



Marseille
24 & 25 novembre 2015

Le logement accompagné
c'est services compris !

Mini-conférence

Synthèse

Troubles psychotiques, handicaps psychiques et logement accompagné

*Dolores Torres, psychiatre des hôpitaux,
responsable de Secteur Marseille,
présidente d'ARPSYDEMIO*

*Introduction par Sylvie Emsellem,
chargée de missions à l'Unaf*

Dolores Torres revient sur la modification du titre de son intervention, qui était initialement « Accompagner les personnes en souffrance psychique dans le secteur du logement accompagné ». La souffrance psychique concerne des personnes qui traversent des épreuves particulièrement difficiles et ne débouche pas systématiquement sur des troubles psychiques, qui sont de réelles pathologies.

I. L'histoire de la maladie mentale et de la psychiatrie

Dolores Torres rappelle que le 18^e siècle a connu l'enfermement systématique, dans des hôpitaux généraux, des personnes errantes. La naissance de la Révolution française, la montée des revendications sur la liberté et l'arrivée du Siècle des Lumières font naître un débat à l'Assemblée nationale sur le statut de ces personnes enfermées et leur éventuel relâchement. Celles qui resteront enfermées deviendront les « malades mentaux ». Des postes de médecins seront créés pour travailler avec elles, les observer et décrire la maladie mentale. La psychiatrie va naître, en Europe, dans ces lieux d'enfermement. Les représentations actuelles, qui continuent d'associer folie et enfermement, en découlent directement.

Philippe PINEL ôtera les chaînes de ces personnes, mais à l'intérieur de l'asile, structure créée pour protéger les malades mentaux de la société et inversement. Cette posture sera dénoncée par Michel Foucault dans « La naissance de la folie à l'âge classique ». Le 19^e siècle voit la construction d'*hospitaux-villages*, qui vivent en totale autarcie. La loi de 1838, qui instaure le placement d'office et le placement volontaire, perdurera jusqu'en 1990. Les psychiatres sont, à ce moment, logés dans les hôpitaux, vivent avec les malades, les observent et décrivent les symptômes, sur le mode de la médecine somaticienne et de la neurologie.

Dolores Torres explique que le débat sur l'enfermement des malades mentaux commence avec Freud et les hystériques de la Salpêtrière. Freud sera le premier à écouter le profond mal-être de ces femmes, en majorité issues de la bourgeoisie viennoise. Il inventera la psychanalyse, basée sur le soin par la parole.

Au début du 20^e siècle, de grands hôpitaux psychiatriques regroupent des milliers de malades. Entre les deux guerres mondiales, Edouard Toulouse, psychiatre, va inventer les premières consultations ambulatoires pour les « petits malades psychiques ». Avant la Seconde Guerre mondiale, la montée du nazisme en Allemagne s'accompagne de l'extermination systématique des malades mentaux.

Dolores Torres évoque Gustav Kolb, psychiatre allemand qui a développé les soins ambulatoires et le placement familial, mais dont les activités ont été stoppées par le régime nazi.

En France, 40 000 malades mentaux sont morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques durant la Seconde Guerre mondiale, en raison des difficultés de ravitaillement. Seuls les malades internés dans des hôpitaux ruraux ou bénéficiant du soutien de leur famille ont survécu. L'isolement social les a condamnés à mourir. Cette catastrophe, couplée à la volonté de certains soignants revenus de déportation de ne pas reproduire les conditions d'enfermement qui étaient les leurs dans les camps, va conduire au développement de la

psychiatrie de secteur. 60 000 lits, soit la moitié, seront fermés en l'espace de trente ans, au profit des lieux de jour. Actuellement, 90 % des personnes suivies en psychiatrie publique le sont dans des CMP (centres médico-psychologiques).

Il reste néanmoins un clivage fort entre l'intra et l'extra hospitalier. Peu d'alternatives à l'hospitalisation à temps plein ont été proposées et peu de logements ont été créés, les hôpitaux considérant que cette action relevait du social et non du sanitaire. Cette posture persiste, alors que le logement fait partie intégrante de l'histoire de la personne et de sa prise en charge.

Dolores Torres rapporte une augmentation constante des demandes de prise en charge. La crise sociale, notamment celle du logement, accentue l'errance des populations les plus fragiles, qui atterrissent finalement dans le domaine médico-social alors que ce dernier ne peut, seul, les prendre en charge et leur proposer un suivi psychiatrique adapté.

II. La schizophrénie

Dolores Torres rappelle que la démence précoce, ancêtre de la schizophrénie, a été ainsi nommée car les malades mouraient entre 35 et 40 ans, enfermés dans leur monde intérieur. Le terme schizophrénie évoque la coupure de leur psyché et aboutira au concept de dissociation. La schizophrénie est à différencier de la perversion, dans laquelle la transgression de la loi et de la morale est volontaire. La schizophrénie, au contraire, détruit l'unité psychique de la personne, à l'instar d'autres troubles psychotiques tels que les délires chroniques ou la paranoïa.

La schizophrénie reste la pathologie majeure des troubles psychotiques, dont les premiers symptômes se manifestent par l'apparition d'hallucinations visuelles, auditives ou olfactives. Seules des interprétations délirantes, deuxième symptôme, permettent au sujet malade de donner un sens à ces phénomènes incompréhensibles qui envahissent progressivement son psychisme. La schizophrénie intervient généralement chez le jeune adulte, entre 16 et 25 ans, qui va se replier sur lui-même. La prise de toxiques amplifie le phénomène, d'autant que le diagnostic est souvent posé avec retard puisque les personnes malades vivent fréquemment dans le déni de leurs troubles, troisième symptôme caractéristique.

