

# Compte rendu du séminaire Service Appui Santé de Processus Recherche

## **PSYCHOSE : quelle place dans la cité ?**

*jeudi 15 novembre 2012 – PARIS Chaligny*

**Intervenants : Docteur Marc HABIB et  
Docteur Patrick CHALTIEL**

Nous n'avons pas tous l'expérience de la psychose, mais nous en avons tous une image, qui souvent est très inquiétante, touchante, ou fascinante. La psychose reste cependant un grand mystère pour le monde médical et la société. Face au mystère, plusieurs tentations s'offrent à nous : vouloir comprendre, vouloir fuir et vouloir connaître les spécialistes, ceux qui ont la fonction de prendre en charge ces patients là.

Ce séminaire ne tentera pas de percer le mystère du trouble psychotique, ni même d'évaluer les thérapies actuelles. Il développera le thème de la psychose dans le cadre du lien social, c'est-à-dire comment tisser une relation avec des psychotiques, comment envisager une réinsertion dans notre Cité pour ces personnes qui se sentent incapables d'y prendre part.

Nous avons choisi de nous appuyer sur des personnalités du monde psychiatrique, qui ont la singularité de croire qu'au delà du soin il existe différentes manières de se mettre en lien avec ces malades pour leur faire une place dans notre Cité.

### **1ère INTERVENTION : Docteur Marc HABIB**

*Psychiatre, Médecin directeur de l'Elan Retrouvé, président de l'Association Française de Psychiatrie Sociale, formateur à l'Association Parisienne de Thérapie Familiale, membre du Bureau de la SFTF (Société française de thérapie familiale), thérapeute de couple et de famille et intervenant à l'APRTF.*

### **La sectorisation : rappels et constats**

La question de la santé mentale dans le *socius*, dans la communauté, nécessite un rappel historique. Quelles sont les législations et les structures censées s'occuper du maillage dans le lien social ? L'expérience montre que quelque soit la densité de ce maillage, le problème du trouble de la santé mentale est grand : il y aurait autant de personnes prises en charge que de personnes errant à l'extérieur du système, quels que soient les dispositifs et les liens mis en place.

### ***La psychothérapie institutionnelle et la sectorisation***

Les structures intermédiaires ont été promues par la vie associative française et sont issues du mouvement de psychothérapie institutionnelle. Dans les années 1940, ce mouvement a été à l'origine de l'ouverture des portes de l'asile. Il s'appuyait sur une dimension psycho-dynamique et sur une dimension sociale, celle du rôle de la communauté pour accueillir, encadrer et aider les malades.

En 1960, Lucien BONNAFÉ et Louis LE GUILLANT élaborent et mettent en place la politique de secteur psychiatrique. La politique de sectorisation a permis de rapprocher le malade psychiatrique de la Cité et des siens ainsi que l'organisation de structures d'hospitalisation dans les centres hospitaliers régionaux en lieu et place des grands asiles psychiatriques. Paul SIVADON, à l'origine de l'association « L'Élan Retrouvé », a mis en place le premier hôpital de jour en Europe dans les années 1968. Il a cependant fallu attendre 1985 pour voir l'officialisation du concept de secteur avec la publication des textes l'instituant.

Se créent alors de nombreux centres médico-psychologiques (CMP), centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP), hôpitaux de jour (HDJ), clubs et ateliers thérapeutiques : tout un maillage destiné à accueillir les malades en dehors des hôpitaux psychiatriques.

### ***La loi « sociale » de 1975***

Cette loi d'orientation en faveur des personnes handicapées a institué la création du secteur médico-social, mais a aussi consacré la rupture entre le sanitaire et le social. En institutionnalisant le handicap, elle a tenté de répondre à la problématique de l'insertion et de l'intégration des personnes handicapées. Cependant, la question du handicap restait essentiellement administrative et a entraîné une grande confusion entre tous les types de handicaps, provoquant de grandes difficultés dans le champs psychiatrique et psychologique à travailler sur l'insertion des personnes présentant des troubles de la santé mentale.

