

PARCOURS
EN SANTÉ
MENTALE

Le rétablissement, une doctrine ?

En crise, l'hôpital psychiatrique va devoir continuer à se serrer la ceinture et apprendre à sortir de ses murs. Après avoir fermé des lits sans déployer une réelle offre alternative, l'État compte sur les professionnels et les personnes concernées pour réfléchir à des parcours de soins porteurs d'espoir, de pouvoir d'agir et d'un moindre recours aux hospitalisations.

« **L** E psychiatre n'est pas là pour revendiquer des lits supplémentaires, mais pour assurer à la personne le meilleur accompagnement possible, tonne Denis Leguay, président de la fédération Santé mentale France et médecin coordonnateur du Centre ressources handicap psychique des Pays de la Loire. « La personne atteinte de troubles psychiques sévères est à la fois malade et en situation de handicap, elle a besoin d'une chaîne d'accompagnement sanitaire et sociale. Notre boulot, c'est d'organiser l'accession de tous à ces programmes de réhabilitation qui ne devraient pas être une option mais un standard. » C'est tout l'enjeu de la feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie présentée en juin 2018 par la ministre de la Santé d'alors, Agnès Buzyn. Elle s'articule autour de quatre axes : la pré-

vention et la promotion du bien-être mental, la lutte contre les inégalités, la garantie de la pertinence de la prise en charge et la transformation du système de santé en réaffirmant la place des citoyens. Cette ambition passe par la construction de projets territoriaux de santé mentale dont la priorité, inscrite dans la loi, est « l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale ». La possibilité de se rétablir, de vivre correctement en société malgré la maladie, est officialisée par ce décret de 2017. Reste à développer les pratiques orientées vers le rétablissement pour sortir du modèle expérimental.

En France, douze millions de personnes sont touchées par des troubles psychiques. Alors que la psychiatrie fonctionne à moyens constants depuis une quinzaine d'années et que le nombre de lits a diminué de 60 % entre 1976 et 2016 (1), la demande ne cesse de croître et pourrait encore s'accroître avec la crise sanitaire. Au-delà des grandes pathologies, la psychiatrie concerne la souffrance psychique en général : addictions, troubles anxieux, psycho-traumatismes... En 2020, la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté, Adeline Hazan, dénonce un recours délétère aux urgences et aux hospitalisations sans consentement. « Une demande paradoxale est faite à la psychiatrie : celle d'une ouverture par le virage ambulatoire accompagné, de la fermeture d'un grand nombre de lits d'hospitalisation et celle d'un enfermement de plus en plus fréquent ou durable des individus perturbants, par souci de sécurité. Cette diminution rapide des capacités intra hospitalières n'a pas été compensée par une augmentation nécessaire des moyens alloués aux dispositifs extrahospitaliers ; couplée à la pénurie de médecins psychiatres exerçant en secteur public, elle a conduit à une croissante difficulté pour accueillir des patients en crise, à des retours insuffisamment préparés vers le domicile et à des réhospitalisations plus fréquentes. » (2)

Ces dysfonctionnements structurels entraîneraient

un coût économique et social de 109 milliards d'euros par an. L'ex-ministre de la Santé a donc jugé prioritaire de reformuler l'offre de soin afin de réduire l'inadéquation entre les besoins et les réponses. Sa feuille de route présente trente-sept actions pour donner un cadre précis aux acteurs de terrain chargés de moderniser, d'améliorer et de diversifier l'accompagnement en santé mentale. Rompant avec un système médico-centré, la construction de parcours de soin articule le sanitaire, le médicosocial et le social.

En France, douze millions de personnes sont touchées par des troubles psychiques

« Une fois hors des murs de l'hôpital, un patient souffrant de troubles psychiques doit se loger, trouver du travail, avoir une vie sociale, constate Pierre Thomas, psychiatre à Lille et co-président du Comité national de pilotage de la psychiatrie. Et les personnes les plus pertinentes pour l'y aider ne sont pas les médecins et les infirmiers. » Portés par les agences régionales de santé, les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) ont pour ambition d'articuler des parcours en ville, en réunissant les acteurs du soin, de la prévention, de l'éducation, de la justice, de l'insertion, des



Dessin réalisé par une personne concernée dans le cadre d'ateliers thérapeutiques.
« Au centre les visages que le monde voit, derrière se cachent celui qui entend des voix et celui représentatif de la dépression. »



