

Acte de la journée d'automne du 4 décembre 2014

Souffrance sociale et santé psychique: le rôle pivot du travail social

III. « Re-lier » la santé et le social ; et si l'avenir était dans le passé...

Dr. Philippe Rey-Bellet, chef du Département de psychiatrie et psychothérapie
du Valais romand de l'Hôpital du Valais

Jeudi 4 décembre 2014
Lausanne, Palais de Beaulieu

Introduction

Si j'ai choisi d'intituler mon intervention « *re-lie* la santé mentale et le social » avec comme sous-titre, « *et si l'avenir était dans le passé* », c'est pour une raison bien précise. Le progrès des connaissances, l'essor des disciplines tant dans le champ médical que social, pour souhaitable qu'il soit, a aussi induit une fragmentation des savoirs, nécessitant de nouvelles modalités de coordination entre les disciplines pour répondre à la souffrance humaine. Un retour au passé représente ici sans doute une nécessité, car pour savoir où l'on va, il est préférable de savoir d'où l'on vient, et d'autre part les enseignements du passé peuvent nous être très utiles pour affronter les enjeux actuels.

Face à la complexité de la vie psychique, aux multiples déterminants de la souffrance humaine, il m'apparaît indispensable de maintenir un regard pluriel sans réductionnisme aucun. Les dernières décennies du siècle passé, où la psychiatrie s'est trouvée prise dans un formidable élan positiviste, en grande partie lié à l'avancée des neurosciences, nous ont bien montré l'illusion qu'il y avait à s'imaginer pouvoir réduire les troubles psychiques à des maladies dont la réponse se trouverait principalement dans une pharmacothérapie adaptée. Loin de moi l'idée de nier les progrès qu'ont pu nous amener des traitements plus adaptés, moins grevés d'effets secondaires, mais force est de constater que ces espoirs ont été bien décevants par rapport aux attentes.

Face à cette complexité de la vie psychique, dont les déterminants peuvent être autant biologiques que dans l'histoire du sujet, dans son environnement social ou familial, le seul regard médical ou psychiatrique est bien insuffisant pour en appréhender les multiples facettes et y donner des réponses satisfaisantes.

Deux brefs exemples peuvent illustrer ces enjeux. Nous avons pu constater dans les années 90 une explosion des demandes de soins psychiatriques en Europe, du nombre d'hospitalisations avec une corrélation quasi linéaire au taux de chômage. Il est donc indéniable que les conditions sociales de l'individu participent directement ou indirectement à sa santé mentale.

Un autre exemple pourrait être lié au trouble schizophrénique, où la participation biologique, génétique à la genèse de ces troubles est quasi indéniable. Longtemps a régné l'idée que la prévalence de la schizophrénie était tout à fait ubiquitaire à travers le monde. Toutefois les recherches épidémiologiques de ces dernières années nous ont clairement montré qu'il existait des différences notables dans la prévalence de la schizophrénie, avec une nette augmentation de la survenue de tels troubles dans les zones urbaines, ou chez les migrants de 2^{ème} génération. Il est bien difficile à ce stade d'en déterminer les raisons précises. S'agit-il de déterminants biologiques, environnementaux liés à la vie citadine, à la migration ? S'agit-il de la pression sociale, de la multiplication des liens interhumains ou du type de liens interhumains que l'on rencontre en milieu urbain ? Ces questions restent tout à fait ouvertes.

Les soins aux personnes souffrant de troubles psychiques ont également évolué ces dernières années, se situant beaucoup plus dans le champ de la santé mentale et non plus seulement de la psychiatrie et donc du champ médical. Cette ambition, pour souhaitable qu'elle soit, met la barre extrêmement haut quant aux attentes sociétales, et surtout ne saurait être du seul ressort de la psychiatrie.

