

Université Lille2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le diplôme inter-universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2016

# **SOMMES-NOUS TOUS DES PSYCHOLOGUES COMMUNAUTAIRES ?**

**Réflexions sur l'intervention du psychologue dans les pratiques  
communautaires en psychiatrie à partir de l'expérience  
Denaïsiennne**

Violine Révillion

Tutorat : Nicolas Daumerie

## Remerciements

*Je remercie Me le docteur Coquidé et le pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Denain pour m'avoir donné l'opportunité de participer à ce Diplôme Inter-Universitaire et avoir soutenu ce projet.*

*Je remercie chaleureusement les camarades, les organisateurs, ainsi que les intervenants du DIU pour m'avoir fait vivre ces moments de découverte, d'échange, de remise en question, de démocratie sanitaire.*

*Je remercie mes collègues psychologues du pôle de psychiatrie adulte pour avoir participé à cette étude et pour faire vivre la profession avec conviction au sein du centre hospitalier de Denain.*

*Je remercie également les usagers et mes collègues « pluridisciplinaires » qui quotidiennement depuis mon arrivée dans le service m'aident à penser ma pratique de psychologue.*

*Je remercie Nicolas Daumerie pour avoir encouragé et soutenu ce travail, pour ses conseils ainsi que pour son engagement de psychologue communautaire.*

*Je remercie tout particulièrement Mahault et Rodolphe, ma famille, pour avoir permis la réalisation de cette formation et m'avoir soutenu « psychologiquement » pendant cette recherche.*

*Enfin, je remercie mes parents, psychiatre et psychologue, de m'avoir transmis leurs engagements passionnés envers leur profession, la psychiatrie et ses usagers et de soutenir chaque étape de mon parcours de psychologue.*

# Sommaire

Introduction.....	4
1. Histoire et évolution des pratiques des psychologues en psychiatrie.....	6
1.1. Le psychologue et la psychiatrie : Un destin lié ?.....	6
1.2. Émergence de la sectorisation : Du testeur au thérapeute.....	7
1.3. De la nécessité d'une reconnaissance légale pour le psychologue et le secteur psychiatrique .....	8
1.4. De nos jours, quel rôle pour le psychologue en psychiatrie ?.....	10
1.5. La psychologie communautaire : Un nouvel espace de pratiques pour le psychologue clinicien ?.....	12
2. Étude : Les psychologues cliniciens sont ils prêts à s'engager dans les pratiques communautaires en psychiatrie ? .....	15
2.1. Hypothèse .....	15
2.2. Méthode.....	16
2.3. Présentation de la psychiatrie au centre hospitalier de Denain : Évolution et perspectives .	17
2.4. Résultats .....	21
2.4.1. Données générales concernant l'échantillon des psychologues interrogés :.....	21
2.4.2. Concernant la connaissance de leur profession :.....	21
2.4.3. Concernant la conception générale de la profession de psychologue :.....	21
2.4.4. Concernant la pratique clinique des psychologues dans leur service.....	22
2.4.5. Connaissance et perception des concepts : .....	23
2.4.6. Concernant l'avis des psychologues sur les dispositifs de soins orientés dans la cité : .	24
3. Discussion.....	27
Conclusion.....	32
Bibliographie .....	34
Annexes .....	37

## Introduction

Psychologue clinicienne depuis 9 ans maintenant au sein du secteur psychiatrique 59G33 du centre hospitalier de Denain, la réflexion autour de ma pratique et plus généralement des pratiques des psychologues en psychiatrie ne m'a pas quitté depuis mes premiers pas dans le service. Je suis sortie de l'université en 2005 avec un master en psychologie clinique et pathologique réalisé sur deux universités françaises (Lille et Nanterre), une formation riche théoriquement et cliniquement avec l'ensemble de mes stages réalisés dans la fonction publique hospitalière et plus particulièrement dans divers services de psychiatrie de la région (Ulysse Trélat, Valenciennes, St Amand-les Eaux). Un intérêt certain pour la psychiatrie que m'ont sans doute transmis mes parents, acteurs à leur façon, de l'histoire de la psychiatrie à Valenciennes dans leur travail respectif de psychiatre et de psychologue.

Ce poste à l'hôpital de Denain est mon premier poste. Il a évolué depuis 9 ans en même temps que le service. J'intervenais au départ dans l'unité d'hospitalisation, au niveau des maisons communautaires ainsi qu'au centre médico-psychologique. Mon activité actuelle concerne principalement les dispositifs de consultations ambulatoires.

Ce qui m'a frappée d'emblée en arrivant, c'est l'extrême précarité des personnes accueillies. Une précarité dans le sens d'une rupture des liens qui semblent fondamentaux pour la personne : pauvreté au niveau des ressources, des liens sociaux, professionnels, et parfois même familiaux.

La confrontation entre mes représentations issues de ma formation, la pratique de terrain et les besoins des patients m'a amenée à réfléchir sur diverses questions :

- les liens entre précarité et souffrances psychiques,
- l'accès aux soins des personnes,
- la nécessaire dédramatisation des soins psychiatriques,
- les dispositifs de soins qui proposent une intervention hors des murs de l'hôpital.

J'ai commencé à participer au réseau précarité santé mentale du territoire, au congrès national sur les équipes mobiles. J'ai suivi une formation sur l'hospitalisation à

domicile en psychiatrie. C'est dans cette même démarche que j'ai naturellement intégré le DIU « Santé mentale dans la communauté ».

Il faut bien admettre que les psychologues sont peu représentés dans cette formation depuis sa création en 2011. Cela traduit-il un désintérêt des psychologues pour les pratiques intégrées dans la cité ? La question mérite de se poser.

Au fil de mes recherches dans le cadre du DIU j'ai découvert la psychologie communautaire dans le champ de la santé mentale et son application en psychiatrie. Cette discipline est encore peu développée en France voire méconnue. Elle offre pourtant une perspective intéressante pour le travail du psychologue en psychiatrie.

Ainsi, je propose dans cette étude, d'interroger les pratiques des psychologues en psychiatrie avec un questionnement sous-jacent : « Les psychologues sont-ils prêts à s'investir dans les pratiques communautaires ? ».

Au travers de l'histoire de la profession et de l'évolution des pratiques, je tente d'approcher une définition de la clinique du psychologue en psychiatrie. Je propose ensuite de partir de l'analyse des pratiques et représentations des psychologues du pôle de psychiatrie de Denain afin de discuter cette problématique.

Le titre de ce mémoire fait référence à l'ouvrage de psychologie sociale de J.P. Leyens : « Sommes-nous tous des psychologues ? » (1983), remanié en 2012 par Leyens et Scaillet. Cet ouvrage de psychologie sociale découvert dans la première année de formation m'a beaucoup marqué. Il traite de la formation d'impression et s'énonce comme une mise en garde à la pratique et à la formation du psychologue qui nécessite « rigueur et prudence ». D'après E. Drozda-Senkowska qui signe la préface de 2012, ce livre interroge sur quel psychologue nous sommes, quel psychologue nous aimerions être et quel psychologue nous formerons. C'est en ce sens que le choix du titre « Sommes nous tous des psychologues communautaires ? » s'est imposé pour ce travail.

# **1. Histoire et évolution des pratiques des psychologues en psychiatrie**

Définir les pratiques des psychologues en psychiatrie apparaît intéressant, dans une mise en perspective entre l'histoire de la psychiatrie et l'histoire de la profession, compte tenu du lien étroit et complexe qu'ont toujours entretenu ces disciplines.

## **1.1. Le psychologue et la psychiatrie : Un destin lié ?**

Alors que la psychiatrie en France devient une spécialité médicale au début du 19<sup>ème</sup> siècle sous l'égide de Pinel, l'histoire de la profession de psychologue est, quant à elle, relativement récente. Elle est le fruit d'une lente maturation avec une alternance régulière de rassemblements et de conflits portant sur les différentes branches de la psychologie, sur les différents courants théorico-cliniques et les différentes organisations professionnelles.

La psychologie clinique apparaît en tant que discipline dans plusieurs pays occidentaux dès le début du 20<sup>ème</sup> siècle. Dans une démarche d'emblée militante, D. Lagache décrit une clinique « armée » qui utilise les techniques de l'observation, la méthode des tests et l'investigation clinique sous l'angle de la psychanalyse, la psychologie sociale et l'ethnologie. C'est sous son impulsion, entre 1947 et 1963, qu'elle s'inscrit comme une discipline des sciences humaines et qu'apparaît pour la première fois la profession de psychologue clinicien (Ohayon 2006).

