

Santé mentale

De l'exception au droit commun ?

- > adsp n° 15
- > adsp n° 45
- > adsp n° 84

Les droits des personnes souffrant de troubles psychiatriques, les pratiques professionnelles ou l'organisation du système de santé mentale ont évolué au fil des décennies. Adsp a abordé la problématique sous des angles différents dans plusieurs dossiers. Voici une rétrospective des approches, mais aussi réformes, dispositifs et mesures mis en œuvre durant ces dernières années, et des préconisations pour que le débat soit transparent et public.

Bernard Basset
Médecin de santé
publique

Depuis vingt ans, Adsp a abordé à plusieurs reprises le sujet de la santé mentale pour en souligner à chaque fois la difficulté et la complexité, comme si les problèmes à résoudre étaient quasi insurmontables, et de ce fait la politique publique indiscernable. Et pourtant, le paysage a été bouleversé aussi bien dans les pratiques que dans l'organisation des soins, les relations des professionnels entre eux, l'encadrement juridique très sensible du fait de la privation de liberté de certains patients, mais aussi dans les références théoriques et cliniques des professionnels. Et c'est probablement sur ces deux dernières dimensions que les évolutions ont été les plus spectaculaires.

Les évolutions récentes

Le cadre juridique des soins

Les soins aux malades mentaux ont longtemps été placés en premier lieu dans le champ de la sécurité publique et de l'hospitalisation décidée localement par les autorités administratives, le préfet ou le maire, garants du respect de l'ordre public. Le malade mental, en quelque sorte perturbateur par essence, pouvait être privé de ses droits de citoyen et soigné à l'écart de la cité et du système de droit commun. Au fil des décennies, l'arbitraire initial des décisions d'hospitalisation dans le cadre de la loi de 1838 sur les malades mentaux avait été largement atténué par le législateur (loi de 1990) et par la jurisprudence. Cependant, les

lois du 1^{er} août 2011 et du 27 septembre 2013 ont de fait inscrit le malade mental dans le droit commun des personnes privées de liberté. C'est désormais le juge de la détention et des libertés qui tranche *in fine* en matière d'hospitalisation complète sans consentement. Malgré des procédures parfois compliquées, un nouvel équilibre s'est progressivement établi entre autorité judiciaire garante des libertés, pouvoir médical garant des soins, et autorités administratives en charge de l'ordre public. Le malade mental est devenu un citoyen, ses droits sont préservés par le juge. Malgré les résistances initiales des juges, qui ne voulaient pas d'une mission supplémentaire, des médecins, qui voyaient leur pouvoir amputé, et des préfets, qui y voyaient un risque sécuritaire, l'application de ces nouvelles lois n'a entraîné, au départ, que de la mauvaise humeur liée au changement mais pas d'effets indésirables spectaculaires, alors que les droits des malades se sont accrus, signe indéniable d'une maturation démocratique.

L'effet sur les hospitalisations sans consentement par rapport à la période antérieure est contrasté. Alors que, lors des travaux préparatoires à la loi¹, l'étude d'impact indiquait qu'en 2008 le nombre d'hospitalisations sous contrainte était d'environ 70 000, il était selon une étude [1] publiée en 2017 de 80 000 en 2012 et de 92 000 en 2015. Cette hausse importante étant rapportée à « l'extension de la durée des soins sans

1. http://www.assemblee-nationale.fr/13/projets/pl3116-ei.asp#P195_20449

consentement en dehors de l'hôpital, dans le cadre des programmes de soins, et la montée en charge des soins pour péril imminent» (les soins pour péril imminent [SPI] ont été introduits par le législateur afin d'insérer dans le soin des personnes isolées ou désocialisées). Cependant, le doublement depuis 2012 du nombre de personnes admises en SPI (plus de 18 000 personnes hospitalisées en 2015) s'expliquerait, selon les auteurs, «davantage par l'entrée simplifiée dans le circuit de soins psychiatriques que permet ce dispositif». Ainsi, le nouveau cadre législatif n'a pas entraîné une baisse des hospitalisations sans consentement, mais est davantage utilisé pour contraindre aux soins les personnes fragilisées socialement, ce qui interroge sur la finalité de cette pratique, d'autant qu'il existe une grande disparité des pratiques sur le territoire. On peut ainsi se demander si une procédure destinée à garantir les droits individuels n'est pas en partie détournée par facilité administrative.

Il faut cependant noter que les disparités d'utilisation des procédures d'hospitalisation sans consentement préexistaient à la loi de 2011 en fonction des pratiques locales (autorités administratives, médecins), et variaient, comme aujourd'hui, fortement d'un département à l'autre, mais aussi à l'intérieur d'un même département.