En témoignent ainsi les définitions de l’OMS:

- Santé: « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». (OMS, 1946)
- Santé mentale: « *un état de bien être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* » (OMS, 2010)

On voit bien à travers de telles définitions qu'elles englobent largement le social et le soin d'une manière quasiment consubstantielle et indissociable.

Il est important de noter que durant cette même période, dans la deuxième partie du siècle dernier, l'évolution des disciplines, les spécialisations du champ d'intervention du sanitaire et du social ont amené nos structures respectives à préciser leurs champs d'intervention, leurs compétences relatives. Cela s'est traduit par des règlements, des législations, des mesures d'efficience des structures institutionnelles mettant souvent l'accent surtout sur la logique propre à chaque discipline avec le risque de morcellement ou de réification de la souffrance humaine. Nous sommes sans doute là face à un effet secondaire des progrès des connaissances en santé mentale. Il est donc nécessaire de questionner fondamentalement nos paradigmes, nos manières d'organiser et de faire vivre nos structures institutionnelles.

Constitution du secteur né de l'intégration du champ social dans la psychiatrie

Si l'on revient brièvement à l'histoire de l'asile psychiatrique, il est important de rappeler que ces structures sont nées d'un courant administratif, d'une tentative de réponse à la souffrance humaine qui ne faisait historiquement que peu de distinction entre troubles psychiques, misère sociale, inadaptation à la vie en société. Il s'agissait alors de trouver une réponse sociétale à ces problématiques, réponse qui s'est faite pour diverses raisons par la création des hospices, des asiles, mais avec comme corolaire une mise à l'écart de la société. La psychiatrie en tant que discipline médicale est donc née sur ce terreau, bien éloigné de ce que l'on considère actuellement comme le champ médical.

Il s'agissait alors de garantir un ordre sociétal, se faisant principalement par cette mise à l'écart, avec l'idée sous-jacente, comme avait pu le faire Pinel avec son idée du traitement moral, de « *mettre le sujet hors des passions du monde* » afin qu'il retrouve la raison. Le rôle de l'asile était alors de contenir, de mettre de l'ordre, comme peuvent en témoigner notamment les conceptions architecturales des asiles d'antan, par exemple les plans architecturaux de bien des établissements psychiatriques, avec une volonté affichée d'un certain « ordre ».

Naissance du secteur, de la psychiatrie communautaire et interdisciplinarité

Au cours du siècle dernier de nombreuses évolutions ont pris place dans le champ de la santé mentale. Au tout début du siècle l'avènement de la psychanalyse nous a amenés à reconsidérer notre conception de l'être humain, en particulier par la mise en lumière que l'essentiel de son fonctionnement psychique est inconscient, intimement lié à son histoire, mais aussi et surtout en redéfinissant complètement les rapports du normal et du pathologique, les situant en termes de continuité, ou dans

une vision plus actuelle comme une coexistence de registres de fonctionnements psychiques multiples, présents chez tout être humain, mais se manifestant ou non selon des circonstances environnementales complexes. Cela a représenté une révolution majeure dans la compréhension des troubles psychiques dans le sens où il n'existe dès lors plus de distinction entre le « fou » et le sujet dit « normal ».

Une autre des évolutions majeures du siècle dernier a aussi été le constat des méfaits de l'asile, de la mise à l'écart de la société au travers de l'asile, qui a été fait dans l'immédiat après-guerre. Bon nombre de soignants ayant fait l'expérience de l'emprisonnement, des camps de concentration, ont été frappés par les parallèles qu'ils pouvaient voir dans le fonctionnement très réglementé des asiles d'antan et des camps de concentration ou de prisonniers. On s'est aperçu alors que cette mise à l'écart, cette volonté de normaliser la folie était en elle-même génératrice de troubles, de disjonction avec la vie sociale, et aussi productrice de souffrance, d'abus sur la personne, quelque louables qu'aient pu être les intentions initiales.

