

ARPSYDEMIO 3°2°
150, rue de Crimée 13003 MARSEILLE

*Association de Recherche et de Formation
en Psychiatrie et Epidémiologie*



Centre Hospitalier Edouard-Toulouse
13015 MARSEILLE

SANTE MENTALE DANS LA CITE LE CHANGEMENT NECESSAIRE DE NOS PRATIQUES

Docteur Dolorès Lina TORRES

Psychiatre des Hôpitaux
Présidente d'Arpsydémio 3^{ème} 2^{ème}
C.H.Ed-Toulouse Secteur 12 - MARSEILLE

Mme Laurence KURKDJIAN

Psychologue Clinicienne
Vice Présidente d'Arpsydémio 3^{ème} 2^{ème}
C.H. Ed -Toulouse Secteur 12 - MARSEILLE

L'enquête « *la santé en population générale : images et réalités* » que nous avons réalisée à Marseille en 1999, a modifié nos perceptions et a entraîné un changement dans nos pratiques. De plus, la rencontre avec le collectif, qui, autour de Jean Luc ROELANDT organisait ce travail, puis avec de nombreuses équipes qui par la suite ont mis en place ce travail sur leur secteur, ont permis de multiples échanges. Ils ont mis en évidence que les difficultés rencontrées sur le terrain sont les mêmes, partout.

Cette enquête est une recherche action, et la dimension de l'action est tout aussi importante que celle de la recherche, ce projet nous a passionné, justement parce qu'il nous permettait d'interroger nos pratiques de soin et de les changer à la lumière des résultats.

Pour réaliser cette enquête nous avons dû changer de place.

Nous avons quitté celle du clinicien qui écoute, qui soigne, qui se situe à une place qu'il croit repérée et comprise par la population. Nous sommes partis à la rencontre des responsables de l'arrondissement, dans les mairies et les administrations diverses mais aussi vers tous ceux qui pouvaient faciliter ce projet. Nous avons rencontré des artisans, des commerçants, des catégories professionnelles difficiles à trouver, ce qui nous a positionné « en demande » et dans la position de celui qui délivre une information. Autant dire une place que nous n'avions jamais occupée et qui a changé notre approche du quartier, dans sa dimension sociologique.

La partie anthropologique du questionnaire a également représenté un questionnement sur les représentations. Il a entraîné un nouveau mode là aussi d'appréhension des concepts que nous avions l'habitude de manier sans toujours y réfléchir : folie, maladie mentale, dépression. Nous nous sommes posés la question de ce que cela représentait pour nous, ce qui n'est d'ailleurs pas évident, mais aussi pour les autres.



Or le public a des représentations très éloignées des nôtres, et c'est une des leçons de ce travail. Conséquence plus grave, elles représentent un frein à l'accès aux soins.

Nous devons en tirer les leçons et changer nos propres représentations en tant que professionnels du soin.

Nous avons pu le constater tout au long de ce travail, les pathologies mentales n'ont pas toutes la même représentation dans le public. La dépression est mieux acceptée, c'est la part de la folie, qui peut toucher chacun d'entre nous. Mais cette dépression là, c'est-à-dire celle du public, n'est pas la même que celle que les soignants utilisent dans leur quotidien.

En revanche les pathologies plus graves, représentées dans le public par le concept de maladies mentales sont associées à la violence, la dangerosité, à la folie dans ce qu'elle évoque de plus sombre, chez l'homme.

Le travail clinique au sein des services de soin nous a enseigné que bien souvent les patients souffrant de psychose sont peu violents, et sont hélas, eux mêmes souvent victimes de violence, du fait de leur fragilité et de leurs difficultés à communiquer.

Ces représentations très négatives dans la population nous ont étonnés de par l'écart entre nos propres perceptions et celles du grand public.

En effet, du fait de cet écart, comment s'étonner que les usagers en santé mentale souffrent de discrimination dans le travail, pour se loger, dans la vie de tous les jours.

Visiblement nous ne parlons pas le même langage, avec le public. Mais qui doit faire un effort d'adaptation et pourquoi ?

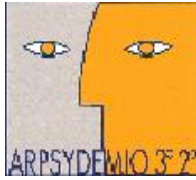
Comment nous positionnons nous par rapport à l'héritage historique de l'asile, particulièrement stigmatisant pour les patients, mais aussi tout simplement vis-à-vis de la discrimination, existant dans toutes les cultures vis-à-vis de la folie et de la maladie mentale?