On peut penser que l'essor de la psychologie clinique et de la psychopathologie ont naturellement conduit les psychologues aux portes des institutions psychiatriques.

Mais l'émergence de cette nouvelle discipline a suscité l'incompréhension des instances médicales basées alors sur le monopole de la clinique et de la psychologie médicale. La problématique de la place du psychologue et de son indépendance professionnelle vis-a-vis du médecin s'est posée rapidement avec la nécessité de résoudre les questions du statut et de la formation du psychologue pour permettre à la profession d'exister.

En 1963, une première circulaire reconnaît légalement le psychologue. Elle en fait un acteur nécessaire du secteur public notamment dans les dispensaires d'hygiène mentale et les hôpitaux psychiatriques, compte tenu de « la mise au point de technique nouvelle en psychiatrie ». Elle évoque le psychologue en tant que « collaborateur » du corps médical. Le premier certificat de psychologie clinique est créé en 1966 à Censier par J. Faviez-Boutonnier (Halley, Chiarelli 2014).

Dès lors les destins de la Psychiatrie et de la pratique du psychologue semblent liés.

## **1.2. Émergence de la sectorisation : Du testeur au thérapeute**

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, la prise de conscience de l'horreur des camps et la découverte de dizaines de milliers de personnes mortes de faim abandonnées dans les institutions asilaires rendent nécessaire la réforme du système psychiatrique. Changer l'asile devient alors une exigence humanitaire (Hochmann 2004). C'est le mouvement désaliéniste qui aboutira, à partir de l'expérience de St Alban conduite entre autres par Balvet, Tosquelles et Bonnafé, à la circulaire ministérielle de 1960 sur la psychiatrie de secteur.

Parallèlement, la psychanalyse pénètre massivement la psychiatrie et permet d'envisager la psychothérapie en tant que traitement. La psychothérapie institutionnelle se développe et propose une vision s'appuyant sur la vie en communauté et l'institution pour renouer le lien social. Les réunions d'équipe favorisent l'expression des soignants et les réunions de pavillon favorisent celle des malades (Hochmann 2004).

Bien que les fondements de la fin de l'enfermement asilaire à vie et la nécessité de « structures hors les murs » soient clairement posés dès 1960, il faudra attendre quelques années pour que le « secteur » se mette en place.

En effet, jusqu'au début des années 70, c'est le modèle médical et hospitalo-centré qui domine et les psychologues exercent principalement une pratique de testeur, éventuellement d'entretien, dictée par le chef de service. Le soin est exclusivement médical. Les neuroleptiques sont apparus depuis 1952. On pratique encore la lobotomie et les électrochocs (Mornet, 2012).

Profitant du vent de révolte de mai 1968 sur les libertés individuelles, l'influence du mouvement anti-psychiatrique de Cooper et Lang en Angleterre et de Basaglia en Italie, la psychiatrie communautaire se développe, les hôpitaux s'ouvrent sur l'extérieur en France et offre aux psychologues la possibilité de développer leurs pratiques.

A partir des années 80, les structures extra-hospitalières se mettent en place. Les centres médico-psychologiques favorisent la pratique des psychothérapies. Dans les Hôpitaux de jour et Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, les psychologues proposent des prises en charge de groupe parfois en co-animation avec d'autres professionnels, le travail en équipe pluridisciplinaire prend une autre dimension dans laquelle la spécificité du psychologue à toute sa place.

### **1.3. De la nécessité d'une reconnaissance légale pour le psychologue et le secteur psychiatrique**

La reconnaissance de la place du psychologue passe également par une reconnaissance sociale qui n'intervient qu'en 1985 par l'intermédiaire d'une loi et d'un titre unique pour tous les psychologues.

La même année, la loi sur la reconnaissance légale du secteur est ratifiée. En 1986, un arrêté vient préciser les structures de soins en psychiatrie, l'hospitalisation ne représente plus exclusivement le soin en psychiatrie.

En 1991 un décret d'application concernant le statut particulier du psychologue dans la fonction publique hospitalière est publié. Le psychologue est reconnu dans son autonomie professionnelle et son statut de cadre de catégorie A de la fonction publique hospitalière. Son rôle au niveau individuel et institutionnel, ainsi que sa fonction de Formation, Information et de Recherche sont évoqués.

Parallèlement, le code de déontologie de la profession qui permet de réguler les rapports entre les psychologues et la société est voté en 1996. Il est ratifié par de nombreuses associations de psychologues. Il est depuis réactualisé.

L'inscription au répertoire ADELI devient également obligatoire pour les psychologues dès 1998.

Pour expliquer la lente mise en place du secteur psychiatrique, Baillon (2001) évoque de nombreux obstacles et énonce trois grandes critiques :

- L'instrumentalisation des soins et l'atomisation des structures qui ont conduit à une juxtaposition et non une continuité dans le soin. Pour Baillon c'est à ce niveau que se situe la perte de la préoccupation en termes de santé publique.
- L'inégalité de la répartition des équipements psychiatriques en France.
- L'état qui n'a finalement pas appliqué la politique de secteur renforçant l'hospitalocentrisme par le transfert de la psychiatrie au sein de l'hôpital général et la récupération de l'intersectorialité à des fins purement économiques.

A partir de 2004 se succèdent les plans en santé mentale témoins de la nécessité pour les politiques de faire un état des lieux et de (re)penser les soins en psychiatrie. Certains constats vont dans le sens d'une inadéquation entre offre de soins et besoins des malades. Il apparaît nécessaire de penser le soin conjointement avec la prévention et l'accompagnement, de lutter contre la stigmatisation dont sont victimes les personnes atteintes de troubles mentaux (Rapport Roelandt-Piel 2001) et de renforcer la dimension pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle des prises en charge. Mais les bilans mettent en avant certains dysfonctionnements notamment en termes de difficultés d'accès à une première consultation, de recours problématique à la contention et l'isolement et d'inégalité territoriales dans l'offre de soins (Rapport Robillard 2013).

Mais la loi Hôpital Patient Santé Territoire (2009) met à mal deux notions importantes pour la psychiatrie et le psychologue. Elle fragilise celle de « secteur psychiatrique » et efface la prise en compte des « aspects psychologiques » de la personne.

Pour les psychologues, les textes se succèdent. En 2010, deux d'entre eux suscitent une vive mobilisation : Le décret sur l'usage du titre de psychothérapeute et la circulaire de mai relative aux conditions d'exercices des psychologues dans la fonction publique hospitalière.

En 2012, les négociations entre la direction générale de l'offre de soins et les organisations syndicales permettent la reconnaissance du niveau de formation des psychologues pour l'usage du titre de psychothérapeute (décret de mai 2012). Deux

circulaires éclairent les conditions d'exercice des psychologues hospitaliers et proposent une expérimentation de structuration de la profession (Frémaux et Mondière, 2014).

#### **1.4. De nos jours, quel rôle pour le psychologue en psychiatrie ?**

Enfin, les différents plans en santé mentale se succèdent mais quelle place et quel rôle pour le psychologue hospitalier ?

Cette question de la place du psychologue clinicien dans son milieu d'intervention semble être une réflexion permanente qui anime la profession depuis son origine et qui a sans doute contribué à l'évolution des pratiques psychologiques et à la diversité de ses champs d'intervention.

Cette réflexion reste centrale comme l'évoque le titre du 21ème forum professionnel des psychologues organisé par la fédération française de psychologie en 2006 « Être psychologue : De la diversité des pratiques à l'unité de la psychologie ? ». Ou encore les 6èmes entretiens francophones de la psychologie en juin 2015 qui réunissaient les psychologues autour du thème : « Psychologue : A quel titre ? 30 ans plus tard, bilan et défis pour la formation et la pratique des psychologues ». Plus récemment à Lille se tenait une journée d'étude : « Psychologues : Quels engagements ? Quels combats ? » (Mai 2016) où la question de la place du psychologue s'inscrit toujours comme une lutte pour la reconnaissance.

D. Robillard dans son rapport sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie de 2013 est d'ailleurs le seul à poser nommément la place du psychologue. Il souligne notamment l'importance de leur rôle et de leur formation dans les établissements publics de santé et met l'accent sur leurs liens de coopération avec les équipes soignantes.