L'abandon, plus ou moins relatif, dans lequel étaient cantonnés les malades psychiques a généré ce que certains ont appelé « *des pathoplasties asilaires* », laissant non seulement le sujet dans une grande solitude face à ses difficultés mais surtout aggravant ses souffrances de par les conditions de vie asilaire. En quelque sorte, il s'agissait du constat que cette ségrégation opérée par une vision asilaire des soins produisait également des troubles.

Ces constats, associés à bien d'autres courants comme la systémique, l'anthropologie, la sociologie, etc, ont amené à une transformation majeure des hôpitaux psychiatriques, ainsi qu'à la création dans l'immédiat après-guerre de la psychiatrie communautaire ou encore de la psychiatrie de secteur, selon la terminologie française, avec l'idée alors très novatrice que traiter les troubles psychiques au sein de la société représenterait une réponse médicale bien plus efficace, selon un paradigme biopsychosocial. Cette vision a donc impliqué de mettre l'intégration sociale comme un élément central des soins psychiques, ce qui reste d'une actualité brûlante.

Un des corollaires de ce changement paradigmatique a été la création progressive d'équipes pluridisciplinaires, incluant le médical, le soin, la dimension sociale, les approches à médiation telles que l'ergothérapie, l'art thérapie, la psychomotricité. Se sont donc constituées de grandes équipes pluridisciplinaires afin de répondre précisément à cette vision plurielle et complexe du fonctionnement psychique et des troubles mentaux.

Ces évolutions dans les paradigmes de soins et de compréhension des troubles mentaux ont aussi eu d'une certaine manière des effets secondaires, probablement inévitables transitoirement, qui ont amené dans le dernier quart de siècle à des fonctionnements cloisonnés par discipline (distinction médecine somatique et psychiatrie, psychiatrie hospitalière et ambulatoire, santé versus social, définition plus précise des soins infirmiers psychiatriques qui s'occupaient jusqu'alors de tout, etc.).

Dans les décennies 70 à 90 nous avons pu constater une ouverture formidable des institutions psychiatriques avec la constitution de la psychiatrie de secteur ou communautaire. Cela a impliqué un décroisement des équipes sociales et de

santé dans le communautaire ainsi que la création d'équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, assistants sociaux, ergothérapeutes...) qu'il s'agissait de faire fonctionner comme un ensemble qui, lui, aurait une capacité soignante bien plus grande. Cela a représenté une évolution majeure dans les soins aux personnes souffrant de troubles psychiques, avec une humanisation de la psychiatrie, offrant aux personnes souffrant de troubles psychiques une réponse coordonnée plurielle sans réelle disjonction entre la santé et le social.

Sur le plan strictement médical, la psychiatrie a aussi été amenée à redéfinir son champ d'intervention, en se situant comme une discipline médicale à part entière, en cherchant notamment au travers de nos systèmes de classification des troubles mentaux à gagner une légitimité scientifique.

De manière simultanée, les évolutions dans le champ des neurosciences et des avancées psychopharmacologiques ont aussi entraîné une médicalisation de la souffrance humaine comme on a pu le constater dans le champ des addictions, ou de la grande précarité. Cela a aussi eu comme conséquence de rejeter d'une certaine manière les problématiques sociales hors du champ de la psychiatrie, comme dévolues au monde social et non plus au champ médical de la psychiatrie. Nous connaissons tous de multiples exemples où le monde médical et le monde social se renvoient la balle concernant une personne qui va mal, chacun estimant d'une manière somme toute assez fondée de chaque côté, que c'est à l'autre d'y donner réponse.

Les modèles d'organisation de nos structures socio-sanitaires découlant de ces évolutions ont aussi opéré des scissions rendant bien plus difficiles les réponses coordonnées. Comme en témoigne la disjonction du social et du sanitaire qui s'est opérée dans les années 90 en Suisse dans leurs modalités de financement respectives, dans leurs règles internes, en réponse aux besoins inhérents à chaque discipline de définir son champ d'intervention propre. Chaque discipline a sa logique interne, ses règlements, ses mécanismes d'évaluation, sa définition de son champ d'intervention, et la nature humaine aidant (esprit de territorialité ?), nous nous sommes trouvés pris dans le besoin de définir un périmètre d'intervention, de définir nos compétences propres, en les opposant parfois au champ d'intervention des autres.