© CATHERINE BRENNAN POUR PSSM

représentants des usagers et des aidants familiaux. Ensemble, ils élaborent des projets, afin de les mettre en œuvre et de les évaluer. Pour la première fois, le ministère de la Santé demande aux personnes de terrain de construire une politique de santé publique. Retardé par le confinement et la crise sanitaire, le rendu de ces projets est repoussé à la fin de l'année. Mais déjà, ces rencontres pluriprofessionnelles avec les personnes concernées marquent un vrai changement. « On fait de la personne le pilote de son projet, donc les professionnels vont devoir se tenir en retrait et venir en soutien », constate Denis Leguay. Au sein des PTSM, on voit des patients qui se présentent en experts, « ils étaient prêts, ça fait longtemps qu'ils ont envie de prendre la parole. De leur côté, les professionnels pilotent leur institution, cherchent à se développer, à être pertinent, à avoir une démarche qualité... ça les centre sur eux-mêmes. Cela va donc être un travail de longue haleine, en même temps, quand les personnes et les familles sont conquises, c'est un rouleau compresseur. »

Certes, mais encore faut-il que les budgets suivent. Le fonds organisationnel en psychiatrie est doté de dix millions, auxquels s'ajoutent vingt millions pour la pédopsychiatrie, secteur particulièrement sinistré. Une enveloppe pas bien épaisse, lorgnée par des hôpitaux psychiatriques qui en ont soupé d'être les parents pauvres de la santé depuis des décennies. Or la doctrine voulue par le gouvernement tend à privilégier les parcours innovants qui ne passent pas nécessairement par l'hôpital. « Il y a une stratégie nationale de déploiement des programmes de réhabilitation psychosociale, affirme Frank Bellivier, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie chargé de superviser la mise en place de la feuille de route en santé mentale. Il faut promouvoir la mise en place de ces dispositifs orientés rétablissement qui convoquent

l'ensemble des acteurs nécessaires au parcours de la personne. Au travers de la promotion de ces outils, on souhaite faire reconnaître dans le monde de la psychiatrie qu'il n'y a rien d'inexorable, qu'un rétablissement est possible. Un fort investissement est indispensable sur les dispositifs ambulatoires qui préviennent les hospitalisations sans consentement et les passages aux urgences. »

À Marseille, une Unité locale d'intervention de crise et d'évaluation (Ulice) offre une alternative à l'hospitalisation. L'équipe pluridisciplinaire assure une permanence téléphonique et intervient dans les 24 heures à l'endroit souhaité par le patient. Elle s'appuie sur ses capacités, son entourage et les ressources du territoire pour permettre de traverser la crise sans se couper de son environnement. La prise en charge dure en moyenne huit semaines, le temps d'organiser le relais avec les partenaires de secteur (médecin généraliste, centre médico-psychologique, association d'insertion, travailleurs sociaux, groupes de pairs...). Ce mode d'intervention a fait l'objet de nombreuses études à l'étranger. Ses atouts font consensus : diminution du taux d'hospitalisations, réduction des coûts, amélioration de la santé mentale des usagers, satisfaction des aidants et des patients. En France, cette approche repose encore sur des initiatives locales. Créée au sein de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille en 2008, Ulice reste au stade expérimental. Son budget ne lui permet pas de reproduire le modèle qui a fait ses preuves : une équipe mobile pour 150 000 habitants. Marseille devrait donc en compter six, au lieu d'une... En plein dans la doctrine, cette pratique attend toujours une reconnaissance sonnante et trébuchante de l'État.

Myriam Léon

[1] « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 », Rapport IGAS, 2017.
[2] « Soins sans consentement et droits fondamentaux », Éd. Dalloz, juin 2020.

PAIR-AIDANCE

L'organisation à l'œuvre

Depuis 2012, les médiateurs pairs en santé mentale s'invitent dans les équipes, se forment et s'organisent pour faire reconnaître leur expertise.

« **Q**UAND entre 18 et 30 ans, tu vis une défaillance totale de ton système de pensée, la rencontre avec la psychiatrie te place en dehors de la norme. Tu te retrouves face à tes parents inquiets et, une fois par mois, tu va prendre ton ordonnance chez ton psychiatre. Comment se rétablir sans modèle porteur d'espoir, capable de t'encourager et de te donner les moyens de renforcer l'estime de soi ? » En 2012, Yves Bancelin est l'un des vingt-deux premiers médiateurs pairs en santé mentale diplômés. Il exerce au service de réhabilitation psychosociale à Marseille et dans plusieurs équipes médicosociales. S'appuyant sur son parcours de soin en psychiatrie, étayé par sa formation universitaire, il se veut un miroir dans lequel la personne va se lire positivement.