La loi santé de 2016 réintroduit enfin la prise en compte de la dimension psychologique de la personne. Le mot « psychologue » entre pour la première fois dans le code de santé publique en tant qu'acteur de soin. La loi propose également la mise en place d'un projet psychologique d'établissement en complémentarité du projet médical.

Par ailleurs, la fiche métier réactualisée « psychologue » dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière définit clairement le psychologue hospitalier

dans des actions préventives, curatives et de recherche, dans une démarche professionnelle propre, pour promouvoir l'autonomie de la personnalité, déclinant un ensemble assez large d'activités sous l'angle de l'intervention thérapeutique, la collaboration interdisciplinaire et l'élaboration de projet, d'étude et de recherche.

P. Cohen en 2012 posait le constat que les avancées statutaires et sociétales avaient permis aux psychologues cliniciens d'élargir leur champ d'intervention mais que leurs pratiques restent quasiment inchangées.

En effet, le constat est qu'en psychiatrie, le rôle du psychologue semble depuis longtemps confiné au sein des structures de soins dans une posture quasi exclusivement institutionnelle. Le psychologue intervient au sein d'un service d'hospitalisation ou d'un centre médico-psychologique, dans son bureau attendant la demande du patient. Il peut être dans l'accompagnement hors des murs mais toujours en tant que garant de l'institution soignante. C'est là, sans doute, l'héritage important de la psychothérapie institutionnelle.

Pendant, cette posture est elle efficiente pour garantir l'accès de tous aux soins psychiques ? Quant est il, par exemple, des populations précaires bien en peine dans la formulation de demande aux portes des institutions de soins ?

Les différents rapports en santé mentale posent le constat des effets délétères de l'enfermement, des pratiques de contention et d'isolement (Robillard 2013), les usagers entendent être reconnus comme des acteurs de leur santé (Roelandt-Piel 2001 ; Caria 2007) et les politiques de soins s'orientent clairement vers le développement des soins ambulatoires.

On assiste en France depuis plusieurs années à la création d'équipes mobiles de soins psychiatriques. Le programme « un chez soi d'abord » se développe dans les grandes agglomérations Marseille, Paris et Lille (Girard et al. 2010). La psychiatrie s'entend désormais sous l'angle de la santé mentale. On crée des conseils locaux en santé mentale. Les soins davantage intégrés dans la cité apparaissent nécessaires.

Le psychologue peut s'adapter à ces nouveaux modes de pratiques en passant d'un rôle institutionnel à un rôle davantage communautaire (Daumerie et al. 2009).

## 1.5. La psychologie communautaire : Un nouvel espace de pratiques pour le psychologue clinicien ?

T. Saias définit la psychologie communautaire comme une discipline autonome depuis 1965, inspirée du mouvement communautaire en Amérique du nord, héritière à la fois de la santé communautaire, du travail social et de la psychiatrie communautaire (2011). Elle se situerait au carrefour de la psychologie sociale, de la clinique systémique et de l'action politique locale (T. Saias 2009).

Elle s'appuie sur les concepts de justice sociale et de solidarité. Elle utilise l'empowerment comme processus (Saias 2011) dans une perspective écologique prenant en considération le sujet au regard de l'ensemble de ses environnements familial, sociétal et politique. Elle repose donc sur la participation communautaire, le développement des ressources et compétences individuelles et collectives. Ainsi, la psychologie communautaire reconnaît l'expertise en santé mentale du côté de l'utilisateur et de la communauté (Saias, 2009).

Burton (2007) la définit comme un cadre de pensée et d'exercice permettant le développement social. La psychologie communautaire inscrit son action dans la prévention et la promotion de la santé (cité par Saias, 2011).

La psychologie communautaire pose donc la question de la place du psychologue dans le champ de la santé communautaire et plus particulièrement de la santé mentale.

Le psychologue communautaire intervient dans un champ plus large que celui exclusif du soin au sens curatif mais s'inscrit plus largement dans des actions de prévention et promotion de la santé mentale. Daumerie et al. (2009) propose une définition du rôle de psychologue communautaire en psychiatrie à travers l'expérience concrète développée depuis plusieurs années au sein du secteur 59G21. Il consiste en pratiques à la fois cliniques, de recherche-action, de promotion de la santé mentale et de travail en réseau.

La pratique clinique du psychologue communautaire en psychiatrie trouve son inscription dans la communauté dans la modification de ses lieux d'interventions. La consultation ambulatoire s'est traditionnellement figée au sein des centres de consultation ou Centre médico-psychologique. L'approche communautaire permet au psychologue de délocaliser sa consultation sur des lieux de droit commun intégrés dans la commune, ou au

domicile du patient. Saias (2011) parle de consultation communautaire. Des lieux accessibles et banalisés participant à la dé-stigmatisation de la souffrance psychique.

Ainsi, le psychologue communautaire ne renonce pas à une pratique clinique même si la psychologie communautaire s'enrichit de la psychologie sociale, de la santé ou des organisations. Elle est une psychologie intégrative (Saias 2011) qui se nourrit des divers courants théoriques. Il ne renonce pas non plus à l'intervention individuelle bien que la cible de la psychologie communautaire soit la communauté.

De part sa fonction de Formation Information Recherche, le psychologue peut intervenir dans le développement et la promotion de la santé mentale par le biais de Recherche-Action. Il peut s'investir dans un travail de coordination et d'information en collaboration avec les usagers et les équipes en participant par exemple à l'élaboration des Semaines d'Information en Santé Mentale (SISM).

Le travail en réseau est un outil essentiel de la psychiatrie communautaire. Il permet une réflexion commune aux enjeux locaux en santé mentale. Le psychologue peut s'y investir en participant activement aux réunions de divers réseaux, dans les ateliers santé ville ou autour de réunion dite de « cas complexe » au cours desquelles il apporte son regard dans le respect éthique du secret professionnel partagé. Il peut être un acteur dans la réflexion sur la mise en place de Conseil Local en Santé Mentale (CLSM).

En conclusion, la psychologie communautaire offre aux psychologues cliniciens de « secteur » de nouvelles perspectives d'intervention compatibles avec l'évolution des soins en psychiatrie et leurs compétences à la fois cliniques et méthodologiques.

De plus, les deux leviers fondamentaux de cette approche communautaire du point de vue du soin se situent dans les processus d'empowerment et de rétablissement des personnes. L'empowerment renvoie au pouvoir et à la capacité d'agir voire à l'autonomisation de la personne (Daumerie 2011) et participe à son processus de rétablissement. Ce dernier s'appréhende à partir de son expérience perçue et vécue et passe par l'acceptation des troubles, le désir et la motivation au changement (Provencher 2002). Rendre à l'utilisateur sa place d'acteur centrale de son parcours de soins, s'entend dans le respect de la personne dans sa dimension psychique comme un droit inaliénable dont la reconnaissance fonde l'action et la déontologie des psychologues.

En effet, *Le psychologue réfère son exercice aux principes édictés par les législations nationale, européenne et internationale sur le respect des droits fondamentaux des personnes, et spécialement de leur dignité, de leur liberté et de leur protection. Il s'attache à respecter l'autonomie d'autrui et en particulier ses possibilités d'information, sa liberté de jugement et de décision (...)* (code de déontologie du psychologue version actualisée de 2012)

Cependant, on constate sur le terrain que peu de psychologues sont impliqués dans les actions communautaires en psychiatrie, dans les réseaux en santé mentale, les interventions au domicile du patient. Le rapport de l'ANAP (2015) propose un retour d'expérience des interventions à domicile des équipes en psychiatrie s'appuyant sur le travail de 14 dispositifs de soins répartis sur l'ensemble du territoire. Seuls trois dispositifs bénéficient de l'intervention de psychologue (le SMPP du secteur 59G21 et L'EMAP du secteur 66G04) dont l'un de façon très ponctuelle (l'IAD de suivi des secteurs de Clermont Ferrand).

De plus, les formations universitaires initiales et continues en France abordent peu le champ de la psychologie communautaire. La revue de la littérature française sur le sujet semble réduite aux quelques auteurs cités précédemment.

La psychologie communautaire en santé mentale est donc peu développée en France.