La tendance au contrôle, aux mesures d'efficacité de nos sociétés modernes (par exemple exigences de l'OFS, l'ANQ¹,...) est potentiellement un écueil majeur aux soins car les mesures d'efficacité de qualité de chaque discipline sont évaluées à l'aune d'outils spécifiques à la discipline. Cette volonté de scientificité a induit la nécessité de simplification, de réduction de la complexité, chose rendue nécessaire comme dans toute approche qui se voudrait scientifique ou objectivante.

Cela ne me semble pas un problème en soi, mais uniquement lorsque nous perdons de vue l'objectif final qui est une réponse à la souffrance du sujet, qui nécessite non seulement une juxtaposition des interventions mais une soigneuse articulation de champs d'interventions complémentaires, seule à même de prodiguer un soulagement.

¹ Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques [réd.]

Le sujet souffrant, qu'il s'adresse en premier lieu à une structure soignante ou à une structure sociale, se fiche éperdument des questions épistémologiques de nos champs d'interventions respectifs, mais entend essentiellement recevoir une réponse cohérente à sa souffrance. Il serait sans doute utile de revenir ici à la notion de pensée complexe ou de transdisciplinarité développée par Edgar Morin mais le temps de cet exposé est un peu bref pour cela.

Mentionnons seulement qu'il avait fait le constat que les frontières disciplinaires, le langage de chaque discipline, ses concepts propres risquent d'isoler la discipline par rapport aux autres et surtout par rapport aux problèmes concrets qui eux ne s'arrêtent pas aux frontières de la discipline. L'esprit disciplinaire risquerait de devenir un esprit de territoire, de propriété qui ne tolérerait guère une intrusion étrangère à son champ. Pour l'anecdote, l'origine du mot discipline est un petit fouet pour s'autoflageller permettant donc l'autocritique. Dans un sens dérivé, la discipline devient le moyen de flageller celui qui s'aventurerait dans le domaine des idées considérées par une autre spécialité comme sa propriété.

Sans entrer dans les considérations sémantiques de ces différentes terminologies (inter, multi, pluri, transdisciplinarité), allant de la juxtaposition des disciplines à une réelle interpénétration, l'enjeu est de faire face sans réductionnisme à la complexité de l'être humain. Il ne s'agit nullement de revenir à une conception humaniste naïve préscientifique mais à une modalité d'appréhension de la réalité psychique complexe, qui ne peut se faire qu'au travers de l'articulation de champs épistémologiques différents, au travers « mis en réseau » de champs partiels, comme la seule voie possible pour arriver à une compréhension la moins réductrice possible de la complexité du fait psychique.

Dans notre monde contemporain, les pratiques interdisciplinaires et les interventions intégrées deviennent un enjeu majeur, comme dans les violences domestiques, la grande précarité/exclusion (souffrance psychique d'origine sociale, modification de la souffrance ou « *on ne souffrirait plus comme avant* » ? (Jean Furtos), la psychiatrie sociale avec l'accompagnement dans la cité de personnes qui autrefois étaient qualifiées de grands chroniques et restaient sédimentés dans l'asile.

On pourrait résumer aussi cette évolution des dernières décennies comme ayant mis sur le papier, traduit dans des structures institutionnelles et législatives les disciplines, le rôle de chacun, induisant du coup des séparations artificielles dans la réponse politique à la souffrance humaine, sur un mode opératoire, bien plus lié au besoin de définition de ses structures, qu'elles soient médicales ou sociales, aux enjeux du financement et de maîtrise des coûts qu'au besoin de réponse à la souffrance humaine.