Trente ans après, la reconnaissance du handicap psychique a trouvé une consécration législative avec la loi de février 2005. Elle redéfinit le handicap en ces termes :

*« Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »*

Cette loi met l'accent sur la participation sociale et souligne les rôles prépondérants des familles d'usagers et des usagers. Pour mettre fin au traditionnel « parcours du combattant » des personnes handicapées et de leurs familles, la loi a créé des guichets uniques, les maisons départementales

des personnes handicapées (MDPH), appelées à devenir les lieux d'accueil, d'information, d'orientation et d'évaluation de leurs besoins. Son fonctionnement repose sur la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et nécessite des équipes pluridisciplinaires. Enfin, elle institutionnalise la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui assure la cohérence du dispositif et son financement.

Contrairement à la loi de 1975, celle de 2005 prend en compte la citoyenneté et la vie sociale,.

Apparaissent alors des places dédiées au handicap psychique dans les établissements, voire des services d'accompagnement spécifiquement dédiés, parmi lesquels :

- les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS),
- les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH),
- les services d'activités de jour (SAJ),
- les groupes d'entraide mutuelles (GEM), mouvements associatifs qui réunissent des adhérents proposant des activités dans la Cité aux personnes suivies ou ayant été suivies en psychiatrie ; La loi de 2005 se penche aussi sur la question du travail en transformant les anciens centres d'aide par le travail (CAT) en établissements et services d'aides par le travail (ESAT), et en soulignant l'importance des entreprises de droit commun adaptées aux problèmes de santé mentale.

### ***Le secteur***

Le secteur est issu d'une longue histoire peuplée de difficultés et de débats. Il nous est envié par la plupart des pays qui entourent la France et en même temps, la question de l'existence même du secteur se pose encore au sein du milieu professionnel de la santé mentale.

Les grands axes du secteur sont :

- l'égalité républicaine
- l'accessibilité
- la proximité
- le principe de continuité

Il est une réponse au problème psychopathologique de la durée et des aléas de la maladie mentale : il faut redonner un continuum de soin et de cohérence à toutes les démarches et à toutes les prises en charge. Le secteur reste cependant fragile. Depuis quelques années, avec notamment l'apparition des agences régionales de santé (ARS), des fondements juridiques autour du secteur posent problème. L'avalanche de critiques qu'il subit montre bien que le secteur est en échec au niveau de l'accès aux soins qui est borné par les lois présidant les hospitalisations sous contrainte.

### *Demandes et moyens : quelques chiffres*

À quoi le secteur est-il une réponse ?

La psychose représente actuellement 1 à 3% de la population générale. Les troubles dépressifs concernent quant à eux 15 à 20% de la population générale, en prévalence sur la vie entière. Les troubles anxieux révèlent les mêmes chiffres en prévalence ponctuelle. Les tentatives de suicide entraînent 11000 morts par an. Concernant l'accès aux soins, le taux de recours au secteur public est de 2 à 2,7% de la population, celui du secteur libéral est de 2 à 2,5%. Les soins primaires réunissent 10%, mais intègrent tous types d'intervenants, y compris les médecins généralistes. Il paraît donc évident que ces derniers chiffres ne s'accordent pas à l'épidémiologie de la population. L'accès aux soins étant très complexe, de plus en plus de structures intermédiaires voient le jour : équipes de liaison, unités mobiles d'intervention, etc. Pourtant, la non concordance entre la demande et le besoin persiste.

Mais qu'en est-il du devenir des patients psychiatriques ?

Prenons l'exemple des patients schizophrènes, leur lieu de vie n'est plus l'hôpital. Les 3/4 sont suivis, un tiers est hospitalisé dans l'année et la plupart des patients suivis ont un logement. C'est une population très dépendante et demandeuse de soins malgré le déni et l'errance. En dépit de leurs difficultés d'accès aux transports et aux soins et liées à la gestion de l'argent, les patients préfèrent vivre dans la communauté. Ce qui justifie une demande de renfort des stratégies de réhabilitation encore trop peu disponibles :

- le développement de structures de type ambulatoire ;
- la gestion de cas individualisés ;
- l'entraînement aux habilités sociales ;
- le logement et travail protégés.