## **2. Étude : Les psychologues cliniciens sont ils prêts à s'engager dans les pratiques communautaires en psychiatrie ?**

Alors que dans d'autres champs d'intervention (gériatrie, soins palliatifs, santé publique, psychotraumatisme...) les psychologues sont présents au domicile des patients, dans les équipes mobiles, au sein des réseaux de santé, dans la rue... Ces pratiques sont moins répandues chez les psychologues dans les secteurs de psychiatrie adulte. La problématique posée ici est celle des déterminants qui expliqueraient cet état de fait.

Afin d'apporter des éléments de réflexion et de compréhension autour de cette question : « Les psychologues hospitaliers sont ils prêt à s'engager dans des pratiques communautaires en santé mentale ? », je propose une étude autour des pratiques des psychologues du pôle de psychiatrie adulte du Centre Hospitalier de Denain.

A partir de l'étude des représentations que les psychologues ont de leur pratique clinique, il s'agit donc d'identifier les éventuelles difficultés et freins à la mise en place de ce type d'intervention.

Dans le principe de la recherche-action, cette étude a également pour objectif de sensibiliser et d'informer du cadre théorique de la psychologie communautaire, d'amorcer l'ébauche d'une mise en question des pratiques cliniques et pourquoi pas ... de susciter un intérêt vers une pratique de psychologue communautaire.

### **2.1. Hypothèse**

L'hypothèse est que l'intervention du psychologue dans les pratiques communautaires ne va pas de soi. Il pourrait y avoir des résistances liées à l'identité professionnelle des psychologues mais également à une méconnaissance du cadre conceptuel de la psychologie communautaire.

## 2.2. Méthode

Il s'agit dans un premier temps de recueillir par le biais d'un questionnaire les éléments relatifs :

- aux connaissances générales qu'ont les psychologues de leur métier,
- aux représentations qu'ils ont de l'intervention du psychologue en psychiatrie,
- aux pratiques qu'ils développent sur leur secteur,
- aux connaissances qu'ils ont des concepts de psychiatrie citoyenne et de psychologie communautaire,
- à leur positionnement quant aux pratiques psychologiques communautaires.

Ce questionnaire (Cf annexe) comporte 23 questions : certaines questions sont ouvertes et amènent l'interviewé à se positionner librement dans sa réponse, dix sont fermées et proposent une réponse dichotomique de type Oui/Non. Les diverses questions portent sur des faits, des opinions ou des représentations.

Il est remis personnellement en mains propres aux 5 psychologues du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Denain qui travaillent sur les deux secteurs de psychiatrie adulte le 59G33 (Denain-Wallers) et le 59G34 (Denain-Bouchain) avec une note présentant l'étude.

Le psychologue répond seul au questionnaire. Il est invité à le faire aussi librement et spontanément que possible.

L'analyse des résultats est d'une part quantitative sur la base de statistiques descriptives. L'intérêt se porte également sur l'analyse du contenu des réponses.

Afin de bien cerner le cadre de cette étude, il est important de présenter la pratique de la psychiatrie à Denain qui détermine le contexte dans lequel évoluent les psychologues qui participent à cette étude.

## 2.3. Présentation de la psychiatrie au centre hospitalier de Denain : Évolution et perspectives

Il est difficile de présenter la psychiatrie à Denain sans évoquer le contexte socio-économique de ce secteur, tristement célèbre dans la région pour être depuis plusieurs années lauréat de la « ville la plus pauvre de France ». Ce bassin de vie compte environ 100000 habitants. Commune florissante du temps de l'industrie minière puis de la sidérurgie, la ville connaît à la fermeture brutale d'Usinor en 1983 un effondrement où le chômage prend des proportions dramatiques laissant la population désemparée avec une perte de ses repères identitaires (Pager, 1984). La pratique psychiatrique se trouve ainsi impactée sur le secteur par une grande précarité de la population.

Les deux secteurs de psychiatrie adulte du centre hospitalier de Denain présentent au départ une histoire commune et assez caractéristique d'un secteur de psychiatrie «traditionnel».

Pour réaliser l'historique de la psychiatrie à Denain, je me suis appuyée sur le discours de soignants, toujours en activité sur le secteur, et présents dès la mise en place de la sectorisation à Denain.

Ces secteurs comportaient initialement une unité d'hospitalisation au sein d'Ulysse Trélat en région lilloise, institution asilaire qui regroupait à l'époque de nombreux secteurs de la région. Une activité de consultation ambulatoire était en place et était rattachée à la consultation médico psychologique de Valenciennes.

En 1977, une consultation médico psychologique s'ouvre dans la ville de Denain. Elle regroupe les activités des deux secteurs (59G33 et 59G34) et assure les prises en charge d'adultes et d'enfants. L'équipe est alors constituée de deux chefs de service, deux secrétaires, deux assistantes sociales, deux psychologues et une psychomotricienne.

En 1980, arrivent les premiers infirmiers de secteur ayant reçus une formation spécifique d'infirmiers psychiatriques. Dans le même temps l'intersecteur de pédopsychiatrie de Denain se met en place dans un travail en partenariat avec la psychiatrie adulte.

En 1987, s'ouvre un hôpital de jour intersectoriel. L'unité d'hospitalisation de 15 lits ouvre en 1991 au sein de l'hôpital général de Denain et accueille au départ les patients

stabilisés avec un projet de réinsertion. Les autres patients sont toujours hospitalisés sur Ulysse Trélat. La psychiatrie de liaison se développe au sein de l'hôpital avec notamment les écoutes suicidants.

En 1998, deux unités d'hospitalisation de 30 lits sont créées. Le *Rivage* regroupe l'unité *Lesage* (au premier étage) et l'unité *Janet* (au rez-de-chaussée) gérées par deux chefs de services. On assiste alors à un remaniement important de l'équipe infirmière constituée de soignants d'Ulysse Trélat, de soignants issus des services de soins généraux de l'hôpital et de nouvelles embauches. Le travail est alors intersectoriel avec le partage des moyens soignants. L'orientation des soins est exclusivement inspirée de la psychothérapie institutionnelle. Certains soignants et médecins ont d'ailleurs reçu une formation à Laborde.

L'année 2001 est très marquée significativement pour l'ensemble des soignants de la psychiatrie à Denain. C'est l'année de la séparation des secteurs. Dans la conscience collective, elle résulterait d'un conflit marqué entre les deux chefferies. Dès lors les deux secteurs se développent parallèlement sans aucune collaboration.

De part et d'autre se développent un ensemble de structures : Deux CMP, deux hôpitaux de jour, deux clubs associatifs, et des maisons communautaires.

En 2006, le secteur 59G33 voit le départ de l'ensemble de l'équipe médicale auquel succède le départ des deux psychologues et d'une assistante sociale. Faute de médecins, pendant un an, des psychiatres de Lille mandatés par la DASS se relaient pour faire fonctionner le secteur. Dans les esprits, la menace de la fermeture du secteur est omniprésente.

En septembre 2007, Madame le docteur Coquidé arrive en tant que chef de service. On assiste à une restructuration progressive du secteur 59G33 dont les pratiques tendent peu à peu à s'intégrer dans la cité.

- Création de l'espace Couple et famille animé par deux thérapeutes familiaux,
- Ouverture progressive du service d'hospitalisation qui était totalement fermé en 2006.

- Réorganisation des prises en charge avec des recours à l'hospitalisation programmée en favorisant le soin libre autant que possible.
- Fermeture progressive de lits : l'unité Lesage qui comportait 30 lits en 2006 n'en compte plus que 25.
- Restructuration des activités en hôpital de jour et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel tournée vers l'insertion dans la ville et la réhabilitation psychosociale,
- Création d'une équipe spécifique de psychiatrie de liaison (3 infirmiers),
- Création d'une équipe spécifique aux maisons communautaires (3 infirmiers),
- Au CMP, mise en place d'un groupe de prise en charge de l'anxiété et d'une consultation deuils récents animé par une psychologue et des infirmières.

Un mi-temps de psychologue est créé en 2010 pour le service d'hospitalisation.

En 2013, mise en place d'une permanence psychologique au sein du centre social du Faubourg du Château à Denain, quartier sensible de la commune, assurée par une psychologue. L'objectif étant de favoriser l'accès aux soins psychiques d'une population très enclavée dans son quartier et en difficulté pour envisager d'aller vers les dispositifs de soins traditionnels.

En 2014/15 suppression de 6 postes d'infirmiers par le non remplacement de départs à la retraite sur l'ensemble de la psychiatrie adulte comme « effort de participation » au retour à l'équilibre budgétaire de l'hôpital.

