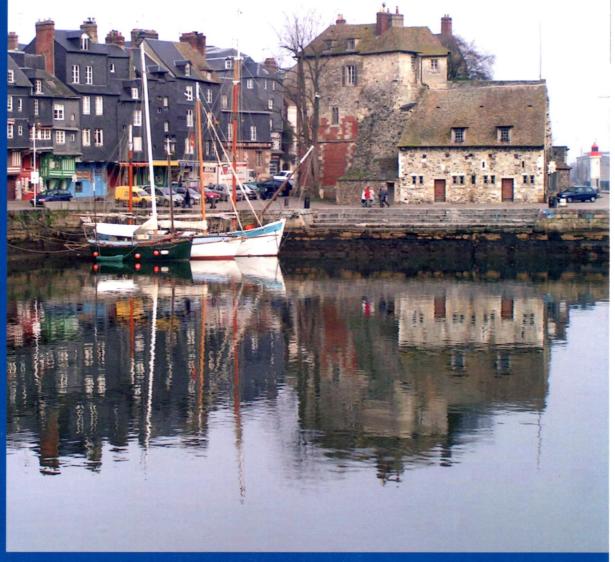
en santé mentale







RÉGION de BASSE-NORMANDIE

Alençon • 10 juin 2004

"Psychiatrie et travail social"







ÉQUIPE INFIRMIÈRE DE SECTEUR ALENÇON-BELLEME

M. Topsent et Mme Zéphir



L'ASSISTANT SOCIAL DE SECTEUR PSYCHIATRIQUE : QUELLE UTILITÉ ? POUR QUI ?

Mme Bouvier-Piret, Mlle Royer, Mlle Scelland, M. Bultel, M. L'Helgouarc'h



INFIRMIERS DE CMP ET ASSISTANTS SOCIAUX DE SECTEUR : les représentations du partenariat dans le champ de la santé mentale

D. Dodeman

EN PSYCHIATRIE, FAUT-IL SOIGNER L'INDIVIDU AVEC SES SYMPTÔMES OU LA PERSONNE EN LIEN ?



Dr Ph. Geissler



NOUVELLES DE LA FÉDÉRATION CROIX-MARINE

Journées nationales 20-21-22 septembre 2004



Edito

PSYCHIATRIE ET TRAVAIL SOCIAL

Psychiatrie et travail social. Sujet inépuisable, question récurrente, travail de Sisyphe...

Le premier constat est celui d'une certaine incompréhension réciproque : que fait la psychiatrie s'interrogent les travailleurs sociaux, que font les travailleurs sociaux répondent les travailleurs psy. Décloisonnez, décloisonnens chante tout le monde en chœur.

Il est vrai qu'à y regarder de plus près, au delà des différences profondes des missions, les travailleurs sociaux et les travailleurs psy vivent des situations qui présentent bien des points communs :

- les travailleurs sociaux sont confrontés à une misère sociale croissante (pauvreté, chômage, manque de logement etc...) et à une déstructuration du lien social qui aggrave le constat. Et ils se sentent de plus en plus écartelés entre leur idéal professionnel, celui qui les a fait choisir ce métier, et l'impossibilité concrète croissante où ils se trouvent de répondre aux questions posées. Ils se sentent un peu envoyés en première ligne, au casse pipe pourrait-on dire, par la société qui leur demande de mener un combat dont elle ne s'empare pas avec une détermination suffisante;
- les travailleurs psychiques quant à eux se trouvent de plus en plus confrontés, au delà du pourcentage relativement invariant des grandes maladies mentales répertoriées, à toute une « souffrance psychique » qui ne parvient plus à être contenue par les liens sociaux habituels : troubles du comportement de jeunes en déshérence pour de multiples causes (carences éducatives, absence de formation, pas de perspective de travail etc...), souffrance de personnes qui vivent des situations difficiles, aussi variées que chômage, stress au travail, harcèlement moral, deuil, séparation etc... Tout ceci avec le sentiment d'une montée des exigences sociales et du glissement progressif dans les esprits d'une obligation de moyens, raisonnable, à une obligation de résultats, utopique.

Les points communs sont évidents :

- Surcharge de la demande,
- Obligation insidieuse de résultat,
- Même souffrance devant l'excès de la demande et l'impossibilité d'y répondre,
- Même sentiment d'être piégé par un corps social se défaussant sur ses travailleurs sociaux et ses travailleurs psychiques.

Comment travailler ensemble ? Question difficile entre toutes. Tout au plus, essaierai-je ici de dégager quelques pistes :

- Tout d'abord éviter deux écueils symétriques
 - Le décloisonnement intensif (Qui habiterait une maison sans cloison ?) de manière à éviter une confusion qui ne profiterait à personne.
 - Le cloisonnement excessif au nom d'une rigueur doctrinale sans cesse débordée par les faits (Qui habiterait une maison sans porte, sans fenêtre, sans couloir ?).
- Ce qui revient à dire qu'il convient dans un dialogue sans concession entre les deux institutions de s'attacher à définir :
 - ce qui relève clairement du champ de l'un et l'autre,
 - ce qui relève conjointement des deux champs et, qui fait quoi dans ce cas,
 - quelles sont les modalités de l'échange. En d'autres termes : qu'est-ce qui doit être dit, qu'est-ce qui doit être tu, qu'est-ce qui peut être dit ou tu ?

Mais on ne peut laisser chacun sur le terrain se débattre avec des questions aussi complexes. Le dialogue à la base doit être préparé et soutenu par un dialogue institutionnel au plus haut niveau. Ce qui suppose aussi (enfin) une clarification conceptuelle des termes santé mentale et psychiatrie, le flou actuel dans l'usage et le sens de ces mots étant source de grande confusion.

• Et puis aussi au nom de ce qui nous réunit, dire ensemble et avec force que nous ne nous satisfaisons pas du rôle de voiture balai d'une société essoufflée et que si c'est de cela qu'il s'agit, nous n'y arriverons pas. Et bousculer la bonne-mauvaise conscience de chacun pour dire qu'à chaque fois que l'on regarde une ânerie à la télévision (ou même quelque chose d'intelligent) au lieu de se rendre à une réunion d'association, à une réunion de quartier, à une réunion de famille, à une réunion syndicale, à une réunion politique, on se rend passivement complice d'un système pathogène dont on dénonce par ailleurs les effets.

PRATIQUES ET RECHERCHES EN SANTÉ MENTALE

REVUE DE L'ASSOCIATION CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation Bon-Sauveur 50360 PICAUVILLE Tél. 02.33.21.84.00 (poste 8466)

Directeur de publication :
Jean-François GOLSE
Responsable de la rédaction :
Maryse CORBET
Comité de rédaction :
J. ANDERSON,
Jeanne BERTAUX,
Jean-Noël LETELLIER,
Serge LOQUET,
Marie-Line LAMARE-HAMELIN,
Bernard NOUHAUD,
M. PITON

Mise en page et impression : Imprimerie Artistique LECAUX Tourlaville • 02.33.88.52.52

Crédit photo : Serge LOQUET

Secrétariat : 02 33 21 84 66

ISSN 1157-5135

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2005



Allocution d'ouverture par Mme Hoffman



Madame HOFFMAN, Présidente du Conseil d'Administration du CPO d'Alençon, avant une prise de parole de Monsieur le Docteur GOLSE, Président de la Croix Marine Basse-Normandie.

Mesdames, Messieurs, Monsieur le Président GOLSE.



C'est avec plaisir que je viens, , en qualité de nouvelle Présidente du Conseil d'Administration du CPO, et après avoir été sollicitée par Monsieur CHARPENTIER, Directeur, vous accueillir dans l'Etablissement et ouvrir avec vous la réunion de ce jour sur le thème :

Psychiatrie et travail social,

Assorti du sous-titre que j'ai bien noté :

Comment travailler ensemble.

J'ai également bien retenu que ce thème correspond à des questions actuelles des professionnels du champ de la psychiatrie et du champ de travail social.

En effet, depuis une vingtaine d'année l'évolution des soins et de la société a permis que certains patients vivent moins exclus de la vie sociale courante. Cela a amené les soignants et les travailleurs sociaux à œuvrer ensemble pour améliorer cette insertion.

De cette collaboration sont nées de nouvelles demandes adressées aux soignants par une population ne souffrant pas de pathologie psychiatrique franche mais présentant plutôt une souffrance psychologique qui est à l'origine ou qui est la conséquence de leurs difficultés sociales.

Ces préoccupations sont partagées par les personnels médicaux, les personnels soignants, les personnels sociaux et pour ce qui concerne l'Etablissement dans lequel nous sommes par l'ensemble des équipes.

Cette thématique a été reprise dans le projet médical de l'Etablissement et rencontre un écho favorable auprès des autorités extérieures, qu'il s'agisse de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation ou de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

Monsieur CHARPENTIER a porté à ma connaissance les termes d'un courrier de Madame VIGNERON- MELEDER, Directrice de l'A.R.H., portant approbation du Projet d'Etablissement et qui souligne que : "Les appartements associatifs de réinsertion sociale correspondent à un besoin authentifié par les études menées dans les services d'hospitalisation complète et sont à ce titre à encourager".

