

**Santé
mentale**



Souffrances ou **troubles** psychiques : **rôle et place** du **travailleur social**



Direction générale de la Santé
Direction générale de l'Action sociale

Avant-propos

Souffrances et troubles psychiques :
rôle et place du travailleur social

Les travailleurs sociaux expriment des difficultés voire un réel malaise, du fait de l'importance grandissante de situations qu'ils ont à traiter, dans lesquelles la dimension psycho-sociale des problèmes ou le trouble psychique de l'utilisateur sont présents, de façon plus ou moins manifestes.

L'expression d'une « souffrance psychique » fortement associée à la précarité et à l'exclusion vient infiltrer le champ social et doit être prise en compte dans ses pratiques.

S'il est rendu plus complexe et doit de ce fait être soutenu, le travail social demeure un vecteur essentiel de prise en charge de la souffrance psychosociale et doit être en tant que tel, mieux reconnu.

Ce document, destiné aux travailleurs sociaux, a été conçu dans le cadre d'un groupe de travail pluriprofessionnel conduit par la Direction générale de la Santé et la Direction générale de l'Action sociale. Sa réalisation s'est en outre appuyée sur une enquête conduite auprès de professionnels inscrits dans divers modes d'exercice du travail social, ainsi qu'auprès d'équipes de psychiatrie. La restitution de cette somme d'actions et de réflexions conduite par des professionnels de terrain permet de redessiner une pratique qui, avec ses outils propres, apporte une contribution essentielle dans le champ de la santé mentale.





Page

5

Le rapport

La souffrance exprimée dans le champ social	6
Souffrance psychique et pathologie mentale en lien avec la précarité et l'exclusion	8
Les travailleurs sociaux, acteurs à part entière dans le champ de la santé mentale	9
L'intervention sociale d'aide à la personne	10
La prise en compte des manifestations extrêmes	12
Un nécessaire réajustement des représentations et des pratiques	15
Lorsqu'il faut orienter, la relation aux partenaires de soin	16
Conclusion	18



Page

19

Annexes

Quelques rappels sur les grandes pathologies	20
Le dispositif de santé mentale	23
L'hospitalisation sans consentement	25
Rapports ministériels, orientations nationales	26

4



A close-up, grayscale portrait of an elderly man with white hair, looking slightly to the right. The image is semi-transparent and serves as a background for the title.

Le rapport



La souffrance psychique exprimée dans le champ social

Les travailleurs sociaux sont de plus en plus fréquemment confrontés, dans les différentes situations au cours desquelles ils établissent une relation d'aide à la personne, à l'expression de souffrances ou de troubles psychiques générés ou aggravés par des difficultés multiples : familiales, sociales, de santé, économiques...

Ce vécu de souffrance, lorsqu'il est trop aigu ou trop invalidant, peut déstabiliser la relation d'aide et rendre inopérants les outils d'intervention classiques dont dispose le travailleur social. Cela peut le conduire à s'interroger, d'une part sur la nature du trouble et son impact sur l'insertion, d'autre part sur sa propre compétence à prendre en charge la situation. Il s'agit par ailleurs généralement d'usagers assez faiblement demandeurs de soins psychiques ou de rencontres avec les services de soins spécialisés ou peu préparés à effectuer une telle démarche.

Ainsi, la souffrance psychique ou le trouble mental viennent complexifier les pratiques et ne cessent d'interroger les limites des interventions et leur basculement possible dans un champ qui n'est plus tout à fait celui du travail social

Lorsque l'incertitude devient grande, le travailleur social est dans une zone d'indétermination professionnelle⁽¹⁾ qui peut aboutir à une impasse de la relation accompagnée d'un sentiment d'impuissance, ou d'incapacité à répondre de façon satisfaisante à sa mission, voire à un sentiment d'insécurité. Cette déstabilisation est accrue par ce qu'il perçoit du mal-être de l'utilisateur, de sa violence, ou d'une impression d'étrangeté.

Dans nombre de situations, les travailleurs sociaux sont confrontés à une contradiction entre des missions fondées sur une finalité d'insertion, des contraintes

administratives, la nécessité de justifier quantitativement de leur action, et des situations qui sont demandeuses d'une grande disponibilité. Ils peuvent, de ce fait, en arriver à douter de leur efficacité ou de la qualité de leur intervention.

Ce malaise peut être accru par la façon dont les usagers sont envoyés par d'autres partenaires vers le travailleur social avec la promesse que ce dernier trouvera bien une solution là où d'autres professionnels se sont déjà épuisés.

S'ils ne sont pas suffisamment soutenus par leurs institutions, ou par des partenariats actifs avec d'autres professionnels dont les équipes de soins spécialisés en psychiatrie, les travailleurs sociaux peuvent alors être eux-mêmes en souffrance, voire au bord de l'épuisement. Ils ont en effet conscience que, derrière l'intervention sociale, il existe des enjeux individuels et collectifs cruciaux.

Cette souffrance ne doit pas être renvoyée à une incompétence, mais doit être liée aux besoins d'étayage de leurs pratiques.

Lorsque, inversement, des partenariats existent, ils favorisent les échanges autour des pratiques professionnelles et permettent d'acquérir des représentations plus réalistes des capacités d'action d'autres professionnels. Ils permettent à un ensemble d'acteurs de mieux positionner leur mode d'intervention, d'élaborer des modalités de prise en charge plus distanciées, plus globales et partagées. Dans ce contexte, les travailleurs sociaux sont en mesure d'affirmer leur spécificité professionnelle et d'accroître leur confiance dans leur capacité à accompagner des publics en souffrance psychique, à les orienter à meilleur escient vers des soins spécialisés.

Pour ces raisons, les orientations ministérielles⁽²⁾ en matière de santé mentale, notamment pour les publics en situation de précarité ou d'exclusion, incitent fortement

(1) Cf. rapport « Réseau et politique de santé mentale : mutualisation et spécificités des compétences » ORSPERE-ONMSP, octobre 2002.

(2) Circulaire DGS/DHOS/DGAS/DIV n° 2001/393 du 2 août 2001 d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale. Circulaire DGS/SD6D n° 2002/100 du 19 février 2002 relative aux PRAPS. Loi n° 2004-800 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008.

aux décloisonnements institutionnels, à l'articulation forte entre champ sanitaire et champ social, ainsi qu'aux pratiques de travail en réseau.

La formation continue peut y concourir et favoriser l'appropriation de nouveaux outils de compréhension et d'intervention, notamment lorsqu'elle s'emploie à croiser, dans des formations communes, des métiers et des champs disciplinaires différents. Ces orientations ont été très inégalement mises en œuvre sur l'ensemble du territoire, même si l'on a observé, notamment dans le cadre des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), une multiplication des actions inter-partenariales.

En application de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, chaque région élabore dès 2005 un plan régional de santé publique (PRSP) destiné à mettre en œuvre le volet régional des programmes nationaux de santé publique ainsi que les programmes et les actions thématiques - dont un Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) - permettant d'atteindre les objectifs régionaux de santé. L'un des principes retenus pour la mise en œuvre des PRSP est celui de réduction des inégalités selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les groupes les plus vulnérables.



Souffrance psychique et pathologie mentale en lien avec la précarité et l'exclusion

L'exclusion, la précarité participent à la fragilisation de l'équilibre mental et sont susceptibles de révéler des troubles latents qui vont se décompenser. La précarisation sociale peut aussi être consécutive de troubles psychiques traités ou non, qui ont invalidé les habiletés sociales de la personne et ses possibilités d'adaptation. Ces troubles sont eux-mêmes aggravés par les modes de vie. La personne peut ne pas percevoir le besoin de soin dans un contexte rendant en soi difficiles la conduite et la continuité d'un projet thérapeutique.

