

# Prise en compte de la souffrance psycho-sociale.....

## Une articulation nécessaire entre action Sanitaire et action Sociale entre Psychiatrie et Travail Social

Vaste sujet instable ... qui m'invite de ma place de psychiatre public, pour tenter d'en découdre et plus avant d'en recoudre... à ré-interroger avec vous certains éléments fondamentaux de mes activités professionnelles,

- dans leur soubassement historique,
- dans l'engagement de nos pratiques actuelles.

Historiquement, il est utile, je crois, de rappeler ici que les pratiques contemporaines de la Psychiatrie sont passées par une remise en cause fondamentale du **principe de l'isolement social et systématique** des malades mentaux pour pourvoir à leur traitement.

**La prise de conscience collective**, à la Libération, de l'horreur du monde concentrationnaire et des processus d'extermination durant la deuxième guerre mondiale, l'enseignement des expériences de psychothérapie institutionnelle au sein des hôpitaux psychiatriques, les apports de la psychanalyse et le développement des médicaments ont été autant d'éléments ayant contribué à cette révolution.

C'est ainsi que l'exigence, pour qu'au nom de la maladie mentale, tous les besoins sociaux fondamentaux de l'individu psychologiquement souffrant (besoin de se loger, de se nourrir, de soutenir des activités, de se soigner, de se distraire, de s'exprimer, de communiquer) ne soient pas traités en un même lieu et par les seuls soignants psychiatriques est apparue...

**Cette nécessité d'ouverture** a alors engagé des soignants psychiatriques à intégrer ou à tenter d'intégrer leurs pratiques thérapeutiques au sein de la Collectivité et de la Cité, en traçant ainsi les contours d'une Psychiatrie Communautaire dont la forme organisationnelle prendra celle du Secteur en faisant correspondre à une entité géo-démographique donnée (théoriquement 70 000 habitants) une équipe technique de psychiatrie et de santé mentale (l'équipe de secteur) chargée d'assurer la continuité des soins en matière de prévention, de cure et de post-cure dotée d'espaces et d'outils thérapeutiques différenciés (hospitalisation à temps complet,

hospitalisation de jour, centres médico-psychologiques, centres d'accueil à temps partiel, appartements thérapeutiques,...) parmi lesquels, l'hospitalisation à plein temps, ne représentera plus désormais qu'une modalité séquentielle, parmi d'autres, de la prise en charge thérapeutique et du déroulement des soins.

Cette ouverture institutionnelle fondamentale conduit alors de très nombreuses équipes de psychiatrie à s'impliquer dans la recherche de nouvelles formes de pratiques passant par la production de relations d'alliance susceptible d'étayer, d'enrichir, de dialectiser la relation soignant-soigné, en travaillant à l'ouverture de cette relation, à partir des besoins de la personne, aux **autres acteurs**

- du champ sanitaire (médecins généralistes, infirmiers libéraux, équipes de soin à domicile...)
- du champ social (assistante sociale de circonscription, CCAS...), du champ éducatif (aides ménagères travailleuses familiales) et judiciaire (représentants légaux), du monde du travail (médecins du travail, CAT...) et du monde associatif (sport, loisirs, culture).

Avec le recul de notre expérience professionnelle, nous pouvons indiquer que cette dynamique qui repose sur une **pratique d'alliance** nécessite fondamentalement :

-- un travail régulièrement entretenu par les équipes soignantes en leur sein sur leur positionnement relationnel vis-à-vis du patient, sur leur conception des soins à la personne, et sur la conduite du projet thérapeutique individualisé.

-- un travail régulier et structuré de rencontres, d'échanges et d'élaboration des équipes soignantes avec les partenaires sollicités, dans le respect des compétences de chacun, la compréhension de leurs difficultés, et la prise en considération de leur évaluation observation ou proposition.

-- un respect des engagements souscrits par chacun *autour* et *avec* l'utilisateur.

Par-delà ce champ d'activité historiquement arpentée, puisque concernant les personnes présentant des troubles mentaux caractérisés, notre exercice professionnel nous expose à être de plus en plus sollicité, par des situations de sujet en situation de souffrance psychique effective, sans que nous puissions pour autant reconnaître de véritables maladies mentales caractérisées au sens classique du terme :

Souffrance psychique symptomatique de la grande exclusion, mais

également de la précarisation des relations sociales du sujet suite à **divers événements de pertes et de deuil notamment** (licenciement, chômage, surendettement, dégradation des conditions de travail, divorce...) ou de difficultés d'insertion chez les plus jeunes, réalisant des tableaux d'expression clinique polymorphe, plus ou moins aiguë, tant au plan comportemental, idéo-verbal, que relationnel.