L'institution comme un modèle organique

Revenons à l'asile d'antan, car il correspondait précisément à une volonté d'ordre, à une vision assez totalitaire et normalisatrice de la folie, de la souffrance humaine. La « discipline » y jouait un rôle extrême, dans une volonté normalisatrice de la folie, ce qui, comme l'histoire nous l'a montré, a été profondément iatrogène et déshumanisant.

L'émergence du courant de psychothérapie institutionnelle a représenté une évolution majeure dans la conception de l'institution psychiatrique. Il est nécessaire ici de distinguer, comme l'avait fait Tosquelles, la notion d'établissement et d'institution. Par établissement il entend les murs, l'organisation physique ou géographique d'un organisme soignant et, par institution, un ensemble d'êtres humains, de professionnel-les en relation les uns avec les autres interagissant entre eux selon certaines règles, selon certaines modalités constituant ainsi un ensemble organique en perpétuelle modification. Il s'agit donc de permettre à la personne souffrante de se « *mouvoir au sein de nos institutions* » librement, de repérer ses modalités d'investissements, de mettre en commun les regards divers de professionnels de champs différents, sans tenter d'en réduire la complexité, mais bien au contraire en mettant en lumière les différents aspects et modalités de fonctionnement psychique comme la seule possibilité d'appréhender la complexité du psychisme humain et de tailler des réponses « sur mesure ».

Seule une institution définie de la sorte, en renonçant à ses velléités normatives, permet de repérer au travers des mouvements d'investissement de la personne des différents intervenants, des différents lieux, de ses divers registres de fonctionnement, sa problématique propre sans la réduire au paradigme biomédical et permettant ainsi, en considérant l'institution comme un organisme soignant, de donner une réponse plus adaptée à la souffrance du sujet.

Le mouvement de désinstitutionnalisation des dernières décennies a aussi opéré un transfert dans la prise en charge de personnes souffrant de troubles psychiques durables dans des institutions médico-sociales, où le risque serait grand de retrouver les mêmes enjeux qu'avaient rencontrés les asiles d'antan, si la vision prédominante est d'encadrer des personnes ayant un « handicap psychique ». On rejoindrait alors une vision défectologique de la psychiatrie, laissant entendre que les troubles psychiques seraient de l'ordre du déficit, du manque auquel il s'agirait de pallier par un encadrement adéquat. Le risque serait alors une disjonction entre les soins psychiques (créer un mouvement, du nouveau, une manière autre d'être en relation avec soi-même et les autres) et l'accompagnement nécessaire aux « handicapés psychiques », donc avec uniquement un manque, une absence de capacité à laquelle il s'agira de pallier.

Si la notion de handicap psychique, c'est à dire d'une atteinte fixe, durable dans le temps, est dangereuse dans le sens où elle place le sujet dans une situation figée, elle est en même temps utile, il est aussi important de le souligner, afin de donner à la personne une aide, une sécurité matérielle souvent indispensable, pour que les soins psychiques puissent être mis en œuvre.

Cette distinction entre trouble psychique et handicap psychique est très bien illustrée par cet aphorisme cité par René Angelergues : « *la maladie, c'est l'aventure, le handicap, c'est la sécurité* ». La maladie, c'est l'aventure, car je peux guérir (du moins je peux l'espérer) ou je peux aller plus mal... Le handicap c'est la stabilité, mais avec un projet de vie limité et qui nécessiterait une sorte d'orthèse externe.

Puisque le handicapé psychique n'est pas figé dans une maladie mentale chronique, des espaces d'incertitude doivent être pris en compte. Les variations sont soit imprévisibles, soit difficilement canalisables. Cela implique donc une plasticité nécessaire de nos structures, de mettre au travail les interfaces entre nos dispositifs

institutionnels, qu'ils soient du champ médical ou social, bien plus qu'un souci de définition stricte de nos missions respectives.

Conclusion

Est-ce que nos sociétés, toutes affairées à organiser de manière rationnelle nos institutions, à en mesurer l'efficacité, la rentabilité ne feraient pas fausse route dans ce besoin quasi taxonomique de classification, d'organisation et de maîtrise ?