La collaboration avec les pair-aidants améliore les pratiques professionnelles

Président de l'association Esper pro (1), le pionnier vient d'obtenir 200 000 euros de l'Agence régionale de santé PACA pour créer une plateforme de mise à disposition de travailleurs pairs. Cinq salariés proposent des prestations de service aux équipes sanitaires et médicosociales

sur des thématiques liées au rétablissement : le pouvoir d'agir, l'éducation thérapeutique, la psychoéducation, les traitements, la relation de confiance... Ce fonctionnement devrait faciliter l'accompagnement, la sensibilisation et la réassurance des professionnels face au parcours psy du pair intégré dans l'équipe. Pour ce dernier, il permet de s'appuyer sur des pairs. « Avec l'expérience des premiers en 2012, on sait la difficulté de trouver sa place, un rythme de travail, des perspectives valorisantes, quand on est isolé dans un établissement. L'intérêt de se regrouper est d'apporter une supervision, de modéliser et d'essaimer nos pratiques. »

Complémentarité

En huit ans, les médiateurs pairs ont su démontrer leur complémentarité. « L'accès des usagers à la pair-aidance est fondamental pour qu'ils reprennent espoir, pour favoriser leur engagement dans les soins et le rétablissement et pour les soutenir dans l'expression de leurs choix et préférences auprès des professionnels, témoigne Emma Beetlestone, psychiatre dans une unité mobile d'intervention de crise. La collaboration avec les pair-aidants permet aussi d'améliorer les pratiques professionnelles, j'ai appris énormément aux côtés de mes collègues pair-aidants

et j'ai vu très souvent des situations complexes se débloquer grâce à leur intervention. » Pour répondre aux besoins des équipes, les pairs ont désormais trois offres de formation : un diplôme universitaire au centre hospitalier Le Vinatier de Lyon, une licence pro à Paris 13 et le Centre de formation au rétablissement à l'IRTS de Marseille.

L'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques 13 (Unafam 13) encourage aussi la diffusion de leur pratique : « Nous constatons la difficulté d'obtenir des accompagnements autres que l'hospitalisation et la prescription médicamenteuse... Le médiateur de santé pair, en organisant une assistance de proximité, peut renforcer les capacités des patients à adopter les changements souhaitables pour l'amélioration de leur santé et leur apporter les moyens d'en être pleinement responsables. » Lyon et l'Isère se dotent également d'une plateforme de pairs. Ce maillon indispensable au rétablissement sort de la marginalité pour accompagner la psychiatrie vers la santé mentale.

My. L.

(1) Le nom de l'association reprend les initiales des cinq principes du rétablissement : espoir, soutien, plaidoyer, empowerment, responsabilisation.

REPORTAGE

Opération déstigmatisation

Depuis un an en France, une formation aux premiers secours en santé mentale permet de déconstruire les a priori et de soutenir les personnes en souffrance psychique.

« **L**ES personnes atteintes de troubles psychiques sont folles et dangereuses. » « Elles ne se rétablissent jamais. » « La meilleure façon d'aider une personne en crise est de l'ignorer. » « Seuls les faibles ont des problèmes de santé mentale. » Formateur en premiers secours en santé mentale (PSSM), Éric Verdier ouvre les deux jours de formation en enfilant les perles du bon sens populaire. « Il est important d'énoncer ces contre-vérités, explique le psychologue communautaire, spécialiste « Discriminations, Violence et Santé » de la Société d'entraide et d'action psychologique. Ça permet d'être capable d'argumenter quand apparaît un a priori

dans la conversation, d'expliquer pourquoi c'est faux et les effets dévastateurs de ces affirmations pour les personnes concernées. » Face à lui dans la salle de la préfecture des Bouches-du-Rhône, les seize participants dépendent des ministères de la justice et de l'intérieur : police, gendarmerie, douane et protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Tous souhaitent s'outiller pour mieux répondre à la détresse psychologique de leurs collègues ou des personnes qu'elles accompagnent.

« Pour moi, il est important d'expliquer à un juge, l'état psychique d'un jeune qui a commis un acte délictueux, raconte une des éducatrice PJJ pour expliquer sa présence. Je n'ai pas forcément la capacité à mettre des mots, du coup tout dépend du diagnostic d'un psychiatre pas toujours disponible. » Une autre intervient en Unité éducative en milieu ouvert. « Je pense que cette formation peut m'aider lors de mes interventions auprès de fvbamilles en situation de crise. On travaille avec des adolescents qui viennent signifier des choses par leur passage à l'acte, comme des menaces de suicide. J'espère affiner mon écoute en situation d'urgence et trouver des relais de soutien. » Adaptation psychique du brevet de secourisme, le diplôme PSSM ne vise pas à former des psys ou à poser des diagnostics, mais à permettre de ne pas craindre d'intervenir face à ce type de détresse que l'on peut croiser chez des proches, dans le milieu professionnel ou dans la rue.