Dans les troubles mentaux avérés dont peuvent souffrir certains usagers des services sociaux, on retrouve l'ensemble des pathologies mentales ayant des effets invalidants importants quant à la vie sociale : les psychoses, les troubles de la personnalité, ou les syndromes dépressifs caractérisés.

La souffrance psychique en lien avec la précarité et l'exclusion désigne en général une symptomatologie qui ne recouvre pas une pathologie mentale avérée, mais un ensemble de manifestations possibles : comportements d'isolement, échecs répétés, ruptures de trajectoires, conduites à risques, conduites addictives, violences contre soi-même et contre autrui ainsi que des ressentis d'abandon, de fatigue, d'épuisement, d'insécurité, de mésestime de soi, de dévalorisation et de honte, d'angoisse et de détresse psychologique.

Cette détresse en lien avec les difficultés de l'existence, présentes et passées, ne relève pas toujours d'une prise en charge médicale. Elle s'exprime, de façon préférentielle, dans l'espace du travail social. On parle ainsi de souffrance psychosociale.

Dans le champ de la clinique psychosociale^[3], la psychiatrie n'intervient pas toujours en première intention, d'autres acteurs de première ligne, notamment les intervenants sociaux, y occupent une place essentielle, ce qui ouvre la voie

à de nouvelles pratiques de prise en charge des personnes en souffrance.

Ainsi les travailleurs sociaux qui ont été rencontrés ont pu identifier des formes différentes de souffrance psychique, notamment à partir des capacités des usagers à utiliser l'aide qui leur est proposée. On peut ainsi distinguer :

- **une souffrance psychique plus directement liée à des déterminants psychosociaux** (chômage, maladie, ruptures...) dont le cumul et la charge affective invalident de façon aiguë les mécanismes de défense et d'adaptation de la personne, mais dans un processus réversible : avec un accompagnement adéquat, ces usagers seront en mesure de franchir progressivement les étapes d'une réinsertion ;
- **d'une autre forme de souffrance psychique** plus souvent décrite chez les personnes en situation d'exclusion. Cette souffrance se présente **sur fond de carences affectives, de violences, de ruptures ayant agi dès l'enfance, comme des traumatismes**. Au cours du développement de la personnalité, des mécanismes d'adaptation n'ont pu être élaborés, tels que la capacité à se projeter dans l'avenir, à utiliser les liens sociaux, à nouer des relations durables, ou même à demander de l'aide et supporter une situation de dépendance. Ces mécanismes entrent fortement en résonance avec des événements de vie déstabilisants, initiant des processus de désocialisation ou contribuant à maintenir l'exclusion. Les situations prolongées d'exclusion ou de précarité semblent pouvoir induire alors d'authentiques troubles mentaux caractérisés. Dans ces situations, une offre d'insertion peut avoir des effets paradoxaux avec refus de la relation d'aide et un paroxysme de troubles psychiques et comportementaux. Il en est ainsi de projets définis sur une durée trop limitée qui, parce qu'ils ne concordent pas avec les capacités d'engagement et d'adaptation de la personne ni à la temporalité qui lui est propre, lui proposent des buts qu'elle n'est pas en état d'atteindre, la mettent en échec et sont sources de souffrance.

[3] Rapport ORSPERE « Point de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale », résultat de deux recherches actions, décembre 1999.

Les travailleurs sociaux, acteurs à part entière dans le champ de la santé mentale

La dimension du travail social dans le champ de la santé mentale (qui ne se confond pas avec celui de la psychiatrie) est encore insuffisamment reconnue, alors qu'elle s'y manifeste sous de multiples aspects.

- De nombreuses actions mises en œuvre dans le cadre du travail social concourent à soutenir la santé mentale en fondant les sentiments d'appartenance, d'utilité et d'identité sociale, qui tiennent une place importante dans la prévention des problématiques de souffrance psychique. Il en est ainsi d'un ensemble d'interventions :
 - qui restaurent de l'identité (notamment par le recouvrement de droits) ainsi que du lien social ;
 - qui favorisent la mobilisation, la requalification des personnes ;
 - qui plus globalement soutiennent l'organisation de liens familiaux et sociaux.

L'exclusion résulte d'une perte de tout ce qui fonde l'identité sociale de l'individu. Ces actions comportent de ce fait une dimension préventive et réparatrice encore insuffisamment explorée. Ces aspects rejoignent les conclusions de l'OMS selon lesquelles les déterminants les plus importants de la santé mentale semblent être ceux qui concernent la maîtrise de sa propre existence, l'identité et la dignité, les liens sociaux et les sentiments de cohésion et signification.

- Les travailleurs sociaux représentent fréquemment **le premier contact**, la première accroche, des personnes en souffrance psychique avec les systèmes d'aide, souvent bien en amont d'une éventuelle démarche de soins. Les services sociaux, surtout ceux qui traitent de l'urgence sociale, sont facilement accessibles. L'utilisateur peut mettre en avant une difficulté matérielle, une demande d'aide concrète plutôt que des difficultés de nature psychologique ou un trouble psychique plus difficiles à exprimer ou à partager.

- Professionnels de la relation capables de mesurer la réalité des difficultés, d'accompagner les personnes et de soutenir une relation d'aide en s'appuyant sur les potentialités de la personne dans sa compréhension globale, les travailleurs sociaux témoignent d'une sensibilité forte à la souffrance psychique : ils sont **en mesure de porter un diagnostic de mal-être personnel et social**, ils ont un savoir et des modes d'intervention d'une autre nature que ceux du psychiatre ou du psychologue.
- La dimension de l'écoute et de l'attention portée à la personne est inhérente au travail social. Mais c'est également **l'ancrage de ce travail dans la réalité** qui, au travers de réponses concrètes en termes d'hébergement, de formation, d'aides matérielles et financières, permet de soulager la détresse sociale, de ramener à la réalité des histoires de vie qui s'en marginalisent, de restaurer l'inscription symbolique de la personne dans le tissu social. En cela, le travail social a des effets sur le psychisme et peut prévenir l'aggravation de troubles ou le basculement dans la pathologie.
- **Les dispositifs sociaux** mis en œuvre peuvent de la même façon répondre de façon fine et adaptée aux besoins psychiques de certains publics (par exemple des dispositifs d'accueil à bas seuil pour des publics désocialisés inscrits dans l'évitement d'une relation d'aide), favoriser par un accueil ou par des éléments d'environnement favorable, un apaisement des tensions, une expression et une réassurance de la personne.



L'intervention sociale d'aide à la personne

De la capacité du travailleur social à engager une relation d'aide à la personne dépendra pour beaucoup, la possibilité pour la personne aidée, de sortir d'un processus qui la met doublement en danger, du fait de la souffrance psychique, du fait de sa situation de précarité ou d'exclusion.

