canada, Grande Bretagne, New Hampshire) ; obligation de soins avec ou sans hospitalisation préalable (Australie, Canada), ou obligation de soins à la demande d'un juge (USA) et non plus d'un professionnel de santé. En général, ces programmes autorisent les soignants à imposer des entretiens, des prises en charges occupationnelles, mais pas un traitement médicamenteux.

Une récente méta analyse de la Cochrane [105] à ce sujet étudie deux études américaines comparant ces soins sous contrainte, après une hospitalisation, à un programme ambulatoire type *case management*, sans retrouver de différence entre les groupes (hospitalisations, compliance, agressivité, fonctionnement social) hormis concernant le risque d'être victime d'une agression (RR 0,5 en faveur du groupe contrôle). Les auteurs s'étonnent du peu d'études concernant ce modèle, pourtant en pleine expansion. Ils suggèrent de multiplier les évaluations afin d'avoir de plus solides arguments, notamment cliniques, en faveur ou non de la mise en place de ces programmes. La preuve de leur inefficience les rendrait, pour le coup, beaucoup moins défendables au plan éthique.

5.5.2. COMMENT FAVORISER L'ENGAGEMENT DANS LES SOINS?

En 2009, Killaspy et son équipe réinterrogent les résultats de l'étude REACT (*Randomised Evaluation of ACT in North-London*) concernant l'engagement et l'alliance thérapeutique par une démarche qualitative. Ils ont proposé des entretiens semi structurés à des soignants d'équipes d'ACT et de CMHT ayant participé à cette étude [83].

L'étude REACT [62], [106], dont les résultats sont inclus dans la méta analyse de Dieterich [49], et résumés dans le Tableau 4, est une étude prospective randomisée contrôlée effectuée à Londres entre 1999 et 2002, comparant les effets de programmes d'ACT à ceux de CMHT pour 251 patients grands utilisateurs de services hospitaliers et peu engagés dans les soins. Les résultats de l'étude ne montrent pas de différence significative au plan des symptômes, du fonctionnement social ou du nombre de jours passés à l'hôpital, mais l'ACT permettait une amélioration significative de l'engagement dans les soins et de la satisfaction des usagers. Les auteurs ont donc effectué une recherche qualitative afin de comparer les démarches des soignants des deux équipes, et de faire ressortir les comportements des professionnels qui pourraient améliorer l'engagement.

Leurs résultats montrent que l'engagement des patients est le but principal des professionnels des deux équipes. Les équipes d'ACT utilisaient des approches plus variées et flexibles. Ils voyaient plus fréquemment les patients, et les contacts avaient lieu au domicile des patients ou dans d'autres lieux de la communauté, plutôt qu'au bureau de consultation [83].

Au plan **des stratégies d'alliance**, les membres des équipes d'ACT utilisaient des approches « **informelles** » : conversations générales sur les centres d'intérêt du patient (dans ce contexte londonien, le football était un vecteur d'alliance thérapeutique...), augmentation lente de la fréquence des rendez-vous, aide à la vie pratique ou aux démarches sociales. La moitié des personnes interrogées partageait des idées avec ses collègues afin d'améliorer l'alliance avec les patients. Les équipes des CMHT, elles, avaient des réponses différentes au non engagement : rappel de l'obligation de suivi, du risque d'hospitalisation en cas de non

observance du traitement. Ces réponses font donc appel à des mesures ou menaces coercitives, contrairement aux méthodes des programmes d'ACT.

En cas de **rendez-vous manqué**, les stratégies étaient là aussi différentes : les professionnels de l'ACT se rendaient immédiatement au domicile du patient, ou l'appelaient, alors que ceux des CMHT proposaient un autre rendez-vous par téléphone ou par courrier.

Pour l'**observance médicamenteuse**, les patients des programmes d'ACT avaient leur traitement prescrit et délivré par le programme, contrairement à ceux des CMHT (médecin traitant).

TABLEAU 13: POINTS CLES FAVORISANT L'ENGAGEMENT ET L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE (D'APRES [83]).

Points clés favorisant l'engagement et l'alliance thérapeutique :
Visites fréquentes
Visites à domicile
Approche informelle
Intervention immédiate en cas de RDV manqué
Gestion et délivrance du traitement
Petit nombre de cas par équipe
Flexibilité de l'emploi du temps

Les auteurs expliquent que les professionnels des CMHT ont souvent un grand nombre de patients à suivre, présentant des problématiques variées. Ils réfèrent donc plus souvent leurs patients à d'autres professionnels ou services pour des problématiques non spécifiques à la psychiatrie, par manque de temps. Les équipes d'ACT, elles, ont un petit nombre de cas par équipe, présentant tous des problématiques similaires, et une mission spécifique d'accompagnement global qui leur permet de passer ce temps d'échange informel ou centré sur l'aide sociale ou organisationnelle.

L'intérêt principal de cette étude est que l'alliance thérapeutique et le taux de suivi y sont améliorés par les méthodes non coercitives, d'approche informelle, centrées sur l'utilisateur, ses priorités, ses besoins et ses goûts. La relation personnalisée y est centrale.

Pour autant, sur les 18 mois de suivi de l'étude REACT, cette amélioration de l'alliance et de l'engagement n'a pas eu d'effet sur les symptômes ou le fonctionnement social. Il faudrait donc s'interroger d'une part sur les effets à long terme de ces techniques, et d'autre part sur la pertinence de mettre en place de tels moyens très chronophages vis-à-vis des bénéfices apportés.

5.5.3. LE DOMICILE COMME LIEU DU COMPROMIS SOIGNANT-SOIGNE

En conclusion, rappelons le principe de l'éthique médicale, consistant à toujours mesurer les bénéfices et les risques des choix stratégiques adoptés, dans une perspective d'action au service de l'utilisateur, et en partenariat avec lui.

Proposer un programme de soins à domicile comporte des avantages au plan de l'autonomie et de la liberté du patient si l'indication et les modalités d'intervention sont mesurées. De plus, il semble possible de mettre en place des stratégies d'engagement non coercitives efficaces, et bien adaptées aux patients des programmes d'ACT, pour peu qu'on ait le temps et le cadre adapté à leur mise en place.

