



HAL
open science

Les structures de réhabilitation : du secteur au réseau

J.-H. Bouleau

► **To cite this version:**

J.-H. Bouleau. Les structures de réhabilitation : du secteur au réseau. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 2011, 169 (3), pp.188. 10.1016/j.amp.2011.01.007. hal-00739341

HAL Id: hal-00739341

<https://hal.science/hal-00739341>

Submitted on 8 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accepted Manuscript

Title: Les structures de réhabilitation : du secteur au réseau

Author: J.-H. Bouleau

PII: S0003-4487(11)00026-6
DOI: doi:10.1016/j.amp.2011.01.007
Reference: AMEPSY 1292

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*



Please cite this article as: Bouleau J-H, Les structures de réhabilitation : du secteur au réseau, *Annales medio-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2011.01.007

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Communication***Les structures de réhabilitation : du secteur au réseau**
Structures of rehabilitation: From the sector to the network**J.-H. Bouleau**

Psychiatre, chef de service CHR Dubos, 6, avenue de l'île de France, 95300 Pontoise, France
AFRP-REDEP 95 (Association pour la formation et la recherche en psychiatrie – Réseau
dépression 95), France

Auteur correspondant : J.-H. Bouleau, CHR Dubos, 6, avenue de l'Île-de-France, 95300
Pontoise, France
Email : bouleau@ch-pontoise.fr

Résumé

Les malades atteints de schizophrénie restent généralement exclus de la société malgré le développement du secteur psychiatrique depuis cinquante ans. Pour en rechercher les causes et envisager l'organisation à imaginer autour du concept de quatrième paradigme, il apparaît pertinent de croiser expériences locales d'une équipe de psychiatrie et réflexions théoriques.

Mots clés : Paradigme ; Réseau ; Schizophrénie ; Stigmatisation

Abstract

Patients suffering from schizophrenia usually stay excluded from the society despite the development of the psychiatric system for the last 50 years.

To look for root cause and to consider the organization to set around the concept of the fourth paradigm, it appears relevant to cross local experience gained from a team of psychiatric practitioners to theoretical thinking.

Keywords: Network; Paradigm; Schizophrenia; Sector; Stigmatization

1. Introduction

Ni les progrès de la médecine ni la suppression des asiles n'ont permis l'intégration sociale des malades atteints de schizophrénie. Malgré nos efforts pour y parvenir, nous devons nous résigner à considérer comme un succès le simple maintien hors les murs de nos malades, devenu la mission principale des structures psychiatriques extrahospitalières. La mise en réseau de la psychiatrie avec les structures médico-sociales et sociales est préconisée par les différents rapports sur la psychiatrie pour faire progresser l'intégration sociale des malades et lutter plus efficacement contre la stigmatisation dont ils sont victimes.

Les enjeux sont importants et complexes. Pourtant, l'organisation des soins reste confiée aux seules équipes de secteurs psychiatriques qui doivent la concevoir et l'adapter localement. Nous nous proposons de faire part du cheminement de l'équipe de psychiatrie de Pontoise dans la mise en place d'un dispositif de soins. Notre démarche consiste à tenter de mettre en œuvre et d'expérimenter les réflexions sur l'évolution actuelle de la psychiatrie.

2. Historique

Lantéri-Laura [5] a porté un regard d'historien et de philosophe sur l'évolution de la psychiatrie, mais il a aussi l'expérience du clinicien témoin des débats avant et pendant la mise en place du secteur. Ses conceptions dynamiques et sa notion de paradigme restent d'actualité. Il définit le paradigme comme « un ensemble de conceptions admises par tous pendant une certaine période, ensemble à l'intérieur duquel peuvent s'affronter des théories qui, sans cet ensemble, resteraient inconcevables les unes comme les autres ». Pendant un temps, il n'existe qu'un seul paradigme qui, après une crise, cède la place au suivant. À l'aliénation mentale de Pinel a succédé le paradigme des maladies mentales puis le troisième paradigme, celui des grandes structures psychopathologiques avec la notion de schizophrénie introduite par Bleuler. Lantéri-Laura [5] observe que lorsqu'un paradigme s'efface, « il ne s'éclipse pas totalement car certains lui demeurent fidèles, non sans un peu d'anachronisme ». Ainsi ont coexisté des pratiques cliniques sous-tendues par le paradigme des maladies mentales et par celui des grandes structures psychopathologiques dans des institutions dont la référence restait l'aliénation mentale. Dès lors, ces institutions figées continuaient à créer de l'aliénation mentale, contribuant à maintenir le rejet social des malades.