Quels sont les moyens à disposition afin d'articuler le sanitaire et le médico-social dans la prise en charge de la maladie mentale ? L'organisation du secteur repose sur une inscription hospitalière en hôpital spécialisé ou général et une inscription dans le tissu sanitaire et social.

Il existe des alternatives à l'hospitalisation, avec ou sans hébergement: hôpitaux de jour, CMP, appartements et ateliers thérapeutiques. Cette organisation s'appuie sur le vœu pieux que la prise en charge soit gérée par une même équipe pluridisciplinaire, ce qui est loin d'être le cas. Pour exemple, en 2003, un secteur disposait d'en moyenne 46 lits, de 2,5 CMP, d'un CATTP et de 17

places d'hôpital de jour, avec une grande hétérogénéité entre les secteurs. Il existe 830 secteurs de psychiatrie générale. Chacun prend en charge environ 75 000 habitants. La file active moyenne est de 1 500 personnes. Actuellement, les moyens à disposition n'augmentent pas tandis que la file active est en perpétuel accroissement. De ce fait, la durée moyenne de séjour diminue et le nombre de lits aussi alors que le nombre de patients hospitalisés continue d'augmenter. Une étude a démontré que le suivi régulier et la prise en charge de réhabilitation ne concerne que 10% des patients. Le constat actuel dénote un embarras social : l'hôpital gère le temps d'attente de réponse du système, c'est-à-dire que nombre de patients restent hospitalisés faute d'un logement ou d'une insertion communautaire, et les refoulés de la société viennent de plus en plus grandir le taux de personnes hospitalisées. Il paraît évident qu'il reste un grippage du système hospitalier qui est victime de son ambition d'accès aux soins.

### ***La réhabilitation***

La réhabilitation c'est se préoccuper des conditions d'existence et ne pas rester aveugle à ce qui est en dehors du monde sanitaire. C'est s'occuper de la personne dans sa globalité et son projet de soin. Les actions concrètes doivent concerner :

- les entraînements aux habiletés sociales ;
- le travail avec les familles ;
- le logement ;
- les ressources ;
- la vie culturelle et les loisirs ;
- l'insertion professionnelle et son suivi tant vis-à-vis de la personne que vis-à-vis de la structure accueillante ;
- le *case management* (toutes petites équipes, très souples et « déhiérarchisées » travaillant en réseau et accompagnant complètement une toute petite file active). *La classification du handicap de Wood*. Cette classification est un outil intéressant pour déterminer qui fait quoi et à quel moment. Wood propose l'idée que le handicap peut se séparer en 4 plans.

Plan 1 : concerne la maladie. Par exemple, une personne ayant fait un accident cardio-vasculaire, ou ayant une phobie de situation. Il faut la soigner. C'est le plan du médical.

Plan 2 : concerne la déficience, l'atteinte fonctionnelle. La déficience est une perte de substance ou l'altération d'une structure ou fonction (psychologique, physiologique ou anatomique). Elle correspond, par exemple, à une amputation, à une lésion de la moelle ou à la dégénérescence d'un nerf et/ou au déficit en résultant. C'est le plan de la réadaptation.

Plan 3 : concerne la gêne fonctionnelle. L'incapacité correspond à toute réduction (partielle ou totale) de la capacité d'accomplir une activité de façon normale ou dans les limites considérées comme normales. C'est, par exemple, l'incapacité de marcher, de s'accroupir, de fermer le poing.