En effet, **la relation d'aide est l'outil de base du travailleur social**. Elle comporte plusieurs dimensions :

- **l'accueil**, le premier contact établi par le travailleur social est reconnu comme déterminant. C'est de la qualité de l'attitude qui consiste à témoigner de la sollicitude, offrir une disponibilité, un sentiment de sécurité, que va dépendre « l'accroche » préalable à l'engagement de la personne dans une démarche sociale. L'attitude d'écoute et d'empathie ouvre un espace de parole libre et facultative pour l'usager qui, par l'écho qu'elle trouve chez un professionnel, permet une reconnaissance sociale et une valorisation de la personne ;
- **l'écoute sociale**, lorsque les réponses manquent, quelle que soit la problématique, reste une réponse en soi. Les travailleurs sociaux font bien la différence entre l'écoute sociale compréhensive, empathique et l'écoute psychothérapique qui permet de travailler sur les processus inconscients. L'écoute sociale prend en compte les conditions sociales de la souffrance psychique et de ses manifestations ;
- **la relation de confiance** qui en découle est également pour les travailleurs sociaux un pilier de la relation d'aide et propose un lien (quelquefois le seul, le dernier) dans des problématiques où l'isolement est souvent majeur. Dans les situations d'exclusion, la mise en place de la relation de confiance est ce qui peut permettre à la personne de se réinscrire dans un processus de changement.

Toutefois, les trajectoires éprouvantes vécues par certains usagers ont pu les amener à développer une forte ambivalence vis-à-vis de toute relation d'aide, méfiance et défiance étant intégrés comme

des mécanismes adaptatifs salutaires. Dans ces situations, le travailleur social est pris dans une relation où confiance et méfiance sont fortement intriquées. Il lui faut parvenir à créer un contexte de coopération, là où prédomine pour l'usager la crainte d'une emprise ou d'un contrôle social.

Ainsi la relation de confiance peut-elle mal s'engager et dès la première rencontre donner prise à des réactions d'hostilité, ambivalence, évitement, méfiance... présageant des difficultés à élaborer une alliance de qualité. Des travaux de recherche conduits dans le cadre des théories sur le système de l'attachement du sujet montrent que des facteurs venant de l'usager agissent dans le phénomène d'alliance de travail. La relation serait mise en échec du fait d'une grande réticence de la personne à ressentir et exprimer un besoin d'aide, tout en redoutant d'entrer dans un lien de dépendance, rendant de ce fait particulièrement difficile l'accroche du travail social.

Cette fragilité spécifique de l'usager mérite attention, car elle induit en effet un risque important de rejet. Elle fait appel, d'une part à la capacité du travailleur social à adapter son intervention au plus près du besoin immédiat et de ce qui est précisément attendu de la personne pour l'aider dans la résolution de son problème. Elle engage d'autre part le savoir faire (être) du travailleur social dans le maintien du lien et de la continuité de la relation, permettant à l'usager d'éprouver la fiabilité du professionnel. La relation de confiance ainsi établie peut alors faciliter, lorsque cela prend sens pour la personne, le recours possible à d'autres professionnels, notamment dans le champ du soin spécialisé.

- **La prise en compte globale de la personne**, et non pas uniquement d'une symptomatologie, permet la recherche de réponses à des problématiques composites qui sollicitent différents niveaux d'intervention et induisent le travail en partenariat.
- **L'utilisation des ressources de l'usager** en étayant ses capacités, en développant ses compétences, est une condition pour co-construire un projet avec la personne, notamment en réactivant son propre réseau de relations.

- **L'instauration d'un cadre** permet d'engager une approche structurante : périodicité des rencontres ou durée déterminée fixée à l'entretien. Un aménagement du cadre peut répondre aux besoins de la relation (entretien écourté, espacement des rendez-vous, accueil bref sans rendez-vous, disponibilité signifiée à l'utilisateur...). Pour les publics très désocialisés, les travailleurs sociaux sont conduits à adapter de façon importante le cadre de leur travail, dans la nécessité d'aller vers les personnes en manque de repères.
- **L'ancrage dans la réalité** conduit à repérer, pour les personnes les plus éloignées des processus d'insertion, ce qui peut être amélioré dans l'immédiat et procurer un mieux-être qui, d'apparence mineur, peut être source de remobilisation de la personne. Il conduit également à ramener des demandes disproportionnées à la réalité des moyens, des outils et du temps. Cela représente la capacité à mettre des limites aux demandes qui sont faites, à recadrer son champ de compétence et à rappeler le cadre de la loi.
- **La capacité du professionnel à accepter les mises en échec du travail social** ou les ruptures du travail engagé qui sont parfois inhérentes au déroulement des processus de changement, la capacité à revenir sur des malentendus ou à s'exprimer sur des attitudes ayant pu échapper à son « professionnalisme », assurent aux usagers la permanence du professionnel et son investissement à leur égard.



La prise en compte de manifestations extrêmes

Les travailleurs sociaux sont de plus en plus souvent exposés à l'expression exacerbée de la souffrance psychique, violences, risques suicidaires, manifestations pathologiques.

➤ Les violences et les vécus d'insécurité dans le travail

Elles peuvent prendre deux formes : celle exprimée par les usagers, et celle engendrée par certains paradoxes de la pratique.

Le Conseil supérieur du travail social, dans la première enquête nationale conduite sur la thématique de la violence dans le champ social, rapporte en ce sens l'augmentation de la fréquence de la violence de la population dans le cadre du travail social, non pas tant l'atteinte directe et physique du travailleur social, que les provocations, menaces et injures.

Toutefois, ce qui pour le travailleur social participe d'un vécu douloureux est le « non accomplissement de sa mission, le sentiment d'impuissance et de culpabilité, alors qu'il se trouve dans l'incapacité de répondre aux demandes des usagers ».

« Les causes de la violence dans le travail social et au-delà des facteurs exogènes évidents, tels que la précarité sociale et les problématiques en découlant, semblent repérées dans le fonctionnement des institutions elles-mêmes. » Ces violences seraient ainsi en partie analysées comme réponse à des violences institutionnelles ou à une augmentation des tensions entre services publics et usagers, adressées au travailleur social censé représenter son établissement.

Des protocoles ont ainsi été mis en place dans certaines institutions, à la fois pour accroître la cohérence interne d'un service (projet institutionnel partagé, solidarité des professionnels et fonctionnement d'équipe) et pour limiter les circonstances favorisant l'expression de violences chez les usagers :

- facilitation de l'accès des publics (signalétique, information sur les modalités d'accueil) ;
- aménagement de l'espace d'accueil ;

- bonne coordination des professionnels ;
- repérage des situations d'urgence et précautions à prendre pour l'accueil des personnes présentant des indicateurs de risque.

La définition des conduites à tenir pour accompagner les professionnels victimes de violences (dépôt de plainte, prise en compte du traumatisme subi, démarche de soins, démarches administratives, soutien de la personne et de l'équipe professionnelle) constitue un aspect important de ces protocoles.

Les travailleurs sociaux considèrent les violences comme une des manifestations de la souffrance psychosociale, parfois dans un registre de toute puissance. Ils y répondent en termes de limites à ne pas dépasser, de rappels de règles de bonne conduite, de références à l'autorité et à la loi ou par une modification du cadre des interventions qui peut aller jusqu'à différer la rencontre dans l'attente d'un apaisement.

➤ La crise suicidaire

Le travailleur social peut pressentir chez l'usager qui le sollicite, un état de crise comportant un risque suicidaire plus ou moins manifeste. Dans la pratique quotidienne, les urgences graves, immédiates sont rares, elles appellent alors une intervention pluridisciplinaire. La relation de confiance qu'il engage, la capacité à parler directement de la mort, met le travailleur social en situation d'aide vis-à-vis d'une personne présentant un désir suicidaire. Les indications qui suivent ne peuvent prétendre modéliser l'intervention en cas de crise suicidaire, mais donner quelques repères dégagés de la stratégie nationale d'action face au suicide.