Plusieurs questions, notamment juridiques, restent en suspens et demandent à être reprises et complétées sur un plan global, mais aussi discutées au plan individuel, au cas par cas, dans une perspective de traitement individualisé de médecine centrée sur la personne.

En effet, la mobilité de l'équipe de soins enrichit ses possibilités d'action : accompagnement social, actes de la vie quotidienne, accès aux loisirs, stimulation dans la réalisation d'un projet professionnel. Ainsi, cette capacité de mobilité, cette plus grande souplesse d'intervention, permettent d'enrichir le potentiel créatif des soignants et le champ d'action de l'équipe, afin de co-construire avec l'utilisateur un programme sur mesure, de construire un compromis négocié et acceptable. Il permet d'accompagner le patient vers une plus grande intégration sociale. La mobilité entraîne la liberté, qui est thérapeutique.

Enfin, il faut ajouter que l'intervention à domicile implique l'accueil du soignant chez soi, qui signifie forcément qu'on consent à accepter sa présence. Le refus des soins peut aussi se manifester par une absence au rendez-vous, l'absence d'ouverture de la porte. De cette façon, l'usager garde une part de pouvoir sur le soignant, qui se doit de travailler l'alliance thérapeutique, garantie de l'ouverture de cette porte. La porte du domicile peut ainsi représenter le symbole de l'autonomie, du pouvoir conservé de l'usager, de son libre choix de recevoir les soins. Le soignant, reçu au domicile du patient, perd une part de la maîtrise qu'il conserve en consultation ou à l'hôpital. Le rythme de la consultation, les modalités d'accueil sont décidées par l'usager qui le reçoit, et le soignant se voit contraint de le respecter. Les marques indirectes d'alliance précaire ou d'opposition peuvent être prises en compte (télévision, présence de l'entourage, des enfants...) et permettent en quelque sorte de mesurer l'alliance thérapeutique.

Cette modification du rapport de pouvoir fait du domicile un lieu plus adéquat que les lieux de soins pour bâtir un projet où la volonté de l'usager sera déterminante. Un nouveau lieu pour créer un compromis.

6. INTERETS ET LIMITES DE CE TRAVAIL.

6.1. INTERET

Ce travail nous a permis de clarifier les modèles de soins intensifs à domicile. Nous avons donc pu les discuter de manière approfondie, afin d'en soulever les avantages et limites, ainsi que les grands problèmes posés par leur mise en place.

En effet, nous avons pu approfondir des notions très variées, allant de l'histoire de la psychiatrie à la lecture critique d'articles, en passant par la sociologie. Nous avons ainsi pu avoir une vision globale des problèmes posés par ces modèles de soins, leurs avantages et leurs limites. L'objet de ce travail n'étant ni l'exhaustivité ni la résolution de tous les problèmes posés par ces modèles, des questions restent en suspens et nous espérons que notre future pratique pourra poursuivre et enrichir notre réflexion sur les soins à domicile.

La littérature francophone étant rare sur le sujet, ce recueil de données peut constituer une base intéressante pour le lecteur, afin de mieux saisir les enjeux de leur applicabilité en France.

6.2. LIMITES

Ce travail présente des articles de la littérature ayant un intérêt spécifique pour détailler ou discuter les modèles de soins à domicile. Il s'agit donc d'une sélection non exhaustive d'articles dont la rigueur méthodologique ne peut être que partiellement critiquée. En effet, les résultats d'études contrôlées ou de méta analyses concernant l'organisation des soins ne sont que partiellement transposables aux modèles français. Nous avons, de plus, été confrontée à une difficulté dans le choix des mots clés, puisque l'appellation des deux modèles varie selon la date et le pays de publication (*Assertive Community Treatment*, *Assertive Outreach*, *Intensive Case Management*). Cela majore le risque de présenter des données non exhaustives.

La rareté de la littérature française à ce sujet nous expose à des difficultés de traductions de certains termes anglo-saxons tels que l'*Assertive Outreach*, ou l'*Assertive Community Treatment*. Nous avons donc choisi de les conserver en Anglais, après avoir explicité leur signification française.

Nous avons choisi de discuter plusieurs aspects des modèles pouvant éclairer le lecteur sur leur applicabilité en France. Ce travail balaye donc différents domaines, de la clinique à l'organisation des soins, mais de plus amples études, plus spécifiques de chaque champ de compétences sont nécessaires en France, et notamment la publication de données chiffrées concernant l'efficacité des expériences ambulatoires existantes. En effet, ces données restent rares ou peu lisibles. Ce travail doit d'ailleurs être complété d'un état des lieux des expériences communautaires en France, permettant de dégager des points communs et initiatives intéressantes, pouvant être réutilisées ailleurs.

7. CONCLUSION : LES SOINS INTENSIFS A DOMICILE EN FRANCE ?

7.1. SYNTHÈSE.

Les soins intensifs à domicile s'inscrivent dans le champ plus vaste des alternatives à l'hospitalisation à temps complet, pour des patients adultes souffrant de troubles psychiatriques sévères (schizophrénie, troubles schizo-affectifs, troubles bipolaires, troubles sévères de la personnalité). Ce sont des modèles très répandus et étudiés dans les pays industrialisés et qui répondent aux valeurs de la santé mentale communautaire (*empowerment*, soins orientés vers le rétablissement, travail en réseau dans la communauté).

Ce travail en a distingué deux grands types : les interventions de crise à domicile, alternative à l'hospitalisation à court terme ; et les soins communautaires au long cours, du type de l'*Assertive Community Treatment*. Le premier permet d'éviter 50% des hospitalisations en aigu, et de travailler la crise avec le patient et son entourage afin d'éviter la chronicisation des troubles. Le second permet d'améliorer l'adhésion aux soins de patients en rupture de suivi et hauts utilisateurs de services, et notamment ceux présentant des comorbidités addictologiques ou étant sans domicile. Les deux modèles font intervenir des équipes pluridisciplinaires médico-sociales, qui travaillent au domicile des patients ou dans la communauté. La mobilité est une composante clé de ces programmes, et permet d'améliorer le travail en réseau et la fluidité des trajectoires de soins.