En 2015, création du Pôle de psychiatrie qui regroupe, les deux secteurs de psychiatrie adulte et l'intersecteur de pédopsychiatrie. La même année le chef de service du secteur 59G34 quitte le centre hospitalier de Denain. Le pôle et les deux chefferies sont alors assumés par un même médecin et les projets vont dans le sens d'un retour à l'intersectorialité.

Ainsi les projets concernant les deux secteurs de psychiatrie de Denain concernent principalement :

- Le développement des prises en charge ambulatoires des adolescents de 16 ans.
- Le développement des soins ambulatoires favorisant la réinsertion dans la cité.
- Le développement des partenariats avec les structures locales de santé mentale par la validation de convention.

En 2016, on assiste à la mise en place d'une équipe d'intervention et d'accompagnement à domicile constituée d'un binôme infirmier pour les patients nécessitant un accompagnement soutenu dans leur maintien au domicile, sortant d'hospitalisation ou en prévention et évaluation à un moment de crise.

En septembre 2016, à partir de réflexion au sein de l'atelier santé ville, une équipe d'intervention en partenariat avec la ville de Denain est créée. Elle est composée d'infirmiers, d'assistantes sociales et de psychologues. Ce dispositif a pour but, de soutenir l'accès au soin des personnes par le biais d'écoute, de formation et d'éclairage aux intervenants locaux. Il propose donc une permanence téléphonique quotidienne 5j/7, des consultations d'orientation, la mise en place de groupe d'échange des usagers et prévoit des réunions de sensibilisation auprès des partenaires et des réunions autour de « cas complexes ».

Depuis une dizaine d'années, la pratique de la psychiatrie à Denain s'intègre davantage dans la cité, en référence aux principes de la réhabilitation psycho-sociale. Les équipes se forment peu à peu. Le travail de prévention autour de la santé mentale (re)devient un axe important de mission du pôle. Le partenariat avec la ville et les élus locaux commence à se mettre concrètement en place notamment par le biais de l'atelier santé ville.

## 2.4. Résultats

Les cinq psychologues ayant reçus le questionnaire ont accepté d'y répondre. Etant donné la taille de l'échantillon de réponses, les résultats sont analysés d'un point de vue descriptifs.

Les réponses aux questions de type oui/non sont traitées quantitativement. Les réponses ouvertes sont traitées dans leur contenu avec un intérêt particulier à la récurrence des réponses en regroupant par thèmes les notions exprimées par les psychologues.

Les résultats sont présentés en respectant l'ordre des questions proposées dans le questionnaire (Cf annexe).

### 2.4.1. Données générales concernant l'échantillon des psychologues interrogés :

L'échantillon des psychologues interrogés est constitué de 4 femmes et d'un homme. La moyenne d'âge est de 39 ans. L'ancienneté moyenne dans la profession est de 11 ans. Elle est de 10 ans dans leur service actuel. Pour trois d'entre eux, il s'agit d'un premier poste. Ils ont tous un DESS ou master professionnel en psychologie clinique. Seuls deux d'entre eux précisent leur orientation théorique.

### 2.4.2. Concernant la connaissance de leur profession :

- Tous les psychologues interrogés connaissent le statut particulier qui régit la profession dans la fonction publique hospitalière.
- 3/5 connaissent la fiche métier du psychologue hospitalier.
- 4/5 connaissent leur fiche de poste.

### 2.4.3. Concernant la conception générale de la profession de psychologue :

Tous les psychologues interrogés ont abordé la notion de **suivi individuel** : Le terme « entretien individuel » revient à 4 reprises, on retrouve également les termes de :

« psychothérapie », « soutien » et « accompagnement ».

La notion de pratique de **groupe de patients** revient à 3 reprises : « groupe de parole », « pratique de groupe » ; « prise en charge de groupe »

Le **travail en équipe pluridisciplinaire** est évoqué par tous les psychologues : « travail pluridisciplinaire », « participation aux synthèses » ; « réunions institutionnelles ».

Le « **travail d'élaboration théorico-clinique** » apparaît dans 3 questionnaires.

La **participation au projet institutionnel** est citée par trois psychologues : le psychologue « s'intègre dans la mise en place du travail institutionnel » ; participe à l'« élaboration de projets de structure » ; ainsi qu' « à la mise en place de projet institutionnel »

L'**évaluation** apparaît dans deux questionnaires : « évaluation psychologique » ; « bilans psychologiques ».

L'**accueil de stagiaire** est cité une fois.

La **fonction FIR** est abordée par un psychologue.

Le **travail en partenariat** est évoqué dans un questionnaire.

#### 2.4.4. Concernant la pratique clinique des psychologues dans leur service

Quatre d'entre eux interviennent en centre médico-psychologique, deux en service d'hospitalisation (l'une des psychologues intervient sur les deux structures). Parmi ceux intervenant en CMP, deux interviennent également sur des « structures alternatives à l'hospitalisation » de type « hôtel thérapeutique » ou « maison communautaire ».

Tous les psychologues participent aux **réunions institutionnelles**.

Tous pratiquent l'**entretien individuel** : « consultation » ; « psychothérapie » ; « entretien psychothérapeutique », « suivi individuel », « intervention auprès du patient ».

Trois psychologues évoquent leur pratique de **groupes de paroles**.

Trois psychologues évoquent également leur pratique **d'évaluation psychologique**.

Deux psychologues évoquent leur fonction de formation, Information, recherche (FIR).

Un psychologue évoque sa pratique au sein de **l'association de santé mentale du secteur**.

Un psychologue évoque sa participation au **collège des psychologues**.

Un psychologue évoque sa participation au **dispositif de recours en santé mentale**.

Un psychologue aborde **l'accueil de stagiaire**.

Un psychologue cite **l'échange avec le réseau**.

#### 2.4.5. Connaissance et perception des concepts :

Trois psychologues connaissent le concept de **démocratie sanitaire**. Il est perçu en tant que « concertation pluridisciplinaire » ; « information à l'utilisateur » et « partenariat » ; « au plus proche des patients » ; « psychiatrie de secteur » ; « égalité d'accès au soin ».

Tous les psychologues interrogés connaissent le concept de **Santé mentale**.

La **place du patient** dans son parcours de soins est perçue par les psychologues comme : « centrale » ; « pas toujours centrale » par manque de continuité dans le soin ; elle est associée aux réponses suivantes : « libre choix » ; « liberté de demande de soins » ; « acteur » ; « consentement » ; « accès au dossier ». Un psychologue n'a pas répondu à cette question.

Deux psychologues connaissent le concept d'**empowerment**. La perception peut être « négative » liée à des notions de « management et de fonctionnement d'entreprise » ; ou positive renvoyant à une « personne autonome et responsable »

Tous les psychologues connaissent le concept de **rétablissement**. Il est perçu dans sa dimension de « guérison, disparition de symptôme ». Un psychologue le renvoie essentiellement au lexique médical. Un autre y associe le concept de « résilience ». La

notion de retour à un équilibre est également évoquée par deux psychologues : « retour à la normale » ; « retrouver un bon état de santé ». Pour l'un des interviewés la « confusion entre guérison et rétablissement » ne permet pas d'appréhender le concept de rétablissement positivement.

Le concept de **médiateur santé-pair** est connu de deux des psychologues interrogés. Il renvoi pour l'un à une notion de « communication pour le patient ». Il serait par ailleurs perçu négativement car il peut « poser des problèmes éthiques ».

Le concept de **conseil local en santé mentale (CLSM)** est connu de deux psychologues et renvoie aux notions de « coordination », « passerelle entre la commune et les dispositifs de soins » et « prévention ». Il est perçu par l'un des interviewés comme un « progrès ».

Concernant **la psychologie communautaire**, quatre des psychologues interrogés affirment en avoir déjà entendu parler. Certains précisent qu'il s'agit d'une connaissance vague. Le canal d'information évoqué est principalement les « collègues » et les « journées d'études » ou les « communications ». Un psychologue explique en avoir pris connaissance lors de fonctions précédentes sur un secteur de l'ESPM Lille métropole.

#### **2.4.6. Concernant l'avis des psychologues sur les dispositifs de soins orientés dans la cité :**

La **consultation ambulatoire en lieux neutres** recueille unanimement des avis favorables. Elle apparaît « nécessaire », « utile », « intéressante », et « moins stigmatisante ». Elle est envisagée dans ses aspects d'« accès aux soins », de « rencontre du public » et de « proximité du patient ».