Dans la continuité de cette appréciation, l'Etablissement a reçu, sous la signature de la D.D.A.S.S., et par courrier en date du 1er juin, une notification de crédit au titre de l'aménagement en cours et de la mise en fonctionnement en 2005, d'un appartement communautaire en cours d'aménagement dans l'enceinte de l'Etablissement (ancien Laboratoire Départemental) destiné aux patients en voie de réinsertion sociale.

Parallèlement l'Etablissement instruit le bail de location d'un appartement situé à Argentan et qui sera vraisemblablement mis en service à l'automne prochain.

Je remercie donc l'ensemble des professionnels de leur présence et de leur attention à ce thème et plus spécifiquement les équipes du C.P.O., Madame le Docteur Catherine RANVOIZE, Monsieur Jean-Louis FOUCAULT Infirmier, l'Equipe du Secteur Alençon-Bellême, et l'équipe des Assistants sociaux qui présenteront dès ce matin leurs expériences.

Je forme des vœux pour que la présente journée permette aux professionnels de terrain de confronter leurs expériences, de mieux se connaître afin de suivre l'évolution des demandes qui leur sont faites et de dégager des positions de concertation.

Nous sommes tous, vous en tant que professionnel, les Membres du Conseil d'Administration et moimême en tant qu'élus, attentifs à l'amélioration du service rendu aux usagers et à la prise en compte de leurs demandes.

Merci donc d'avoir pris l'initiative de cette journée que je vous souhaite fructueuse.



EQUIPE INFIRMIÈRE DE SECTEUR

ALENÇON-BELLEME

Nous pensons qu'en 20 ans, notre pratique infirmière concernant la prise charge des patients a évolué.

Au début des années 80, les soins se faisaient sur la base d'hospitalisations assez longues (plusieurs semaines à plusieurs mois, voire plus...). Le patient était alors désinséré, il était happé par une institution qui le coupait de reste du monde et le prenait en charge médicalement et socialement (blanchissage, tutelle, cigarettes, pécules...). Lorsque l'état de santé évoluait, le malade hospitalisé sortant avait de grosses difficultés à surmonter : isolement social, hébergement, perte d'autonomie par rapport aux actes du quotidien. Avant de pouvoir envisager de retrouver une vie extérieure à l'établissement hospitalier, le malade mental devait trouver une solution à tous ses problèmes.



M. Topsent et Mme Zéphir

Le rôle de l'infirmier était alors multiple car, tout en gardant son statut de soignant, il devait avoir un rôle social (il n'y avait qu'un seul assistant social pour le secteur), aider le patient à faire face aux problèmes d'hébergement, de gestion des revenus et des actes du quotidien.

Sur notre secteur, le développement des structures extra hospitalières a permis de donner une autre orientation à la prise en charge (1982 : ouverture de CMP et hôpitaux de jour)qui concernait essentiellement des malades au lourd passé psychiatrique. L'assistant social du secteur était le seul intervenant non soignant. Cette évolution a permis de s'ouvrir sur des structures extérieures à l'hôpital. Ce fut le début du travail en réseau.

Pour illustrer cette évolution, nous allons faire une comparaison entre deux prises en charge, effectuées à 20 ans d'intervalle, ayant le même objectif : la réinsertion.

Dans les années 80, Mme L., patiente schizophrène, hospitalisée plus de 10 ans.

Avant même d'envisager une sortie, il fallait l'aider à se resocialiser, à retrouver une autonomie, des repères, se redynamiser, redonner un sens à sa vie. Concrètement, il a fallu rechercher un logement et le meubler.

L'infirmier a alors endossé plusieurs fonctions : déménageur, cuisinier, femme de ménage, tuteur, dépanneur, etc. en plus de son rôle soignant. En 2004, Mme M. souffrant d'une psychose hallucinatoire, n'avait jamais été hospitalisée jusqu'au jour où elle s'est retrouvée seule.

Peu après son admission, une visite à domicile a permis de faire le point global sur la situation : persécution, incurie, problèmes financiers, factures non réglées.

A partir de ce constat, tous les différents partenaires ont été sollicités par les soignants pour régulariser la situation sociale conjointement au soin apporté. Les divers problèmes inhérents à la situation psychique de Mme M. ont été relativement vite améliorés grâce à un projet commun (orientation en maison de retraite).

Chacun des partenaires est intervenu dans le cadre de sa fonction.

A l'étude de ces deux cas, nous faisons les constats suivants :

Au niveau de l'hospitalisation : il y a environ 20 ans, l'hospitalisation était pratiquement la seule alternative de soins. De nos jours, s'il y a nécessité d'une hospitalisation, dès l'entrée, un projet de soins incluant sortie et suivi ambulatoire est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire.

Au niveau de la réinsertion : dans le premier cas, l'infirmier a pris en charge la globalité des démarches de sortie. Dans le deuxième cas, l'infirmier a utilisé le réseau médico-social existant.

Cette évolution a nécessité une adaptation du fonctionnement de chacun car cette méthode ne trouve sa justification que par l'addition des spécificités, permettant ainsi d'avoir une meilleure efficacité dans la résolution des problèmes de la personne prise en charge.

L'objectif du soignant reste toujours le même : permettre au malade de pouvoir soulager ses problèmes de santé. Si l'amélioration de l'état psychique du patient passe par la résolution, entre autre, des difficultés (chômage, difficultés financières, conflits familiaux). L'infirmier est dans son rôle en contribuant à solutionner ces problèmes. Pour conserver son identité de soignant et éviter la confusion dans les rôles, la collaboration avec un réseau de partenaires est nécessaire, chacun apportant sa pierre à l'édifice de la sérénité retrouvée. Exemple : en étant caricatural et en se basant sur des faits vécus, un patient qui n'a pas mangé correctement depuis plusieurs jours aspire à satisfaire ce besoin essentiel avant d'être accessible à toute thérapie. De même, une assistante sociale qui reçoit une personne ayant une conduite addictive importante aura comme objectif premier d'orienter cet individu vers le soin.

Ces deux exemples mettent en évidence la double circulation des usagers avec une orientation possible à



Equipe infirmière de secteur

Alençon-Belleme

deux sens : du médical vers le social, du social vers le médical. Cette stratégie, pour nous soignants de secteur psychiatrique, nous amène rencontrer des personnes en grande souffrance psychologique mais qui sont incapables de faire une démarche directe vers le soin. Le partenaire social contribue à aider cette personne à surmonter ses réticences en dédramatisant le premier contact avec ce que cette personne considère comme le monde de la folie. Il peut accompagner la personne souffrante vers la consultation au CMP ou organiser une rencontre avec un infirmier. L'infirmier n'étant pas perçu de la même façon que le médecin psychiatre, il pourra ainsi faire une première évaluation et cerner la nature de l'aide à apporter.

Cette unité de réponse entre le social et le soin permet d'additionner les moyens, d'élaborer une stratégie globale évitant de morceler l'individu en fonction de la nature de ses problèmes.

La personne en difficulté sociale n'a pas toujours conscience de sa souffrance psychologique. Le mal être ressenti n'est pas une fatalité. Cette prise de conscience nous permettra d'aider cette personne à l'accès au soin, à aborder les problèmes initiaux avec un autre regard, à retrouver une énergie afin d'être acteur de son évolution.

Cette collaboration entre le médical et le social intervient aussi à d'autres niveaux : judiciaire, professionnel ou familial.

L'expérience à montré qu'il est profitable, pour tout le monde, de travailler en partenariat. Il est de plus en plus fréquent de retrouver autour d'une même table :

- un infirmier de secteur psychiatrique
- une assistante sociale de secteur
- un délégué à la tutelle
- une personne s'occupant de l'insertion professionnelle
- un éducateur chargé d'une AEMO pour les enfants quelquefois, le représentant du comité de probation

Cette liste n'est pas exhaustive car les partenaires sont multiples. Nous rencontrons des représentants de la gendarmerie, la mission locale, les aide-ménagères, les propriétaires (privés et organismes HLM), les foyers d'accueil, les foyers postcure, les maisons maternelles, la COTOREP, les travailleuses familiales, IDE, CLIC, CCAS, médecins généralistes...

Ces confrontations permettent à chacun:

- d'avoir un complément d'information
- de percevoir dans sa globalité la problématique de la personne
- de se situer par rapport aux autres intervenants
- d'avoir un discours concordant

Mais, il ne faut jamais perdre de vue que cette méthode de travail ne trouve sa justification que si l'usager en tire des bénéfices. La concertation peut permettre d'éviter d'avoir recours à des solutions extrêmes (retrait des enfants, licenciements...). L'intervenant, en s'appuyant sur le partenariat découvre d'autres solutions aux problèmes rencontrés. Il n'est plus seul face à une difficulté demandant une prise de décision rapide, engageant l'avenir immédiat de la relation avec la personne aidée. Le réseau lui permet de trouver de l'aide, de mettre en place un projet nécessitant la collaboration de partenaires sociaux et soignants.