La crise suicidaire se définit comme un processus qui peut durer de six à huit semaines et qui comporte différentes phases : une phase d'idéation, une phase où le suicide devient une intention de la personne et la phase de programmation avec l'élaboration d'un scénario.

La Conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie et de l'ANAES (devenue maintenant la Haute Autorité de Santé – HAS), sur « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », octobre 2000, définit comme suit, les critères de probabilité et d'imminence d'un passage à l'acte :

Une personne est généralement considérée en urgence faible lorsqu'elle :

- désire parler et qu'elle est à la recherche de communication ;
- cherche des solutions à ses problèmes ;
- pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ;
- maintient des projets réels pour les prochains jours ;
- pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ;
- n'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante.

Une personne est considérée en urgence moyenne si :

- son équilibre émotif est fragile ;
- elle envisage le suicide et son intention est claire ;
- elle a envisagé un scénario suicidaire, mais son exécution est reportée ;
- elle ne voit que le recours au suicide pour cesser de souffrir ;
- elle a besoin d'aide et indique directement ou indirectement son désarroi.

Une personne est considérée en urgence élevée si :

- elle est décidée, sa planification est claire (où, quand, comment) et le passage à l'acte est prévu pour les jours qui viennent ;
- elle est coupée de ses émotions, elle rationalise sa décision ou, au contraire, elle est très émotive, agitée ou troublée ;
- elle se sent complètement immobilisée par la dépression ou au contraire, elle se trouve dans un état de très grande agitation ;
- la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement absentes ;

- elle a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider : médicaments, lames de rasoirs, etc. ;
- elle a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé.

L'évaluation du potentiel suicidaire intègre donc trois dimensions : le risque, l'urgence et la dangerosité.

Elle doit être complétée par l'identification d'un événement précipitant, qui peut être passé, actuel ou à venir, qui a augmenté la tension et le désespoir de la personne.

La façon la plus simple d'établir un bon contact avec une personne suicidaire est d'en parler simplement et directement. Une question non embarrassée : « Vous pensez au suicide ? », « Vous pensez à la mort ? », « Vous voulez mourir ? »... permet le plus souvent d'obtenir une réponse sans détour, avec presque toujours un sentiment de soulagement chez celui à qui la question s'adresse. Le fait, pour une personne en crise, de pouvoir exprimer des intentions de cet ordre à quelqu'un qui ne craint pas d'aborder le sujet, permet de sortir d'un isolement et de reconsidérer la situation.

Les objectifs spécifiques en vue de désamorcer une crise suicidaire sont de repousser l'échéance du passage à l'acte, soutenir la personne pendant la phase aiguë de la crise, transmettre à cette personne le sentiment qu'avec de l'aide elle pourra s'en sortir.

Il est essentiel de susciter l'engagement de la personne en crise suicidaire dans le processus de résolution de son problème et tout en lui assurant un soutien indéfectible et en accomplissant des actes concrets d'aide, de lui donner un rôle actif dans la recherche et le développement de solutions adéquates.

➤ L'état d'agitation

Il peut schématiquement survenir dans trois contextes :

- en dehors de tout contexte pathologique une agitation peut être purement réactionnelle ;
- il existe une cause psychiatrique : l'agitation peut être anxieuse, délirante, maniaque dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive, addictive (ivresse alcoolique, état de manque chez un toxicomane...);



- il existe une cause organique : l'agitation peut résulter d'une maladie somatique, généralement une affection organique (encéphalite, traumatisme crânien...).

Face un à patient agité, la première mesure est d'éviter d'être blessé ou que le sujet agité ne se blesse. Il faut donc tenter de contrôler le symptôme pour prévenir tout acte agressif. Les mesures de contention doivent être le dernier recours. Le dialogue est le plus souvent suffisant, en invitant le sujet à exprimer verbalement ce qu'il manifeste sur le plan comportemental.

Quel que soit le contexte, il faut évaluer le degré de menace que représente le sujet agité (intensité des manifestations agressives, maniement d'une arme, mise en cause personnalisée, trouble connu comme l'épilepsie ou la schizophrénie catatonique...). Si la menace est forte il faut faire appel aux forces de l'ordre.

➔ La crise d'angoisse

Les crises d'angoisse nécessitent le plus souvent une intervention médicale. Celle-ci s'impose davantage pour en comprendre l'origine et amorcer une prise en charge thérapeutique que pour la faire céder. En effet les manifestations anxieuses (palpitations, sueurs, sensation d'étouffement, oppression thoracique, nausée, vertiges, peur de mourir ou de perdre la raison...) s'amendent spontanément en une ou deux heures. L'avis médical est d'autant plus nécessaire que certaines urgences médicales (infarctus du myocarde, embolie pulmonaire...) peuvent revêtir l'aspect d'une crise d'angoisse.

En attendant l'orientation vers une structure de soins ou l'arrivée du médecin, on doit isoler le sujet car la présence de monde autour de lui est un facteur d'aggravation. Le fait de parler avec lui, en le questionnant sur ce qu'il ressent a une valeur d'apaisement.

➔ L'état délirant

Lorsqu'on est confronté à un patient délirant, il convient d'adopter une attitude relativement neutre mais empathique. Cela signifie qu'il faut éviter de donner l'impression au patient que l'on souscrit à ses dires sans qu'il se sente totalement désavoué dans ses convictions. Il faut donc être à l'écoute et tenter de comprendre la nature de ses propos, qui peuvent ne pas être très cohérents, sans laisser penser qu'on les cautionne.

Le délire chez le paranoïaque peut faire illusion, car il peut être très structuré (ex. : délire de jalousie). Il est désorganisé chez le schizophrène, ce qui implique qu'il est immédiatement perçu comme déréel.

Quoiqu'il en soit, le recours à un médecin, de préférence psychiatre est nécessaire. Cela suppose que l'on arrive à convaincre le patient de la nécessité d'une assistance spécialisée et donc que l'on fasse preuve de tact et de persuasion dans le cadre d'une mise en confiance du sujet.

Un nécessaire réajustement des représentations et des pratiques

La levée de représentations ambivalentes ainsi que d'attentes parfois illusoire concernant les soins en santé mentale, une meilleure connaissance de la gestion par la psychiatrie des règles de la rencontre avec le patient, peuvent s'avérer utiles dans le cadre de la relation des travailleurs sociaux aux partenaires de soins spécialisés. Inversement, une meilleure connaissance du champ social par les acteurs du champ sanitaire est également à promouvoir.

➤ Face à la psychiatrie, les attitudes des travailleurs sociaux peuvent osciller entre deux extrêmes :

- **la peur d'accroître la stigmatisation des publics accueillis** dans différentes structures sociales en les adressant à la psychiatrie peut entraîner un recours tardif aux soins spécialisés, parfois après divers autres essais infructueux de traitements, vécus comme un échec. La psychiatrie est souvent associée à l'enfermement, la contrainte, les médicaments ;
- **le souhait que la psychiatrie prenne totalement en charge et garde les publics** qui paraissent relever de ses compétences. Une attente de résultats immédiats concernant la prise en charge, l'hospitalisation et les soins, notamment lors de situations de crise, peut mésestimer le fait que la psychiatrie n'échappe pas non plus aux conduites de rupture (de nombreux patients font l'objet de soins séquentiels, le plus souvent en hospitalisation d'office, suivis de ruptures de soins). Les refus de soins de la part de patients sont fréquemment liés à l'existence de leur passé psychiatrique. Enfin, le temps de prise en charge institutionnelle ne correspond pas au temps nécessaire à une restauration psychique durable, elle même rendue d'autant plus aléatoire que les conditions de vie sont précaires.