Face à l'expression de ses nouvelles formes de souffrance psychique, la réponse psychiatrique exclusive, tout comme sa non-réponse nous paraissent totalement inappropriées, car aggravant l'une comme l'autre les processus d'exclusion.

Dans notre déstabilisation, elle nous invite à contrario, à re-situer, à moduler cette réponse comme élément de participation à l'élaboration et à la conduite d'un projet individualisé à la personne, fondée sur l'adhésion du sujet en difficulté et sur la participation impliquée des autres professionnels du champ social et éducatif, pour aider la personne en souffrance à se réapproprier la trame de son parcours de vie, sans attendre la «sacro-sainte demande» dont l'absence justifie trop souvent un attentisme irresponsable.

L'affaire n'est certes pas simple et tout cela ne peut se faire sans une éthique personnelle et professionnelle forte des intervenants quelle que soit leur planète comme dirait Marcel JEAGGER.

Ainsi sur cette double entrée de nos activités de psychiatre public, se pose la nécessité de tracer les contours et les modalités d'un ré-agencement et d'une refondation de l'articulation de nos positionnements techniques et de nos actions, en s'engageant, à n'en point douter, dans une remise en question critique, des disjonctions inopérantes voire pathogènes pour les usagers, induites par les **représentations désarticulées** de l'action sanitaire et de l'action sociale :

**Désarticulations** concernant «les représentations pré-déterminées», générant de champ à champ deux types de situations limites, fondamentalement de même nature, car reposant sur un processus d'auto-disqualification et d'exclusion d'un champ vers l'autre reconnaissable au risque d'être caricatural :

+++ soit dans l'appréhension de personnes présentant un fonctionnement mental original -- cela existe ! -- et prise en charge par les psy -- cela existe ! -- mais pour lesquels les travailleurs sociaux éducatifs du réseau communautaire ont tendance à marquer leur réticence voire leur incompétence pour entrer en action dans la prise en considération des problèmes sociaux dont sont porteurs ces citoyens d'approche relationnelle un peu plus particulière que pour le premier des quidams...

+++soit dans l'approche de personnes se présentant dans une situation de délabrement prononcé de leur situation sociale -- cela existe ! -- prise en charge par les travailleurs socio-éducatifs -- cela existe -- porteuse d'une souffrance psychique bien réelle dans le prolongement de leurs conditions sociales d'existence mais pour lesquels les professionnels de la psy émettent ou proclament leur incompétence pour traiter leur mal être.

Aussi s'interroger sur le soutien que peuvent exercer les professionnels de la psychiatrie auprès des professionnels du champ socio-éducatif passe dans le même temps par le renversement de la question pour savoir en quoi les professionnels du champ social peuvent être concomitamment de soutien auprès des techniciens de santé mentale dans le développement des relations d'aide aux usagers.

Ainsi par-delà ce premier faisceau d'exercice critique apparaît d'autres questionnements portant par exemple... :

-- sur l'extension du champ des pratiques d'équipe, car nombreux sont les indices qui laissent entrevoir que le travail d'équipe ne peut plus se définir, pour chacun d'entre nous, en simple référence à une institution ou un service d'appartenance, fut-il psychiatrique ou sociale, mais tendrait également à se faire et à se défaire au gré des besoins des usagers dans la création et la pratique d'espaces mouvants et vivants de rencontre et d'élaboration transversale... Les pratiques des équipes techniques préétablies s'engageant fonctionnellement et par voie d'extension dans des pratiques d'« équipée » avec l'utilisateur et ses correspondants d'usage...

-- ou encore sur la notion même de soin, avec la nécessité de réexaminer ce que sont leurs pratiques non seulement dans leurs fondements techniques différenciés (différence entre soin psy et psychothérapie par exemple)... mais plus généralement dans leur valeur extensive de **bons**

**soins**, c'est-à-dire d'une démarche, d'une attitude globale de prévenance à l'égard de l'utilisateur, de l'expression de ses besoins, de ses difficultés : pratiques transcendant, à notre avis, le référentiel professionnel strict de chacun puisqu'elles obéissent à la **sollicitude** que nous pouvons avoir dans l'exercice premier d'accueil et d'écoute de l'autre dans l'espace de la relation humaine que nous soutenons avec lui et dans le respect de notre éthique.

Dr Jean François THIEBAUX