La **consultation au domicile du patient** recueille quant à elle un avis plus nuancé. Tous évoquent néanmoins son caractère « intéressant ». Quatre des psychologues interrogés ne la préconise que de manière exceptionnelle ou ponctuelle. Trois d'entre eux évoquent l'impossibilité physique pour le patient de se déplacer. La nécessité de réfléchir sur le « cadre thérapeutique » est évoquée une fois. Un psychologue évoque l'intérêt certain de ce type de consultation en situation de crise.

L'intervention **des équipes mobiles** apparaît unanimement en des termes positifs.

Elle est vécue comme « nécessaire », « utile » et présentée comme « un atout ». Les psychologues évoquent son rôle de « Régulation », « intervenir au plus près » des patients, « meilleure articulation », « continuité » des soins, « travail en amont », « partenariat » et « accès au soins ».

La question du **secret partagé** suscite d'après les réponses données différentes réactions:

-Un recours à certaines précautions : « réserves », « vigilance ». Trois psychologues insistent sur le « consentement » et le « respect du patient ».

-Il apparaît également « nécessaire » pour une appréhension de la vision globale du patient.

La **prévention en santé mentale** recueille unanimement des avis favorables. Elle est tantôt « primordiale », « à développer » ou « importante ». La question des moyens se pose dans un questionnaire.

La question du **travail des psychologues en partenariat** avec les **usagers experts** a suscité deux non-réponses. Deux réponses vagues qui réfèrent à la notion de « recours aux soins ». Un des interviewés propose que l'intervention du psychologue soit du côté de la « supervision » et de l' « accompagnement ».

Le **travail en réseau** est perçu positivement par l'ensemble des psychologues interrogés. Il est décrit comme « primordial », « à développer » ou « riche ». Les notions de « prévention », « amélioration de qualité des suivis » y sont associées. Un psychologue précise qu'il correspond à la notion de « secteur psychiatrique » mais précise que développer cette pratique doit se faire « sans négliger ou désinvestir les lieux d'hospitalisation ». La question des moyens se pose également à travers l' « exhaustivité » de ces pratiques qui peut « compliquer » leur mise en œuvre.

Tous les psychologues interrogés pensent que **ces pratiques sont compatibles avec les missions du psychologue clinicien.**

Les raisons invoquées à ce sujet sont :

- Le rôle de « tiers » et « d'interface » du psychologue.
- La nécessité d' « accéder à une population qui a besoin de soins ».

- Sortir d'une « position attentiste » quant à la demande du patient.
- L'adaptabilité de la pratique du psychologue.

### 3. Discussion

Les résultats obtenus, compte tenu de la taille de l'échantillon (n=5), ne peuvent se percevoir que dans une perspective descriptive et se rapportent directement aux psychologues interrogés : ceux du pôle adulte de psychiatrie du centre hospitalier de Denain.

Cependant l'objectif de ce travail est de recueillir des pistes de réflexion sur l'intervention générale des psychologues cliniciens en psychiatrie adulte. Il serait certainement pertinent de conduire ce type d'étude sur une population de psychologues plus large au niveau régional voire national afin d'obtenir une meilleure représentativité des résultats.

Nous pouvons néanmoins discuter des éléments recueillis dans les questionnaires concernant l'intervention et la vision qu'on les psychologues quant aux pratiques communautaires.

Les psychologues interrogés ont une relativement bonne connaissance de leur statut particulier, des missions qui leur sont attribuées en tant que psychologues hospitaliers et plus particulièrement au sein de leur service. Cet état de connaissance peut s'expliquer par l'ancienneté moyenne dans la profession et dans le service (11 et 10 ans). Ces psychologues ont une certaine expérience dans leur profession et principalement en psychiatrie. De plus, le centre hospitalier de Denain possède un collège des psychologues qui se réunit régulièrement depuis 2012, des représentants participent également à l'inter-collège du Nord-Pas-de-Calais qui est un relais important de réflexion et de diffusion d'informations sur le statut et les pratiques.

Les représentations que les psychologues ont de leur profession sont très proches de leurs pratiques concrètes. Elles correspondent également à ce qu'on retrouve dans la fiche métier « psychologue hospitalier » de la fonction publique hospitalière dans la rubrique « activité ». Le psychologue renvoie donc au psychothérapeute et au suivi individuel, au groupe de parole, au travail institutionnel et à l'interdisciplinarité, à l'évaluation, l'accueil du stagiaire, à la fonction de Formation Information Recherche et au travail en partenariat.

E. Marchetti, en 2010, étudie la représentation sociale du psychologue qu'elle publie dans un article intitulé « Que pensent-ils de nous ? ». Il s'agit d'une analyse

comparative des représentations du psychologue dans la population générale, les professionnels de santé et les psychologues eux-mêmes. Les représentations du psychologue par les psychologues semblent concorder avec les résultats obtenus ici : Les thèmes abordés sont ceux de la « psyché », de l'« accompagnement », et « du cadre théorique, pratique et éthique ». Le contenu du travail est centré sur les thèmes de l'« évaluation » et de l'« accompagnement ».

Il est tout de même intéressant de noter que pour les psychologues interrogés, le travail en partenariat est peu évoqué tant dans la conception générale de leur profession que dans leur pratique, mais il trouve un écho positif et se vit comme compatible avec la fonction de psychologue. Cette observation va cependant dans le sens du constat préalable de la faible participation des psychologues dans les réseaux en santé mentale sur le secteur.

De manière générale, les psychologues interviewés ont connaissance des principaux concepts en lien avec l'approche communautaire : Démocratie sanitaire, Rétablissement, et Santé mentale. Peut-être s'agit-il des concepts les plus « philosophiques », généraux et utilisés dans le langage courant. Lorsqu'on aborde des concepts plus pragmatiques tel que l'empowerment, le métier de médiateur santé-pair et le conseil local en santé mentale (CLSM), les psychologues méconnaissent majoritairement ces concepts ou les perçoivent dans une dimension très générale. Il faut bien sûr nuancer cet état de fait par un biais important dans la formulation des questions présentées. Les questions amenant à une réponse de type oui/non ne permettent pas toujours d'appréhender si le psychologue a juste une notion ou une connaissance plus approfondie des concepts. Cet écueil aurait peut-être pu être évité par l'utilisation d'entretien semi-directif pour le recueil des données.

Le concept de psychologie communautaire est globalement connu mais les psychologues précisent que cette connaissance est vague. On peut donc supposer que les psychologues interrogés n'en connaissent ni les fondements, ni le cadre conceptuel si on fait le lien avec la méconnaissance concomitante du concept d'empowerment. D'après les résultats le relais de l'information à ce sujet sont les collègues et les journées d'étude et de communication. Même si elles sont limitées au niveau régional, les psychologues du secteur y ont semble-t-il prit part. Au niveau des formations des psychologues sur la région, seul le Master de psychologie « psychopathologie et psychologie de la santé » dans son parcours de psychologie de la santé contient un module de 18H sur la psychologie communautaire. Ce qui rejoint l'idée que la discipline est encore peu développée en

France.

Les dispositifs de soins orientés dans la cité tels que les consultations en lieu neutre, les équipes mobiles, le travail de réseau et de prévention recueillent des avis favorables. Les psychologues interrogés semblent prêts à s'intégrer dans ce type de pratiques qui sont compatibles avec les représentations qu'ils ont de leur travail.

La consultation au domicile du patient est plus difficile à envisager. Il s'agit d'une pratique pourtant courante de nos collègues infirmiers et travailleurs sociaux, décrite dans la fiche de poste de l'infirmier de secteur en tant que « Visite à domicile » (ou VAD). Peut-être s'agit-il ici d'une question de territoire de compétence ? On peut également s'interroger sur la notion de cadre thérapeutique, chère aux psychologues, dont on pourrait penser qu'il est plus difficile à maintenir dans le lieu de vie du patient. Il pourrait être intéressant d'investiguer davantage sur ce point auprès des psychologues.