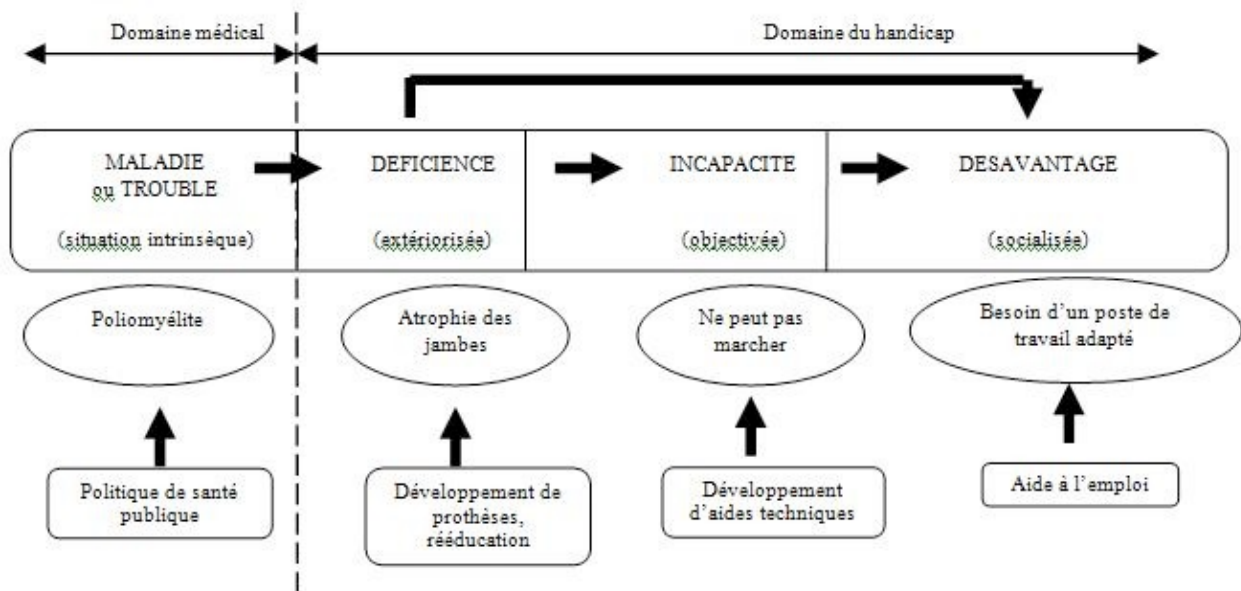
Cela concerne également l'impossibilité d'exécuter une action : se lever, se laver, s'habiller, communiquer, mémoriser, réfléchir, etc. C'est le plan de l'incapacité.

Plan 4 : concerne le handicap. C'est le plan du constat définitif.

Les désavantages (conséquence des déficiences ou des incapacités) représentent une limitation ou une interdiction d'accomplissement d'un rôle social normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) : faire des études, occuper un emploi, avoir des loisirs, etc.

La répartition des tâches devient alors logique. C'est au sanitaire de prendre plus ou moins en charge les trois premiers plans, mais on s'aperçoit que le plan 4 entraîne un problème de réinsertion et donc un problème social. Ce schéma permet d'avoir une meilleure conscience des réponses à donner face à des problématiques de plans différents. Des patients peuvent être en demande de travail mais avoir en fait besoin de soins.

**Schéma conceptuel de Wood (1980)**



## **2ème INTERVENTION : Docteur Patrick CHALTIEL**

*Psychiatre, chef de service à l'hôpital de Ville-Evrard, membre fondateur de l'EFTA (European Family Therapy Association) et de la SFTF (Société française de thérapie familiale), thérapeute de couples et de familles, intervenant à l'APRTF (Association Parisienne de Recherche et de Travail avec les Familles).*

D'ici un mois, quelques milliers de personnes vont se regrouper en l'honneur de l'apocalypse à Bugarach. Illustration que ce qui est au fond profondément humain, est notre capacité à délirer, à sortir des controverses et de la menace permanente du hasard.

Nous ne sommes pas indemne de cette capacité à délirer. Nous sommes tous capables de délirer. Cette propension sommeille en nous comme la promesse d'une paresse et d'une soumission reposante et jouissive. Une partie de nous fantasme dans un délire de certitude, de soumission psychique à une pensée totalitaire. C'est pourquoi la question de la maladie psychique et du handicap psychique est un sujet difficile et un enjeu éthique et social crucial en termes de citoyenneté.