2.1. Naissance de l'extrahospitalier

Il est donc décidé à la Libération de profiter des circonstances politiques pour créer un mouvement plus politique que social en ouvrant les secteurs psychiatriques, rapprochant les soins de malades de plus en plus suivis en ambulatoire ou dans les structures extrahospitalières. Cette désinstitutionnalisation s'est faite parfois de manière autoritaire. Pour la première fois, les structures psychiatriques étaient en adéquation avec le paradigme psychiatrique de l'époque, celui des grandes structures psychopathologiques, des soins individuels « sur mesure » assurés par la collectivité. Le pari de l'époque visait à promouvoir un modèle en postulant que son efficacité finirait par convaincre le corps social de la nécessité d'intégrer les malades mentaux. Pour aider à cette intégration, une série de mesures d'aides financières et sanitaires dédiées aux malades mentaux ont été mises en place. Cette forme de volontarisme politique alliant mixité sociale et discrimination positive a montré une efficacité dans certains domaines (égalité des sexes, racisme...). Elle montre aussi ses limites dans le processus de déstigmatisation. Ainsi, la schizophrénie reste marquée du sceau de l'exclusion alors même que les soins montrent une efficacité indéniable sur les symptômes avec diminution conséquente des effets secondaires des médicaments. On observe la multiplication des cas de rémissions et de rétablissement. Pourtant, on constate une réelle modification de la représentation sociale de certaines des grandes structures psychopathologiques comme les pathologies névrotiques, la dépression. On peut de plus en plus s'affirmer déprimé sans être exclu, et le corps social perçoit mieux l'efficacité des soins proposés.

L'immersion sociale et la discrimination positive n'ont donc pas suffi à déstigmatiser la schizophrénie, et même si les malades sont davantage dans la cité, rares sont ceux qui s'y sentent intégrés. Alors que paradigme et structures de soins concordent, on peut penser qu'il a manqué l'adhésion du corps social.

2.2. Crise actuelle de la psychiatrie

Plusieurs questions ont guidé notre cheminement dans la mise en place de structures de soins. Tout d'abord, puisque nous sommes en crise au sens que lui donne Lantéri-Laura [5], (« le paradigme ne suffit plus à sa tâche »), quel est le paradigme émergent de la psychiatrie ?

Hardy-Baylé et Bronnec [3] constatent une crise de l'organisation des soins en psychiatrie, l'absence de consensus sur les pratiques de soins avec *balkanisation théorique* de

la spécialité. Pour Advenier [1], la crise est due à l'obligation d'intégrer dans sa « pratique quotidienne des données empiriques dépersonnalisées ».

3. Le quatrième paradigme : vers le réseau

Ce quatrième paradigme s'organise autour du projet de soin. Cette orientation implique un nouveau positionnement épistémologique, notamment une décentration de la démarche étiologique prévalente jusqu'alors. Le quatrième paradigme se comprend en termes de posture plutôt qu'en termes de corpus de connaissances. Dans ce cadre, la mise en réseau devient incontournable.

3.1. Définition

Hardy-Baylé et Bronnec [3] proposent ainsi une « clinique pathogénique autour du plus petit dénominateur commun symptomatique » susceptible de confronter et rassembler les différents acteurs et pratiques de soin. Le réseau organiserait alors la réponse en formulant des hypothèses de soins issues de la complémentarité des pratiques. Il ne s'agit pas de rechercher un métamodèle théorique, mais de valider un exercice multiréférentiel pour créer une théorie des pratiques. Le centre de l'action devient le projet de soins.

Le quatrième paradigme cherche à favoriser l'émergence d'un langage commun permettant la description d'un fait psychiatrique.

Pour Advenier [1], la notion de quatrième paradigme permet une évolution sociologique des rapports entre les différents sous-groupes de la psychiatrie en « favorisant l'émergence d'un langage commun entre les trois sous-groupes de la psychiatrie divisée en praticiens, théoriciens et fabricants d'instruments de mesure ». Le quatrième paradigme lui semble « pertinent, non par l'abandon du concept d'étiologie, mais parce que le réseau crée ce lieu d'échanges entre les trois microcultures de la discipline ». Advenier retient donc également la nécessité de créer un espace d'échanges rassemblant des conceptions à admettre par tous, mais devenues trop difficiles à absorber par chacun. On peut espérer créer autour du patient une dynamique s'appuyant sur un projet thérapeutique individualisé intégrant les discours de chaque professionnel, rendant conciliables les différentes approches. Ce cadre consensuel place le projet thérapeutique au centre de la discussion et organise les soins autour de cet axe, que ce soit au sein des structures psychiatriques ou avec les intervenants sociaux et médico-sociaux.