La schizophrénie est une maladie neuro-développementale. Les personnes qui en souffrent méritent d'être soignées, comme n'importe quel citoyen, et non d'être stigmatisées. L'espérance de vie des personnes souffrant de troubles psychiques sévères est toujours diminuée, en France, de quinze ans. Les personnes meurent de pathologies somatiques graves, qui ne sont pas soignées car elles ne sont pas dépistées. Dolores Torres reconnaît néanmoins que dépister et soigner des patients atteints de convictions délirantes fortes reste complexe.

La schizophrénie engendre une grande angoisse et conduit fréquemment les personnes au suicide lorsqu'elles se rendent compte qu'elles sont malades. Elle se manifeste également par une grande tristesse, des insomnies et des troubles du comportement, qui disparaissent normalement dès la prise en charge. Elle est associée à des troubles cognitifs, en particulier

une difficulté de concentration, des troubles de la mémoire et une incapacité à gérer deux informations contradictoires. Cette incapacité s'expliquerait par un développement différent des connexions neuronales entre les différents lobes du cerveau.

III. Prendre en charge et accueillir des personnes psychotiques

Dolores Torres rappelle que la population schizophrénique représente 1 à 2 % de la population totale. Elle assure que les traitements médicamenteux sont de plus en plus efficaces, respectent les fonctions cognitives et développent de moins en moins d'effets secondaires. L'accueil des personnes psychotique dans le logement accompagné est conditionné par l'accompagnement psychiatrique à proposer, en sus de l'accompagnement social. Il est nécessaire d'instaurer un véritable partenariat entre les équipes de secteur, les SAMSAH, les SAVS et les équipes sociales du logement accompagné.

Dolores TORRES reconnaît que le manque d'hygiène et la violence sont les symptômes les plus gênants de la schizophrénie. Elle signale que, depuis la loi du 11 février 2005 qui reconnaît le handicap psychique, la prestation compensatoire du handicap ou la présence d'une auxiliaire de vie peuvent être demandées.

Débat

Une participante regrette que le partenariat évoqué par Dolores Torres soit si difficile à mettre en place. Elle évoque par exemple le refus d'une équipe de secteur de se déplacer.

Dolores Torres recommande d'écrire au directeur de l'hôpital, au représentant des familles et des usagers de l'établissement et, en dernier recours, à l'ARS (Agence régionale de santé).

Une participante souligne être davantage confrontée au déni de la pathologie qu'au non-suivi des personnes psychotiques. L'appel aux équipes de secteur s'avère parfois inutile, la personne n'étant plus en phase délirante intense lorsqu'elles arrivent.

Dolores Torres considère qu'il est préférable de monter un partenariat régulier, en amont des crises, avec l'infirmier ou l'éducateur référent du CMP.

Un participant évoque ses difficultés lors de l'accueil de personnes souffrant de troubles bipolaires, dont le refus d'observer le traitement médical rend très complexe l'articulation entre CMP, hôpital et pension de famille.

Dolores Torres ne voit d'autre solution que de réussir à établir une relation de confiance avec la personne malade, afin qu'elle accepte d'être soignée. Ce travail peut être extrêmement long. Elle souligne l'importance de tenir un langage commun en matière de traitements. Elle reconnaît néanmoins que certains patients sont très difficiles à prendre en charge.

Une participante s'interroge sur la prise en charge des patients qui associent troubles psychiques et prise de toxiques et qui sont souvent renvoyés de service en service.



**Le logement accompagné
c'est services compris !**

Dolores Torres confirme que la prise de toxiques est en augmentation, notamment le cannabis, alors qu'il est extrêmement hallucinogène. Certains patients, s'ils sont soutenus par leur famille, arriveront à stopper ces pratiques addictives. D'autres ne le pourront pas, d'autant qu'elles permettent de masquer en partie les pathologies psychiques.

Dolores Torres considère que la prise en charge des patients multifactoriels est à assurer par l'équipe de secteur.

Une participante indique que la PCH (prestation compensatoire au handicap), que sa structure demande fréquemment, est généralement soumise au besoin d'aide à la toilette de la personne.

Dolores Torres confirme que la propreté corporelle est le critère majeur. Elle évoque la possibilité de recours auprès des tribunaux administratifs en cas de refus de PCH.

Une participante signale que les pensions de famille peuvent s'adresser aux SAMSAH, qui représentent une porte d'entrée vers les CMP afin qu'une prise en charge psychique soit mise en place.

Dolores Torres confirme que le partenariat entre les SAMSAH et les SAVS est intéressant et à développer.

Un participant souligne la relation problématique entre le secteur médical et le secteur social, notamment en raison du secret médical qui empêche les acteurs sociaux d'accéder à des informations utiles pour la gestion quotidienne des malades. Il rappelle que les établissements sanitaires ne bénéficient d'aucun financement pour le personnel médical. Il regrette que les partenariats entre le secteur médical et le secteur social ne soient basés que sur la bonne volonté des uns et des autres.

Dolores Torres reconnaît que les pratiques soignantes sont extrêmement différentes d'un psychiatre à l'autre.

Une participante évoque le développement des conseils locaux en santé mentale, dont la problématique habitat et santé mentale est l'une des priorités.

Sylvie Emsellem confirme que leur fonctionnement est probant, mais déplore que leur existence soit très différente selon les territoires.

Une participante souligne que le réseau santé mentale et logement ne permet pas de régler toutes les situations complexes, mais permet aux différents acteurs de ne pas être isolés.

Une participante s'interroge sur l'efficacité des appartements associatifs diffus.

Dolores Torres confirme qu'elle est effectivement favorable à des appartements dans le diffus, qui sont un moyen très efficace pour les personnes de reprendre confiance, à condition, et particulièrement au début du processus, que les équipes de secteur soient prêtes à intervenir très rapidement si la personne ne se sent pas bien.