Exemple: M. B., 33 ans, est suivi depuis 3 ans suite à des problèmes d'alcoolisation importants. Après avoir suivi une cure, il est abstinent depuis plus d'un an. La collaboration entre le CMP et la mairie de sa commune lui a permis d'obtenir un CEC d'employé communal. Suite à de gros problèmes financiers, il se réalcoolise et arrive ivre au travail. Devant la menace de renvoi, il s'énerve et menace de se suicider. Le maire demande de l'aide au CMP. L'infirmier intervient, négocie une hospitalisation que M. B accepte. Pendant cette hospitalisation, un échange entre l'employeur, le soignant et l'assistante sociale de secteur permet de dédramatiser la situation, de rassurer l'employeur, de trouver des solutions aux problèmes financiers. Après 3 semaines d'hospitalisation, M. B peut reprendre son travail en ayant retrouvé la sérénité. Les rapports se sont modifiés, l'employeur a compris les difficultés liées à la fragilité de son employé. M. B a trouvé une reconnaissance de ses qualités professionnelles. Depuis 10 mois M. B est complètement abstinent. Il est "stagiairisé" depuis le 1er juin en vue d'une titularisation pour un emploi temps plein.

La pratique du travail en réseau nous permet d'être plus efficace. Le soigné est au centre de ce réseau. Il est partie prenante de ce fonctionnement, sait en distinguer toutes les composantes et repérer le rôle de chacun. Ces conditions de base remplies, nous souhaitons approfondir les points suivants :

- Le secret partagé : la question que nous posons est la suivante "qu'est-ce que je peux partager avec un partenaire afin de l'aider dans la prise en charge commune ?"

Ce questionnement n'a pas de réponse précise. Il faut savoir ce qui peut être profitable de mettre en commun afin d'améliorer l'efficacité du réseau sans évoquer de diagnostic. L'implication du patient doit être sans restriction car il ne faut pas qu'il se sente trahi ou dépossédé. Il est nécessaire que chacun protège la relation de confiance établie.

- La taille du réseau : le nombre des membres doit être limité car si se regrouper permet de réunir des compétences visant à la réalisation d'un objectif commun, un groupe trop important risque de nuire à la cohésion et perdre de son efficacité en se scindant en sous-groupe. De plus, le patient risque de se perdre dans le méandres d'un réseau trop important.
- La fluidité du réseau : afin de faciliter l'accès au réseau, il est nécessaire que chacun des membres ait une connaissance de ses limites, mais sache aussi situer le champ d'intervention de ses partenaires.

 Ainsi, il saura trouver la réponse à un problème dont la solution n'est pas de sa compétence. Donc, avant d'arriver à une systématisation de ce mode de fonctionnement, chacun doit être en mesure d'assumer sa tâche, de répondre aux sollicitations. Il faut que les relations du réseau soient basées sur la confiance car le sentiment d'être utilisé ou, au contraire, d'être tenu à l'écart, nuirait à son efficacité, risquant même de le remettre en cause.
- La pérennité du réseau : le travail en réseau est basé sur la collaboration de personnes représentant diverses structures et intervenant dans de multiples domaines : médical, social, socioprofessionnel... il serait souhaitable que cette opération puisse être institutionnalisée. La collaboration d'individus peut fragiliser ce réseau en le rendant dépendant de personnes susceptibles d'interrompre leurs fonctions. S'il est possible d'anticiper certains départs, d'autres, non programmés, ne laissent pas le temps d'introduire le remplaçant. Il arrive donc, qu'à cette occasion, le réseau se retrouve amputé d'un de ses membres. Il nous semble nécessaire d'officialiser certaines relations en programmant des rencontres institutionnelles.

Exemple : depuis plus de 10 ans, le CMP de Bellême et le service social se rencontrent à raison d'une réunion tous les deux mois, ce qui a permis d'enraciner leur collaboration qui a survécu à tous les changements d'intervenants.

Nous souhaiterions voir cette pratique s'intensifier car il reste encore des zones d'ombre où nous nous sentons isolés comme dans la prise en charge des ados. Nous avons été amenés à constater qu'il manquait des structures et réseaux pour certaines catégories de personnes aidées. Effectivement, pour faire face aux problèmes des adolescents, il existe peu ou pas de structures d'accueil et d'hébergement.

Par expérience, aux urgences, nous avons été confrontés à des situations aiguës, obligeant à une hospitalisation en psychiatrie adulte faute de système adapté à cette tranche d'âge.

De ce fait, nous nous posons les questions suivantes :

- est-ce bien à la psychiatrie d'intervenir ?
- la souffrance psychologique, le mal-être de ces

jeunes se situent-ils essentiellement dans le champ d'action de la psychiatrie ?

Cette question se pose de la même façon pour les prises en charge de tout ce qui recouvre le traumatisme psychologique (victimologie, violences conjugales et/ou sexuelles).

L'évolution de la psychiatrie et de son image a engendré une demande plus élargie. Ainsi, nos interventions ne se limitent plus à la prise en charge des pathologies lourdes mais aussi à de nombreuses prises en charge psychosociales.

Faut-il redéfinir le cadre de notre profession ?

Cette question a déjà été évoquée lors des Etats Généraux de la Psychiatrie en juin 2003.

"Alors que ses moyens diminuent, la psychiatrie est sommée de répondre sur tous les fronts. Au moindre problème, le psychiatre est convoqué pour prodiguer la bonne parole ou donner le médicament qui calmera les esprits. Tout se passe comme si l'on devait demander à la psychiatrie de pallier les défaillances d'une société qui ne parvient plus à maintenir des liens vivants et féconds entre les individus. Or, c'est à la prévention et au soin que la psychiatrie doit avant tout consacrer son action. Il n'est pas question de devenir des professionnels du bien-être, chargés de répondre au malaise social".

cet article nous conduit à nous interroger sur l'éventualité d'un éloignement, voire d'une dérive de notre rôle propre en psychiatrie.

Bien entendu, le travail en réseau est indispensable, mais nous devons rester vigilants quant au maintien de notre identité.

La psychiatrie ne doit pas être l'ultime recours à des situations d'ordre plus social, éducatif ou judiciaire quand nos partenaires n'ont pas de réponse.

Mais quelle solution? Ne sommes-nous pas dans le "tout psychiatriser"?

Notre inquiétude se trouve également être le manque de moyens humains :

de moins en moins d'infirmiers qui s'orientent vers la psychiatrie

pénurie de psychiatres

Quelle contradiction!!

Que nous prépare la politique de santé publique ? Ne faudrait-il pas réfléchir sur la formation de l'infirmier en psychiatrie et de sa spécialité qui fait défaut depuis le diplôme unique ? Humblement, nous avons tenté, à partir de nos propres expériences de nous faire les rapporteurs d'un constat le plus proche possible de la réalité au quotidien.

Beaucoup de questions restent encore en suspense. Mais il faut anticiper et s'interroger sur l'avenir de la psychiatrie et de l'infirmier(ère) en psychiatrie.



L'ASSISTANT SOCIAL DE SECTEUR PSYC

Sommes-nous utiles : aux patients certainement ; à nos collègues des équipes, nous aimons à le penser. Mais eux, pourquoi penseraient-ils le contraire ?

Si l'on pense que nous sommes utiles, la question de l'articulation interne des équipes ne se pose pas et nous sommes à l'aise et à notre place pour effectuer notre travail.

Si cette question nous vient, c'est que tout ne va pas toujours de soi.

Nous interrogerons nos missions dans le cadre de la politique de santé mentale, puis la réalité de ces missions confrontées à la pratique quotidienne, enfin nous réfléchirons sur la fonction sociale. Des apports théoriques nous éclaireront sur des notions telles que la fonction, la différenciation, la représentation.

A - Les missions du secteur et celles de l'assistant social sous l'angle de l'apport au soin et à la prise en charge du patient.

1 - Politique de secteur :

La sectorisation, c'est le développement d'une politique de promotion de la santé mentale dans le refus de l'isolement et de l'exclusion du malade. L'objectif est de maintenir le patient au sein de la société civile en lui donnant les moyens de son autonomie dans la mesure de ses capacités.

Mais le champ de la psychiatrie ne se limite plus strictement aux soins ; "la lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale" (article L3221-1 du code de la santé publique). Cette vision élargie de la prise en charge amène la psychiatrie sur des terrains qui ne sont plus strictement médicaux.

Venons-en à l'assistant social qui "fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire et contribue au projet thérapeutique" (circulaire du 20/12/1993 sur le statut des assistants sociaux dans la Fonction Publique Hospitalière)

2 - Missions des assistants sociaux dans les secteurs de psychiatrie :

"Les assistants socio-éducatifs ont pour mission d'aider les personnes, les familles ou les groupes qui connaissent des difficultés sociales à retrouver leur autonomie, et de faciliter leur insertion. Dans le respect des personnes, ils recherchent les causes qui compromettent leur équilibre psychologique, économique ou social. Ils ont pour mission de conseiller, d'orienter et de soutenir les personnes accueillies et leurs familles, de les aider dans leurs démarches et d'informer les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale. Ils apportent leur concours à toute action

susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population ou d'y remédier. Ils assurent, dans l'intérêt de ces personnes, la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux ou médico-sociaux" (décret du 26/03/1993 réglementant le corps des assistants sociaux).

C'est notre particularité que d'être le lien pour le patient avec la réalité sociale et d'avoir une place à la fois "dedans et dehors". Cela était déjà défini dans une circulaire de 1974, détaillant l'organisation du secteur psychiatrique :

"l'assistant social est indispensable pour assurer les nécessaires liaisons et coordinations à tous les niveaux (soignants, soignés, famille, autres services sociaux, employeurs...".