Le quatrième paradigme impulse également une réflexion sur les enjeux et les limites des liens à établir avec les structures médico-sociales et sociales.

3.2. Les enjeux du « quatrième paradigme »

3.2.1. Contexte politico-social

Cette recherche de définition pose le problème plus général des liens entre paradigme psychiatrique et conjoncture politique ou idéologique. Par exemple, on connaît la place de la psychanalyse et du surréalisme dans l'avènement du paradigme des grandes structures psychopathologiques. Dans le contexte politique de l'après-guerre, liberté individuelle et actions sociales collectives se sont imposées comme références structurant les réponses sociales. Sur le plan psychiatrique, on retrouve la primauté du psychisme individuel et la mise en place du secteur conçu comme une réponse collective au service de l'individu.

3.2.2. Les réticences institutionnelles

La question du réseau divise et inquiète la communauté psychiatrique qui s'y engage peu par crainte du piège idéologique qui pourrait dissoudre la psychiatrie dans un ensemble mal structuré. Les psychiatres sont de plus en plus sollicités pour de nouvelles missions, mais se sentent parfois peu soutenus dans leur travail auprès des malades atteints de schizophrénie. Ils craignent souvent qu'en se concentrant sur ces nouvelles missions, ils délaissent leurs patients. Pourtant, si l'on considère les soins de réhabilitation nécessaires à la réinsertion sociale, les liens avec les institutions non psychiatriques sont indispensables et les rapports avec la société incontournables.

Il faut donc réfléchir à la nature de ces liens tout en restant fidèle à l'objectif final de création d'un cadre consensuel centré sur le projet de soins du patient. Cela suppose une définition du réseau psychiatrique et des concepts qui le structurent pour éviter l'écueil de la dérive idéologique, comme on a pu le voir pour la politique de secteur qui, au nom de principes dévoyés, a parfois renforcé l'exclusion.

3.2.3. De la psychiatrie à la santé mentale

Les liens entre psychiatrie et les secteurs médico-sociaux et sociaux, le Réseau, sont pensés autour des concepts de santé mentale et de souffrance psychique. Il semble important avant de formaliser le réseau de s'interroger sur ces concepts et leurs modèles.

La notion de Santé mentale est apparue au décours de la Seconde Guerre mondiale, définie par l'OMS comme un état de bien-être physique, mental et social avec une vision positive puisqu'il s'agit de permettre à un individu de se réaliser et de contribuer à la vie de la communauté. La santé mentale [7] ne se définit donc plus par l'absence de maladie. Elle introduit par sa définition positive la notion d'un droit et donc d'une compensation d'un handicap social par la communauté si celle-ci n'a pu satisfaire ce besoin devenu un droit de l'homme entériné par le Pacte européen pour la santé mentale.

Louys [6] considère que dans les années 1980-2000, « le modèle dégradé de l'individualisme généralisé » s'est imposé comme modèle social, la maladie mentale devenant dès lors une maladie individuelle faisant passer du « modèle fort du psychisme individuel à celui faible de l'individualisme ». Il perçoit actuellement une réaction du modèle social au modèle individualiste, les partisans de ce modèle ne parlant plus de psychisme individuel ou de psychiatrie, mais de santé mentale devenue une idéologie par affaiblissement du modèle social originel. Progressivement, apparaissent les notions de handicap psychique, de souffrance psychique associées à la précarité sociale, puis le concept plus flou de souffrance psychosociale. Louys [6] considère qu'il y a « idéologie car il y a recherche d'un système synthétique qui explique tout avec la tentation hégémonique des partisans de ce modèle social de l'étendre à presque tout le champ de la psychiatrie jusqu'à la faire disparaître dans sa diversité scientifique ». Nous deviendrions alors des agents de contrôle social des troubles mentaux perturbateurs et des évaluateurs de handicap. La souffrance individuelle est réduite à un indicateur de dysfonctionnement social qu'il convient d'effacer ou de compenser.