Le secret partagé et le secret professionnel mobilisent grandement les psychologues et c'est la prudence qui domine. Le code de déontologie (1996) commence par ses grands principes généraux dont le premier est celui du respect des droits de la personne :

*« Le psychologue préserve la vie privée des personnes en garantissant le respect du secret professionnel, y compris entre collègues. Il respecte le principe fondamental que nul n'est tenu de révéler quoi que ce soit sur lui-même. »*

La question du secret partagé est un grand champ de réflexion permanent pour les psychologues comme en témoigne le nombre de formations, réflexions proposées sur le sujet y compris sur les écrits du psychologue. Ces réflexions se posent dans le travail pluridisciplinaire au sein de nos équipes, le travail en partenariat et en réseau, sur des situations de rencontres autour de « cas complexes »...L'un des éléments clé est celui du consentement libre et éclairé de la personne concernée.

Les réactions suscitées, voire leur absence, quant au travail du psychologue auprès des usagers experts est à mettre en lien avec la méconnaissance du métier de médiateurs santé-pairs. Le premier programme de formation en France date de 2011 et se base sur la reconnaissance du savoir expérientiel. Leur mission est de faciliter l'accès aux soins, l'accompagnement et le soutien relationnel et de participer à l'éducation thérapeutique des personnes (Dupont et Al. 2011). Même si le Nord-Pas-De-Calais fait partie des régions pilotes, peu de médiateurs exercent aujourd'hui dans les services de psychiatrie du secteur.

Il reste, semble-t-il un « long » chemin à parcourir, pour une reconnaissance du savoir expérientiel dans nos institutions largement médico-centrée. L'une des pistes évoquées sur l'intervention du psychologue est l'accompagnement et la supervision de ces professionnels et non celle de l'intervention dans une reconnaissance de la pertinence du savoir de chacun, un peu comme si ils étaient toujours en position de patients. Même si la supervision des professionnels en psychiatrie est un outil de travail essentiel notamment pour les psychologues qui peuvent en bénéficier dans leur temps de travail (FIR) elle doit pouvoir se mettre en place avec un intervenant extérieur au service.

Quoiqu'il en soit, les pratiques évoquées dans cette étude semblent pour les psychologues interrogés compatibles avec les missions de psychologues cliniciens en service de psychiatrie même si pour l'instant cela ne s'applique pas encore concrètement dans les pratiques. Il s'agit de remettre cette remarque dans le contexte actuel du service : celui d'une mutation vers des soins pour les patients davantage intégrés dans la communauté. Au regard des réponses analysées dans cette étude, les psychologues semblent relativement prêts à s'investir dans les pratiques communautaires.

Pour les psychologues interrogés, ce qui rend compatible certaines pratiques communautaires avec le rôle du psychologue hospitalier c'est avant tout ce qui renvoie à sa spécificité : « son rôle de tiers et d'interface » qu'il joue sans doute en tant qu'unique représentant des sciences humaines et sociales à l'hôpital, « son adaptabilité » à mettre en lien avec l'esprit critique et les capacités de (re)mise en question qui fonde l'enseignement de la pratique du psychologue clinicien, et la nécessité d' « accéder à une population qui a besoin de soins » et de « sortir d'une position attentiste » qui évoque son rôle d'acteur à la promotion et la prévention de la santé mentale.

Ainsi, l'identité professionnelle du psychologue forgée par la connaissance de son statut particulier, sa pratique de terrain, son ancienneté dans le service en milieu hospitalier, quelque soit le cadre théorico-clinique auquel il se réfère, ne semble pas faire obstacle à la diversité des interventions dans les pratiques communautaires.

Par contre cette étude met en évidence une méconnaissance du cadre concret de la psychologie communautaire par les psychologues.

Cette étude est basée sur le principe de la recherche-action ou la recherche est un moyen d'agir, c'est-à-dire de sensibiliser les collègues au cadre conceptuel de la

psychologie communautaire. Ainsi, il est prévu dans les suites de ce travail, un temps de restitution où seront présentés dans des définitions claires, les différents concepts abordés lors des questionnaires et notamment celui de la psychologie communautaire.

Il semblerait également intéressant de pouvoir questionner la place du psychologue dans les pratiques communautaires des points de vue médical et de l'administration hospitalière. Quelle place le psychologue souhaite-t-il prendre dans ces dispositifs de psychiatrie communautaire ? Aspects que nous tentons d'aborder ici, mais également, quelle place l'institution est-elle prête à lui accorder ? En effet, Le système hospitalier dans lequel évoluent tous psychologues hospitaliers est avant tout un système centré sur lui-même et hiérarchisé de façon pyramidale. L'orientation d'un service psychiatrique est principalement médecin dépendante (Roelandt, Piel 2001). Bien que statutairement le psychologue ne travaille pas sur prescription médicale, l'organisation hospitalière actuelle en pôle (2009) et l'instauration de l'autorité fonctionnelle, nous amène à poser la question de la place que le pôle et ses représentants médicaux et administratifs accordent aux psychologues dans ces pratiques. Cette réflexion interpelle sur la question des représentations des psychologues dans le monde hospitalier et prend sens au regard des rapports complexes qu'entretient la profession avec le Médical et la hiérarchie à l'hôpital. Le journal des psychologues publie d'ailleurs dans son dernier numéro un dossier intitulé « La place du psychologues dans les systèmes hiérarchiques » qui montre que cette préoccupation reste plus que jamais d'actualité.

## Conclusion

Même si la profession de psychologue est relativement récente, et que son parcours peut sembler chaotique, elle a néanmoins muri dans sa construction identitaire permettant d'inscrire le psychologue comme un acteur à part entière dans les structures hospitalières notamment psychiatriques. Les pratiques des psychologues ont évolué parallèlement à la psychiatrie et peuvent s'envisager en dehors de l'institution dans une dynamique plus communautaire. Malgré le constat sur le terrain d'une faible implication des psychologues dans certains dispositifs.

Sur le pôle de psychiatrie de Denain (59G33 et 59G34) les pratiques s'orientent depuis une petite dizaine d'années vers une approche centrée sur la réhabilitation psychosociale avec une volonté d'asseoir un partenariat avec la ville sur les questions de santé mentale de la population. On constate que les psychologues semblent ouverts aux questions d'accès aux soins, de travail en réseau, de travail de prévention et de la nécessité de déstigmatiser le soin psychiatrique. La traduction concrète dans les pratiques est encore réservée. Elle est cependant en cours de réflexion sur le pôle sur des dispositifs tels que l'équipe d'interface et de recours en santé mentale, les consultations en lieux neutres et la prise en charge plus spécifique des adolescents. Les psychologues du pôle participent activement à ces réflexions et dispositifs.

Ces psychologues reconnaissent que leurs missions hospitalières sont compatibles avec les pratiques communautaires.

L'étude a mis en évidence la nécessité de proposer un cadre conceptuel solide dans lequel la spécificité et les compétences du psychologue pourraient s'exprimer aux regards de ses pratiques communautaires : Celui de la psychologie communautaire. Encore peu connue en France, cette discipline mériterait de se frayer un chemin au côté des autres disciplines de la psychologie dans les cursus universitaires français. C'est peut-être aux professionnels de terrain de transmettre un bout de ce cadre par l'accueil de stagiaire, la recherche, les publications et les communications.

« Sommes-nous tous des psychologues communautaires ? ». Bien sûr que non et c'est sans doute important de préserver la richesse et la diversité de notre profession. Mais la psychologie communautaire doit pouvoir trouver sa place dans la pratique des

psychologues en psychiatrie et apporter une offre diversifiée d'action et de réflexions pour la population qui a recours à notre système de soins.