Ces programmes posent toutefois des questions sur plusieurs plans. Tout d'abord, leur efficacité, comparée à des modèles moins intensifs, est controversée. De plus, les risques du travail à domicile pour les soignants ne sont pas à négliger. Enfin, ils soulèvent des questions d'ordre éthique, concernant l'autonomie, le contrôle social, et la coercition à domicile.

7.2. LES SOINS INTENSIFS A DOMICILE EN FRANCE

En France, les exemples de soins intensifs à domicile sont peu répandus. Il existe de nombreuses équipes mobiles spécialisées (psychiatrie de l'adolescent, périnatalité, santé mentale et précarité), des interventions de crise à domicile et des programmes d'HAD, sans compter toutes les équipes de CMP qui sont mobiles et effectuent des VAD à des rythmes variés. Mais rares sont celles qui font l'objet de publications, ce qui altère leur lisibilité au plan national. Ce travail théorique sera d'ailleurs illustré et complété par une étude pratique mesurant l'impact de la mise en place d'un dispositif sectoriel de soins intensifs à domicile à court terme sur les hospitalisations du même secteur.

Les exemples français ne correspondent pas toujours aux modèles présentés plus haut. En effet, le cadre juridique de l'HAD propose des interventions à court terme et renouvelables, avec des visites à domicile fréquentes [5]. Ce modèle est de plus en plus utilisé en soins somatiques (périnatalité, soins palliatifs, gérontologie...). En psychiatrie, il reste marginal. 20 établissements psychiatriques français en proposaient en 2008³. Malgré une circulaire particulière à l'application de l'HAD en psychiatrie, le modèle est peu spécifique à la santé mentale [5]. La dotation hospitalière en prix de journée impose un cadre plus rigide que la dispensation de visites à domicile intensives par le biais d'une équipe de CMP. Cela serait un frein à l'utilisation de ce cadre en psychiatrie.

Concernant les soins de type ACT, la littérature française ne fait état d'aucune expérience. Il faut toutefois citer le programme multicentrique actuel « Un chez soi d'abord » [41] qui est un programme expérimental randomisé de relogement de personnes sans domicile ayant des troubles psychiques sévères (troubles schizophréniques et bipolaires), faisant intervenir une équipe d'ACT dans le cadre d'un accompagnement médico-social intensif. Si les résultats de l'expérimentation initiale s'avéraient probants, ce mode d'accompagnement des personnes sans abri se verrait généralisé au plan national.

Nous pouvons proposer plusieurs hypothèses à la rareté des expériences en France. Tout d'abord, la culture française n'est pas coutumière de l'expérimentation concernant les modèles de soins, ni de l'évaluation et de la publication systématique des résultats des

³ Données issues des RAPSY 2008, DREES, réalisation : IRDES 2011.

services. Il est donc difficile de recenser les expériences, bien qu'elles existent. Ensuite, et nous l'avons dit plus haut, la sectorisation, réponse nationale aux problèmes de la désinstitutionnalisation, reste inaboutie (et ce pour des raisons complexes qui ne seront pas détaillées ici). Or, les questions de la santé mentale communautaire et du besoin absolu d'accompagnement intensif ne se sont posées qu'à la fermeture des hôpitaux psychiatriques, entraînant la sortie des patients hospitalisés de façon chronique. On peut penser que ces expériences seraient plus développées si la France avait fermé ses hôpitaux psychiatriques. Une autre hypothèse concerne la géographie du territoire français : on peut se questionner sur l'applicabilité des soins à domicile en milieu rural et dans les « déserts médicaux ». Quand on étudie la superficie de certains secteurs, la mise en place d'une équipe mobile y paraît illusoire. Les pays du Nord de l'Europe, plus densément peuplés, ont peut être plus de facilités au plan géographique (mais que dire des USA ou du Canada ?). Enfin, il faut questionner la culture et les croyances médicales : les partisans des soins à domicile étant animés par la croyance que l'on est mieux chez soi et que l'hospitalisation, sans toujours être délétère, n'est pas, en elle-même, thérapeutique.

Il y a dix ans, Petitjean et Leguay affirmaient que le modèle de l'ACT pouvait correspondre à l'organisation du secteur, par sa mobilité et sa souplesse, ses prises en charges illimitées, son ancrage dans la communauté et sa capacité à couvrir tous les soins psychiatriques [32]. Si le secteur reste en effet une base d'organisation des soins majeurs, il faut, selon nous, le différencier des outils plus spécifiques tels que l'ACT ou les équipes de crise. En effet, ces derniers complètent, sans s'y substituer, un dispositif gradué allant de la consultation à l'hospitalisation en passant par les hôpitaux de jours et les CATTP. Les outils de soins intensifs à domicile vont au-delà de ce que proposent actuellement la majorité des CMP, notamment en termes de réactivité et de disponibilité, et correspondent à des indications et des objectifs très précis. Mais combiné à un ou plusieurs secteurs, les modèles présentés dans ce travail permettraient peut être l'aboutissement d'un service de soins de santé mentale gradué, cohérent et réactif.

8. ANNEXES

8.1. INDEX DE FIDÉLITÉ DE L'ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT (IF-ACT) [81].

Variables		Cotation		
		1	intermédiaire	0
Ressources humaines	Ratio patients/soignants	<10/1	Entre les deux	>20/1
	Taille de l'équipe (T)	7<T<10	Entre les deux	10<T<3
	Psychiatre dans l'équipe	>13h/semaine	>13h	0
	Infirmière dans l'équipe	>30h/semaine	<30h	0
Organisation	L'équipe est référent du patient	Oui	–	Non
	Site séparé de l'hôpital	Oui	–	Non
	Cas partagés	Basé sur le pourcentage de contact de chaque membre de l'équipe avec le patient		
	Réunion quotidienne	Oui	–	Non
	Le coordinateur de l'équipe a un travail clinique	>20h/semaine	<20h	0
	Disponibilité 24h	Oui	Non	Non
	Service illimité dans le temps	Oui	–	Non
Service	Contacts dans la communauté	>12,1/mois	<12,1/mois	0
	Contacts au bureau évités (% de visites au bureau)	<25%	25 à 100%	100%
	Contacts totaux	>18,5/mois	<18,5/mois	0

ANNEXE 2 : IFACT-TRADUCTION PERSONNELLE. PLUS LE PROGRAMME EST FIDELE ET PLUS LE SCORE EST PROCHE DE 1.