Cependant, le contrôle effectif par le juge des mesures d'hospitalisation sans consentement a fortement progressé puisque 5 433 mainlevées de mesures de soins sans consentement ont été ordonnées par les juridictions (8,4 % du total des mesures contrôlées), soit environ 100 fois plus qu'il y a dix ans, ce dont se félicitent les organisations de défense des usagers [2].

Indépendamment du contrôle du juge sur les droits des malades en ce qui concerne les soins sans consentement, le contrôleur général des lieux privatifs de liberté a considéré, légitimement, que les lieux de soins psychiatriques relevaient de ses missions. Les contrôles effectués dans ce cadre sont réalisés avec une rigueur qui permet de révéler des pratiques peu acceptables, voire indignes, comme cela a été le cas à l'hôpital psychiatrique de Bourg-en-Bresse en 2016.

Ainsi, si les droits des personnes ont progressé grâce au contrôle du juge sur une procédure privative de liberté, le nombre de personnes concernées n'a pas baissé et dépend davantage de facteurs locaux que d'une politique harmonisée nationalement. Le contrôle plus systématique qu'autrefois des établissements et services psychiatriques devrait à terme mettre fin à des conditions d'hospitalisation parfois inacceptables.

Les références de la pratique

Le deuxième bouleversement majeur est survenu en quelque sorte par effraction. Alors que les pratiques se référaient toutes en France à la psychanalyse, comme en témoigne le dossier d'Adsp de 1996 [3], l'Inserm a répondu en 2004 par une expertise collective à une question posée par la direction générale de la Santé sur l'évaluation des psychothérapies. La réponse de

l'Inserm [4] a eu l'effet d'un tremblement de terre dans la communauté de la santé mentale. L'Inserm concluait que si les bénéfices des thérapies cognitivo-comportementales étaient connus et évalués dans certaines indications, il n'existait en revanche que peu de preuves de l'efficacité des psychothérapies analytiques. Ces conclusions ont provoqué à l'époque une tempête médiatique et politique, et des déclarations enflammées car la psychanalyse était la référence quasi unique pour les professionnels de la santé mentale, qui voyaient leur pratique remise en cause. Mais l'onde de choc s'est propagée bien au-delà, par exemple dans les milieux de l'éducation, les médias ou les arts (cinéma, littérature...). Aujourd'hui ces débats passionnés semblent lointains, et les nouvelles générations de psychiatres et de psychologues se réfèrent davantage à des classifications nosographiques et à des protocoles validés internationalement sur le modèle des sciences médicales classiques.

La procédure d'agrément des psychothérapeutes, pour complexe et insuffisante qu'elle soit, va également dans le sens d'une exigence de qualité dans l'aide apportée aux personnes.

La banalisation du secteur psychiatrique ?

La circulaire de 1960² sur le secteur psychiatrique a longtemps constitué le seul cadre pour l'organisation des soins en psychiatrie. Il est indéniable qu'elle a représenté un progrès par rapport à une psychiatrie alors essentiellement asilaire. Son ambition était d'organiser territorialement (par secteur géographique) la continuité des prises en charges, de la prévention à la réadaptation, en passant par les soins ambulatoires ou hospitaliers. En ouvrant les hôpitaux psychiatriques sur la ville, en proposant des alternatives à l'enfermement, elle a été une avancée humaniste pour l'ensemble de ceux qui étaient auparavant des «aliénés dangereux». Mais sa traduction opérationnelle a toujours été inégale sur le territoire, dépendante de l'adhésion des équipes locales et de leurs moyens. Les différentes réformes de la planification générale du système de soins ont peu à peu affadi la spécificité de la notion de secteur psychiatrique. Les récentes dispositions législatives sur les rapprochements par groupements hospitaliers de territoire (GHT), l'objectif de fiabilisation des parcours de soins centrés sur les besoins, mais aussi les choix des patients, poussent peu à peu le dispositif psychiatrique à s'intégrer davantage dans les évolutions générales prévues régionalement dans le cadre des projets régionaux de santé (PRS).

Les enjeux actuels

Les évolutions majeures de la période récente se sont effectuées dans une relative indifférence par rapport aux débats passionnés sur la santé mentale et la psychiatrie

2. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

qui existaient dans la deuxième moitié du xx^e siècle. Pour autant, le paysage actuel est loin d'être définitif, et on peut repérer les lignes de force à partir de quelques enjeux majeurs.

La définition du champ de la santé mentale

La notion de santé mentale est potentiellement sans limite puisqu'elle va du mal-être aux pathologies psychiatriques les plus invalidantes pour les patients. Une définition extensive et infinie. Pour autant, selon les difficultés rencontrées et leur importance, leur retentissement dans la vie personnelle, professionnelle et sociale, est très variable, et impose un abord professionnel différencié. Sur le champ immense de la santé mentale peuvent intervenir des psychiatres, des généralistes, des infirmiers, des psychologues, mais aussi des professionnels du social ou encore de l'éducation. L'enjeu majeur est que chacun intervienne à bon escient, sur son champ de compétence et en lien avec les autres quand c'est nécessaire.