Nous devons apprendre à communiquer différemment pour changer les représentations. Comment ?

1 Le partenariat sur le terrain

Le public est très intéressé par la santé mentale et par les métiers exercés dans ce domaine.

La population interrogée, au cours de cette enquête, nous a dit : « Nous ne savons pas comment vous travaillez, ni ce que vous proposez, mais cela nous intéresse. » Nous avons peur des refus, en effet ¾ d'heure de passation représentait un vrai défi. En pratique nous avons eu très peu de refus et un intérêt majeur sur les thèmes déclinés. Les étudiants en soins infirmiers ont été passionnés par cette « aventure » qui sortait des projets de stage habituels.



Une des premières décisions après l'enquête a été de créer l'association Arpsydémio 3^{ème} - 2^{ème} pour travailler avec les familles et les usagers dans un partenariat de réflexion et de projets, mais aussi pour faire évoluer les représentations.

Actuellement « Arpsydémio 3^e-2e » est la cheville ouvrière de :

- La Semaine d'Information de la Santé Mentale à Marseille et en PACA
- De la coordination pour l'hébergement thérapeutique et social sur les Bouches du Rhône
- Elle est promoteur avec le CCOMS du réseau euro méditerranéen en Santé Mentale avec des actions de formation et d'échanges avec l'Algérie, la Mauritanie et la Tunisie. Marseille représentant naturellement un espace d'ouverture et d'échanges sur le monde de la Méditerranée..

La Semaine d'Information sur la Santé Mentale est un outil extrêmement intéressant. A Marseille nous en mesurons les effets depuis 4 ans.

Le travail avec les médias est fondamental, en effet, habituellement, les journalistes relaient les représentations les plus négatives sur les pathologies mentales et la violence, car ils s'appuient sur leurs propres représentations personnelles dans ce domaine, identiques à celles du public. Dès lors comment s'étonner qu'au moindre fait divers, ils renchérisent du côté de la dangerosité. Il est nécessaire de travailler avec eux, d'organiser un dossier de presse, de les inviter à visiter les lieux de soin, à dialoguer avec les patients, pour se faire une véritable idée de la réalité du terrain.

Nous devons réfléchir à créer des outils de communication, plaquettes d'information, cartes de visite.....de ce travail dépend l'image que nous donnons au public.

Mais certains objecteront : et le soin dans tout ça, notre travail est de soigner et non de faire de la communication...C'est une des grandes leçons de cette enquête, cet effort de communication nous incombe car personne ne connaît aussi bien le quotidien des soins en santé mentale, à nous d'expliquer en quoi consistent les soins chaque jour dans les unités de soin en psychiatrie, pour lutter contre ces représentations qui pèsent lourd dans l'accompagnement au jour le jour dans les quartiers, auprès des voisins, des agences de location, des employeurs.... Apprendre à parler un langage compréhensif de tous. Françoise DOLTO nous a montré que c'était possible et que l'on pouvait avec des mots simples exprimer des idées complexes.

L'exemple du sida est à ce titre éclairant, par une communication majeure les acteurs de ce combat ont fait changer les représentations négatives permettant aux malades de se soigner et de garder une place de citoyen à part entière.



Pourquoi les acteurs de la santé mentale ne pourraient pas faire de même, si la destigmatisation en est l'enjeu ?

De même le travail avec les médecins généralistes apparaît comme essentiel. Sommes nous à l'écoute de nos collègues en première ligne, au plus près de la population ? Quelles sont leurs propres représentations sur la folie, la dépression, la maladie mentale ? Ils soignent une grande partie des patients dépressifs, nous devons davantage travailler avec eux, pour les aider dans le champ de la dépression mais aussi pour que chaque usager suivi dans nos secteurs ait son médecin de famille avec lequel un partenariat étroit se tisse.

Ecrire, informer, débattre, réfléchir à notre propre image auprès de nos confrères, de la presse, du grand public c'est en fait un service à rendre aux usagers pour combattre ces représentations négatives qu'ils affrontent eux, chaque jour dans le regard de l'autre. Il s'agit d'une véritable mission de santé publique. Mais pour tout cela, une alliance forte, entre les usagers, les familles, les élus et les soignants est indispensable. Elle passe, entre autres, par des Conseils de secteur en Santé Mentale ou des ateliers Santé Ville.

II Changer nos pratiques cliniques et nos organisations de soin.

Un des points essentiels recueilli de cette enquête : les CMP et autres lieux de soins ambulatoires ne sont pas connus du public.