8.2. L'ECHELLE D'ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT DE DARTMOUTH (DACTS) [82].

Critères		Cotation				
		1	2	3	4	5
RESSOURCES HUMAINES : STRUCTURE ET COMPOSITION DE L'EQUIPE.						
H1	Petit nombre de cas traités:	50 patients/ clinicien ou plus	35-49	21-34	11 à 20	10 ou moins
H2	Travail d'équipe:	<10% des patients ayant des contacts en face à face avec différents membres de l'équipe sur une période de 2 semaines	10 à 36%	37-63%	64 à 89%	90% ou plus ont des contacts individuels avec plus d'un membre de l'équipe en 2 semaines
H3	Réunions d'équipe:	1 réunion/ mois/ patient ou moins	De 2/mois à 1/semaine	D'1/semaine à 2/semaine	De 2/semaine à 4/semaine	réunion 4 fois par semaine en passant en revue chaque patient même si c'est brièvement
H4	Pratique du chef d'équipe: le superviseur dispense des soins directs.	le superviseur ne dispense pas de soins	dispense des soins rarement ou en renforts	dispense souvent des soins en renforts ou moins de 25% du temps	dispense des soins 25 à 50% du temps	au moins 50% du temps
H5	Faible turn over des soignants:	plus de 80% de turn over en 2 an	60 à 80% de turn over en 2 ans	40 à 59% de turn over	20 à 39%	moins de 20% de turn over en 2 ans

H6	Capacité de l'équipe: le programme fonctionne avec l'intégralité de l'effectif.	le programme a fonctionné avec moins de 50% de l'effectif les 12 derniers mois	50 à 64%	65 à 79%	80 à 94%	>95% ou plus
H7	Psychiatre: au moins 1 ETP/100 patients.	0.10 ETP/100 clients	0.10-0.39 ETP	0.40 -0.69 ETP	0.70 0.99	au moins un psychiatre à temps plein pour 100 patients
H8	IDE: au moins 2 ETP IDE/ 100 patients.	<0.20 ETP	0.20 - 0.79	0.80 - 1.39	1.40 - 1.99	2 ETP ou plus
H9	Addictologues: au moins 2 membres de l'équipe ont une expérience d'un an ou une formation en addictologie pour 100 patients.	<0.20 ETP	0.20 - 0.79	0.80 - 1.39	1.40 - 1.99	2 ETP ou plus
H10	Spécialistes de la réhabilitation professionnelle: au moins 2 membres de l'équipe ayant 1 expérience d'un an en réhabilitation professionnelle;	<0.20 ETP	0.20 - 0.79	0.80 - 1.39	1.40 - 1.99	2 ETP ou plus
H11	Taille de l'équipe :	<2.5 ETP	2.5 - 4.9	5.0 - 7.4	7.5 - 9.9	>10 ETP
ORGANISATION						
O1	Critères d'admission explicites:	pas de critère, prend tous types de cas déterminés à l'entrée du programme	mission générale définie mais l'admission est déterminée par des commodités organisationnelles	effort pour chercher et sélectionner des indications définies mais accepte la plupart des cas	le programme recherche activement et vérifie scrupuleusement les indications, mais exceptions occasionnelles	recrute activement une population définie et tous les cas sont soumis à des critères d'admission explicites

O2	Taux d'admission:	supérieur à 15/mois	13 à 15	10 à 12	7 à 9	pas plus de 6/mois
O3	Pleine responsabilité pour le traitement de santé mentale:	pas plus que la gestion de cas	1 des 4 services additionnels et adresse à d'autres services pour les autres	2 sur 5	3 ou 4	Tous
O4	Gestion des crises:	aucune prise en charge des crises	le service des urgences a un protocole du service pour les patients du service	astreinte téléphonique, rôle consultatif	soutien aux services d'urgences, càd le programme est appelé, et participe à la décision	couverture 24h/24
O5	Gestion des hospitalisations:	impliqué dans <5% des décisions d'hospitalisation	5 - 34%	35 - 64%	65 - 94%	>95%
O6	Programmation de la sortie:	impliqué dans <5% des sorties d'hôpital	5 - 34%	35 - 64%	65 - 94%	>95%
O7	Temps de prise en charge illimité	plus de 90% des patients doivent sortir du programme d'ici 1 an	38 -90%	18-37%	5-17%	suivi illimité pour tous, moins de 5% de sortie
NATURE DE L'INTERVENTION						
S1	approche communautaire:	<20% des entretiens dans la communauté	20-39%	40-59%	60-79%	80% des entretiens ou contacts dans la communauté
S2	pas de politique d'abandon:	<50% de l'effectif est conservé sur une période d'un an	50-64%	65-79%	80-94%	>95%
S3	Assertive Outreach « Aller vers » mobilité,	le service est passif dans le recrutement et les obligations, il n'utilise jamais de travail de rue ni	le service fait des tentatives initiales pour engager l'utilisateur mais focalise généralement sur les	le programme tente de sensibiliser et utilise des recours légaux uniquement comme une	le service a un plan pour engager l'utilisateur et utilise tous les	le service montre toujours des stratégies bien pensées et utilise le

