

## **En quoi la psychiatrie participe-t-elle de l'exclusion sociale ?**

Martine Vermeylen, janvier 2010(1)

L'écart entre une vision citoyenne et sociale des personnes souffrant de troubles psychiques et une conception psychiatrique médicale reste encore actuellement difficilement conciliable.

Il suffit de faire le constat d'un nombre important de personnes plus ou moins stabilisées, restant seules, sans famille, incapables de se maintenir dans un logement autonome et qui voyagent d'une institution à l'autre avec un risque déstabilisant d'errance et de passage par la rue.

Il manque manifestement une protection, un droit d'asile, un accès au logement, droits pourtant fondamentaux.

Plusieurs de ces personnes connues des services psychiatriques et qui ont la chance d'avoir encore une famille n'ont pas nécessairement trouvé de solution d'hébergement alternative à l'accueil familial. Car même si les professionnels s'accordent à dire que vivre chez ses parents lorsqu'on est adulte n'est pas idéal, les réalités socio-économiques n'offrent parfois pas d'autre issue. L'offre de soins aurait-elle donc considérablement fondu au regard des nécessités ? A moins que l'on ne continue de dissocier le droit d'asile et le droit à la continuité de soins psychiatriques ?

Il n'est pas rare de voir comment cette politique de la « porte tambour »(2) déstructure petit à petit les exclus de la psychiatrie lorsqu'ils ne remplissent pas les fameux critères pour une mise en observation. Les conditions de dangerosité ne peuvent-elles être interprétées que par les psychiatres des services d'urgence ou par les psychiatres des services hospitaliers pas toujours très hospitaliers ? Pourquoi les certificats remplis par les médecins extérieurs sont-ils contestés à ce point par les psychiatres « hospitaliers » ?

Jacques Hochmann décrit très bien dans son dernier article sur l'empire psychiatrique(3) le malaise existant entre les équipes hospitalières et les équipes médico-sociales de santé mentale avec un manque de moyens pour ces équipes qui gardent un souci d'accompagner les malades avec proximité et un profond respect de leurs symptômes .

Si le DSM a tout prévu dans ses différents axes, y compris la difficulté de trouver un hébergement et une cohabitation, il n'est pas loin d'envisager la pauvreté comme une maladie et de plus psychiatrique.

L'ensemble des professionnels et des bénévoles(4) s'accorde à reconnaître les progrès de la pharmacologie, la précarisation des cadres de vie familiaux mais aussi la difficulté de faire des projets pour un patient exclu d'un hôpital.

Et il n'empêche qu'à vouloir médicaliser ce qui relève de la sociologie et de la pédagogie, la science psychiatrique en perd son crédit. Ce qui nous inquiète est que l'on finirait par perdre le sens de l'humain dans ces débats contradictoires où secteur renvoie à l'autre. Il en va de même pour les personnes qui portent un double ou un triple handicap : quelle sera l'institution qui sera la plus accueillante ? Force est de constater l'impuissance voire la déresponsabilisation des uns et des autres qui va souvent de pair avec une intolérance face aux personnes qui réveillent chez les professionnels un sentiment d'échec. L'intolérance commence dans ces situations où l'on ne s'autorise pas à expliquer le nœud conflictuel qui résonne dans la conscience et... l'inconscient.

Dans son dernier article sur la l'héritage freudien, Francis Martens(5) nous met en garde au sujet des attaques contre la liberté de penser et de parler.

Une montée de l'intolérance va de pair avec les critiques de la psychiatrie et de la psychanalyse. Il devient trop facile de mettre en accusation ces professionnels confrontés à un de ces trois métiers impossibles selon Freud (éduquer, soigner et gouverner). La professionnalisation à outrance aurait ceci de dangereux, qu'elle risque de se déresponsabiliser vis-à-vis de ces problèmes vraiment humains d'une société devenue intolérante.

La notion d'engagement, de disponibilité et de respect des plus fragiles sont des valeurs qui vont de pair avec une démocratie sans quoi celle-ci risque d'être menacée.

Si l'on accuse les professionnels de faire leur métier car cela dérange l'ordre social ou que l'on reproche aux uns de ne pas faire le métier des autres.

On peut constater que la société rejette ces personnes qui n'arrivent pas à s'intégrer mais que la psychiatrie s'y met aussi, c'est un comble ! Comment dès lors ne pas signer un constat d'impuissance ?

Si une loi ne peut être appliquée par manque de moyens, alors il faudra interroger les politiques mais si l'on n'est pas d'accord avec la manière dont nos malades sont traités, alors il faut le dire.

A défaut de ne plus pouvoir accueillir ces exclus dans les hôpitaux, la psychiatrie finira par pratiquer de « l'externement » abusif à l'image de ce qui avait été pratiqué durant les siècles précédents avec l'internement abusif. L'idéal de ceux qui ont voulu créer une alternative constructive à la psychiatrie devient la honte du système tel qu'il est devenu.

Les expériences socio-cliniques en psychologie prouvent que l'être humain est capable du pire et du meilleur. Les exactions et les génocides montrent le conflit proprement humain entre la pulsion et la civilisation, entre les pulsions de vie et de mort qui nécessitent d'être médiatisées.

C'est un travail psycho dynamique et surtout social qui attend des professionnels engagés et formés car la parole et les solutions d'accueil doivent servir à gérer ces pulsions et ces angoisses.

« Une société se juge à la façon dont elle traite ses fous » disait Lucien Bonafé et le livre de Patrick Coupechoux se montre très éloquent sur ce sujet(6).