Nous sommes confrontés dans notre pratique quotidienne à ces dérives. Les psychiatres sont par exemple interpellés pour prendre en charge les « précaires sociaux », devenus les nouveaux exclus. Ces sujets sont parfois considérés comme des inadaptés sociaux et donc par glissement conceptuel, en mauvaise santé mentale. Il convient alors de les faire prendre en charge par la psychiatrie, au besoin à l'asile. Le risque est alors, par glissement idéologique, de passer d'un modèle social fort où l'individu est pris en compte pour trouver sa place dans la société à un modèle affaibli, rassemblant les personnes en situation de grande précarité et les malades dans un grand renfermement, rappelant un mouvement du XVIII^e siècle décrit par Foucault [2].

4. L'expérience locale de Pontoise

4.1. Les structures psychiatriques extrahospitalières

Nous avons pour objectif de préparer nos structures de soins à l'émergence du quatrième paradigme. Nous devons également préparer cliniquement nos malades à affronter au mieux les difficultés inhérentes à une insertion sociale. Cela suppose d'ouvrir des structures extrahospitalières permettant de confronter autour d'un même patient divers professionnels de la psychiatrie. Cela implique également de créer un langage commun et une dynamique centrée sur un projet de soins visant la rémission, voire le rétablissement. Ce constat impose un redécoupage territorial de la psychiatrie, les secteurs étant devenus des entités trop petites pour faire face à cette exigence. Nous avons dû expérimenter à l'hôpital de Pontoise la mise en commun des structures de trois secteurs de psychiatrie situés en hôpital général avec peu de lits d'hospitalisation complète (75 pour 250 000 à 300 000 habitants). Cette situation de pénurie chronique nous a contraints à penser une organisation sanitaire rassemblant tous nos moyens et interdisant tout doublon. Faute de lits de psychiatrie, il a fallu imaginer des structures extrahospitalières intersectorielles nombreuses mais toujours complémentaires.

4.2. De nouveaux espaces de soins

Cette organisation contrainte au départ s'est avérée un atout en créant une dynamique centrée sur le parcours du patient entre toutes ces structures. Depuis quelques années, nous avons mis fin à la sectorisation préférant une organisation en filières, urgence et psychiatrie de liaison, hospitalisation complète et filière d'aval regroupant toutes les structures extrahospitalières. Ces regroupements ont modifié notre pratique en ouvrant de nouveaux espaces de soins. Si l'on considère la filière d'aval, au lieu de disposer de trois hôpitaux de jour, nous n'en avons ouvert qu'un disposant d'une équipe médicale et paramédicale nombreuse et de formations diverses. Cette concentration de soignants en croisant et combinant différentes approches permet d'apporter des soins sur mesure, en fonction du projet établi avec le malade. Cet espace de soins et de confrontation des pratiques oblige chacun à parler de ce qu'il connaît, à faire l'effort d'être compris et à adhérer à la recherche consensuelle des moyens à mettre en œuvre pour établir et réaliser le projet de soins. Cette organisation récente crée une incontestable dynamique qui reste à évaluer.

Le regroupement de secteurs au départ contraint a permis une expérimentation en filière pouvant fournir des pistes sur la taille critique d'un secteur rénové susceptible de créer un lieu d'échange à l'intérieur des structures psychiatriques.

4.3. Le Réseau

Comme beaucoup de services de psychiatrie, nous sommes confrontés à la nécessité de prendre en charge les « précaires sociaux », en tachant d'éviter le risque de stigmatisation. Nous avons tenté d'éviter la dérive idéologique décrite par Louys [6] en mettant en place une organisation construite autour des modèles sociaux forts et du quatrième paradigme. Notre faible capacité d'hospitalisation complète ne permet en aucun cas d'envisager une réponse asilaire à un problème social. Après que chacun se soit désolé pour des motifs différents de cette pénurie, il a été décidé de déployer des consultations de psychologues dans des lieux fréquentés par ces nouveaux pauvres, et de leur proposer des soins individuels répondant aux critères d'écoute et de confidentialité nécessaires à toute prise en charge. En cas de besoin de soins, les psychologues accompagnent le malade vers le système de soins communs pour éviter la mise en place d'une filière de soins spécifique et stigmatisante. Les rapports avec les travailleurs sociaux s'établissent autour du projet du patient dans le respect du secret professionnel qui n'est pas un obstacle dès lors que chacun accepte de parler de sa place. Il peut alors se créer l'espace d'échange recherché.