	dynamisme:	de recours légaux	patients les plus motivés	commodité	mécanismes disponibles	travail de rue comme les recours légaux quand ils sont appropriés
S4	intensité des soins:	moyenne de moins de 15 min/semaine ou moins d'entretien avec les patients	14 à 49 minutes par semaine	50 à 84 minutes/semaine	85 à 119 min/sem	2h/semaine ou plus
S5	fréquence des contacts :	moyenne de moins d'1 entretien/semaine/patient ou moins	1-2/semaine	2 à 3/sem	3 à 4/sem	moyenne de 4 contacts par semaine et par patient
S6	Travail avec l'entourage:	<0.5 contacts/mois/patient	0.5 à 1/mois/patient	1 à 2/mois/patient	2 à 3/mois/patient	4 ou plus
S7	Troubles addictologiques associés: traitement individuel:	pas de ttt direct individualisé	l'équipe adresse à une équipe spécialisée, pas de ttt individuel	même si l'équipe intègre de l'addictologie dans ses prises en charges, elle ne délivre aucun ttt individualisé	ttt individuel, moins de 24 min/semaine/ patient toxicomane dans de tels ttt	plus de 24 min/semaine ou plus
S8	Troubles addictologiques associés: thérapie de groupe: le programme utilise les groupes comme modalité de ttt des toxicomanies	moins de 5% des patients toxicomanes ont au moins une séance de groupe par mois	5-19%	20-34%	35-49%	50% ou plus
S9	Comorbidité addictologique: l'équipe prend en charge les comorbidités selon un modèle comportementaliste (dual disorders).	modèle traditionnel: confrontation, abstinence, hospitalisation	principalement modèle traditionnel, cures, AA. Reconnaît l'utilité de la persuasion dans certains cas	modèle mixte	principalement le modèle DD: persuasion, ttt actif, hospitalisations rares.	programme basé sur le principe des troubles mixtes
S10	Rôle des usagers: les usagers sont impliqués en tant que membres de l'équipe, prodiguant directement des services.	usagers non concernés	rôle spécifique comme l'entraide	usagers travaillent à la gestion de cas à temps partiel avec des responsabilités réduites	usagers à plein temps dans la gestion de cas, avec des responsabilités réduites	usagers employés à plein temps en tant que cliniciens avec un statut professionnel

ANNEXE 3- DACTS- TRADUCTION PERSONNELLE

BIBLIOGRAPHIE

- [1] L. Mandel, *HP Tome 1: Asile d'aliénés*, L'Association. Paris: 2009.
- [2] Cour des Comptes, « L'organisation des soins en psychiatrie: les effets du plan "psychiatrie et santé mentale" (2005-2010) », Rapport public thématique, déc. 2011.
- [3] *Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.* .
- [4] « Circulaire N° DH/EO2/2000/295 relative à l'hospitalisation à domicile », Ministère de l'emploi et de la solidarité, DH/EO2/2000/295, mai 2000.
- [5] *Circulaire N°DHOS/O/2004/44 relative à l'hospitalisation à domicile.* 2004.
- [6] M. Coldefy, P. Le Fur, V. Lucas-Gabrielli, et J. Mousquès, « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France: des inégalités persistantes de moyens et d'organisation », *Questions d'économie de la santé*, n°. 145, p. 1-7, 2009.
- [7] *Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.* 2005.
- [8] L. Demailly, O. Dembinski, et C. Dechamp le Roux, « Analyse d'innovation dans les secteurs psychiatriques: augmenter la mobilité et la disponibilité, Multig. », Rapport de recherche CLERSE-CNRS -UMR 8019/ Fédération régionale de recherche en santé mentale 59-62, 2012.
- [9] J. Pascal, L. Simmonnot, L. Faucher, et N. Garret-Gloanec, « Alternatives à l'hospitalisation psychiatrique de l'adulte », *Encycl Méd Chir*, vol. 930-N-10. 10 p., 2003.
- [10] *Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.* 1960.

- [11] M. Robin, M. Bronchard, et S. Kannas, « Ambulatory care provision versus first admission to psychiatric hospital: 5 years follow up », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 43, n° 6, p. 498-506, juin 2008.
- [12] R. Rosetti, D. Sakh, A. Ramond, et S. Sogno-Berat, « Enquête sur le mode de fonctionnement et l'activité d'hospitalisation à domicile d'un secteur psychiatrique de la Seine-Saint-Denis. », *Ann Med Psychol*, vol. 161, p. 478-84, 2003.
- [13] R. Semal et J.-J. Revillion, « 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 », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 167, n° 2, p. 127-133, mars 2009.
- [14] M. Foucault, *Histoire de la Folie à l'âge Classique*, Gallimard. Paris: 1972.
- [15] J. Postel et C. Quétel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Dunod. Paris: 1994.
- [16] *Loi n°7443 du 30 juin 1938 sur les aliénés. .*
- [17] G. Lantéri-Laura, *La chronicité en psychiatrie*, Institut Synthélabo. Paris: 1997.
- [18] C. Henderson et G. Thornicroft, « [The statute of deinstitutionalization in Great Britain] », *Sante Ment Que*, vol. 22, n° 2, p. 88-114, 1997.
- [19] H. Killaspy, « From the asylum to community care: learning from experience », *Br. Med. Bull.*, vol. 79-80, p. 245-258, 2006.
- [20] F. Castel, R. Castel, et A. Lovell, *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain.*, Grasset. Paris: 1979.
- [21] R. Castel, *La Gestion des Risques de l'anti-psychiatrie à l'après-psychoanalyse*, Editions de minuit. Paris: 1981.
- [22] M. Gomes, N. Regnaud, et J. L. Roelandt, « De la psychiatrie communautaire à la psychiatrie citoyenne », in *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie- G. Vidon*, Frison-Roche., Paris: 1995.
- [23] E. Goffman, *Asiles: essai sur la condition sociale des malades mentaux*, Editions de minuit. Paris: 1968.

