



# Psychiatrie : mutations et perspectives

Dossier coordonné par **Magali Coldefy** et **Alain Ehrenberg**

## **16 Les mutations de la psychiatrie**

### **16 Les nouvelles frontières de la santé mentale**

*Nicolas Henckes*

### **19 L'organisation des soins de santé mentale en France en 2013**

*Denis Leguay, Magali Coldefy*

### **23 L'évolution de l'épidémiologie des troubles psychiatriques**

*Xavier Briffault*

### **26 Intérêts et limites des nouvelles approches territoriales en santé mentale**

*Laurent Plancke, Pauline Rhenter*

### **28 Les équipes mobiles en psychiatrie (EMP)**

*Ana Marquès*

### **30 Le groupe d'entraide mutuelle : une nouvelle forme associative en psychiatrie**

*Aurélien Troisoeufs*

## **31 Actualités et perspectives en psychiatrie**

### **31 Pratiques d'accompagnement vers l'emploi et empowerment des personnes en situation de handicap psychique**

*Bernard Pachoud*

### **34 Vers une vraie politique d'inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique**

*Tim Greacen, Emmanuelle Jouet*

### **37 Les prises en charge psychiatriques en ville : vers un dispositif de soins partagés ?**

*Maurice Bensoussan, Patricia Lefébure*

### **40 Lutter contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale : quelques recommandations**

*Aude Caria, Simon Vasseur-Bacle, Sophie Arfeuillère, Céline Loubières*

## **43 Les politiques de santé mentale**

### **43 L'introuvable politique de santé mentale en France**

*Bernard Basset*

### **46 La réforme des soins sans consentement en psychiatrie, deux ans après**

*Delphine Moreau*

## **49 Tribunes**

### **49 Violence et folie : dits et non-dits**

*Livia Velpry*

### **52 Devenir psychiatre en France : regard de l'interne**

*Déborah Sebbane, Aurélie Berger, Clara Merchin, Philippe Jeamment*

### **55 Psychiatrie et précarité : quelques enseignements issus d'une enquête auprès de populations sans-logement**

*Anne Laporte, Erwan Le Méner, Stéphanie Vandertorren*

### **58 Points de vue des usagers et leur famille**

58 Point de vue des usagers, représentés par la Fédération nationale des patients en psychiatrie

*Claude Finkelstein*

59 Point de vue de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades psychiques

*Chantal Roussy*

### **60 La psychiatrie que nous voulons...**

*Stéphanie Wooley*

## **64 Bibliographie générale**

# Les mutations de la psychiatrie

**Jusqu'aux années 1970, être malade psychiatrique c'était souvent vivre à l'hôpital. Les réformes successives ont permis la prise en charge des patients en dehors de l'hôpital. Puis la notion de « handicap psychique » s'est imposée pour organiser les interventions en associant usagers, familles et professionnels.**

## Les nouvelles frontières de la santé mentale

**Nicolas Henckes**  
Chargé de recherche  
CNRS, Centre de  
recherche Médecine,  
Sciences, Santé,  
Santé mentale et  
Société (CERMES3)

**L**e renouveau des débats sur les contours de la santé mentale auquel on assiste en France depuis une quinzaine d'années reflète une série de transformations de fond dans le rapport de notre société à des problèmes qui récemment encore relevaient essentiellement de la sphère privée. À la prise de conscience, maintenant ancienne, des conséquences de ce qu'il est convenu d'appeler la « désinstitutionnalisation », c'est-à-dire la fermeture des grandes structures d'hospitalisation psychiatrique et le transfert de la prise en charge des pathologies psychiatriques graves dans la communauté, s'ajoute désormais une perception nouvelle de la charge des pathologies psychiatriques dans la morbidité au sein des sociétés occidentales. Au début des années 2000 le projet *Global burden of disease* de l'Organisation mondiale de la santé montrait ainsi pour la première fois la contribution déterminante des maladies mentales aux pertes d'années de vie ajustées de l'incapacité (DALY) et depuis lors ce constat a été intégré à l'ensemble des rapports ou plans sur ces questions dans les pays occidentaux, ouvrant sur de nouvelles politiques de santé mentale.

Très polémiques en France dans le courant des années 2000, à un moment où la promotion de la santé mentale

était perçue par une frange des psychiatres comme une remise en cause des dispositifs de la psychiatrie publique, les discussions sur ces problèmes se caractérisent aujourd'hui par des tendances contradictoires. D'un côté, les médias se font régulièrement l'écho d'appels à apporter une meilleure réponse aux problèmes de santé mentale auxquels font face les individus dans une diversité de situations sociales : le poids de la souffrance psycho-sociale dans les relations de travail ou encore des pathologies psychiatriques en prison sont ainsi devenus des thèmes importants du débat sur ces institutions. De l'autre côté, ces mêmes médias soulignent, non moins régulièrement, le risque d'une psychiatrisation à outrance de nos sociétés : ainsi très récemment des polémiques autour de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique de l'*American Psychiatric Association* (DSM), soupçonné par certains de promouvoir la « pathologisation » d'états normaux comme le deuil, ou encore des controverses sur le dépistage précoce des troubles du comportement. Ces discussions révèlent de fait une série de difficultés profondes pour notre société à appréhender les limites de la santé mentale et de la psychiatrie dont on voudrait dans cet article donner quelques illustrations.