Si le public ne connaît pas nos lieux de soin et leur fonctionnement, comment peut-il inciter un de ses proches à s'y faire soigner ? Que devons nous faire pour que ces lieux soient connus et appréhendés sans peur ?

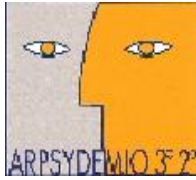
La question de la place d'un sujet dans la société est un enjeu majeur qui retentit sur le soin. Nous ne pouvons pas ne pas nous sentir concernés par cette dimension étroitement articulée à celle de la psychopathologie. Comment parler du sujet au sens psychanalytique du terme, si la place de citoyen des usagers en santé mentale, est refusée voire niée par la société, ce qui est pire, encore.

Mais allons plus loin, quelle est notre responsabilité quant à l'évolution du service public si nous nous contentons de nos seules représentations de soignants sans nous soucier de celles du public ?

Le changement de nos pratiques est devenu un enjeu de société.

L'évolution de la psychiatrie de secteur s'est figée dans une organisation demeurée hospitalo-centrique, les CMP ne sont pas devenus les structures pivot, et le recours à l'urgence véritable phénomène de société que nous n'avons pas vu venir, fait implorer nos systèmes de soin, restés frileusement centrés sur les lits d'hospitalisation. La France pionnière avec le secteur, sera bientôt la dernière en Europe à transformer ses institutions faute d'une volonté politique forte, d'un engagement suffisant des soignants, ajoutés aux représentations décrites plus haut, qui font que la société entière préfère que les hôpitaux psychiatriques conservent leur fonction d'enfermement, dénoncée par Michel Foucault.

Il y a urgence à réinterroger nos pratiques et à faire des propositions concrètes plutôt que s'enliser une fois de plus dans la plainte.



- **Nos structures de soin à temps partiel de jour :** représentent-elles des passerelles vers la vie sociale, ou sont-elles devenue des lieux chronicisés fonctionnant en autarcie ? Qu'en pensent les usagers ?

Les Clubs : en quoi représentent ils un changement radical ? Par qui peuvent-ils être initiés et organisés ? N'avons-nous pas du mal à entendre ce que demandent les usagers, notamment par la voix de leurs représentants ? Ne sommes nous pas figés sur d'anciennes représentations de malades, participant aux clubs intra hospitaliers, « patients alibis » dénommés ainsi par Mme Claude FINKELSTEIN présidente de la FNAPPSY, suivant sagement ce que décideraient pour eux, les soignants ?

Le mouvement des usagers en Santé Mentale est tout autre, il s'agit d'un bouleversement complet, là aussi de nos habitudes et de nos représentations. Ils ont leur opinion sur nos structures de soin, donnons leur véritablement la parole. Pourquoi ne pas les inviter à nos conseils de service, dans nos congrès ? Leur avis nous permet de prendre du recul, de nous décentrer de notre position relative au savoir sur les soins.

- **Le développement de l'hébergement alternatif, du thérapeutique vers le social.**

Combien de secteurs ont-ils développé une véritable palette d'alternatives afin de travailler en amont et en aval de l'hospitalisation temps plein ? Est-ce un axe majeur de réflexion et de travail dans nos dispositifs de soin, du fait d'une véritable politique de soin, ou bien cette question est-elle réduite à l'engagement de quelques secteurs ?

Là aussi, que souhaitent les usagers ? Demeurer de longues années à l'hôpital ou vivre dans des lieux d'accueil et d'hébergement, passerelles vers une vie dans un appartement personnel avec un accompagnement personnalisé et adapté ? Nous pourrions leur poser la question, nous serions peut-être tout aussi étonnés que pour l'enquête : leur avis pourrait être à l'opposé du nôtre.

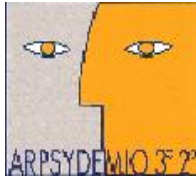
- Des lits dans la cité, à l'hôpital général ou dans de grandes concentrations asilaires ? Existe-t-il un débat de fond sur cette question fondamentale ? Quels soins y donnent-on ? Nous contentons nous d'organiser les modes d'hospitalisations, dont nous avons hérité ?

De même, qu'en pensent les usagers ? Sont-ils satisfaits du fonctionnement des unités d'hospitalisation, de leur environnement, et de l'image qu'elles véhiculent ?

- **La chronicité**

Un certain nombre de patients, non autonomes ou peu autonomes ne pourront pas vivre dans la cité, même soutenus. Quelle place pouvons nous leurs proposer ?