➤ Les équipes de psychiatrie défendent certains positionnements

Les patients atteints de troubles mentaux disposent de droits et une hospitalisation sans leur consentement est soumise à des règles précises (cf. annexe).

Les équipes de psychiatrie entendent par ailleurs négocier la prise en charge des patients dans les conditions les plus favorables et définir le cadre de leur action. Ainsi, s'agissant de patients très désinsérés, non traités ou en rupture de soins pour leurs troubles mentaux, ces professionnels peuvent privilégier une démarche « d'approvisionnement » qui s'inscrit et se construit dans la durée, à des soins contraints ou à une médication immédiate peu favorables à l'élaboration du lien. D'une façon générale la psychiatrie ne souhaite pas travailler dans l'urgence ou dans la recherche de réponses immédiates.

Les situations d'urgence comme les situations de crise peuvent être vécues de façon différente par les intervenants sociaux d'une part, les équipes de psychiatrie d'autre part : les premiers tendent à considérer la crise comme l'échec des interventions d'amont, les seconds comme un moyen médico légal d'intervention dans un moment potentiellement fécond de prise en charge et de remaniements psychiques importants.

Parmi les conditions favorables de prise en charge psychiatrique, figure classiquement l'attente de l'émergence d'une demande de soins de la part de l'utilisateur, manifestant l'engagement de la personne dans une démarche de soins et ouvrant la possibilité de nouer avec elle une alliance thérapeutique (peu concevable dans une démarche de soin imposée).

➤ L'ajustement des pratiques

Les secteurs de psychiatrie tendent toutefois à assouplir le cadre de leur intervention pour adapter leur pratique aux publics défavorisés qui, non demandeurs de soins et n'accédant pas aux consultations, ne sont pas habituellement repérés. Ces pratiques, encore inégalement développées selon les lieux, l'implication et les moyens dont disposent les secteurs de psychiatrie, consistent à :

- aller au devant des autres professionnels ainsi que des usagers dans leurs lieux de passage, d'accueil, d'insertion ;
- organiser des actions d'information, de sensibilisation ;
- participer à des échanges interprofessionnels permettant la reconnaissance réciproque des expertises et des savoir-faire ;
- apporter leur soutien aux travailleurs sociaux en difficulté, permettant par un mode d'action indirect, une élaboration des prises en charge ;
- développer une graduation des réponses à l'urgence afin de prendre en compte la diversité des situations composant l'urgence psychiatrique.



Lorsqu'il faut orienter : la relation aux partenaires de soins

Les travailleurs sociaux disposent de modes de repérage des troubles ou de la souffrance psychique qui leur sont propres, et en ont une appréhension fondée sur des signes physiques, subjectifs (identification possible à la souffrance de l'utilisateur ou au contraire sentiment d'étrangeté, notion de violence) ou sociaux, sans intention diagnostique toutefois.

Ce sont les signes de souffrance ou de mal-être, de dangerosité pour soi ou pour autrui, ainsi que la difficulté persistante à établir une relation ou à mettre en œuvre un projet qui les alertent.

Les travailleurs sociaux peuvent également éprouver des difficultés de positionnement lorsqu'ils sont témoins ou dépositaires d'éléments sur lesquels ils ne peuvent travailler seuls : tentatives de suicide, délires, conduites addictives... ou lorsque certains modes relationnels sont pervertis par des aspects pathologiques : sentiment de manipulation, relation d'emprise, violences...

Lorsque les échanges nécessaires avec d'autres professionnels du champ social ne suffisent pas à soutenir le travail dans une situation difficile, un échange d'informations avec des professionnels du sanitaire peut s'imposer pour appuyer ou relancer une dynamique dans l'accompagnement social.

Parfois sollicitées dans ce sens, certaines équipes psychiatriques craignent d'infléchir par un pronostic médical la trajectoire sociale et l'insertion des personnes et opposent aux travailleurs sociaux le secret médical, ce qui conduit à des échecs de collaboration.

En réalité, les travailleurs sociaux n'éprouvent pas le besoin de détenir un diagnostic médical sur la pathologie mentale dont pourrait souffrir la personne, en violation d'un secret médical. Il s'agit essentiellement pour eux d'obtenir des préconisations, des clés pour une validation de l'action conduite avec la personne, une confirmation de la viabilité du projet construit, et de retrouver une sécurité dans leur propre intervention professionnelle.

De ce fait, un ajustement des pratiques est nécessaire entre les différents professionnels, afin d'éviter un repli et un cloisonnement des modes d'intervention qui, à défaut de cohérence, ne peuvent être structurants et faire sens pour l'utilisateur.

L'exploration par le travailleur social des réseaux relationnels de l'utilisateur qui pourraient être mobilisés, la connaissance, en accord avec l'utilisateur, des professionnels qui interviennent dans son suivi, notamment médecin traitant, médecin psychiatre ou équipe de CMP, sont en ce sens indispensables.

Dans certaines situations enfin, le travailleur social doit savoir ne pas s'aventurer trop loin, sans compétence hors de sa discipline. **Lorsqu'il faut orienter**, la démarche de l'utilisateur est facilitée par :

- **l'établissement par le travailleur social de contacts professionnels personnalisés** préalables qui contribuent à l'élaboration d'un projet individualisé et cohérent, facilitent pour certains usagers, le recours à de nouveaux interlocuteurs ;
- **le repérage du dispositif public** de soins psychiatriques, l'inventaire des différentes structures qui existent sur son secteur, permettent de prendre appui sur les équipes de secteur de psychiatrie et de solliciter les différents professionnels qui les composent : médecins, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers... Les sollicitations de professionnels d'autres champs disciplinaires, si elles n'aboutissent pas toujours à des collaborations fructueuses, concourent néanmoins à fabriquer une culture de nécessaire décloisonnement des pratiques. A terme l'établissement de relations peut déboucher sur la mise en place de protocoles d'interventions auprès des personnes en souffrance psychique ou présentant des troubles mentaux avérés ou de travail indirect de la psychiatrie auprès des travailleurs sociaux.

- **la dédramatisation du passage** vers d'autres professionnels : méconnaissance et appréhension sont souvent à l'œuvre chez les publics en difficulté. Ce passage est d'autant plus facilité qu'il n'engendre pas chez l'utilisateur de sentiments d'abandon ou de rupture dans la relation de confiance engagée avec le travailleur social. Le souci de ce dernier de maintenir en tant que de besoin la continuité de cette relation, lorsque la personne est orientée vers le système de soin spécialisé notamment, est en ce sens fondamental.

En cas de déni ou de refus de soins, et lorsque le travailleur social éprouve la pesanteur de la situation, il peut signifier à l'utilisateur ses limites propres et son besoin professionnel d'en référer à un tiers spécialisé.

Cet ajustement des pratiques entre professionnels du social et du sanitaire permet de soutenir dans la durée une relation d'aide qui, tout en proposant le recours possible au soignant, laisse à l'utilisateur le temps d'adhérer à la démarche et d'élaborer une demande de soins ou d'aide psychologique.

Conclusion

Les travailleurs sociaux disposent avec leurs outils propres et leur expertise d'une légitimité à intervenir dans le champ de la santé mentale et à y exercer une action préventive essentielle, qu'il faut mieux reconnaître.

La pluridisciplinarité, le développement de réseaux demeurent cependant la voie la plus adaptée pour répondre aux problématiques psychosociales, du fait de leur complexité, de leur nombre et de la charge qu'elles représentent parfois pour des professionnels isolés.