### De la souffrance psychosociale aux troubles psychiatriques

On s'accorde généralement pour distinguer trois éléments dans la notion de santé mentale [13]. Le premier correspondrait à la « santé mentale positive », soit à un sentiment de bonheur et à une capacité à s'adapter de façon dynamique aux stress de la vie quotidienne. Le second élément serait la souffrance psychique ou psychosociale, c'est-à-dire des états de mal-être caractérisés par des symptômes dépressifs ou anxieux mineurs qui ne justifient pas le diagnostic d'une pathologie psychiatrique. Le troisième élément, finalement, serait la maladie psychiatrique caractérisée. Cependant, au-delà de ces définitions très générales, les difficultés commencent lorsqu'il s'agit de donner une définition opérationnelle de ces différents éléments, de leurs relations et de leurs limites. Certains auteurs [13] proposent de penser santé mentale et troubles psychiatriques comme deux pôles d'un *continuum* entre lesquels on pourrait faire figurer la souffrance psychique. D'autres suggèrent de distinguer deux *continuums* distincts correspondant respectivement à la santé mentale, qui pourrait être bonne ou mauvaise, et la maladie mentale, qui irait de l'absence de symptômes à la présence de symptômes graves. Par ailleurs, la plupart des modèles insistent sur l'intrication des dimensions psycho-sociales et biologiques dans la santé mentale. En fin de compte cette dernière, plus qu'une propriété individuelle, apparaîtrait dans ces conceptions comme une dimension de la vie en société. Ces approches reflètent ainsi un constat général : la santé mentale est devenue une façon d'exprimer et de vivre ses relations sociales. Ce constat est particulièrement évident dans certaines sphères de la vie sociale : ainsi du travail où la souffrance psychosociale tend à devenir un mode d'expression des conflits sociaux, ou encore de l'école où l'hyperactivité est devenue une façon d'aborder les problèmes des élèves en difficulté.

À l'inverse, on peut faire observer qu'il n'est pas évident de proposer des définitions de la santé mentale, des troubles psychiatriques et de leurs frontières, sans faire intervenir leur retentissement social. Jusqu'à sa quatrième édition, le DSM faisait ainsi de la présence d'une « détresse », d'un « handicap » ou d'un « risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté » une condition de la définition d'un trouble psychiatrique. À l'occasion de la révision de ce manuel, des débats ont conclu à la nécessité de mieux distinguer dans cette définition d'une part ce qui ressort des processus pathologiques, qui seuls devraient avoir une place dans une classification des maladies psychiatriques à vocation clinique, et d'autre part ce qui relève du « fonctionnement » social ou du handicap. Pour autant des participants à ces discussions ont pointé les difficultés à mener jusqu'au bout cette clarification dans la mesure où la définition de nombreuses catégories comporte, de façon plus ou moins explicite, des références à des éléments de fonctionnement. S'ils peuvent paraître assez théoriques, ces débats ont cependant des

conséquences concrètes dans la définition et la prise en compte par les systèmes de santé d'un certain nombre d'états aux limites de la pathologie. Deux exemples permettront d'illustrer ce problème.

Le premier est la catégorie des « troubles anxieux et dépressifs mixtes » créée dans la 10<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies au début des années 1990. Cette catégorie est définie par la présence simultanée de symptômes anxieux et dépressifs sans que leur sévérité justifie le diagnostic de troubles anxieux ou d'une dépression. Elle est supposée permettre de mieux prendre en compte des présentations cliniques répandues dans les services de santé primaire mais qui dans la nosologie traditionnelle se situent en dessous des seuils cliniques. Des travaux épidémiologiques britanniques récents ont cependant montré la charge que représenteraient ces états pour nos sociétés [16]. Ces derniers expliqueraient ainsi jusqu'à 20 % du total des arrêts de travail en Grande-Bretagne et la moitié du total des arrêts de travail pour raison psychiatrique. Par ailleurs la phénoménologie de ces troubles ne différerait pas significativement de celle des troubles anxieux ou dépressifs. Ces différents éléments plaideraient ainsi, selon les auteurs, pour une meilleure reconnaissance par les dispositifs de santé d'états qui se situent pourtant en deçà de la pathologie.

