



Les soins en équipe mobile

Gaël Vallotton et Laure Bruggimann
Equipe Mobile en Addictions

9^{ème} Journée genevoise d'addictologie
15 mars 2012

Plan

□ Contexte théorique

- Les débuts des soins mobiles
- Le modèle « Assertive Community Treatment » (ACT)

□ La mobilité: aspects spécifiques

- La définition de la mobilité
- Le syndrome d'auto-exclusion
- De la non demande à l'urgence

□ Avantages et limites des équipes mobiles

□ Dessine-moi une équipe mobile

Les débuts des soins mobiles

(Années 60)



Vic Polinelli



□ Désinstitutionnalisation

- Errance et problèmes judiciaires
- Difficulté d'accès aux prestations
- Hospitalisations répétées et prolongées

Les débuts des soins mobiles

(Années 60)

❑ Case management

- Liaison entre les services
- Dimension de traitement

❑ Assertive Community Treatment

(Stein et Test 1980)

- Transfert de ressources
- Empowerment des patients



Le modèle ACT

□ Standardisation

- Echelle d'« ACTness » (Teague et al. 1998)

□ Objectifs

- Evaluation, planification, liaison, continuité, représentation
- Philosophie centrée sur l'autonomie

Quels patients?

❑ Initialement pour les patients psychotiques

❑ Profil type

- Patient au parcours chaotique
- Peu engagé dans les soins
- Hospitalisations multiples non volontaires
- Rechutes sévères avec prise de risque

Les ingrédients ACT

- ❑ Intervention dans le milieu naturel du patient
- ❑ Equipe multidisciplinaire
- ❑ Contacts fréquents
- ❑ Faible nombre de patients par intervenant
- ❑ Approche proactive
- ❑ Tournus des intervenants
- ❑ Disponibilité 24h/24h



Dans les faits, une multitude de variantes

- ❑ Patients ciblés
- ❑ Qui repère les patients en difficultés
- ❑ Missions
- ❑ Dispositif socio-sanitaire global
- ❑ Composition des équipes





« tous [les intervenants mobiles] se doivent d'adopter une approche qui encourage l'appropriation du pouvoir d'agir de la personne dans tous les aspects de sa vie». (Emard, 2004)



Plan

□ Contexte théorique

- Les débuts des soins mobiles
- Le modèle « Assertive Community Treatment » (ACT)

□ **La mobilité: aspects spécifiques**

- La définition de la mobilité
- Le syndrome d'auto-exclusion
- De la non demande à l'urgence

□ Avantages et limites des équipes mobiles

□ Dessine-moi une équipe mobile

Définition de la mobilité

- ❑ Aptitude à bouger, à se mettre en mouvement, à entrer en relation
- ❑ Etymologiquement: aptitude à passer d'une disposition à une autre, à s'interroger
- ❑ Méthode de la phénoménologie (époché): aptitude à la remise en question de soi et à la suspension des préjugés

Trois mobilités en une (Mauriac 2009)



□ Mouvement

- Déplacement physique

□ Mobilisation

- Inciter un système à la transformation

□ Créativité

- adaptabilité du cadre = flexibilité des intervenants



A propos du mouvement



- ❑ Mouvement physique perçu: mouvement psychique? (Tordjman, 2009)
- ❑ Théorie des neurones miroirs
- ❑ « ..le problème principal (du cerveau) est de mettre en mouvement des moments d'inertie » (Berthoz 2003)

L'inertie



□ Syndrome d'auto-exclusion (Furtos 2008)

- « Exclusion »: « être fermé dehors »
- « Auto »: transformer une situation passive (être exclu) en son contraire (s'exclure).



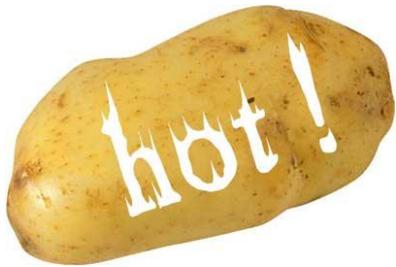
- ❑ Désubjectivation, déshabitation de soi-même
 - Anesthésie/hypoesthésie corporelle
 - Émoussement affectif
 - Inhibition intellectuelle
- ❑ Immense paradoxe: s'empêcher de vivre pour vivre
- ❑ Pas un phénomène en tout ou rien

La non demande



- ❑ Paradoxe: « plus une personne va mal, moins elle demande de l'aide »
- ❑ Proposition contre-paradoxe:
« c'est parce que cette personne ne demande pas d'aide, que nous allons vers elle »
- ❑ L'offre ne crée pas la demande, elle la rend possible

La demande inversée



- ❑ P.ex. demander un logement à son psychiatre
- ❑ La demande « administrative »:
 - Pas forcément une barrière aux soins
 - Parler de sa disparition de la scène sociale (trouble de l'habitat) peut être une façon de parler de sa disparition psychique (trouble de l'habité)
- ❑ Limites du professionnel

La demande au magicien



- ❑ Décontenance le soignant
- ❑ Demande qui ne répond plus au principe de réalité
- ❑ Le renoncement porte sur beaucoup de choses mais un idéal est conservé
- ❑ Cet idéal est désubjectivé, coupé de soi

La demande dans l'urgence



- ❑ Retour brutal du sujet disparu
- ❑ Lorsque le sujet baisse la garde de l'auto-exclusion
 - p.ex. confiance inhabituelle qui s'instaure
 - P.ex. diminution des consommations
- ❑ Traiter dans l'urgence et puis tenir l'histoire..