La souffrance individuelle pourrait être prise comme point de départ organisateur qui remplacerait ce besoin, par ailleurs très illusoire, de maîtrise, de rationalisation. Il est donc nécessaire de confronter nos systèmes à la finalité des institutions, qui est le soin, indépendamment du fait que la réponse vienne du médical ou du social.

L'idéologie de l'assurance de la qualité travestit parfois la notion de qualité pour n'évoquer qu'une mesure d'indicateurs purement quantitatifs. Ainsi, les arguments qui rendent légitime l'adoption d'un standard dit de « qualité » sont toujours présentés comme des « preuves quantifiables » qui se veulent scientifiques, des arguments évoquant l'objectivité ou encore la rationalité, bien éloignés à mon sens d'un réel processus qualitatif. Ce changement dans les valeurs du soin a un impact non seulement sur le malade et le soignant mais également sur l'alliance ou le contrat qui les lie et donc sur la finalité de leur relation.

Les notions de qualité versus quantité, comme de subjectivité versus objectivité, se trouvent dans une opposition conceptuelle fondamentale mais qui ne me semble qu'une illusion de surface. La qualité comme la subjectivité, comprises dans leur sens premier, renvoient à une irréductible singularité de l'être humain, de son fonctionnement psychique, de sa complexité, que la réduction à des données quantitatives conduirait à un appauvrissement. En effet, si la qualité d'une chose ou la subjectivité d'une expérience reposent sur une singularité irréductible, les quantifier, c'est à dire les mesurer en les comparant à d'autres choses, demeure impossible sauf en niant la complexe unicité du fonctionnement humain.

La souffrance subjective, endurée par la personne, motive la demande d'aide ou de soins et cela indépendamment de nos structures, qu'elles soient médicales ou sociales.

La souffrance comme la détresse sont les expériences qui légitiment le soin, l'aide ou l'assistance au sein des collectivités humaines.

En d'autres termes, si aujourd'hui nous évaluons les actes de soin ou d'assistance prodigués à une personne souffrante à ses dimensions objectives, ses aspects subjectifs (expérience vécue, ressentis, représentations) ne sauraient être relégués à un épiphénomène accessoire car ils sont au moins aussi déterminants que les premières sur la finalité du soin. Cette dimension subjective orientera en effet tous les aspects de l'acte de soin ou d'assistance, comme son déroulement, sa durée, sa valeur, son utilité, son résultat et cela autant dans ses aspects cliniques, techniques, sociaux, économiques.

Il est donc nécessaire à mon sens de repenser le « psy » et le « social » comme une seule méta-institution intégrant de manière organique ses composantes, garantissant une perméabilité interinstitutionnelle au quotidien. Le « psy » doit s'engager dans la voie du social et à l'inverse le monde social ne peut ignorer le « psy », en acceptant

les questions dérangeantes sans rejet. Accepter de marcher sur les plates-bandes de l'autre est à mon sens indispensable, c'est à dire de sortir des logiques territoriales, de questionner les autres disciplines comme de se laisser questionner par les autres, y compris en intégrant cela dans les gouvernances institutionnelles. Une des plus grandes difficultés est que cela va sans doute en partie contre la nature humaine, son besoin de maîtrise et de définition d'un territoire propre.

Pour conclure, l'enjeu majeur me paraît donc que nos structures, comme les humains qui les composent, soient à même de se laisser transformer à chaque rencontre, plutôt que de multiplier à l'infini nos dispositifs, comme s'il s'agissait d'en redéfinir un nouveau à chaque écueil, à chaque problématique clinique sortant de nos cadres institutionnels. Il faut donc garantir à nos structures institutionnelles respectives, tant dans le champ médical que social, un côté organique, souple et adaptable, comme la seule réponse possible à l'irréductible singularité de la souffrance humaine.