Repérer les signes

Pour commencer, le formateur veille à ce que tout le monde ait un même socle d'informations. « L'Organisation mondiale de la santé estime qu'un européen sur quatre sera atteint d'un trouble psychique au cours de sa vie. » Très interactive, la transmission s'appuie sur des tableaux réalisés par des personnes concernées pour illustrer l'état psychique que provoque la maladie : troubles dépressifs, anxieux, bipole

Dessin réalisé par une personne concernée dans le cadre d'ateliers thérapeutiques utilisés lors de la formation. « La panique est terrifiante. Mais je l'ai dessinée dans le style d'un cartoon, parce que même si la peur est réelle, les menaces ne le sont pas. »



PANIQUE © CLAIRE KELLY

Les racines des premiers secours en santé mentale

Dispensé depuis un an en France, ce programme a été élaboré en Australie par une éducatrice et un chercheur en santé mentale en 2000. Depuis, 900 000 Australiens ont été formés, une part significative des 26 millions d'habitants. Il en résulte une amélioration de la précocité des prises en charge et une déstigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques. Vingt-cinq pays l'ont adapté à leur spécificité territoriale.

La création de l'association PSSM France est portée par une coopérative de formation en santé mentale (l'Infipp), la fédération Santé Mentale France et l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques. Partant du constat que la stigmatisation constitue un frein puissant à l'accès aux soins, au rétablissement, à l'inclusion sociale et professionnelle, l'objectif est de former 500 000 secouristes d'ici 2030.

laïques, addictifs, attaque de panique ou schizophrénie. Le groupe apprend à repérer les signes, même légers, et à comprendre l'influence de ces troubles sur la vie au quotidien. Les participants doivent, en sous-groupe, élaborer des stratégies pour appliquer le plan PSSM, AERER (voir encadré), face à diverses situations. Après une séparation une femme ne s'occupe plus d'elle, dit n'être bonne à rien et que son fils serait mieux chez son père. Un copain se désintéresse de tout et s'isole. Un collègue de travail néglige sa tenue, ses missions et cumule les retards... Le principe est de repérer sans minimiser le problème, d'apporter un soutien avant d'orienter vers des professionnels ou d'autres ressources (méditation, groupe de parole...). Le très nocif « *reprends-toi en main* » doit disparaître du vocabulaire.

Les jeux de rôle permettent notamment de prendre conscience de la perturbation occasionnée par l'entente de voix. Deux volontaires incarnent, l'un le secouriste, l'autre la personne en crise. Alors que l'aidant tente d'établir le lien à base de discussion sur le foot, Éric chuchote à l'oreille de l'interlocuteur, qui, complètement perturbé, ne peut plus se concentrer. Tendance suicidaire, crise de panique, phase maniaque ou dépressive, abus de psychotropes... en deux jours, les apprentis secouristes doivent apprendre à ne plus craindre ces mots pour mieux répondre aux maux. Chacun intègre la notion de rétablissement, cette possibilité de vivre « normalement » avec les troubles. Malgré la densité du contenu, et la nécessité pour tous de faire un pas de côté – pas évident pour un policier d'admettre qu'un schizophrène a beaucoup plus de chance d'être victime qu'auteur de crime – plus de la moitié des participants affir-

ment vouloir suivre la formation de formateur pour diffuser ce savoir. « *Il y a une urgence à casser les a priori et les stigmatisations, affirme un douanier en fin de cession. Je réalise que certains de nos collègues souffrent de troubles psychiques. Généralement, ils sont mis au ban, on les évite, si on diffusait cette formation cela changerait.* »

Croiser les regards

Cette rencontre pluriprofessionnelle a eu lieu à l'initiative d'une responsable de formation de la douane. Formée à l'éducation thérapeutique en tant que patiente experte et membre de l'association gardoise de malades chroniques P'ose santé, Virginie Maillard milite pour la montée en compétences de ceux qui font de l'accompagnement par appétence mais sans aucun bagage en psychologie ou en travail social. « *J'ai côtoyé des personnes atteintes de troubles psychiques, et j'ai réalisé à quel point c'était stigmatisant pour trouver un travail, pour avoir du lien social... Ensuite j'ai repéré dans mon administration des gens en souffrance psychologique. On ne sait pas accueillir. Quand une personne a une reconnaissance travailleur handicapé, il faut qu'elle se débrouille. Le PSSM m'a semblé être une manière d'améliorer ce fonctionnement.* »