La construction des articulations entre le sanitaire et le social se développe progressivement, des initiatives professionnelles dans ce sens existent. Il est important qu'elles soient soutenues et valorisées par les institutions.

Les orientations politiques en santé mentale vont dans le sens d'un décloisonnement des champs disciplinaires et d'une plus forte participation de la psychiatrie dans le champ de la précarité et de l'exclusion avec la double finalité du service rendu aux professionnels ou institutions de première ligne et du service rendu à l'utilisateur.

Dans le même sens, les institutions qui prennent en compte les difficultés des professionnels et les besoins d'étayage qu'ils manifestent pour adapter et enrichir leur pratique (formation, supervision, soutien) concourent de façon importante à la qualité de leur projet et des prestations apportées aux personnes.



Annexes



Quelques rappels sur les grandes pathologies

La souffrance psychique est une notion extrêmement hétérogène. Elle recouvre à la fois des états d'âme douloureux, des réactions tristes à des déceptions, des vécus difficiles de situations éprouvantes, des comportements déviants de mise en danger de soi ou des autres et des troubles mentaux.

Il convient donc de distinguer ce qui est du domaine morbide – les maladies mentales – de la détresse psychologique. L'une nécessite une prise en charge médico-psychologique, alors que l'autre bénéficie d'un soutien psychosocial. Ce travail de repérage doit permettre d'orienter vers les filières de soin les patients souffrant de troubles psychiatriques, sans « psychiatriser » des situations qui n'ont pas lieu de l'être.

Il s'agit là d'une mission particulièrement nécessaire car les troubles mentaux sont sous-diagnostiqués et donc sous-traités. Une grande étude européenne (ESEMed) vient ainsi de montrer que **seul un déprimé sur sept accédait à des soins adaptés, une grande partie d'entre eux n'ayant jamais consulté**. De même, on sait qu'il existe **un délai d'environ dix ans** en moyenne, entre les premiers symptômes d'une psychose manico-dépressive (Trouble bipolaire) et la première prise en charge thérapeutique adaptée. Or, ce retard au diagnostic et au traitement est préjudiciable car non seulement il prolonge inutilement la souffrance psychique du patient mais il l'expose à des complications (suicide, recours à la drogue ou à l'alcool, consommation anarchique de psychotropes...), à l'aggravation de ses troubles et de leurs conséquences sociales ; par exemple, le déprimé n'aura pas l'énergie pour faire face à ses difficultés, l'aggravation de celles-ci ne feront que renforcer la mauvaise estime de lui-même.

Le travailleur social au contact des populations en difficulté, peut contribuer à améliorer le repérage des personnes concernées par une affection psychopathologique caractérisée. Les quelques développements suivants visent à distinguer la tristesse de la dépression, l'anxiété normale du trouble anxieux, le simple abus d'alcool de la dépendance à l'alcool, la crise d'adolescence

de la schizophrénie débutante... Il ne s'agit pas, pour le travailleur social, de faire un diagnostic mais d'être attentif à des petits signes qui permettent de mieux comprendre la nature de la souffrance psychique de son interlocuteur afin de l'orienter vers les structures de soins ou d'assistance les plus adaptées.

La santé se définissant comme un état de complet bien-être physique mental et social, la souffrance psychique est un trouble de la santé mentale au sein de laquelle on peut schématiquement distinguer :

- **les états psychologiques désagréables** (tristesse, angoisse, difficultés relationnelles, inhibitions, baisse de concentration intellectuelle...) ;
- **les troubles de la personnalité** : les traits de personnalité constituent des troubles lorsqu'ils sont rigides et inadaptés et qu'ils causent une souffrance subjective ou une altération significative du fonctionnement ;
- **les troubles mentaux** dont la psychiatrie retient principalement 5 grands types :
 - troubles de l'humeur (dépressions et trouble bipolaire) ;
 - troubles névrotiques et anxieux (troubles panique, obsessionnel-compulsif...) ;
 - troubles psychotiques (schizophrénie, paranoïa...) ;
 - troubles addictifs (alcoolisme, toxicomanie, voire l'anorexie mentale) ;
 - troubles psycho-organiques (débilité congénitale, démences...).

➤ Reconnaître une dépression

Toute tristesse n'est pas nécessairement dépressive. Il est par exemple normal d'être triste au cours d'un deuil. La tristesse « pathologique » ou état dépressif se caractérise par quelques critères aisément repérables :

- il s'agit plus d'un état d'émoussement affectif que d'une tristesse au sens où on l'entend usuellement (les patient le signalent d'ailleurs). Il est fait d'ennui, de désintérêt, de perte de goût pour les plaisirs habituels et s'accompagne souvent de culpabilité et d'auto-dépréciation ;
- il est associé à des symptômes somatiques comme la perte d'appétit, les troubles du sommeil, des douleurs ;

- il s'inscrit dans un ralentissement psycho-moteur avec lenteur des gestes et difficulté à fixer son attention (pour lire ou regarder la télé par exemple) ;
- il s'accompagne d'idées noires qui peuvent aller jusqu'à des idées suicidaires.

Cet état doit être durable (au moins deux semaines) et entraîner une gêne marquée dans la vie du sujet pour être considérée comme pathologique.

Si le sujet a eu par le passé des périodes d'excitation, où il était agité, anormalement euphorique, insomniaque, désinhibé... au point d'inquiéter son entourage, il est probable qu'il souffre de trouble bipolaire (psychose maniaco-dépressive).

➤ Reconnaître un trouble anxieux

L'anxiété est une émotion humaine normale et même nécessaire à la vie puisqu'elle permet de mobiliser ses ressources propres pour faire face à l'adversité. Elle devient pathologique lorsqu'elle se prolonge et qu'elle est une entrave à la vie du sujet ou qu'elle évolue vers des fonctionnements névrotiques :

- crises d'angoisse aiguës (avec par exemple le sentiment que l'on va mourir) qui se répètent et entraînent la peur de la survenue d'une autre crise (anxiété anticipatoire) ;
- sentiment d'appréhension permanent et durable (parfois des années) avec inquiétude pour des riens comme dans le Trouble anxieux généralisé ;
- phobie qui, dans les formes extrêmes, peuvent confiner le patient chez lui (agoraphobie) ou lui interdire tout contact social (phobie sociale) ;
- trouble obsessionnel compulsif où le sujet devient l'esclave de pensées obsédantes (souvent absurdes comme la peur d'être contaminé par un microbe ou la nécessité de compter et recompter mentalement des chose insignifiantes) et/ou de rituels (désinfection, vérifications...) qui l'assaillent plusieurs fois par jour sans qu'il puisse les contrôler ;
- état de stress post-traumatique où le souvenir d'un événement traumatique (attentat, agression sexuelle, accident dramatique...) hante le sujet par des cauchemars toutes les nuits et des reviviscences le jour ;

- troubles à expression somatique avec l'hypochondrie, les psychalgies (douleurs chroniques sans substratum organique), les conversions hystériques.

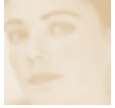
Comme pour la dépression, ces troubles, pour être considérés comme pathologiques, doivent être durables et entraîner une souffrance cliniquement significative avec notamment des répercussions sociales. On ne saurait mettre sur le même plan une phobie simple, par exemple de certains animaux et une agoraphobie sévère qui peut gravement gêner la vie d'un patient.