Comme tous les autres professionnels, les assistants sociaux de secteur psychiatrique exercent donc leur mission particulière dans le cadre des missions du dispositif public de lutte contre les maladies mentales : ils y ont, d'évidence, une place ; ils y ont un rôle à jouer. Les textes ont donc bien défini statut et missions mais nous constatons qu'au quotidien, nous rencontrons des difficultés de fonctionnement qui sont peut-être dus à la représentation de la fonction sociale à l'intérieur et à l'extérieur de notre établissement.

Nous entendons, les uns ou les autres, les remarques suivantes :

"Toi, tu n'es pas une assistante sociale comme les autres, tu es une gentille AS" ou encore "Ça c'est du social, ce n'est pas pour nous". D'emblée notre activité est en relation avec la représentation que les autres soignants ont de la fonction et du rôle de l'assistante sociale : cliché de l'assistante sociale ayant la casquette de pouvoir retirer les enfants ou de celle ne faisant que de l'administratif.

Nous n'avons de cesse de montrer que nous pouvons être différents de cette image et que

HIATRIQUE : QUELLE UTILITÉ ? POUR QUI ?

nous pouvons être utiles au soignant, au patient ou aux familles.

Rappel de définition :

qu'entendons-nous par "représentations"?

Selon le Petit Robert :

"c'est le fait de rendre sensible (un objet, une chose abstraite) au moyen d'une image, d'un signe, etc."

C'est le fait de représenter (une pièce de théâtre par exemple...).

C'est un processus pour lequel une image est présentée au sens.

C'est le fait de représenter (quelqu'un, un groupe) dans le sens d'une délégation. C'est le métier du représentant.

La représentation implique donc une existence au second degré de l'objet, qui existe non seulement pour soi, mais aussi pour la connaissance.

La représentation de la fonction de l'assistante sociale est liée à son histoire professionnelle : lourd passé de jeune dame patronnesse catholique qui vient assister les plus démunis. La représentation de la fonction de l'assistante sociale est souvent assimilée à la fonction sociale.

Rappel de définition :

qu'entendons-nous par "fonction"?

Toujours selon le Petit Robert :

"Ce que doit accomplir une personne dans son travail, son emploi. c'est faire fonction de..., jouer le rôle de..." C'est avoir une activité, un devoir, une mission, un rôle, service, tâche, travail.

Mais lançons d'emblée la réflexion : tout professionnel a-t-il une fonction sociale ? Dans quelle mesure peut-il l'utiliser, dans un travail de réseau ou de partenariat ? Mais en psychiatrie, en quoi la fonction sociale de l'assistante sociale est-elle spécifique ? Sans doute dans sa manière de faire, liée à sa formation en travail social.

Qu'est-ce qui va différencier le rôle social de l'assistante sociale de celui d'un autre professionnel (infirmier, cadre de santé, psychologue ou médecin) à l'intérieur de l'hôpital ?

Comment différencier nos fonctions sociales ? En quoi nous ressemblons-nous ? En quoi sommes nous différents ?

B - Différences et points communs

1 - Ce qui nous différencie dans l'équipe pluridisciplinaire.

a - la formation

La philosophie primordiale de notre pratique, c'est une approche globale de la personne. Pour accéder à cette globalité, nous nous référons à un enseignement, qui mêle théorie et pratique, avec au total 14 mois de stage dans les 3 années d'études. L'apport théorique est varié pour faire face à la polyvalence de nos interventions futures : connaissance des institutions sociales et sanitaires, législation sociale, droit de la famille ou du logement, économie, démographie, sociologie, psychologie, santé (éléments de pathologie psychiatrique par



Mme Bouvier-Piret, Mlle Royer, Mlle Scelland, M. Bultel, M. L'Helgouarc'h

exemple)... Mais l'apprentissage d'un positionnement professionnel clair, de techniques d'entretien et de travail représente l'essentiel de notre enseignement. Une fois diplômés, nous sommes capables de gérer une relation d'aide dans une multitude de services et auprès de publics variés. En psychiatrie les techniques d'entretien que nous utilisons ne sont guère différentes de celles utilisées par les infirmiers psychiatriques. C'est aussi parce que les éléments médicaux dont nous pouvons avoir besoin nous sont expliqués par les soignants de l'équipe.

Seul intervenant social auprès du patient, de

b - un regard différent

l'enfant ou de sa famille, nous devenons automatiquement le référent pour notre domaine d'activité. Cette permanence apporte stabilité et maintient une logique à la prise en charge à l'hôpital ou à l'extérieur. Ce "statut" de nonsoignant (sans blouse) permet d'offrir au patient un espace de parole supplémentaire. Les sujets que nous abordons ne sont pas toujours - ou pas de la même façon - abordés par les autres professionnels : nous questionnons sur des sujets qui paraissent externes et étrangers à la maladie, tels le travail, le logement, le budget, les relations familiales. Ces sujets nous permettent d'être le lien avec la réalité et parfois de mesurer à quel point la maladie a envahi cette réalité. Le lien, nous l'établissons aussi avec les partenaires (services sociaux, administrations, organismes de logement, associations, justice...) pour qui nous servons aussi de relais : c'est à nous qu'il est peut-être le plus facile de s'adresser pour exprimer des demandes ou des inquiétudes vis à vis des patients. Nous sommes, lors de l'élaboration de projets, suffisamment "fixes" pour être facilement sollicités.

2 - Ce qui nous rattache à l'équipe : les ressemblances

a - des missions communes

Notre participation aux missions peut se résumer comme il suit.

Pour la prévention : par notre approche globale, les clignotants d'alerte sont multiples ; un comportement bien sûr, mais aussi l'utilisation de l'argent, un endettement, l'isolement et le retrait social, un domicile qui devient négligé, des difficultés scolaires...

L'existence d'un réseau nous renseigne parfois sur une situation qui se dégrade, nous permettant à notre tour d'alerter les soignants des CMP. Pour le soin : notre travail consiste en l'établissement d'une relation d'aide qui est d'une autre nature qu'une simple "relation de service" ; il ne s'agit pas de répondre ponctuellement à un besoin exprimé ou à un conseil juridique mais d'amener le patient à mieux appréhender sa propre situation et les possibilités qui lui sont offertes, de manière à penser par soi-même les solutions qui s'ouvrent à lui. En ce sens, favorisant l'autonomie, notre action participe aux soins. Nous sommes un tiers indirectement (aide) soignant, conscient de son appartenance à une équipe de santé : nous savons aussi rappeler l'importance de la thérapeutique auprès des patients et le rôle central du psychiatre.

Pour la réinsertion : nous contribuons à l'élaboration du projet de sortie en le confrontant à la réalité sociale ; ce projet a un coût (prise en compte du financement).

Ce projet tient-il compte de l'existence de délais d'attente importants ?

Ce projet respecte-t-il la dynamique familiale ? Ce projet est-il réaliste ?

b - un patient en commun

Il est le point central de tout acte posé. Nous intervenons au même moment, pour un même patient, avec un même objectif : son bien-être. Chaque membre de l'équipe apporte des informations qui, mises en commun, permettent de cerner une personnalité et donnent un sens à sa prise en charge.

c - l'assistant social ne peut pas travailler seul Nous avons l'habitude de faire une distinction qui nous paraît fondamentale entre projet thérapeutique (celui qui appartient aux soignants, celui qui, élaboré par le psychiatre, est mis en œuvre par le personnel paramédical) et projet de soins (celui qui englobe tous les paramètres de la personne et où nous trouvons notre place, en temps que personnel socioéducatif).

Nous permettons au projet de soins de s'inscrire pleinement dans la réalité sociale. Cette volonté d'enrichir la prise en charge par des regards multiples fait la spécificité du travail au sein des équipes pluridisciplinaires.

Les mêmes missions, les mêmes patients : nous avons des actions, des buts, des objectifs semblables.

Une formation différente, un regard différent : nous n'intervenons pas de la même façon, nous avons parfois des désaccords. On est semblable, mais différents : ce travail sur la différenciation, dans chaque situation rencontrée, nous interroge et nous apporte des réponses parfois contradictoires.

Rappel de définition :

qu'entendons-nous par "différenciation"?

Selon le Petit Robert, se différencier c'est "apparaître différent des autres par telle ou telle particularité (ce qui renvoie à être différent et se différencier dans sa famille)."

Selon le dictionnaire des thérapies familiales de Jacques Miermont (Payot), "pour se différencier, chaque individu doit, dans ses échanges avec l'extérieur, délimiter et accroître un espace personnel. Il définit ainsi son identité."
Celle-ci ne peut s'affirmer que si l'individu, sans pour autant perdre le sens de sa continuité, expérimente de nouvelles modalités relationnelles qui lui permettent de varier les fonctions qu'il assume dans les sous systèmes auxquels il appartient.

Mais, faut-il se différencier à tout prix et revendiquer haut et fort notre spécificité?
Oui, sans doute si nous regardons une des problématiques fréquentes en psychiatrie adulte ou en pédopsychiatrie : les problèmes de différenciation amènent des blocages psychologiques voire des tentatives de suicide...

Alors, comment nous différencier à l'ère où tout le monde veut faire "du social"? Le social serait comme une porte ouverte sur l'extérieur, ô combien nécessaire pour penser en santé mentale.

Le plus important dans l'intérêt du patient ou de la famille est de pouvoir évaluer à chaque fois qui remplit cette fonction. Chacun le fait ensuite avec ses connaissances et son savoir-faire.