## Bibliographie

- 1) Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.
- 2) Baillon G. (2001). La psychiatrie de secteur aura bien lieu. *Santé mentale*, (n°59).
- 3) Caria A. (2007). La place des usagers en psychiatrie : Récentes évolutions. *Manuel de psychiatrie*, Masson.
- 4) Circulaire DGOS/RH4 n° 2010-142 du 4 mai 2010 relative à la situation des psychologues dans la fonction publique hospitalière.
- 5) Circulaire DGOS/RHSS n° 2012-181 du 30 avril 2012 relative aux conditions d'exercices des psychologues.
- 6) Circulaire DGOS/RH4 n° 2012-396 du 26 novembre relative à la mise en œuvre de l'expérimentation de la structuration institutionnelle de l'activité des psychologues de la fonction publique hospitalière.
- 7) Code de déontologie des psychologues (1996)
- 8) Code de santé publique (2015) art L.3221-1 ; art. L. 6111-1 ; art. L. 6143-2
- 9) Cohen P. (2012). 30 ans après, quels changements ? *Le journal des psychologues*, (n°300).
- 10) Daumerie N., Caria A. (2009). De l'hôpital psychiatrique aux soins intégrés dans la cité : vers de nouvelles pratiques pour les psychologues cliniciens ? *Le journal des psychologues*, (n°271).
- 11) Daumerie N., Caria A., Monchicourt C., Vandeborre A. (2009). Pratiques de psychologues dans un service de santé mentale intégré dans la communauté urbaine. Vers une définition des rôles du « psychologue communautaire », *Pratiques psychologiques*, (15), (p.49-63).
- 12) Daumerie N. (2011) « L'empowerment en santé mentale : recommandations, définitions, indicateurs et exemples de bonnes pratiques » *La Santé de l'Homme. Institut National de Prévention et d'Education à la Santé*, n° 413.
- 13) Décret n°91-129 du 31 janvier 1991 portant sur le statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière.
- 14) Décret n°2012-695 du 7 mai 2012 modifiant le décret n°2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute.
- 15) Dossier : La place du psychologue dans les systèmes hiérarchiques (2016), *Le journal des psychologues*, (n°341).

- 16) Dupont S., Le Cardinal P., Marsili M., François G., Caria A., Roelandt J-L. (2011). Intégrer d'anciens usagers aux équipes soignantes en santé mentale : une expérience pilote, *La santé de l'homme* (n°413).
- 17) Fremaux H., Mondiere G. (2014). Les psychologues et la nouvelle loi santé. *Federer*, (n°75).
- 18) Girard V. ; Estecahandy P. ; Chauvin P. (2010). *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social citoyen*, la documentation française.
- 19) Halley C., Chiarelli C. (2014). Le psychologue clinicien et sa formation : d'hier à aujourd'hui. *L'information psychiatrique*, (vol 90) (n°10).
- 20) Hochmann (2004). *L'histoire de la psychiatrie en France*. Que sais-je ? PUF.
- 21) Leyens J. P., Scaillet N. (2012). *Sommes-nous tous des psychologues ?* Mardaga, coll. « psy individus, groupes, culture »
- 22) Loi n°85-712 du 25 juillet 1985, Mesures relatives à la profession de psychologue, JO 26-7-1985.
- 23) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé, et aux territoires.
- 24) Marchetti E. (2010). Que pensent-ils de nous ? Etude des représentations sociales du psychologue. *Le journal des psychologues*, (n°283).
- 25) Mornet J. (2012). 30 ans de psychiatrie. Et le psychologue là-dedans ? *Le journal des psychologues*, (n°300).
- 26) Ohayon, A.(2006). La psychologie clinique en France. Eléments d'histoire. *Connexions*, (n°85).
- 27) Pager J., Debieve J. (1982). *Approche psycho-sociale des répercussions du chômage à Denain*. Communication pour le 9<sup>ème</sup> congrès de psychiatrie sociale, Paris.
- 28) Provencher H. L. (2002) L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, XXVII
- 29) Rapport de l'ANAP, (2015). *Intervention à domicile des équipes de psychiatrie. Retour d'expériences*.
- 30) Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie. Fonction publique hospitalière. <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.f>
- 31) Robillard D. (2013) Rapport d'information de la commission des affaires sociales : *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*.
- 32) Roelandt J. L.; Piel E. (2001) Rapport de mission : *De la psychiatrie à la santé mentale*.

- 33) Saias T. (2009). La psychologie communautaire : une discipline. *Le journal des psychologues*, (n°271).
- 34) Saias T. (2011). *Introduction à la psychologie communautaire*. Dunod.

## Annexes

### Présentation de l'étude aux psychologues

Je réalise actuellement un travail d'étude et de recherche dans le cadre du Diplôme Inter-universitaire intitulé « **Santé mentale dans la commune** ».

Je souhaite plus particulièrement mener une réflexion sur les pratiques psychologiques en psychiatrie sous l'angle de la psychologie communautaire.

Dans ce but, j'ai élaboré un questionnaire que je souhaite vous soumettre afin de recueillir des éléments de réflexion.

Si vous en êtes d'accord, je vous remercie par avance d'y répondre aussi librement et spontanément que possible.

Cordialement,

Violine Révillion

## Questionnaire : Les pratiques des psychologues en psychiatrie

1. Sexe ?
2. Age ?
3. Quelle formation avez-vous ?
4. Connaissez-vous le statut particulier du psychologue de la FPH ? Oui / Non
5. Connaissez-vous la fiche métier générale du psychologue hospitalier? Oui / Non
6. Connaissez-vous votre fiche de poste ? Oui / Non
7. Ancienneté en tant que psychologue ?
8. Dans quel type de service/institution avez-vous travaillé auparavant ?
9. Ancienneté dans le service ?
10. Comment concevez-vous l'intervention du psychologue dans un service de psychiatrie ?  
(Merci de répondre en 5 lignes maximum à l'aide de mots clés)

11. Quelles sont vos pratiques cliniques dans le service ? Lieux ? Auprès des patients ? Auprès des équipes ? Activités de Formation, Information, Recherche ? Auprès des réseaux de santé du secteur ?

12. Connaissez-vous le concept de démocratie sanitaire ? Oui / Non

Si oui quels seraient les moyens de la mettre en œuvre selon vous?

13. Connaissez-vous le concept de santé mentale ? Oui / Non

14. Quelle est la « place » du patient dans son parcours de soins en psychiatrie?

15. Connaissez-vous le concept d'empowerment ? Oui / Non

Comment est il perçu selon vous ?

16. Connaissez-vous le concept de rétablissement ? Oui / Non

Comment est il perçu selon vous ?

17. Connaissez-vous le métier de médiateur santé pair ? Oui / Non

Comment est il perçu selon vous ?

18. Connaissez-vous le dispositif de Conseil Local en Santé Mentale ? Oui / Non

Comment est il perçu selon vous ?

19. Avez-vous déjà entendu parler de psychologie communautaire ? Oui / Non

20. En quelle(s) occasion(s) ?

21. Quel est votre avis sur :

- La consultation ambulatoire dans des lieux neutres de droits communs (cabinet de médecine générale, centres sociaux....) ?
- la consultation psychologue au domicile du patient?
- L'intervention d'équipes mobiles en psychiatrie ?
- Le secret professionnel partagé ?
- La prévention en santé mentale ?

- Le travail des psychologues en partenariat avec des usagers experts ?
- Le travail en réseau avec les associations et dispositifs des communes du secteur ?

22. Ces pratiques vous paraissent-elles compatibles avec vos missions de psychologues cliniciens ?

23. Pour quelles raisons ?

Merci de votre participation à cette étude !

## Résumé

Les pratiques ont évolué depuis la création de la profession de psychologue en parallèle à l'évolution de la psychiatrie. Les politiques de santé mentale actuelles s'orientent vers une reconnaissance de la place des usagers dans leur parcours de soins, un recul des pratiques d'enfermement et de contention, la mise en place de dispositifs ambulatoires intégrés dans la communauté et les principes de la réhabilitation psychosociale.

Le constat sur le terrain évoque une faible participation des psychologues dans ces dispositifs en psychiatrie et pose la question de leur place et de leur implication dans les pratiques communautaires.

Par l'intermédiaire d'un questionnaire évaluant les représentations, les pratiques concrètes, les connaissances conceptuelles référant aux principes de la psychologie communautaire, cette étude propose de discuter l'engagement des psychologues au niveau des pratiques communautaires. Elle se base sur l'expérience des psychologues du pôle de psychiatrie adulte du centre hospitalier de Denain. S'inscrivant dans une perspective de recherche-action, ce travail vise également à sensibiliser les psychologues à cette approche.

L'étude des données recueillies a mis en évidence une certaine sensibilité des psychologues interrogés aux pratiques communautaires mais parallèlement une méconnaissance du cadre concret de la psychologie communautaire.

La psychologie communautaire et son application concrète en psychiatrie semble compatible avec la déontologie, les missions et les compétences cliniques et méthodologiques des psychologues hospitaliers. Elle offre de nouvelles perspectives d'intervention pour le psychologue clinicien en psychiatrie dont il pourra se saisir à condition d'en connaître le cadre conceptuel.

**Mots-clés :** Psychologue; Psychiatrie; Pratiques psychologiques; Psychologie communautaire; Recherche-action.