- [24] D. Cooper, *Psychiatrie et anti-psychiatrie*, Seuil. Paris: 1970.
- [25] J. Wing et G. Brown, *Institutionalism and Schizophrenia: a comparative study of three mental hospitals 1960-1968*, Cambridge University Press. Cambridge: 1970.
- [26] G. Dell'acqua, M. Marsili, et P. Zanusi, « [The history and spirit of mental health services in Trieste.] », *Sante Ment Que*, vol. 23, n° 2, p. 148-170, 1998.
- [27] L. Ailam, M. Rchidi, A. Tortelli, et N. Skurnik, « Le processus de désinstitutionnalisation », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 167, n° 6, p. 455-458, août 2009.
- [28] *Livre blanc de la psychiatrie française Tome 1*, Privat. Toulouse: 1966.
- [29] *Livre blanc de la psychiatrie française Tome 2*, Privat. Toulouse: 1967.
- [30] *Livre blanc de la psychiatrie française Tome 3*, Privat. Toulouse: 1968.
- [31] J.-C. Pascal, « Le secteur de psychiatrie », in *Manuel de psychiatrie*, Guelfi J-D, Rouillon F, Elsevier Masson., Paris: 2008, p. 624-627.
- [32] F. Petitjean et D. Leguay, « Sectorisation psychiatrique : évolution et perspectives », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 160, n° 10, p. 786-793, déc. 2002.
- [33] B. Castro, S. Bahadori, Tortelli, L. Ailam, et N. Skurnik, « Syndrome de la porte tournante en psychiatrie en 2006 », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 165, n° 4, p. 276-281, mai 2007.
- [34] « Communauté », *Dictionnaire français Larousse*. .
- [35] « Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; et entré en vigueur le 7 avril 1948. », New York, Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé N°2, avr. 1948.
- [36] J. Postel, « Introduction à l'histoire de la psychiatrie », in *Manuel de psychiatrie*, Guelfi J-D, Rouillon F, Masson., Paris: , 2008, p. 3-11.
- [37] G. Caplan, *Principles of preventive psychiatry*. Oxford: Basic books, 1964.

- [38] F. Petitjean, « La réinsertion professionnelle », in *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*- G. Vidon, Paris: Frison-Roche, 1995.
- [39] A.-M. Lovell, « Sociologie des troubles psychiatriques », in *Manuel de psychiatrie*, Guelfi J-D, Rouillon F, Elsevier Masson., Paris: 2008, p. 65-74.
- [40] *Circulaire DGAS-3B n° 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques*. 2005.
- [41] Ministère du Développement durable, *Fiche de présentation du programme « Un chez soi d'abord »*. 2010.
- [42] « Groupe Information Asiles ». Disponible depuis: <http://www.groupeinfoasiles.org/>
- [43] L. Dixon, « Assertive community treatment: twenty-five years of gold », *Psychiatr Serv*, vol. 51, n°. 6, p. 759-765, juin 2000.
- [44] L. I. Stein et M. A. Test, « Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 37, n°. 4, p. 392-397, avr. 1980.
- [45] E. Couty, « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports. », janv. 2009.
- [46] E. Piel et J.-L. Roelandt, « De la psychiatrie à la santé mentale », juill. 2001.
- [47] K. T. Mueser, G. R. Bond, R. E. Drake, et S. G. Resnick, « Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management », *Schizophr Bull*, vol. 24, n°. 1, p. 37-74, 1998.
- [48] A. Rosen, K. T. Mueser, et M. Teesson, « Assertive community treatment--issues from scientific and clinical literature with implications for practice », *J Rehabil Res Dev*, vol. 44, n°. 6, p. 813-825, 2007.
- [49] M. Dieterich, C. B. Irving, B. Park, et M. Marshall, « Intensive case management for severe mental illness », *Cochrane Database Syst Rev*, n°. 10, p. CD007906, 2010.

- [50] M. Marshall et A. Lockwood, « WITHDRAWN: Assertive community treatment for people with severe mental disorders », *Cochrane Database Syst Rev*, n°. 4, p. CD001089, 2011.⁴
- [51] N. H. French et G. R. Heninger, « A short clinical rating scale for use by nursing personnel. I. Development and design », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 23, n°. 3, p. 233-240, sept. 1970.
- [52] H. G. Lafave, H. R. de Souza, et G. J. Gerber, « Assertive community treatment of severe mental illness: a Canadian experience », *Psychiatr Serv*, vol. 47, n°. 7, p. 757-759, juill. 1996.
- [53] C. Hobbs, L. Newton, C. Tennant, A. Rosen, et K. Tribe, « Deinstitutionalization for long-term mental illness: a 6-year evaluation », *Aust N Z J Psychiatry*, vol. 36, n°. 1, p. 60-66, févr. 2002.
- [54] M. Bak, J. van Os, P. Delespaul, A. de Bie, J. á Campo, G. Poddighe, et M. Drukker, « An observational, “real life” trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 42, n°. 2, p. 125-130, févr. 2007.
- [55] T. Burns, J. Catty, H. Watt, C. Wright, M. Knapp, et J. Henderson, « International differences in home treatment for mental health problems. Results of a systematic review », *Br J Psychiatry*, vol. 181, p. 375-382, nov. 2002.
- [56] J. Ito, I. Oshima, M. Nishio, T. Sono, Y. Suzuki, K. Horiuchi, N. Niekawa, M. Ogawa, Y. Setoya, F. Hisanaga, M. Kouda, et K. Tsukada, « The effect of Assertive Community Treatment in Japan », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 123, n°. 5, p. 398-401, mai 2011.
- [57] D. of Health, « The Mental Health Policy Implementation Guide », 30-mars-2001. Disponible depuis: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009350.

⁴ Cette référence a été retirée par la base de données Cochrane, et remplacée par la référence 49. Nous n'avons donc pas cité les résultats de la revue, mais des éléments introductifs et conceptuels.