➤ Reconnaître un trouble psychotique

C'est avant qu'il ne se manifeste par des idées délirantes qu'il est souhaitable de suspecter un trouble schizophrénique. Celui-ci débute entre 15 et 25 ans, dans une période riche en bouleversements personnels, familiaux et professionnels. De plus, la prise de cannabis, fréquente chez les jeunes psychotiques, peut être un facteur de confusion. Quoiqu'il en soit, au moindre doute, il est utile de demander un avis spécialisé.

Quelques manifestations doivent retenir l'attention en sachant qu'aucune n'est spécifique :

- fléchissement de l'activité, modification de l'affectivité, hostilité inattendue contre les proches, modification marquée et brutale du caractère ;
- symptômes névrotiques et anxieux atypiques comme par exemple des pseudophobies notamment des dysmorphophobies où le patient a des craintes sur son intégrité corporelle ;
- comportements bizarres, ésotériques ou inintelligibles pour l'entourage ;
- impulsions violentes rationalisées de manière étrange ;
- raisonnement hermétique et paralogique ;
- désorganisation de la pensée et du langage (notamment le « barrage », c'est-à-dire la suspension du cours du discours, en milieu de phrase, sans raison apparente, le patient reprenant la parole sur un autre sujet après cette pause sans gêne ni explication).



Annexe 1

Parfois, il s'agit de situations de crise (agitation, angoisse de dépersonnalisation, effraction délirante...) suffisamment explicites pour qu'une orientation vers une structure de soins psychiatriques soit envisagée.

➔ Reconnaître un trouble addictif

Les troubles addictifs posent moins de problèmes de repérage au travailleur social souvent confronté à l'alcoolisme et à la toxicomanie.

Il convient toutefois de préciser qu'il est pertinent de distinguer l'abus de la dépendance. En effet, consommer trop d'alcool (plus de trois verres par jour, toutes boissons alcoolisées confondues) est assez différent que d'être dépendant de l'alcool.

Un buveur excessif n'étant pas nécessairement alcoolo-dépendant. La dépendance se repère :

- par la nécessité de boire tous les jours ;
- par le besoin irréprensible de boire avec des symptômes de malaise : tremblements, sueurs, irritabilité... (sevrage) qui surviennent en l'absence de prise d'alcool et qui sont calmés par l'absorption d'un verre d'alcool ;
- par le fait de boire dès le matin, parfois dès le réveil.

Cette dépendance est identique à la dépendance au tabac (la cigarette du réveil) ou à d'autres substances. La dépendance impose une prise en charge médicalisée, au moins pour l'aide au sevrage.

➔ Reconnaître un trouble psycho-organique

De nombreuses affections neurologiques (tumeur du cerveau, encéphalopathie, maladie neuro-dégénérative...) ont au début de la maladie, une composante psychopathologique qui parfois masque l'organicité du trouble. Ce n'est pas au travailleur social de l'identifier puisque cela nécessite un examen neurologique approfondi et souvent des examens complémentaires ; quoiqu'il en soit, il n'est pas inutile d'y penser lorsque l'on observe un brusque changement de comportement, ou un déficit de mémoire ou une confusion mentale chez un sujet, surtout s'il est âgé.

Annexe 2

**Souffrances et troubles psychiques :
rôle et place du travailleur social**

Le dispositif de santé mentale

L'organisation du dispositif de soin en psychiatrie a longtemps été marquée par sa dimension asilaire, devant répondre à un soin marqué par le nécessaire isolement des malades. Cette organisation s'est traduite par la loi du 30 juin 1838 articulée autour d'une structure hospitalière spécialisée : « l'asile d'aliénés ».

En 1960 et par voie de circulaire, est créé « le secteur psychiatrique » permettant de soigner dans la communauté et de proposer par le maillage de l'ensemble du territoire, des soins d'égale qualité à l'ensemble des patients. Certains secteurs se développent, mais la persistance de la loi de 1838 ne favorise pas l'évolution du dispositif de soins.

En 1985 le secteur bénéficie d'une reconnaissance juridique et devient un outil reconnu de santé publique capable de faciliter l'accès aux soins pour une population donnée.

En 1990, une circulaire relative aux orientations de la politique de santé mentale réaffirme la mission du secteur et insiste sur l'intérêt de développer la prévention, d'assurer les missions d'intervention dans la communauté et de favoriser les actions d'insertion et de réinsertion sociale. Elle rappelle l'intérêt qui s'attache à l'ouverture de la psychiatrie, d'une part sur les centres hospitaliers généraux, et d'autre part sur le monde extra hospitalier.

La loi du 31 juillet 1991 intègre la psychiatrie aux disciplines hospitalières de court séjour, supprimant la séparation entre la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et la psychiatrie.

Outre le dispositif de soins sectorisés, l'offre de soins psychiatriques est constituée des médecins psychiatres libéraux et des établissements de santé privés ne participant pas au service public hospitalier (cliniques privées à but lucratif).

La sectorisation psychiatrique

L'organisation du dispositif public ou privé participant au service public repose sur la sectorisation psychiatrique (à l'exception de quelques services de psychiatrie implantés dans les centres hospitaliers universitaires, qui ne relèvent pas d'une sectorisation).

Chaque secteur de psychiatrie générale ou infanto-juvénile est placé sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier, assisté d'une équipe pluridisciplinaire. Celle-ci est notamment composée de psychiatres, infirmiers, psychologues, éducateurs spécialisés, assistant de service social, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychomotriciens.

La sectorisation est fondée sur la proximité et la continuité des soins, l'unicité de l'équipe médico-sociale, la délimitation d'une aire géographique d'intervention. Elle vise à promouvoir une évolution du dispositif de soins sortant d'une logique institutionnelle, au profit de prises en charge diversifiées et de proximité adaptées aux besoins des patients.

En 2000, on compte 829 secteurs de psychiatrie générale (chaque secteur représentant une assise territoriale théorique de 70 000 habitants) et 321 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Ces secteurs peuvent être rattachés à un centre hospitalier « spécialisé », à un centre hospitalier général ou à un établissement privé participant au service public de lutte contre les maladies mentales.



➔ Les équipements et services de lutte contre les maladies mentales sans hébergement

- **Les centres médico psychologiques (CMP)** sont des unités d'accueil et de coordination en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à la disposition des populations. Les CMP sont le pivot du dispositif de psychiatrie publique dans la communauté.
- **Les centres d'accueil permanents** sont des CMP habilités à répondre à l'urgence psychiatrique, ouverts 24h sur 24. Ces centres, peu nombreux, peuvent disposer de quelques lits pour des prises en charge ne dépassant pas 48 heures.
- **Les hôpitaux de jour** assurent des soins polyvalents, individualisés, intensifs, prodigués dans la journée, le cas échéant à temps partiel.
- **Les ateliers thérapeutiques** utilisent des techniques de soins particulières en vue du ré-entraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale.
- **Les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP)** visent à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe.
- **Les services d'hospitalisation à domicile.**

➔ Avec hébergement

- **Les unités d'hospitalisation à temps complet.**
- **Les centres de crise** sont des centres d'accueil permanents disposant de quelques lits permettant des prises en charge intensives et de courte durée pour répondre aux situations d'urgence et de détresse aiguë.
- **Les hôpitaux de nuit** organisent des prises en charge thérapeutique de fin de journée et une surveillance médicale de nuit et, le cas échéant, de fin de semaine.
- **Les appartements thérapeutiques** sont des unités de soins à visée de réinsertion sociale, mis à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue, de personnels soignants.
- **Les centres de postcure** sont des unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome.
- **Les services de placement familial** organisent le traitement des malades mentaux de tous âges, placés dans des familles d'accueil.