### **Comment sortir de l'impuissance ?**

L'on a coutume de dire en psychiatrie qu'il n'y a que trois issues devant l'impuissance de la maladie mentale : la colère, la dépression ou la fuite.

En psychothérapie, il se profile d'autres issues comme celles de s'exprimer devant un soignant, et même devant un groupe qui porte la parole et assure l'écoute et la reconnaissance indispensable.

Il n'est difficile de comprendre pourquoi les usagers de la psychiatrie et leurs familles rencontrent une reconnaissance citoyenne avec leurs groupes de parole et d'entraide dans un tel contexte. Comment se fait-il que cela suscite une résistance indéniable auprès des professionnels soucieux de bien faire leur travail mais surtout de ne pas s'engager dans des concertations avec ceux-ci ?

Accueillir et assurer la continuité des soins n'est ce pas le travail d'une équipe de personnes qu'elles soient des professionnelles ou des bénévoles. Nous sommes confrontés à cette réalité comme une ressource indispensable et de plus en plus évidente. Encore faut-il que ces bénévoles soient reconnus et encadrés par des professionnels compréhensifs et conscients de leurs limites.

Les familles confrontées à ces réalités ont grandement besoin d'être secondées car elles qui absorbent les vrais enjeux de la souffrance psychique. Exclure les familles pour sauvegarder un dialogue thérapeutique entre le soignant et « son » malade aboutit à stigmatiser davantage les personnes souffrant de troubles psychiques plutôt que de les soigner en reconnaissant leurs difficultés à se réinsérer socialement. Un patient ne devrait jamais rester seul dans ses démarches d'aide sociale et de réhabilitation.

L'augmentation des demandes de mise en observation et l'engorgement des hôpitaux dénoncés par les Plate forme de concertations en santé mentale prouvent que le problème n'est ni suffisamment analysé ni traité en amont. Pourquoi attendre que les symptômes s'aggravent pour agir ? Il est inadmissible d'aboutir au constat que la seule manière d'agir soit le recours à une hospitalisation sous contrainte ?

Or ces personnes qui n'arrivent pas à vivre seules, ni à accepter des soins de professionnels dont ils se méfient, il y en a vraiment beaucoup. C'est sans doute le lot quotidien en psychiatrie.

Si pendant les temps d'hospitalisations, les travailleurs sociaux n'ont pas le temps de prendre le relais des médecins, alors à quoi sert encore la psychiatrie sinon à progresser en pharmacologie ?

Devant l'errance des patients qui se déstructurent au fur et à mesure de leurs parcours psychiatrique, ne faudrait-il pas maintenir des référents professionnels ou bénévoles fiables qui tissent un réel maillage relationnel autour de ceux-ci ? Les réseaux et circuits de soins ont tenté cette approche. Les pouvoirs administratifs et politiques n'ont pas pu les encadrer de façon concertée. Heureusement que certains professionnels gardent ce souci et cette éthique.

S'il manque des places d'hébergement pour ces personnes devenues handicapées socialement et psychologiquement c'est parce qu'on les considère encore toujours comme des malades à soigner et non comme des personnes en recherche. Le vrai soin n'est-il pas celui de se soucier d'eux plutôt que de leur administrer des médicaments, des conseils et des avis de professionnels déconnectés de leur bien être et besoins ?

Il serait plus réaliste de créer des communautés de vie où la continuité de soins reste garantie professionnellement sans l'artillerie lourde des administrations qui rendent les institutions frileuses de porter une responsabilité.

La professionnalisation à outrance et sans concertation avec le monde des patients, des familles et des bénévoles ne permet pas d'assouplir le système qui reste dans les mains de ceux qui portent les stigmates du pouvoir.

Il serait temps d'écouter ceux qui ont vraiment l'expérience dans ce domaine afin de valoriser le potentiel humain de ceux qui peuvent accueillir les personnes sans les considérer comme des malades. Citons le cas par exemple du réseau créé en France par le Dr M.N. Besançon(7).

Ce qui manque, ce n'est pas le nombre de professionnels, ni le nombre de lits mais bien une créativité encourageant ceux qui portent le souci et la garantie d'une véritable continuité des soins à poursuivre après l'hospitalisation. Ceci nous épargnerait l'enlisement dans les ornières psychiatriques classiques des mêmes erreurs.

## **Bibliographie**

- 1) Psychologue et psychothérapeute psychanalytique en SSM à Bruxelles, administratrice à Similes Bruxelles et à la Plate forme de concertation en santé mentale bruxelloise.
- 2) Après une courte hospitalisation en lit A, le patient ne retrouve pas une autonomie suffisante et/ou n'a pas acquis une conscience morbide qui lui permette de poursuivre son traitement de telle façon qu'il rechute quelques temps après pour se retrouver une nouvelle fois dans un lit psychiatrique de crise d'où il ressort pas complètement stabilisé pour se retrouver à nouveau obligé de franchir la « porte tambour » dont il sait qu'il sera éjecté tôt ou tard.
- 3) Jacques Hochmann « Déclin de l'empire psychiatrique », Psychiatrie Française, 2010.
- 4) Bénévoles travaillant dans des associations d'usagers, de familles de patients et autres associations d'accueil alternatives à la psychiatrie.
- 5) Francis Martens « Vigueur et impasses de l'héritage freudien », Psychiatrie Française, 2010.
- 6) Patrick Coupechoux « Un monde de fou. Comment notre société maltraite ses malades mentaux », Le Seuil, Paris, 2006.
- 7) Dr Marie-Noëlle Besançon et Bernard Jolivet « Arrêtons de marcher sur la tête ! Pour une psychiatrie citoyenne, les éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières, Paris, 2009.