- [58] G. Glover, G. Arts, et K. S. Babu, « Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England », *Br J Psychiatry*, vol. 189, p. 441-445, nov. 2006.
- [59] T. Burns, J. Catty, M. Dash, C. Roberts, A. Lockwood, et M. Marshall, « Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression », *BMJ*, vol. 335, n°. 7615, p. 336, août 2007.
- [60] G. Thornicroft, T. Wykes, F. Holloway, S. Johnson, et G. Szumukler, « From efficacy to effectiveness in community mental health services. PRiSM Psychosis Study. 10 », *Br J Psychiatry*, vol. 173, p. 423-427, nov. 1998.
- [61] T. Burns, F. Creed, T. Fahy, S. Thompson, P. Tyrer, et I. White, « Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. UK 700 Group », *Lancet*, vol. 353, n°. 9171, p. 2185-2189, juin 1999.
- [62] H. Killaspy, P. Bebbington, R. Blizard, S. Johnson, F. Nolan, S. Pilling, et M. King, « The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London », *BMJ*, vol. 332, n°. 7545, p. 815-820, avr. 2006.
- [63] J. Carpenter, A. Luce, et D. Wooff, « Predictors of outcomes of assertive outreach teams: a 3-year follow-up study in North East England », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 46, n°. 6, p. 463-471, juin 2011.
- [64] M. Commander, S. Sashidharan, T. Rana, et T. Ratnayake, « North Birmingham assertive outreach evaluation. Patient characteristics and clinical outcomes », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 40, n°. 12, p. 988-993, déc. 2005.
- [65] S. Priebe, W. Fakhoury, J. Watts, P. Bebbington, T. Burns, S. Johnson, M. Muijen, I. Ryrie, I. White, et C. Wright, « Assertive outreach teams in London: patient characteristics and outcomes. Pan-London Assertive Outreach Study, part 3 », *Br J Psychiatry*, vol. 183, p. 148-154, août 2003.
- [66] G. Thornicroft, G. Strathdee, M. Phelan, F. Holloway, T. Wykes, G. Dunn, P. McCrone, M. Leese, S. Johnson, et G. Szumukler, « Rationale and design. PRiSM Psychosis Study I », *Br J Psychiatry*, vol. 173, p. 363-370, nov. 1998.
- [67] C. B. Joy, C. E. Adams, et K. Rice, « Crisis intervention for people with severe mental illnesses », *Cochrane Database Syst Rev*, n°. 4, p. CD001087, 2006.

- [68] M. De Clercq, *Urgences psychiatriques et interventions de crise*, De Boeck Université. Bruxelles: 1997.
- [69] M. Séguin, A. Brunet, et L. LeBlanc, *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*, Gaëtan Morin. Montréal: 2012.
- [70] M. Robin, F. Pochard, J. -f. Ampelas, S. Kannas, M. Bronchard, F. Mauriac, F. Bisson, S. Meppen, et N. Pastour, « Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France », *Thérapie Familiale*, vol. 22, n^o. 2, p. 133, 2001.
- [71] N. A. Alwan, P. Johnstone, et G. Zolese, « Length of hospitalisation for people with severe mental illness », *Cochrane Database Syst Rev*, n^o. 1, p. CD000384, 2008.
- [72] M. Marshall, R. Crowther, W. H. Sledge, J. Rathbone, et K. Soares-Weiser, « Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders », *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 12, p. CD004026, 2011.
- [73] J. Johnson, S, « Crisis resolution and intensive home treatment teams », *Psychiatry*, vol. 3, n^o. 9, p. 22-25, sept. 2004.
- [74] H. Sjølie, B. Karlsson, et H. S. Kim, « Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome - a literature review », *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 17, n^o. 10, p. 881-892, déc. 2010.
- [75] D. While, H. Bickley, A. Roscoe, K. Windfuhr, S. Rahman, J. Shaw, L. Appleby, et N. Kapur, « Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study », *Lancet*, févr. 2012.
- [76] D. Capdevielle, K. Ritchie, D. Villebrun, et J.-P. Boulenger, « Durées d'hospitalisation des patients souffrant de schizophrénie : facteurs cliniques de variations et leurs conséquences », *L'Encéphale*, vol. 35, n^o. 1, p. 90-96, févr. 2009.
- [77] D. Capdevielle, J.-P. Boulenger, D. Villebrun, et K. Ritchie, « Durées d'hospitalisation des patients souffrant de schizophrénie : implication des systèmes de soin et conséquences médicoéconomiques », *L'Encéphale*, vol. 35, n^o. 4, p. 394-399, sept. 2009.

- [78] T. Lecomte, D. Polton, et N. Raffy-Pihan, « Enquête Evaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés », IRDES Institut de recherche en économie de la santé, n° 1256 1999/02, mars 1999.
- [79] D. Malone, G. Newron-Howes, S. Simmonds, S. Marriot, et P. Tyrer, « Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality », *Cochrane Database Syst Rev*, n° 3, p. CD000270, 2007.
- [80] J. Catty, T. Burns, M. Knapp, H. Watt, C. Wright, J. Henderson, et A. Healey, « Home treatment for mental health problems: a systematic review », *Psychol Med*, vol. 32, n° 3, p. 383-401, avr. 2002.
- [81] J. H. McGrew, G. R. Bond, L. Dietzen, et M. Salyers, « Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model », *J Consult Clin Psychol*, vol. 62, n° 4, p. 670-678, août 1994.
- [82] G. B. Teague, G. R. Bond, et R. E. Drake, « Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure », *Am J Orthopsychiatry*, vol. 68, n° 2, p. 216-232, avr. 1998.
- [83] H. Killaspy, S. Johnson, B. Pierce, P. Bebbington, S. Pilling, F. Nolan, et M. King, « Successful engagement: a mixed methods study of the approaches of assertive community treatment and community mental health teams in the REACT trial », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 44, n° 7, p. 532-540, juill. 2009.
- [84] G. R. Bond et M. P. Salyers, « Prediction of outcome from the Dartmouth assertive community treatment fidelity scale », *CNS Spectr*, vol. 9, n° 12, p. 937-942, déc. 2004.
- [85] J. Billings, S. Johnson, P. Bebbington, A. Greaves, S. Priebe, M. Muijen, I. Ryrie, J. Watts, I. White, et C. Wright, « Assertive outreach teams in London: staff experiences and perceptions. Pan-London Assertive Outreach Study, part 2 », *Br J Psychiatry*, vol. 183, p. 139-147, août 2003.
- [86] C. Wright, T. Burns, P. James, J. Billings, S. Johnson, M. Muijen, S. Priebe, I. Ryrie, J. Watts, et I. White, « Assertive outreach teams in London: models of operation. Pan-London Assertive Outreach Study, part 1 », *Br J Psychiatry*, vol. 183, p. 132-138, août 2003.