D'autres alternatives ont été développées en faveur des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Certaines entrent clairement dans le champ médico-social ou social. Pour d'autres, la frontière avec le secteur sanitaire est plus floue : appartements associatifs, clubs thérapeutiques, entreprises d'insertion.

Des structures de type médico-social ont parfois été créées par les établissements de santé en faveur des personnes présentant des troubles mentaux : les accueils familiaux sociaux, les CAT, les foyers à double tarification, les maisons d'accueil spécialisées...

Annexe 3

**Souffrances et troubles psychiques :
rôle et place du travailleur social**

L'hospitalisation sans consentement

La loi du 27 juin 1990 prévoit deux régimes d'hospitalisation sans consentement

➔ L'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT. / Art L 3212-1 du code de santé publique)

L'HDT est prononcée par le directeur de l'établissement hospitalier d'accueil à la condition que soient remplis les critères suivants :

- l'existence de troubles mentaux rendant impossible de donner son consentement ;
- un état nécessitant des soins immédiats assortis d'une surveillance en milieu hospitalier.

La demande d'admission est présentée, soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exception du personnel soignant dès lors qu'il exerce dans l'établissement d'accueil.

La demande peut être signée par l'assistante sociale, qui fait partie de l'équipe pluridisciplinaire, mais n'est pas personnel soignant au sens juridique du terme. Il faut cependant que l'assistante sociale, tiers garant, puisse justifier de relations antérieures à la demande d'admission, avec la personne concernée. Cette démarche reste personnelle, l'assistante sociale agit indépendamment de tout lien de subordination vis à vis du médecin responsable et du directeur de l'établissement.

L'admission est prononcée au vu de deux certificats médicaux, concordants et circonstanciés, dont le premier doit avoir été établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil.

➔ L'hospitalisation d'office (HO / art L 3213 1 du Code de la santé publique)

L'HO est prononcée par le Préfet (ou le Préfet de police à Paris) sous condition des deux critères suivants :

- existence de troubles mentaux nécessitant des soins ;
- compromettant la sûreté des personnes ou, de manière grave, l'ordre public.

Elle est prononcée au vu d'un certificat médical circonstancié qui ne peut émaner d'un psychiatre de l'établissement hospitalier d'accueil.

En cas de danger imminent pour la santé de la personne elle même ou pour la sûreté des personnes, les procédures sont simplifiées :

- pour l'HDT, il n'est plus besoin que d'un seul certificat d'un médecin qui peut exercer dans un établissement d'accueil ;
- pour l'HO, le maire ou, à Paris, les commissaires de police, sont compétents pour prendre des mesures provisoires à l'égard des personnes dont les troubles mentaux sont attestés par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique (motif exceptionnel d'admission). Il en est référé dans les 24 heures au préfet qui statue dans une période de 48 heures, soit en prononçant un arrêté d'hospitalisation d'office au vu d'un certificat médical circonstancié qui peut être antérieur à l'hospitalisation, mais ne peut émaner d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, soit en annulant les mesures provisoires.



Rapports ministériels, orientations nationales

- « Evolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé. »
Rapport DGS / avril 2002.
www.sante.gouv.fr
- « Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale. »
Rapport DHOS/ mars 2002.
www.sante.gouv.fr
- Prise en charge de la souffrance psychique et des troubles de la santé mentale dans les situations de précarité et d'exclusion.
Rapport DGS, annexe 6 de la circulaire du 19 février 2002 relative aux PRAPS de deuxième génération.
www.sante.gouv.fr
- Plan national d'action pour l'inclusion sociale 2003-2005.
www.social.gouv.fr
- Formation à l'intervention de crise suicidaire.
Manuel du formateur.
www.sante.gouv.fr
- Plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008.
www.sante.gouv.fr

Ont participé au groupe de travail

Mesdames

Evelyne DAVY, CAS, Département social, santé, insertion - 93400 SAINT-OUEN

Michèle DREYFUS, Centre Hospitalier Ste-Anne - 75014 PARIS

Liliane DUROCHER, Stagiaire DESS Santé publique - PARIS

Marie-Anne LE GAL, Carrefour des Solidarités - 76000 ROUEN

Sarah SARRAGOUSSI, Hôpital Maison-Blanche - 75012 PARIS

Messieurs

Maurice ELAIN, L'Etape (CHRS, Foyer d'accueil) - 45000 ORLEANS

Jean-Claude LAUMONIER, UMAPPP - 76000 ROUEN

Dr Georges NAULLEAU, Hôpital ESQUIROL - 94413 SAINT-MAURICE

Ont été auditionnés

Gérard CHABOT, Ville de Créteil - 93000 CRETEIL

Dr Nicole GUEDENEY, Institut Montsouris - 75014 PARIS

Françoise ULM, Conseil général - SEINE-ST-DENIS

Dr Chantal LAUREAU, ATD-Quart monde - PARIS

Remerciements pour leur relecture attentive et leurs remarques à

Christine FAURE, Pôle social de la CASS - 94400 VITRY-SUR-SEINE

Dr Jean FURTOS, ORSPERE - 69677 BRON

Dr Nicole GUEDENEY, Institut Montsouris - 75014 PARIS

Marcel JAEGER

Dr Serge KANNAS, MNASM - 75013 PARIS

Pr PARQUET, Université de Lille II - LILLE

Pr Frédéric ROUILLON, DGS - PARIS

Dr Martine BARRES, DGAS - PARIS

Murielle RABORD, DGS - PARIS

Mariane STOROGENKO, DGAS - PARIS

Remerciements pour sa contribution à l'ensemble des travaux et pour la réalisation de l'enquête auprès des travailleurs sociaux à

Liliane DUROCHER, DESS santé publique, ENSP, Faculté de médecine X. Bichat

Remerciements à l'ensemble des travailleurs sociaux qui ont permis ou se sont prêtés volontairement à l'enquête.

Coordination des travaux

Danielle BARICHASSE, Direction générale de la Santé, Bureau de la Santé mentale

Pierre LARCHER, Direction Générale de l'Action sociale, Bureau Politiques de prévention, d'insertion et d'accès aux droits

Suivi de l'édition

Cellule communication de la Direction générale de la Santé.



Rôle et place du travailleur social

Les travailleurs sociaux sont de plus en plus fréquemment confrontés, dans les différentes situations au cours desquelles ils établissent une relation d'aide à la personne, à l'expression de souffrances ou de troubles psychiques générés ou aggravés par des difficultés multiples : familiales, sociales, de santé, économiques...

S'il est rendu plus complexe et doit de ce fait être soutenu, le travail social demeure un vecteur essentiel de prise en charge de la souffrance psychosociale et doit être en tant que tel, mieux reconnu.

Cette plaquette, destinée aux travailleurs sociaux, a été conçue dans le cadre d'un groupe de travail pluri professionnel conduit par la Direction générale de la Santé et la Direction générale de l'Action sociale. Ce document doit, en appont de formations de professionnels de terrain contribuer à l'élaboration et à la reconnaissance d'une pratique de travail social qui, avec ses outils propres, participe d'une façon spécifique au champ de la santé mentale.

Direction générale de la Santé

14, avenue Duquesne - 75007 Paris
Téléphone : 01 40 56 60 00 - Fax : 01 40 56 40 56

www.sante.gouv.fr

www.sante.fr

Dans la même collection :



Formation à l'intervention de crise suicidaire



Jeunes en grande difficulté : prise en charge concertée des troubles psychiques