S'agit-il d'un manque de lits, de moyens, ou d'un manque de réflexion ?



Des mots tabous tels que Mas, structures médicosociales, lieux de vie, peuvent-ils être abordés et dépassés dans l'intérêt des prises en charge et des réponses adaptées, au-delà de nos querelles idéologiques, qui apparaissent surréalistes lorsque l'on constate la réalité du travail de prise en charge dans nos unités de soin.

Ayons le courage de regarder, avec les yeux des usagers et des familles, ou des élus, bon nombre de nos services, dans un état catastrophique, qui renvoient à la représentation de la folie, mise en évidence dans l'enquête. Comment réagirions nous si nous étions hospitalisés dans ces lieux. Nous sommes bien placés, malheureusement au CH Edouard Toulouse à Marseille, pour faire ce triste constat.

▪ Les urgences

« **On cherche un lit** », formule laconique et tragique à la fois, qui montre bien combien l'organisation des soins explosent littéralement. Cette formule permet aussi de mesurer l'écart entre une véritable réflexion sur l'urgence et la gestion au quotidien d'un système devenu inadapté à l'évolution du fonctionnement de la société, dans ce domaine.

Est-il possible de construire un véritable réseau autour et avec les urgences, pour proposer de façon efficace et adaptée des réponses à un nombre toujours croissant de demandes faites d'un maillage construit et réfléchi, intégrant les CMP, avec des moyens bien sûr, comme premiers lieux d'accueil de la demande ? A Marseille, depuis des années le système est saturé mais il n'y a aucun travail sérieux réunissant tous les responsables concernés des différents sites, avec un travail de fond et la production d'un véritable plan à l'échelle de la ville.

Bon nombre de soignants ont le sentiment que l'organisation actuelle de la psychiatrie impose.

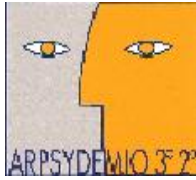
D'un côté la mutation de la société, de plus en plus rejetante avec des représentations toujours très archaïques et stigmatisantes, et de l'autre de nouvelles demandes chaque jour, qui sont formulées non pas comme nous le souhaiterions, mais sur le mode de l'urgence, reflet de notre société.

Il est urgent de réfléchir à une autre organisation des soins, qui ne soit plus centrée sur les lits et leur nombre, mais sur la place des lits, et les soins que l'on y donne, au sein d'un dispositif pluriel tant en amont qu'en aval de l'hospitalisation. Dès lors leur nombre découlerait de cette organisation préalable.

Il n'y a pas sur tous ces points évoqués de vrais programmes établis, partant du terrain et faisant remonter les problématiques pour faire des propositions à la lumière de ces éléments. Nous avons le sentiment que l'on agit au coup par coup, sans analyse de système.

Là aussi nous manquons cruellement d'une analyse de santé publique.

N'est-ce pas le moment d'une réflexion commune, sur tous ces points, soignants, usagers, familles et élus, pour être enfin force de propositions et sortir du registre de la plainte, non seulement stérile mais qui nous discrédite aux yeux du public ?



CONCLUSION

La psychiatrie traverse une crise de fonctionnement et d'identité, dans ses institutions.

L'enquête « *la santé en population générale : Images et Réalités* » à laquelle nous avons participé a mis en évidence la nécessité d'un changement des représentations dans le public, nous devons en être les acteurs, mais ensemble. Une attente existe du côté du public dans ce domaine. La lutte contre la discrimination passe par une véritable information que nous devons donner au public afin que leurs représentations changent et que les usagers retrouvent une vraie place de citoyen.

Elle nous a également enseigné que nous devons articuler santé mentale et psychiatrie, c'est à dire nous positionner dans le domaine de la santé publique. Cela signifie sortir du champ sanitaire et poser clairement aux tutelles la question de ce clivage entre sanitaire et social qui bloque toute évolution du système de soin.

A l'échelle des secteurs, sur le terrain, nous devons exiger des tutelles de véritables plans de création d'alternatives, notamment dans le champ de l'hébergement mais aussi de celui des urgences, qui doivent se situer au coeur du réseau de soin. Pourquoi ne pas créer des coordinations dans chaque région ou département qui proposent une réflexion sur nos pratiques de soin suivie de propositions concrètes et constructives, à partir d'un collectif composé d'usagers, de familles, de soignants et d'élus.

Cela implique une remise en question certaine de nos pratiques, et un véritable engagement pour que cela change.