Dans leurs retours, les éducatrices soulignent l'enrichissement du croisement des regards sur un sujet rarement abordé. « *Alors qu'en France, la tendance est plutôt à changer de trottoir et à renvoyer vers les laboratoires pharmaceutiques, cela restaure quelque chose de très humain. Cette formation mériterait d'être adaptée aux mineurs qui eux aussi sont confrontés à ces problèmes.* », poursuit Virginie Maillard. Une chef de service raconte avoir mis en application immédiatement ces nouvelles connaissances. « *À la PJJ nous avons un prisme juridique mais nous sommes de plus en plus confrontés aux problématiques de santé mentale dans nos prises en charge. Cette formation apporte du recul, une finesse dans l'analyse qui permet d'adapter son approche. Il serait d'ailleurs intéressant de renforcer notre formation initiale avec le PSSM.* »

My. L.

Les principes d'action des premiers secours en santé mentale s'appuient sur l'acronyme AERER

Approcher la personne, évaluer et assister en cas de crise
Écouter activement et sans jugement
Reconforter et informer sur ce qu'elle est en train de vivre
Encourager à aller vers des professionnels
Renseigner sur les autres ressources disponibles

ENTRETIEN AVEC **Vincent Girard**

Psychiatre marseillais, il a importé et diffusé la philosophie du rétablissement en France, notamment en portant l'expérimentation du « *Un chez soi d'abord* ».

Une volonté sans stratégie

Le rétablissement entre dans le vocabulaire de la psychiatrie française, révolution ou élément de langage ?

Avec cette feuille de route en santé mentale, assiste-t-on à un changement de paradigme concernant les pratiques orientées rétablissement ?

Nous sommes passés de rien à quelque chose de qualitativement intéressant. On sent une approche scientifique, une volonté de mettre en place des programmes qui ont démontré leur efficacité à l'étranger. Certains éléments vont dans le sens d'une politique autour du rétablissement notamment la défense des droits, le développement du pouvoir d'agir, la lutte contre la stigmatisation. Cela ne révolutionne pas pour autant notre politique de santé mentale, pour cela il faudrait la structurer dans une vision globale autour du rétablissement. Le rétablissement reste souvent confondu avec la réhabilitation psychosociale, un processus proposé par les professionnels pour

que les personnes puissent reprendre du pouvoir sur leur vie. Dans le rétablissement, des usagers de santé mentale expliquent aux soignants ce dont ils ont besoin pour se sentir mieux.

Que manque-t-il pour donner plus de souffle à cette ambition de passer d'une approche médico-centrée à une approche médico-sociale ?

On ne peut pas mener une politique ambitieuse en faisant la promotion des pratiques liées au rétablissement tout en ménageant les psychiatres qui veulent garder leurs lits d'hôpitaux. Je sens un désir de diminuer le recours aux hospitalisations mais je ne vois pas les moyens qui accompagnent cette volonté. La santé publique marche sur deux jambes, le soin et la prévention. En France, on dépense 96 % du budget pour le soin, il nous manque une culture de la prévention. L'augmentation des lits est une revendication des soignants. Les malades ne veulent plus de psychiatres, ni d'hôpitaux psychiatriques ; la majorité demande à être soignée à la maison. Le coût social de la psychiatrie est évalué à 100 milliards par an. En 2019, le budget alloué pour transformer le système plafonne à 200 millions, pour un budget global de la psychiatrie de 20 mil-

liards. Il n'y a ni l'argent, ni la stratégie, c'est du *moonwalk* institutionnel et politique.

Dans ce contexte, comment voyez-vous votre avenir en tant que psychiatre ?

Nous savons que les violences éducatives ordinaires sont à l'origine de très nombreux troubles psychiques : les syndromes post traumatiques, les addictions, les dépressions. Le gouvernement a fait voter la pénalisation des violences éducatives ordinaires en 2019. Cette avancée en terme de politique publique marque la fin de la logique punition-récompense pour aller vers l'autonomie, la négociation, la prise de risque et le développement des compétences. En même temps, la loi sur les violences scolaires vient à l'inverse rendre responsables de leurs actes les enfants violents. Cette loi de juillet 2019 stigmatise des enfants, au lieu de proposer des contextes bienveillants généralisés et de travailler avec les parents. Il y a une double séquence contradictoire. Je vais retourner à l'hôpital et continuer à monter des programmes expérimentaux. J'aimerais que ce soit en direction des enfants.

Propos recueillis par My. L.

LIEN SOCIAL SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX



découvrez
suivez
partagez
likez tweetez