Mais n'est-ce pas dans la croisée de regards différents que se trouvent tout l'intérêt et le challenge du travail en pluridisciplinarité?



INFIRMIERS DE CMP ET ASSISTANTS

SOCIAUX DE SECTEUR:

les représentations du partenariat dans le champ de la santé mentale Didier Dodeman



Liminaire:

santé mentale

La question des relations entre sanitaire et social dans le domaine de la santé mentale est assez importante pour avoir justifié diverses législations¹ et rapports². Dans ces rapports la parole a été peu donnée aux acteurs de terrain. J'ai donc tenté de confronter les représentations de ces acteurs, et principalement celles des Assistants sociaux de la fonction publique territoriale et des infirmiers de CMP. Traiter le sujet en 35 minutes est un défi et j'ai évacué du propos d'aujourd'hui un grand nombre de discussions qui sont pourtant impératives. Je n'aborderai pas ici ni les concepts de maladie et de santé mentale, ni les mutations de population prises en charge, ni même les évolutions des métiers considérés. Voici donc du grain à moudre pour les débats.

J'ai réduit mon intervention à deux points : une discussion autour des représentations de ces professionnels sur la prévention et l'accompagnement une discussion plus polémique pour alimenter les discussions sur les perspectives de partenariats en Le sujet des partenariats est donc très loin d'être épuisé.

Tout d'abord quelques mots sur l'enquête réalisée

Ma communication est un bref extrait d'une enquête quantitative réalisée sur la Basse Normandie. Un questionnaire identique a été envoyé aux deux groupes de professionnels considérés. Trois points me semblent importants à souligner d'emblée parce qu'ils sont de nature à donner quelques enseignements généraux sur les partenariats.

- 1- Les soignants se sont plus mobilisés sur cette enquête que les travailleurs sociaux
- 2- Les professionnels qui ont accepté de me prêter leurs concours ne sont pas seulement séparés par leur formation initiale ou par la nature de leur emploi, ils le sont également par leur ancienneté professionnelle. Pour cette enquête du côté des soignants ce sont les plus anciens qui se sont mobilisés, du côté des ASS ce sont les plus jeunes.
- 3- Les titres professionnels énoncés par les



INFIRMIERS DE CMP ET ASSISTANTS SOCIAUX DE SECTEUR

les représentations du partenariat dans le champ de la santé mentale

protagonistes donnent une idée de la complexité. Du coté sanitaire nous avons sept nominations différentes pour une même profession. Les plus jeunes se contentent souvent du terme générique d'infirmier. Les travailleurs sociaux ne sont pas moins divers lorsqu'ils se présentent puisque nous avons six appellations différentes pour une seule profession. Au total pour deux métiers et pour un objet que nous voulons définir comme commun, nous avons 13 appellations différentes. C'est dire si l'élaboration d'un langage partagé est une tache compliquée.

Revenons en à la discussion

En référence à E.Goffman je vous propose de cheminer selon la "carrière" du patient.
J'évoquerai d'abord les positions de chacun sur la prévention, puis les positions au moment de ce que Ehrenberg nomme l'entrée en matière et sur l'accompagnement des troubles avérés, et enfin il sera question de la fin de carrière avec les troubles stabilisés et/ou la guérison.

La prévention primaire :

La question de la prévention est au centre des débats sur les partages de compétences, mais à qui nos différents interlocuteurs souhaitaient-ils confiaient ce rôle ?

Pour les infirmiers le rôle de prévention est dévolu, d'abord au médecin généraliste (43,75 %), puis ensuite à l'équipe de secteur psychiatrique (21%), et enfin à une équipe pluridisciplinaire qui serait à créer et à définir (14,5 %).

Pour l'ensemble des infirmiers la prévention est une prérogative de la médecine de ville. C'est le domaine du médecin généraliste, et celui ci sera secondé par l'équipe psychiatrique ou éventuellement par une équipe pluridisciplinaire. Les positions des Infirmiers Diplômés d'Etat et des Infirmiers de Secteur Psychiatrique³ sont-elles équivalentes sur ce point ? Eh bien non pas tout à fait. Un examen plus attentif montre que les IDE sont plus nombreux que leurs collègues à en appeler au médecin généraliste. Cet examen nous montre aussi que les IDE sont statistiquement 4 fois plus nombreux que les ISP à soutenir

l'option de l'équipe pluridisciplinaire. Du côté des infirmiers le recours à une hypothétique équipe pluridisciplinaire qui interviendrait en matière de prévention ne présente donc qu'un attrait <u>limité aux plus jeunes des soignants.</u>

Chez les travailleurs sociaux les positions sont un peu différentes. Pour la moitié des travailleurs sociaux c'est l'équipe pluridisciplinaire qui paraît la plus compétente dans le rôle de prévention. Ils ne sont que 20 % à en appeler à l'équipe de secteur psychiatrique et autant à en appeler au médecin généraliste. Du côté du travail social la prévention en santé mentale devrait donc être plutôt l'objet d'équipes pluridisciplinaires. Contrairement aux soignants, l'équipe de secteur psychiatrique et le médecin généraliste sont assez peu appelés dans le domaine de la prévention. La moitié des travailleurs sociaux présents s'associent à la prévention à travers la fiction d'une équipe pluridisciplinaire qui serait à inventer.

Les travailleurs sociaux contrairement à la majorité des infirmiers ne privilégient ni le médecin généraliste ni l'équipe de secteur psychiatrique. Un partenariat particulier pourrait donc s'élaborer sur la proposition de l'équipe pluridisciplinaire. Mais notons que les partisans de cette option ont au moins deux points communs : en procédant par croisement de variables nous relevons d'abord que ce sont ceux qui ont des doutes sur leurs capacités à intervenir en matière de prévention (qu'ils soient assistants sociaux ou infirmiers) et ensuite que ce sont les plus jeunes des professionnels interrogés. Enoncer différemment on pourrait dire que le doute et la moindre expérience favorisent la projection dans le choix de l'équipe pluridisciplinaire.

Lorsqu'il s'agit de prévention, les notions de souffrances sociales et de souffrances psychiques sont souvent abordées. Les rôles des uns et des autres se trouvent souvent déterminés relativement à ces notions. Pour les deux tiers de chaque profession le distinguo souffrance sociale/souffrance psychique est justifié. Mais l'analyse sur la distinction fait apparaître des divergences. Pour les ASS la distinction se justifie

d'abord pour définir les causes initiales de la souffrance alors que pour les infirmiers, la distinction est d'abord justifiée pour tenter de mieux définir ce qui est de l'ordre des compétences des secteurs sanitaires ou sociaux. La nuance peut paraître ténue, je soutiendrai qu'elle est significative. Les infirmiers sont déjà ici sur le partage des taches, il s'agit pour eux de déterminer les meilleures compétences d'intervention. Leur question est : qui est en capacité de faire quoi et quelle est la légitimité de l'intervention? Nous sommes soit en présence d'une approche pragmatique (parfaitement judicieuse) soit en présence de ce que certains appellent le jeu de la "patate c'haude". Les ASS de leur coté en sont seulement à ce stade au bilan et à l'inventaire des problèmes posés. Ils ne se posent pas encore la question de la légitimité d'intervention. Malgré un accord initial commun sur l'utilité d'une différenciation entre souffrance sociale et souffrance psychique il existe donc des prises de positions divergentes. Ces positions se vérifient par la suite ; 56 % des infirmiers craignent que la précarité ou la pauvreté ne soit psychiatrisée. Là encore IDE et ISP n'ont pas la même position, la méfiance qui s'installe du côté sanitaire concernant la psychiatrisation de la précarité s'installe surtout du coté des IDE. Cette crainte n'est éprouvée que par moins de la moitié des travailleurs sociaux et les ASS sont nombreux à penser que la différenciation entre souffrance sociale et souffrance psychique, est surtout utilisée par les soignants pour justifier leurs réticences à intervenir. Cette fois nos travailleurs sociaux participent eux aussi au jeu de la patate chaude.

La distinction entre souffrance sociale et souffrance psychique aussi peu élaborée soit-elle sert ainsi à alimenter un système de défiance des uns envers les autres. Pour les soignants il s'agit de conserver un "droit de retrait" par rapport à la clientèle qu'on leur adresse. Pour les travailleurs sociaux il s'agit de stigmatiser les réticences des soignants voir leurs incapacités.

La prise en charge des troubles avérés :

Les positions qui sont adoptées par les uns et les autres sur la prévention sont évidemment de nature à modifier les prérogatives respectives. Si les modes de prévention utilisés échouent et qu'une indication de prise en charge thérapeutique doit être prise qui est alors légitime pour poser l'indication ? Travailleurs sociaux et infirmiers son bien sur des positions divergentes, mais les positions n'opposent pas seulement le sanitaire au social. Le partage est plus complexe.

Pour 50 % des travailleurs sociaux l'indication de prise en charge est de la compétence du seul secteur sanitaire. L'indécision est importante chez les ASS. Les travailleurs sociaux doutent ici de leurs capacités à discuter un diagnostic et un pronostic. Ils ne sont pas tout à fait sûrs d'être là bien à leur place.

En revanche il n'y a pas d'indécision chez les soignants, et ce sont ces certitudes qui nous rendent la tache complexe.