- [87] T. Burns, A. Fioritti, F. Holloway, U. Malm, et W. Rössler, « Case management and assertive community treatment in Europe », *Psychiatr Serv*, vol. 52, n^o. 5, p. 631-636, mai 2001.
- [88] S. Priebe, W. Fakhoury, I. White, J. Watts, P. Bebbington, J. Billings, T. Burns, S. Johnson, M. Muijen, I. Ryrie, et C. Wright, « Characteristics of teams, staff and patients: associations with outcomes of patients in assertive outreach », *Br J Psychiatry*, vol. 185, p. 306-311, oct. 2004.
- [89] C. Wright, J. Catty, H. Watt, et T. Burns, « A systematic review of home treatment services--classification and sustainability », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 39, n^o. 10, p. 789-796, oct. 2004.
- [90] S. Johnson, F. Nolan, S. Pilling, A. Sandor, J. Houlton, N. McKenzie, I. R. White, M. Thompson, et P. Bebbington, « Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study », *BMJ*, vol. 331, n^o. 7517, p. 599, sept. 2005.
- [91] R. Jacobs et E. Barrenho, « Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England », *Br J Psychiatry*, vol. 199, n^o. 1, p. 71-76, juill. 2011.
- [92] M.-A. Cotton, S. Johnson, J. Bindman, A. Sandor, I. R. White, G. Thornicroft, F. Nolan, S. Pilling, J. Houlton, N. McKenzie, et P. Bebbington, « An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams », *BMC Psychiatry*, vol. 7, p. 52, 2007.
- [93] C. Brooker, T. Ricketts, S. Bennett, et F. Lemme, « Admission decisions following contact with an emergency mental health assessment and intervention service », *J Clin Nurs*, vol. 16, n^o. 7, p. 1313-1322, juill. 2007.
- [94] S. Onyett, K. Linde, G. Glover, S. Floyd, S. Bradley, et H. Middleton, « Implementation of crisis resolution/home treatment teams in England: national survey 2005–2006 », *Psychiatric Bulletin*, vol. 32, n^o. 10, p. 374 -377, oct. 2008.
- [95] M. Semrau, E. A. Barley, A. Law, et G. Thornicroft, « Lessons learned in developing community mental health care in Europe », *World Psychiatry*, vol. 10, n^o. 3, p. 217-225, oct. 2011.

- [96] T. Nelson, S. Johnson, et P. Bebbington, « Satisfaction and burnout among staff of crisis resolution, assertive outreach and community mental health teams. A multicenter cross sectional survey », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 44, n° 7, p. 541-549, juill. 2009.
- [97] S. Kannas, « Le rapport Couty », avr-2009.
- [98] *Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*. 2005.
- [99] « Samsah-Savs.fr - ». Disponible depuis: <http://samsah-savs.fr/>
- [100] C. Maslach et S. Jackson, *Maslach Burnout Inventory*, Oxford psychological press. Oxford: 1986.
- [101] B. Penterman et H. Nijman, « Assessing aggression risks in patients of the ambulatory mental health crisis team », *Community Ment Health J*, vol. 47, n° 4, p. 463-471, août 2011.
- [102] D. Claassen et S. Priebe, « Ethical aspects of assertive outreach », *Psychiatry*, vol. 6, n° 2, p. 45-48, févr. 2007.
- [103] R. Castel, *L'insécurité sociale: qu'est-ce qu'être protégé* [Séuil. Paris: 2003.
- [104] Conseil Constitutionnel, « Communiqué de presse - 2012-235 QPC », n°2012-235 QPC, avr. 2012.
- [105] S. R. Kisely, L. A. Campbell, et N. J. Preston, « Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders », *Cochrane Database Syst Rev*, n° 2, p. CD004408, 2011.
- [106] H. Killaspy, S. Kingett, P. Bebbington, R. Blizard, S. Johnson, F. Nolan, S. Pilling, et M. King, « Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes », *Br J Psychiatry*, vol. 195, n° 1, p. 81-82, juill. 2009.

Auteure : RAMONET

Marianne

Date de Soutenance : 14 septembre 2012

Titre de la thèse : Soins intensifs à domicile en psychiatrie : modèles internationaux et discussion critique.

Thèses, médecine, Lille, 2012

Cadre de classement : DES psychiatrie

Mots clés : domicile, trouble psychiatrique sévère, alternative à l'hospitalisation, désinstitutionnalisation,

Résumé :

Peu répandus en France, les soins intensifs à domicile font l'objet d'une littérature abondante dans les pays anglo-saxons et européens. Développés depuis les années 1970, pour répondre aux problèmes posés par la désinstitutionnalisation, ces modèles peuvent être distingués en deux groupes. Le premier groupe de programmes de soins inclut le *Case Management* et l'*Assertive Community Treatment*. Ce dernier, très étudié, est un programme intensif à domicile au long cours, s'adressant à des patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères et invalidantes. Il consiste en une intervention médico-sociale intensive, visant la restauration des habiletés sociales et de l'autonomie. Le second modèle est l'intervention de crise. Tout aussi intensif, ce programme consiste en une intervention à court terme à domicile, visant à éviter ou raccourcir l'hospitalisation lors d'une décompensation aiguë. En effet, il permet d'éviter 50% des hospitalisations, et d'intervenir auprès du patient et de son entourage. L'ACT permet d'améliorer l'adhésion aux soins de patients en rupture de suivi et hauts utilisateurs de services. Ces programmes posent toutefois des questions sur plusieurs plans. Tout d'abord, leur efficacité, comparée à des modèles moins intensifs, est controversée. De plus, les risques du travail à domicile pour les soignants ne sont pas à négliger. Enfin, ils soulèvent des questions et de nouveaux défis d'ordre éthique, qui demandent au psychiatre de redéfinir ses missions.

Composition du Jury :

Président : Pr P THOMAS

Assesseurs : Pr O COTTENCIN

Pr G VAIVA

Dr JL ROELANDT