### ***La maladie mentale***

La question de la santé et de la maladie mentale ne peut être tranchée de manière unilatérale. La clinique des troubles mentaux est une clinique de la concertation. Les conditions des soins psychiatriques restent difficiles dans la plupart des services des hôpitaux, malgré les progrès considérables depuis une trentaine d'année. Il faut se souvenir de l'asile tel qu'il était à l'époque, avec son odeur d'abandon et de violence. Ces deux éléments étaient constitutifs de l'asile bien qu'il ait été le premier projet humaniste en matière de traitement des malades mentaux. La psychiatrie a eu un siècle et demi d'asile. Elle est encore loin de s'être débarrassée de ses réflexes asilaires. L'asile, c'était le secret, c'était l'exclusion radicale, l'abandon, la fermeture... Les asiles ont plus ou moins disparu, mais l'abandon existe toujours dans notre société moderne. Il a même tendance à s'exagérer du fait des effets quasiment physiques de la mondialisation. C'est pourquoi nous nous devons de connaître l'histoire de la psychiatrie.

### ***L'histoire de la psychiatrie***

Le grand changement en psychiatrie intervient après la seconde guerre mondiale. Le contexte de l'asile permettait un massacre silencieux des fous, en dehors du regard de la population. C'est à partir de là qu'un certain nombre de psychiatres, en particulier du sud-ouest de la France, résistants et communistes, ont imaginé la psychothérapie institutionnelle: ils ont défait la frontière hermétique soignant/soigné caractéristique de l'asile, et ont travaillé sur l'institution afin de la rendre moins pathogène.

Ce mouvement s'est ensuite perpétué à travers la psychiatrie de secteur caractérisée par la

position de l'un de ses fondateurs, Lucien BONNAFÉ : le psychiatre ne doit pas se cacher derrière des murs, mais doit être en situation « d'interlocution » avec la population.

Malgré des progrès, ce n'est pas toujours ce que l'on peut rencontrer, et il y a encore beaucoup de maltraitements asilaires, d'abandons, d'équipes découragées, etc.

Entre la classification internationale du handicap et celle datant de 2004, un grand progrès a été fait : on ne parle plus de personnes handicapées, mais de personnes en situation de handicap. La notion de « situation de handicap » permet de moins stigmatiser la personne touchée soit par un trouble, soit par un handicap.

Il reste malgré tout du chemin à parcourir. On continue par exemple à appeler les MDPH les Maisons Des Personnes Handicapées et non pas les Maisons Des Personnes en Situation de Handicap. Les notions de handicap, de maladie mentale et de folie sont stigmatisantes, donc pourquoi ne pas définir les maisons dites des personnes handicapées comme les maisons de l'égalité des chances. C'est à dire positiver le travail que l'on fait en direction de ses personnes.

### ***Bousculons quelques repères***

- La souffrance psychique est-elle l'ennemie de l'homme ?

Non, elle est constitutive de la maturation de l'être humain. C'est donc un allié. Notre société vise de plus en plus à éradiquer la souffrance psychique ce qui conduit les psychiatres à prescrire de façon massive des médicaments. Les français sont les premiers consommateurs de psychotropes dans le monde. Les français ne sont pas pour autant plus déprimés que les autres. C'est une idéalisation du bien être qui fait de la souffrance psychique un ennemi. Sans souffrance psychique, on ne grandit pas et on aboutit à une société de personnes immatures. De ce fait, toute personne impliquée dans la santé mentale doit connaître l'histoire de la psychiatrie pour ne pas retomber dans les ornières qu'elle a connu dans le passé.

Bien sur certains degrés de souffrance vont nécessiter parfois des traitements médicaux et parfois des prises en charge sociales, mais il ne faut pas l'envisager comme quelque chose à éradiquer.

- La folie est-elle une maladie ?