- Les **IDE** estiment majoritairement **(62 %)** que l'indication de prise en charge est de la compétence du seul secteur sanitaire.
- Les **ISP** estiment majoritairement **(62 %)** que cette indication ne peut pas être de la seule compétence du secteur sanitaire.

Nous avons là une opposition forte entre les différents infirmiers.

Si nous nous interrogeons sur les capacités des uns ou des autres à être conseil ou médiateur lorsque les difficultés mentales sont avérées (terminologie que l'on retrouve au fil des différents rapports), alors 71 % des infirmiers sont assurés de leurs capacités. Dans ce cas le doute exprimé par nos IDE n'existe plus. C'est que nous ne sommes plus tout à fait sur la prévention, la pathologie est médicalement reconnue puisqu'elle est avérée, le doute peut donc s'atténuer. Les ISP estiment qu'on ne peut se contenter de répondre par oui ou par non mais ils s'engagent assez peu sur leurs raisons. Cette fois se sont les ISP qui doutent.

Pour les ASS près de **60 % ne s'estiment pas en** capacité d'intervention lorsque nous qualifions les pathologies mentales d'avérées.

Accompagnement et prévention secondaire :

Poussons un peu plus loin en demandant à nos interlocuteurs à qui devrait être attribuée la fonction de restauration du lien social lorsqu'une pathologie mentale est dite **stabilisée** (terminologie également courante dans les différents rapports).



INFIRMIERS DE CMP ET ASSISTANTS SOCIAUX DE SECTEUR

es représentations du partenariat dans le champ de la santé mentale

Pour les travailleurs sociaux c'est simple et cohérent avec le chapitre précédent : 60 % pensent que cette fonction de restauration doit être attribuée aux soignants. Si une alternative est proposée alors, à défaut, ils pensent qu'ils pourraient remplir cet office. Bien que nous proposions l'éventualité d'une collaboration avec d'autres professionnels du secteur social de niveau IV ou V, le recours à cette modalité est tout à fait marginal.

Pour les soignants l'affaire se complique. Si 56 % estiment que c'est bien de leurs prérogatives qu'il s'agit, 25 % estiment qu'il s'agit plutôt d'une fonction à attribuer aux ASS. Là aussi l'appel vers les niveaux IV et V du secteur social est marginal.

Nous sommes donc devant un apparent paradoxe; les soignants s'estiment à 71 % en capacité d'être médiateur et conseil lorsque la pathologie mentale est avérée, mais lorsque la pathologie mentale est dite stabilisée seulement 56 % pensent que la restauration des liens sociaux est de leur attribution. On peut tenter deux explications à ce paradoxe apparent.

La première c'est que les soignants adoptent une position de seconde ligne. Ils se déterminent ici dans une fonction d'aide aux aidants. Les aidants ou intervenants de première ligne étant ici les travailleurs sociaux de niveau III puisque les niveaux IV et V n'ont pas non plus été appelés par les soignants.

La seconde explication apparaît lorsque l'on tente la différenciation entre les soignants. Ce sont les IDE qui ont massivement situé les ASS dans cette fonction de restauration. Dans ce questionnement nous sommes passés des troubles avérés à la restauration des liens sociaux. En d'autres termes cette modification de formulation pourrait être comprise comme le passage du symptôme aigu à la prévention secondaire. Dès lors nos IDE sont cohérents avec leurs positions précédentes, le doute s'exprime non pas sur la pathologie avérée mais sur le rôle en matière de prévention, qu'elle soit primaire ou secondaire. La tendance est pour les IDE au repli sur le rôle hospitalier et au traitement du symptôme.

Pour terminer ce très rapide tour d'horizon proposons à la réflexion l'affirmation suivante : "les travailleurs sociaux sont les mieux placés pour prendre en charge les actions relatives à la réhabilitation des liens sociaux des patients "quéris".

Pour les travailleurs sociaux le changement de terme n'entraîne pas de modification. La proposition est fausse pour environ 65 % des ASS. Ils campent sur leur positions antérieures. Pour les IDE pas de modification notable non plus, ils continuent à penser dans la même proportion que précédemment que nous sommes là sur des attributions des travailleurs sociaux.

En revanche pour les ISP nous avons un glissement de position. Si nous énonçons "patients guéris" **80** % des infirmiers de secteur psychiatrique estiment que les travailleurs sociaux sont les mieux placés. Quand nous avons énoncé "pathologie mentale stabilisée" **51** % de ces infirmiers estimaient que la fonction devait être attribuée **aux infirmiers**. Les notions de guérison et de stabilisation ne sont pas différenciées quant à l'accompagnement pour les ASS et les IDE, elles le sont et très nettement pour les infirmiers de secteur psychiatrique.

Malgré la discussion entre les notions de stabilisation et de quérison, il y a un point d'accord général : la notion de trouble mental stabilisé marque la nécessité du partenariat entre secteur social et secteur psychiatrique. Cette opinion est partagée par 84 % des ISP, trois quart des ASS et plus de deux tiers des IDE. Pour une grande part de nos interlocuteurs le rôle de restauration du lien social serait davantage du ressort des collectivités territoriales que du ressort de l'assurance maladie. Pour la majorité des infirmiers lorsque les pathologies sont dites stabilisées la restauration du lien social devrait être assurée par les collectivités territoriales (50 % des IDE et 58 % des ISP). Quelques-uns restent indécis mais fort peu pensent que cette restauration est de la compétence de l'assurance maladie. Les travailleurs sociaux sont un peu plus indécis ou peut être simplement plus méfiants par rapport à ce qu'une telle question

peut sous-entendre, c'est leur position en première ligne qui se discute ainsi. Toutefois une majorité relative pense également que la restauration pourrait être du domaine d'organismes relevant des collectivités territoriales (ils ne sont que près de 30 % à soutenir que cette fonction est du ressort de l'assurance sociale). Ce qui est ainsi proposé, surtout par les soignants, c'est un glissement de l'assurantiel vers l'assistanciel pour la fonction de réhabilitation psycho sociale. Cette prospective est relativement bien partagée et pourtant chacun s'y projette différemment.

Rappelons que :

- Les ISP pensent majoritairement que nous sommes sur des compétences infirmières
- Les IDE pensent que nous sommes sur des compétences de travailleurs sociaux
- Les ASS pensent que nous sommes sur des compétences infirmières.

Nous avons ici l'expression du constat général que les formes actuelles d'accompagnement ne sont pas satisfaisantes. Le partenariat est appelé des vœux de tous mais personne ne sait encore quelle forme il doit prendre et quel y serait le partage des rôles. Nous sommes sur le sujet très délicat d'une proposition de territorialisation au sens politique de la prévention en santé mentale et d'un glissement de blocs de compétences de l'état vers le local... Le rapport Cléry Melin plaide pour une notion de territoire de santé mais la proposition ne va pas jusqu'au transfert de compétences. Au-delà de ce qui est débattu ici sur les prospectives pour la santé mentale se profilent d'autres combats, politiques, syndicaux, économiques...

La polémique sur les perspectives

Je ne proposerai évidemment pas de conclusion singulière. Hormis celle que le débat ne peut se réduire à une opposition entre infirmiers de CMP et assistant sociaux le débat existe aussi au sein de la psychiatrie publique. En revanche j'évoquerai brièvement le rapport entre souffrance et lien social. En 1995 Lazarus proposait une piste de réflexion : "...il serait important de mieux cerner les effets de ce que l'on a nommé le lien social, l'environnement social sur la santé mentale des personnes... la souffrance psychique s'inscrit dans l'imaginaire de son époque et doit y trouver des remèdes⁴".

A. Golse a montré comment la psychiatrie était impliquée dans une pratique particulière qu'elle nomme le lien psychiatrique. "La psychiatrie apparaît aussi, et au moins autant comme une pratique sociale qu'on pourrait peut être définir comme une pratique du lien social...5". S'il y a une conceptualisation commune qui est possible entre le secteur sanitaire et le secteur social c'est bien celle sur le lien. L'observation des conséquences de la perte ou de la fragilité du lien social en tant qu'objet social permet d'aborder la souffrance en considérant qu'il existe un continuum qui va de la santé mentale positive à la mauvaise santé mentale, sans que cela implique un état pathologique au sens médical. Avec cette approche nous dépassons les argumentations qui fondent l'opposition entre les diverses souffrances. Il n'existe plus dès lors de souffrance sociale ou de souffrance psychique mais des mécanismes de défense qui sont des constructions collectives ou individuelles et qui s'élaborent pour sauver nos intégrités psychiques. Je vous renvoie ici à C. Desjours qui démontre ces constructions dans "Souffrance en France". Evoquer la perte de l'objet social en terme de psycho-dynamique, et instaurer une corrélation entre cette perte et un continuum qui irait de la bonne santé mentale à la mauvaise santé mentale justifie le recours au concept de désaffiliation de R. Castel. Ce recours c'est J. Furtos⁶ qui le propose lorsqu'il a adapte le concept sociologique en terme de processus psychique. Pour J. Furtos la souffrance évolue de la zone d'intégration à la zone de désaffiliation. Castel nous montre comment la qualité du lien social peut différer les passages d'une zone à l'autre. Les diverses configurations présentes interrogent chaque fois différemment le partenariat entre sanitaire et social. La souffrance est toujours présente mais il n'est plus nécessaire de la qualifier de sociale ou de psychique.