Plan

Contexte théorique

- Les débuts des soins mobiles
- Le modèle « Assertive Community Treatment » (ACT)

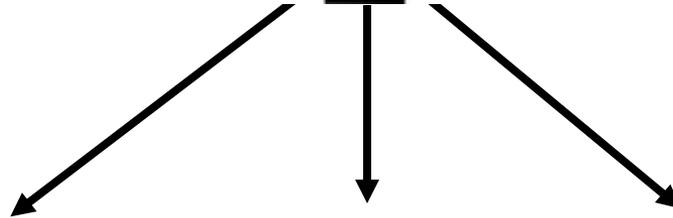
La mobilité: aspects spécifiques

- La définition de la mobilité
- Le syndrome d'auto-exclusion
- De la non demande à l'urgence

Avantages et limites des équipes mobiles

Dessine-moi une équipe mobile

Avantages et limites des équipes mobiles



Avantage



- Evaluation « in loco doloris » (Kannas, 2009)
- Inscription contextuelle de la fonction et du sens du symptôme
- Accès in vivo à des informations parfois difficilement observables

Limite



❑ Mouvance identitaire

- Sens du déplacement / sens de la demande
- Lieu de soins
- Pratique solitaire

Avantage



- Pratique en solitaire
- Liberté de manœuvre, indépendance

Limite



- Travailleur hors mur: hors la loi?
 - Remise en cause du cadre de soin
 - Interrogation de l'identité soignante
 - Des « SBF au secours des SDF »...

Avantage



- Complémentarité de la réponse de soins
 - Réponse graduée dans le temps et l'espace
 - Accessibilité à une nouvelle clientèle

Limite



□ Risque de contrôle social

- Vigilance éthique + +
- Recherche d'un consentement aux soins
- Respect des droits citoyens
- Respect du secret prof/médical

Avantage

- Promouvoir alliance thérapeutique
 - Ce n'est pas: « vous êtes demandeur, mais vous ne le savez pas encore.. »
 - C'est: « nous venons parce qu'un tel pense que vous n'allez pas bien »
 - Fonction renarcissisante/mobilisatrice

Limite



□ Insécurité

- Confrontation physique et morale à la peur pour soi
- Attitude de vigilance
- Procédures bien définies et applicables
- Nécessité d'échange dans les équipes : diminution du risque d'épuisement

Limite



□ Effet « champ »

➤ Cadre théorique

➤ Temps d'échange important entre collègues

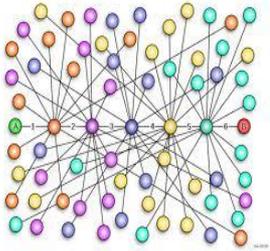
➤ Eviter l'interventionnisme

Avantage



- Choix du lieu de consultation
- Prise de décision du patient
- Diminution du sentiment d'intrusion pour le professionnel

Limite



□ La dépendance à autrui

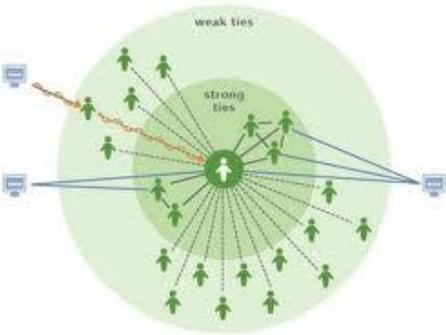
- Paradoxe « se rencontrer pour mieux se séparer »
- Travail en binôme et alternance
- Etapes des interventions explicitées
- Relais avec le réseau « intra-muros »
- Gestion de la séparation

Limite



- La décision de la fin du traitement
- Fin de traitement: le patient adhère de nouveau à des soins de manière adéquate et satisfaisante
- Evaluation toujours délicate

Avantage



- Facilitation du travail « en réseau »
 - La mobilité favorise la coordination entre soignants → continuité des soins
 - Modèle de représentation des liens pour le patient

Avantage



- Rôle de formation
 - Variété des situations
 - Complexité
 - Autonomie

Avantage



- Bon rapport coût-efficacité
 - Financier
 - Humain (prévenir usure et rejet)

Plan

Contexte théorique

- Les débuts des soins mobiles
- Le modèle « Assertive Community Treatment » (ACT)

La mobilité: aspects spécifiques

- La définition de la mobilité
- Le syndrome d'auto-exclusion
- De la non demande à l'urgence

Avantages et limites des équipes mobiles

Dessine-moi une équipe mobile

Dessine-moi une équipe mobile...



- Doit offrir un abri mais pas nécessairement très confortable
- Doit permettre de s'immerger un moment dans une réalité particulière
- Doit être discret, respecter l'environnement
- Doit être conçu pour bouger



Pour conclure, la démo du pro...



Merci à

Véronique Reichen

Dr Yasser Khazaal

Dre Tina Xirossavidou