Non, elle est humaine. Nous avons tous une propension délirante cachée ou un rêve délirant lorsque l'on tombe amoureux par exemple. On peut aussi être fou de douleur.

L'histoire de la psychiatrie depuis l'après guerre a permis de réduire la frontière entre anormalité et normalité psychique. Freud en particulier a généralisé les concept d'aliénation à travers le terme d'inconscient ce qui nous a permis de nous penser nous-même comme des aliénés et de ne pas nous sentir totalement étranger à l'égard des personnes que nous rencontrons qui nous paraissent plus folles que nous.

- Actuellement la tendance est à penser la psychiatrie comme pompier de la violence. La folie est souvent une question situationnelle, contextuelle, et non pas quelque chose d'incrûstée à l'intérieur d'une tête.



## ***L'expérience du groupe Interface à Bondy***

Actuellement, des structures d'interlocution interprofessionnelle, appelées RESAD (Réunions d'Évaluation des Situations d'Adultes en Difficultés), se développent. Précurseur, le groupe Interface s'est mis en place en 1998 à la suite d'une journée riche et intense de secteur réunissant police, sapeurs-pompiers, travailleurs sociaux, tuteurs, médecins, etc. Ya succédé l'idée de créer un groupe « d'inter-locution » pluridisciplinaire réunissant des professionnels se voyant peu mais travaillant plus ou moins dans le même champ. Interface est basé sur des principes de décloisonnement et d'ouverture.

### ***Les principes d'Interface***

Principe N°1 :

*Il n'y a pas de spécialiste de la souffrance ou de la détresse psychosociale.* Notre époque d'hyper spécialisation amène à chercher d'autres experts lorsque l'on ne se sent pas compétent. Or ce mauvais réflexe entraîne à se déposséder à travers le spécialiste et fait reculer les liens naturels et la solidarité. Ce domaine nous touche tous, mais personne ne sait y faire seul.

Principe N°2 :

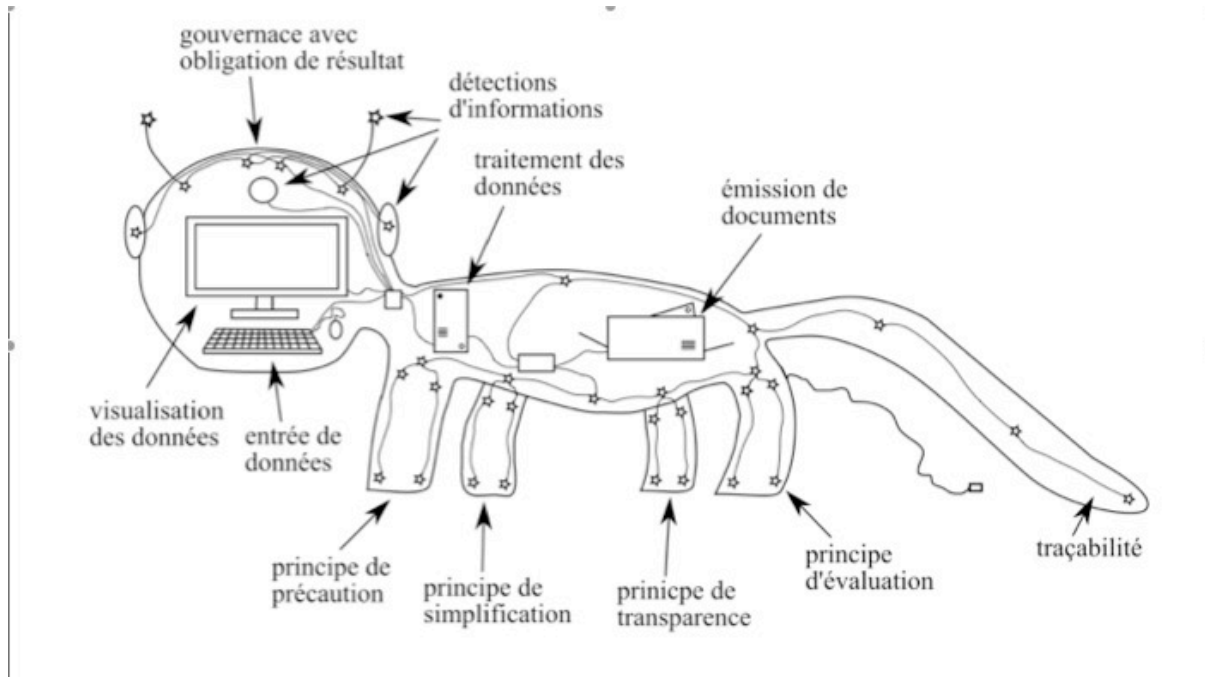
*S'il n'y a pas de spécialiste alors ces personnes en souffrance psychosociale doivent être accueillies à l'endroit où elles se présentent.* Accueillir n'est pas seulement sourire, serrer la main, dire bonjour, etc. C'est aussi dire « vous avez frappé à la bonne porte, vous ne vous êtes pas trompé d'endroit ».