A la question : la psychiatrie doit elle intervenir ? J. Furtos propose deux alternatives assez proches de questions soulevées par ailleurs par M. Jaeger et qui fondent les débats actuels.

1- L'aide aux aidants. Le soignant avec le soutien du psychiatre peut ici être considéré comme un moniteur balint. Il propose une analyse de la pratique, une aide à psychiser, il tente de permettre à l'intervenant social d'assumer son rôle.



INFIRMIERS DE CMP ET ASSISTANTS SOCIAUX DE SECTEUR

es représentations du partenariat dans le champ de la santé mentale

2- La collaboration soignante décentrée avec présence soignants et des psychiatres dans les institutions sociales, dans les CHRS, dans les CCAS, au cas par cas sur le terrain...

La première de ces deux options, l'aide aux aidants, permet de réaffirmer l'identité de la psychiatrie dans le champ de la santé mentale. Le rapport Cléry Merlin plaide pour cette reconnaissance il donne ainsi une suite logique au rapport du groupe de travail DGS7 relatif à "l'évolution des métiers en santé mentale" présenté en avril 2002. Le médecin spécialiste mais également l'infirmier deviendraient ainsi des intervenants de seconde ligne. La première ligne étant attribuée aux médecins généralistes et aux travailleurs sociaux, lesquels ne sont pas définis. Cette option suppose que le soignant soit situé en qualité d'expertise en matière de santé mentale. Sauf que les travailleurs sociaux sont très partagés quant à cette qualité d'expertise des intervenants sanitaires et que les IDE ne sont pas plus assurés de leur capacité à ce niveau. Le déficit de confiance des travailleurs sociaux quant aux compétences et aux formations des intervenants sanitaires est d'ailleurs important, ils ne sont que 40 % à estimer que les formations en soins infirmiers permettent des réponses adaptées à l'évolution des souffrances. Pour les soignants la qualité d'expertise n'est pas non plus du coté des travailleurs sociaux. 79 % estiment que les travailleurs sociaux ne sont pas ici en situation d'expertise, mais là encore les appréciations seront différentes selon les soignants. Les IDE ne sont que 46 % à soutenir cette dernière position alors que les ISP sont 83 %.

La deuxième de ces propositions, la collaboration soignante décentrée, est également très complexe à promouvoir.

Nous aurons ici à élaborer une coordination entre deux modes d'accompagnement institutionnel et deux modes de financement : sanitaire et social, assurantiel et assistanciel, Etat et département... Il existe donc des choix politiques lourds de conséquences et des redéploiements particulièrement difficile à négocier. Cette option promeut d'une part l'équipe pluridisciplinaire avec

toutes les réserves exprimées précédemment et d'autre part une conceptualisation commune de la santé mentale. Cette conceptualisation commune nécessiterait un rapprochement des identités professionnelles, des ponts entre les parcours de formation voire des troncs communs ce qui permettrait de faire tomber les sentiments soit d'instrumentalisation soit de méconnaissance qui sont ressentis de part et d'autre actuellement. Je n'aborderai pas maintenant plus en détail les projections sur les formations sauf pour relever que 40 % des IDE et autant de travailleurs sociaux envisageraient d'éventuels troncs communs entre formations ce qui est exclu pour la très grande majorité des ISP. Je poserai l'hypothèse que l'histoire chaotique désolante de l'évolution de ce diplôme n'est pas étrangère à cette prise de

Alors aide aux aidants ou collaboration soignante décentrée ?

En répondant à cette question il s'agit de définir quelle psychiatrie publique et quelles politiques de santé mentale nous voulons promouvoir.



- 1- Art 711-3 du code de la santé publique, circulaire avril 2003, loi 1998, loi de 2002 etc.
- 2- Un des derniers en date étant celui de Cléry Melin qui reprend assez largement un rapport DGS de 2002
- 3- Par la suite je me contenterai des sigle IDE ; ISP.
- 4- A. Lazarus "Une souffrance qu'on ne peut plus cacher" op cité p 29 et 51.
- 5- A.Golse "Le lien psychiatrique comme lien social généralisé, analyse sociologique des transformations récentes de la psychiatrie publique". Op cité p 59.
- 6- J. Furtos "Epistémologie de la clinique psychosociale" in Pratiques de santé mentale, Paris février 2000, Ed Croix marine, p. 25.
- 7- "L'évolution des métiers en santé mentale. Recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé". Rapport DGS présenté au comité consultatif de santé mentale du 11 avril 2002.



EN PSYCHIATRIE, FAUT-IL SOIGNER L'INDIVIDU AVEC SES SYMPTÔMES OU LA PERSONNE EN LIEN ?

Quand mon collègue, J.L. FOUCAULT, infirmier de secteur psychiatrique, thérapeute cognitif et infatigable organisateur de journées Croix Marine, m'a suggéré, qu'au lieu d'un exposémonologue, nous pourrions préparer un débat contradictoire, pour clôturer ces

rencontres, cela m'a paru d'abord une très bonne idée. N'est-ce pas, qu'entre deux points de vue qui s'opposent, chacun détient une partie de la vérité? En effet, qui pourrait raisonnablement affirmer qu'en psychiatrie nous pourrions travailler sans un diagnostic clinique, basé sur les symptômes présentés par l'individu que nous devons soigner. Et en même temps, qui prétendrait que nous pourrions comprendre une personne et mettre en place un projet thérapeutique cohérent, sans tenir compte du contexte dans lequel cette personne a grandi et de sa situation sociale actuelle ? Vu cette conviction de départ, que les approches médicale et sociale sont complémentaires, l'on pourrait même se demander pourquoi entamer une controverse à son sujet. Si des fois les désaccords existent dans la pratique, elles portent plutôt sur la priorité à accorder, selon le cas, à l'une ou l'autre démarche.

Mais voilà, on me demande aujourd'hui de jouer le rôle exclusif du "Mister social", tandis que mon collègue et ex-chef Patrick ALARY est censé endosser celui du "Docteur des Individus malades". Vous l'aurez compris, je ne me vois guère entrer dans ce "jeu" de façon trop caricaturale. J'essaierai cependant d'évoquer certaines situations concrètes dans lesquelles, à mon avis, nous avons tendance à ne pas tenir assez compte de la situation sociale de nos patients.

Dois-je vous avouer ma crainte que ce débat, puisse dériver vers un "combat entre mâles dominants"? Peut-être même une partie du public serait-elle déçue si cet affrontement n'avait pas lieu? Et pourtant, pour l'éviter, je compte sur vous tous. Vous qui constituez le "contexte social", l'environnement de cette discussion, n'hésitez pas à y intervenir, à en élargir l'horizon. Que nous apprenions à réfléchir et travailler ensemble, non pas à deux mais à deux cent vingt cinq.

Les premiers liens de chacun d'entre nous sont les liens familiaux. Ce que nous sommes dépend en grande partie de nos origines ainsi que de notre histoire. Et pourtant (du moins dans le secteur où je travaille) un outil aussi merveilleux et simple que l'arbre généalogique n'entre que très difficilement



dans la pratique quotidienne. Il nous permet de structurer les premières approches du patient à travers des questions non focalisées sur les symptômes actuels (ce qui les amène bien des fois à parler de ces symptômes plus aisément ensuite, puisqu'ils sont

déjà un peu en confiance), et surtout de visualiser, en un coup d'œil, la place du patient dans sa famille d'origine et dans celle(s) qu'il a constitué, les divers traumatismes subis (deuils, violence, viols, alcoolisme, maladies, etc...), les répétitions de génération en génération (par hérédité ou identification), les "comptes" qui restent à régler pour que le patient puisse se construire, et enfin les soutiens familiaux et amicaux actuels ou potentiels.

Puis à partir de ce tour d'horizon, nous pouvons dresser la liste des interlocuteurs privilégiés, à associer à notre projet thérapeutique. En effet, quels que soient leurs qualités et défauts, il s'avère que d'apprendre à travailler avec les familles, la plupart du temps, est bien plus efficace que de les éloigner comme potentiellement "pathogènes" même si bien sûr toutes les situations ne relèvent pas forcément de thérapie familiale; combien de fois n'avons-nous pas dû réviser notre diagnostic après avoir entendu tel conjoint, enfant ou parent, nous décrire des symptômes tout différents de ceux que le patient nous avait présentés ?

Un autre point qui me parait insuffisamment pris en compte dans notre travail concerne la profession de nos patients. Trop souvent, tout comme la famille se trouve réduite dans le dossier à la case Administration de "personnes à prévenir" (pas toujours remplie), nous lisons sur cette même fiche la mention "sans profession" ou encore "chômage", alors qu'en se renseignant de plus près, nous trouvons chez chacun un parcours scolaire puis professionnel, qui fait partie intégrante de l'identité de la personne. On peut d'ailleurs inscrire ces informations dans "l'arbre généalogique" (de même que les métiers des parents, modèles d'identification revendiqués ou au contraire rejetés) en tant que repères pour l'élaboration des projets de vie. Ces éléments jouent également un rôle important dans les relations qui s'établiront entre patients et soignants, tant il est vrai qu'on n'a pas le même regard sur le monde médical et psychiatrique selon qu'on vient d'un milieu paysan, ouvrier, commercial ou enseignant... (et d'ailleurs on n'est pas forcément regardé de la même façon non plus...).