La place de la médecine de ville

Souvent le premier recours pour les usagers, le médecin généraliste doit disposer d'une formation pour prendre en charge les problèmes les plus fréquents, orienter vers un spécialiste libéral ou les soins hospitaliers, et pouvoir tisser facilement des liens avec le dispositif de santé mentale pour assurer le suivi. La bonne insertion du médecin généraliste dans ce dispositif demeure un enjeu et sa formation initiale et continue doit y contribuer efficacement, à la fois pour le repérage, l'évaluation standardisée de la gravité des troubles, la bonne indication des psychothérapies, ou la prescription pertinente de psychotropes, comme l'a préconisé en juin 2017 l'Académie de médecine au cours d'un débat public.

Les psychologues

Alors que les généralistes et les psychiatres sont soumis à une demande importante, une partie des patients pourrait avoir recours à un psychologue libéral si le frein du remboursement était levé. Cela permettrait sans aucun doute de raccourcir les délais d'attente dans le secteur des soins spécialisés (deux à trois mois d'attente actuellement pour accéder à un psychiatre public).

Certaines mutuelles, dans certaines indications, remboursent les actes d'un psychologue. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017 prévoit une expérimentation dans trois régions du remboursement des consultations chez un psychologue en libéral pour les jeunes de 11 à 21 ans, dans la limite d'un forfait de douze séances. Ces expérimentations, au-delà de leur caractère limité, traduisent l'enjeu crucial du recours à ces professionnels pour répondre aux besoins de la population. Mais pour que ce recours aux psychologues libéraux se généralise, il faudra résoudre plusieurs problèmes :

- l'impact pour les finances publiques ;

- le consensus sur les formations ;
- les référentiels pour la pratique ;
- le travail en lien avec les généralistes et les psychiatres, mais aussi l'autonomie du psychologue pour certaines demandes ;
- une « régulation » d'un marché socialement financé, que devront se partager psychiatres et psychologues.

C'est probablement le chantier le plus sensible, mais aussi le plus déterminant pour offrir une réponse adaptée à l'ensemble de la population.

Le rôle des usagers

Pour un domaine qui touche à la privation de liberté ou à des traitements auxquels le malade, du fait de sa pathologie, ne peut pas toujours consentir de manière parfaitement éclairée, il est indispensable que les possibilités d'action des associations d'usagers ou de leur entourage soient le plus possible préservées.

L'évolution des soins hospitaliers

Il est probable que la spécificité du secteur psychiatrique par rapport au dispositif général soit de nouveau questionnée sous la pression de la réorganisation générale du système de soins dans les régions, du fait des contraintes budgétaires déjà fortes, de l'évolution des pratiques, de la démographie des professionnels, et désormais du contrôle externe plus prégnant constitué par le juge ou le contrôleur général des lieux privés de liberté.

La généralisation des référentiels et l'évaluation des pratiques

Au-delà des généralistes et des psychologues, le champ de la psychiatrie va connaître, comme les autres disciplines, une évolution vers des pratiques de plus en plus inspirées par les référentiels de la Haute Autorité de santé, et par des évaluations de l'intervention des professionnels auprès de leurs patients.

En guise de conclusion

La période récente a vu une sorte de révolution silencieuse, qui concerne aussi bien les droits des personnes souffrant de troubles psychiatriques que les pratiques professionnelles ou l'organisation du système de santé. Sans nier l'intérêt des débats politiques ou idéologiques du siècle dernier, on ne peut que constater que ces évolutions majeures se font à bas bruit, sous une forme technocratique ou « gestionnaire ». Pour autant, si la difficulté des débats du passé a refroidi les politiques, sur un champ aussi complexe et aussi sensible, au confluent des enjeux sanitaires, éthiques, juridiques, sociaux et économiques, les réformes nécessaires ne peuvent faire l'impasse d'une réflexion transparente et publique, car ce glissement progressif vers le droit commun dans tous les domaines est porteur de bénéfices, mais aussi de risques s'il n'est pas explicitement accepté le plus largement possible. La santé mentale reste un enjeu démocratique. ■

RÉFÉRENCES

1. Coldefy M. et al. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. *Questions d'économie de la santé*, février 2017, 222.
2. Bitton A. Contrôle judiciaire des hospitalisations psychiatriques sans consentement : 2015-2005, éléments pour un comparatif. *L'information psychiatrique*, juin-juillet 2015, 6.
3. Santé mentale: l'individu, les soins, le système. *Adsp* n° 15, juin 1996
4. Inserm. *Psychothérapie : trois approches évaluées*. Inserm, rapport de recherche, 2004.