Principe N°3 :

*C'est la triangulation.* Il faut prévenir que l'on travaillera avec une personne d'une autre discipline, et faire intervenir ce partenaire en face de la personne, afin de le placer en tant qu'acteur immédiat.

Principe N°4 :

*Il faut se débarrasser du « tétrapode sociétal totémique » de Jacques MIERMONT.* Dans notre sociale démocratie, il est difficile de repérer les oppressions auxquelles nous sommes soumis. Notre oppression actuelle est ce « tétrapode sociétal totémique », animal fétiche né à la fin des grandes querelles idéologiques du XXème siècle. Cet animal techno a quatre pattes qui sont les principes de précaution, de simplification, de transparence et d'évaluation. Sa tête est gouvernée par l'obligation de résultat, et sa queue permet la traçabilité. Il dévore de la pensée et des données et excrète des tableaux excel, des protocoles, des procédures, etc.



Cet animal, ce totem, est un ennemi. L'obligation de résultat est un poison dans le champ de la clinique psychosociale. Nous ne sommes tenus à aucun résultat. L'obligation de résultat conduit à l'abandon. Mais nous sommes tenus à une obligation de moyens : le non abandon et la non contrainte dans la mesure du possible. Les résultats viennent de surcroit.

### ***Le patient au centre***

Le patient au coeur du dispositif : le problème des patients en psychiatrie est justement leur vécu d'hyper-centralité. Si on les met en plus au centre du dispositif, cela devient contre productif. Il n'y a pas de centre dans un dispositif, mais un réseau d'acteurs concernés, impliqués, et qui ont décidé de ne pas abandonner face à des situations qui peuvent paraître ingérables et non évolutives.

La clinique psychosociale ne se travaille pas en psychiatrie, dans le champ social ou dans le champ éducatif, mais elle se travaille ensemble, dans l'interface entre ces champs. Les frontières entre les champs sont floues. L'identité de la profession se fait dans l'inter-locution avec d'autres professions.

### ***La mondialisation***

La psychiatrie est moitié de l'universel, moitié du local. Le travail se passe dans la situation de folie, pas dans le traitement de la personne folle. Un congrès s'est récemment tenu à Lyon au sujet des effets psychosociaux de la mondialisation. Il s'est terminé par une déclaration dite « de Lyon » qui vise à mondialiser une réflexion sur les droits fondamentaux des êtres humains en matière de lien social. Avec l'évolution d'internet et le développement des modes de communication massive de ces dernières décennies, nous sommes confrontés à des couplages de longues portées. Ils nous exposent à ce que les physiiciens appellent la méta-stabilité. Or, la citoyenneté c'est l'inter-locution à courte portée.

*Références : Sur le site Observatoire Régionale - Santé Mentale et Précarité : la revue «Rhizome» Jacques Oksman Histoire de l'empathie. Reportage « les infiltrés » sur le service de psychiatrie d'Aulnay. Dr Fabrice Pécot.*

Avec tous nos remerciements à Valéna, notre rédactrice.