Mais venons-en enfin aux travailleurs sociaux.

De nos jours, il semble aller presque de soi de parler de l'indispensable réseau médico-social. Nous nous efforcons tous d'échanger nos points de vue à propos des personnes dont nous partageons la charge, dans le cadre d'un secret professionnel largement partagé, avec nos interlocuteurs du Service Social de Secteur, des Tutelles, de l'Aide Sociale à l'Enfance ou encore des divers établissements médico-sociaux pour enfants et adultes. Je laisserai à mon collègue ALARY le soin de souligner les dangers d'une telle collaboration quand elle est pratiquée sans retenue derrière ou sur le dos de nos patients, pour insister, de mon côté, sur l'intérêt que je porte à ce travail en commun et notamment sur des rencontres "tripartites", entre patients, travailleurs sociaux et soignants, que ce soit en début de prise en charge ou en cours de route.

Ceci dit, la grosse pomme de discorde entre nous, qui réapparaît régulièrement malgré toutes les rencontres multipartites, c'est bien entendu le fait que la Société nous envoie tous ceux qui, de par leurs "troubles du comportement", n'y trouvent plus leur place. Et ce ne sont pas tant des patients psychotiques atteints de schizophrénie ou de troubles maniaco-dépressfis qu'on nous adresse, mais d'autres populations, à savoir :

- des adolescents en crise et plus particulièrement des jeunes confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance, aux personnalités mal structurées suite à de multiples traumatismes intra-familiaux et ruptures;
- des toxicomanes, des alcooliques, certains déficients mentaux, ainsi que quelques "sans domicile fixe" (dont une proportion non négligeable a également connu une enfance émaillée de traumatismes et de placements);
- puis enfin des personnes âgées atteintes de diverses formes de démence (la Maladie d'Alzheimer mais aussi le Syndrome de Korsakoff, d'origine alcoolique).

De telles demandes d'admission chez nous ont toujours existé. Seulement, il y a 50 ans, nos prédécesseurs disposaient de dix fois plus de lits et les pensionnaires y restaient pendant des années voire toute leur vie, travaillant même sur place dans la mesure de leurs capacités. La "psychiatrie moderne" axée sur l'accompagnement extrahospitalier et pour qui l'hospitalisation ne se conçoit que comme une réponse ponctuelle à une situation de crise, et tend à rejeter ces populations, affirmant qu'il serait plus logique d'augmenter le nombre et la qualité des lieux d'accueil médico-sociaux spécifiques pour chacune d'entre elles, plutôt que de nous en encombrer.

Cependant, quand "rien ne va plus" et dans l'urgence, où adresser ces personnes sinon chez nous ?

Certes nous pouvons comprendre les défenseurs d'une psychiatrie "pure, propre, médicale, aseptisée" mais notre spécificité ne devrait-elle pas consister justement dans notre capacité à regarder et accueillir ceux qui n'ont plus où aller ? Sans vouloir les garder éternellement dans nos murs, ne devons-nous pas les restaurer autant que possible et les aider ensuite à trouver une place dans la société? Et si il n'y a pas de lieux de vie adaptés à certains de nos patients, fut-ce à titre provisoire, pourquoi ne pas contribuer à en créer ? D'ailleurs, c'est en raisonnant ainsi que le CPO s'est doté d'une Maison d'Accueil Spécialisée et d'Appartements et de Familles d'Accueil Thérapeutiques, ainsi que d'un projet de Foyer pour Adolescents, dont nous espérons qu'il se réalisera bientôt et qu'il répondra, au moins en partie, aux problèmes récurrents posés par des "adolescents en crise".

Avant de rendre la parole, nous voudrions aborder un dernier point, un autre lien social essentiel de nos patients, pour certains même le seul qui reste. à savoir nos relations avec eux. Comme toutes les relations inter-humaines, elles sont structurées selon le modèle familial et chacun y apporte sa propre vision de la famille. Eh oui, même si nous le cachons volontiers derrière une identité de "soignants", rassurants et neutres, nous sommes amenés à jouer des rôles de "pères", "mères", 'grands frères et sœurs" face aux patients. Et tout comme une famille devrait viser à faire grandir les 'petits", à les rendre le plus autonome possible, nous devons prendre conscience de ce rôle éducatif qui nous échoit. Etre une "famille structurante" cela signifie éviter l'infantilisation et l'hyperprotection tout comme le rejet ou encore la permissivité excessive.

Un des outils indispensables pour organiser nos relations avec les patients me paraît être la définition claire de soignants et médecins référents pour chacun d'entre eux. Sans un tel engagement personnalisé de notre part, les patients risqueraient de se trouver livrés à une famille aux dimensions monstrueuses, à une machine faite de blouses blanches anonymes et des médecins insaisissables, face auxquels leurs efforts d'autonomisation éventuelle se réduiraient vite à néant. Il ne leur resterait alors que le jeu classique de nous monter les uns contre les autres, tout en s'enfoncant dans la grande maison de fous. Au lieu de **personnes en** lien privilégié avec des interlocuteurs repérables, ils ne seraient plus que des malades en liens, liés, attachés, aliénés, par nous en plus de leur maladie.



Nouvelles de la Fédération Croix-Marine

Journées nationales : 20-21-22 septembre 2004

Lors de l'assemblée générale de la Fédération Croix-Marine qui s'est tenue à Vannes le 19 septembre, le Dr ALARY a été élu au conseil d'administration de la Fédération, remplaçant ainsi le Dr GOLSE qui ne se représentait pas. La Basse-Normandie garde ainsi un représentant au Conseil d'administration de la Fédération. Lors du C.A. qui a suivi l'assemblée générale, le Dr ALARY a été élu secrétaire général de la Fédération.

Le C.A. de l'association Basse-Normandie, unanime, le félicite et lui transmet ses encouragements chaleureux.

Le Dr Bernard DURAND a été élu Président de la Fédération, succédant au Dr BONNET qui, après 9 ans passés à la tête de la Fédération ne se représentait pas. Le Professeur MISES, Président du comité scientifique de la Fédération a annoncé sa décision de ne pas se succéder dans cette fonction qu'il occupe depuis de très nombreuses années : l'assemblée générale lui a rendu un émouvant hommage pour le travail effectué.

La commission scientifique sera désormais présidée par le Professeur Gérard SCHMITT.

Le Professeur MISES ainsi que le Dr BONNET qui ont profondément marqué de leur empreinte l'histoire de la Fédération sont nommés sur décision unanime présidents d'honneur de la Fédération.

Pour le nouveau C.A. de la Fédération, deux orientations majeures se dessinent :

- appuyer l'élaboration, le développement et la mise en œuvre de la politique de la Fédération sur les associations, coordinations et fédérations régionales.
 Dans cette optique, il est important de donner plus d'importance aux délégués régionaux qui doivent être les chevilles ouvrières entre les adhérents locaux, associations, coordinations et fédérations et le Conseil d'Administration,
- développer une politique qui prenne en compte les réalités de l'heure pour amener à la Fédération de jeunes professionnels, médecins, psychiatres, psychologues, assistants sociaux, infirmiers... mais



aussi des personnels du secteur social ou médico-social. De ce point de vue, la discussion récente sur le



thème du handicap psychique est assez exemplaire. Elle a permis de resserrer les liens avec d'autres associations qu'il s'agisse de la FNAP-PSY ou de l'UNAFAM.

Au congrès de Vannes, pour la première fois, la Basse-Normandie animait un atelier. Le titre de cet atelier était exactement le suivant : les changements sociaux, leurs effets sur les actions de soins et de réadaptation en faveur des personnes handicapées par la maladie mentale.

C'est le docteur ALARY qui a coordonné le travail de préparation (deux réunions des intervenants) et présidé cet atelier. Il s'agissait pour notre région de faire connaître certaines expériences bas-normandes qui nous semblent dignes d'intérêt et suscitent le débat. Il s'agissait pour la Basse-Normandie d'une première participation à ce niveau aux journées nationales de la Fédération. Le programme de l'atelier était le suivant :

- L'art-thérapie : un maillon dans le soin comme tremplin vers la resocialisation – Isabelle MOULIN, Christiane SECHET, infirmières C.P.O. Alencon.
- L'observatoire du phénomène de l'exclusion : le développement d'un territoire en lien avec le développement des personnes : place et rôle des professionnels – M. Claire DESPRAIRIES, R. HASLEY-ADAM, assistantes sociales, Carentan.
- Le parcours du développement personnel et d'insertion professionnelle : l'exemple d'une pratique d'accompagnement dans l'insertion sociale Patricia LOPEZ, coordinatrice, R. LECARDONNEL, conseiller en insertion, Association Edouard Toulouse Saint-Lô.
- Autistes dans la cité : l'insertion par la citoyenneté Laurent COCHONNEAU, psychologue Espace Léo Kanner, Hébécrevon.

Cette première participation active aux journées nationales de la Fédération s'est révélée exigeante mais passionnante. Une expérience à renouveler même si ce n'est pas tous les ans.

Mme Hasley-Adam, Mme Despriaires, M. Letellier, M. Alary, Mme Moulin, Mme Séchet lors de l'atelier: les changements sociaux, leurs effets sur les actions de soins et de réadaptation en faveur des personnes handicapées par la maladie mentale.