Hardy-Baylé a mis en pratique le quatrième paradigme dans son réseau Yvelines sud qu'elle a su développer bien au-delà de la prise en charge des « précaires sociaux ». Elle montre ainsi que l'on peut échapper à la pression sociale si l'on se réfère à des modèles forts, mais aussi que l'on peut institutionnaliser un réseau. Pour que ce type d'expériences se développe, il faut que le soutien institutionnel se substitue au charisme des pionniers.

Nous avons eu l'occasion d'expérimenter une autre forme d'organisation en réseau à partir d'un projet de santé publique européen. Il s'agit du programme EAAD [4] (*European Alliance Against Depression*) qui a montré son efficacité à réduire le suicide avant d'être proposé dans 15 pays européens. Il se décline sur quatre axes : prises en charge spécifiques des populations à risque, formation des médecins généralistes, formation des populations « relais », c'est-à-dire toute personne qui par son travail est en contact avec un déprimé, information du grand public sur la dépression et le suicide. Coordinateurs pour la France, nous avons pour mission de l'implanter localement puis de le répandre sur l'ensemble du territoire national. Le programme fixe des axes et des objectifs précis et contrôlés par

l'instance européenne mais laisse les acteurs locaux s'organiser pour y parvenir tout en leur proposant une aide méthodologique et logistique, fournissant par exemple des outils de communication construits au fil du temps par chaque pays et mis en commun.

Nous sommes parvenus localement à installer ce programme, mais avons échoué, contrairement à d'autres pays européens, à l'étendre au-delà de notre sphère d'intervention. Cela est en grande partie lié à notre manque d'organisation, mais également à l'absence de soutien politique. En effet, au même moment se mettait en place le « plan national dépression » qui fixait des objectifs généreux et incontestables mais trop flous pour aider les acteurs locaux, sans aide méthodologique, sans moyens dédiés.

Actuellement, nous essayons localement d'appliquer la méthodologie du programme EAAD [4] à l'ensemble des pathologies psychiatriques en espérant poser ainsi les fondations d'un réseau s'appuyant sur les axes méthodologiques clairs et précis exposés ci-dessus, tout en laissant les différents acteurs des soins décider des modalités d'action en fonction des contextes locaux et des projets individuels des malades. Nous espérons créer l'espace d'échange mais aussi de communication sur la maladie sans laquelle la déstigmatisation restera un débat entre initiés. Il s'agit d'envisager une véritable communication qui s'entend dans les deux sens, permettant par exemple à la psychiatrie de s'enrichir cliniquement des apports des familles, des patients et anciens patients.

5. Conclusion

La psychiatrie traverse une crise voyant l'émergence d'un quatrième paradigme. La prise en charge en se centrant sur le projet de soins oblige la psychiatrie à se réorganiser et à structurer ses liens avec les structures médico-sociales et sociales. Le succès de cette réorganisation apparaît essentiel pour effacer la stigmatisation qui touche toujours les malades atteints de schizophrénie. Les questions soulevées se posent à tous les secteurs, mais chacun y apporte une réponse individuelle. On peut imaginer la création d'une instance suprasectorielle, proposant une politique psychiatrique de santé publique psychiatrique s'appuyant sur des modèles forts, individuel et social. Elle pourrait permettre la mise en pratique du quatrième paradigme et du réseau par une voie institutionnelle. Elle devrait, pour ce faire, s'appuyer sur des expérimentations comme celle de Pontoise. Enfin, tout en suscitant les initiatives locales, elle resterait garante du contenu et des contours du réseau pour éviter toute dérive idéologique.

Conflit d'intérêt : à compléter par l'auteur**Références**

- [1] Advenier F. Le quatrième paradigme : La confirmation des épistémologies régionales en psychiatrie. *L'Information psychiatrique* 2005;8.
- [2] Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard; 1972. 583p.
- [3] Hardy-Baylé MC, Bronnec M. Jusqu'où la psychiatrie peut-elle soigner ? Paris: Odile Jacob; 2003.
- [4] Hegerl, et al. The European Alliance Against Depression (EAAD): A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2008;9:51–8.
- [5] Lanteri-Laura G. Éléments pour une histoire de la psychiatrie ; 2001. <http://www.serpsy.org>.
- [6] Louys J. Changement de paradigme en psychiatrie : La santé mentale et le modèle social du psychisme. In: *Texte Psy*, lundi 1 juillet 2002: <http://www.textes-psy.com/>
- [7] Pôle de ressources Ville et développement social, Santé mentale et souffrance psychique : Quelques points de repères conceptuels et d'approche de la problématique dans les territoires en Politique de la ville du Val d'Oise, juin 2010.