Les travaux sur les « états mentaux à risque » conduisent à des conclusions similaires. Ces états, qui correspondent le plus souvent à des symptômes psychotiques atténués, ont été définis dans le courant des années 1990 par des psychiatres anglo-saxons dans le cadre de tentatives de développer des stratégies spécifiques de prévention des psychoses. Des publications récentes ont cependant conclu que le caractère prédictif de la catégorie n'était probablement pas suffisant pour qu'on puisse la traiter comme un risque spécifique. En revanche les personnes concernées souffriraient de comorbidités et d'altérations du fonctionnement social qui seraient suffisamment sérieuses pour justifier leur prise en charge [24]. Des études longitudinales conduites avec des personnes répondant aux critères d'états mentaux à risque ont ainsi suggéré que celles d'entre elles qui ne développent pas de symptômes psychotiques pourraient avoir sur le long terme une qualité de vie significativement inférieure à celle des personnes qui en développent. Cet exemple, comme celui des troubles anxieux et dépressifs mixtes, démontre ainsi les difficultés de délimiter de façon univoque ce qui relève ou non de la psychopathologie. Il existerait une série non négligeable de problèmes de santé mentale en dessous des seuils cliniques dont le retentissement, pour les personnes, pourrait être plus important que celui de pathologies plus caractérisées.

### De la chronicité au rétablissement

On pourrait penser que, contrairement à ces états aux limites de la psychopathologie, les pathologies mentales graves posent moins de problèmes de définition et de délimitation. Il n'en va pas ainsi. Jusqu'aux années 1970 environ, la chronicité correspondait pourtant à

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.*

une expérience sociale bien déterminée : être malade psychiatrique au long cours, c'était le plus souvent vivre à l'hôpital psychiatrique sous un statut de mineur. Cette expérience a été brouillée par les nouvelles trajectoires de maladie produites par la désinstitutionnalisation. Les personnes concernées cumulent aujourd'hui des formes de vulnérabilités sociales et psychologiques qui rendent difficiles la compréhension des dynamiques en jeu : qu'est-ce qui, du processus pathologique lui-même, des conditions qui ont pu favoriser son émergence ou de ses conséquences sur le plan social, est déterminant pour le statut de ces personnes ? C'est pour faire face à ces enjeux que de nouvelles conceptualisations en termes de réhabilitation ou de rétablissement (*recovery*) ont émergé dans la littérature internationale ces trente dernières années [60]. Elles restent néanmoins marquées par une série de tensions dont on voudrait dans la suite de cet article donner quelques illustrations.

En France, depuis le début de la décennie 2000, c'est la notion de « handicap psychique » qui s'est imposée pour organiser les interventions et les travaux sur ces enjeux. L'origine de cette catégorie est à rechercher dans l'évolution des politiques de santé et des politiques sociales dans le courant des années 1970 : elle correspond alors à la mise en place d'une sorte de division du travail entre institutions et acteurs relevant du « médical » d'un côté et du « social » de l'autre. Répondant à l'origine à des logiques médico-économiques et politiques, ce mouvement n'a pas été soutenu dans un premier temps au moins par les professionnels de la santé mentale. Depuis cette période, les réformes hospitalières successives ont conduit à une relative rationalisation du dispositif psychiatrique autour des « secteurs » dont les missions ont été recentrées sur l'accompagnement médical des personnes. En regard, cependant, le champ des institutions sociales et médico-sociales intervenant auprès des personnes souffrant de troubles psychiques a explosé. Il correspond aujourd'hui à une diversité d'interventions reposant sur des modèles non moins divers entre lesquelles les personnes, leurs proches comme parfois les professionnels eux-mêmes ont souvent du mal à s'orienter. Dans certains cas les interventions elles-mêmes apparaissent peu définies : ainsi par exemple l'action des mandataires judiciaires chargés d'assurer la gestion des mesures de tutelle ou de curatelle, qui réalisent un travail d'accompagnement social à la fois peu encadré et mal reconnu, aux limites du soin et du conseil juridique.

La complexité des dispositifs institutionnels fait par ailleurs écho aux difficultés de la qualification et de l'évaluation du handicap psychique. Depuis une dizaine d'années, un nouveau volet de recherches en neuropsychologie a insisté sur le rôle des troubles de la cognition dans les difficultés que rencontrent les personnes souffrant de pathologies psychiatriques [59]. L'essor de ces travaux conduit aujourd'hui à l'émergence d'une nouvelle symptomatologie qui paraît offrir des perspectives pour une reconceptualisation en profondeur de la clinique des pathologies au long cours. Sur le plan des prises en


charge, ces approches sont couplées à des méthodes d'éducation thérapeutique ou d'entraînement des capacités cognitives, parfois associées à des prises en charge institutionnelles. On peut citer par exemple les stratégies de « remédiation cognitive » fondées sur l'entraînement des capacités cognitives des personnes au cours de prises en charge étalées sur plusieurs semaines. Pour autant, l'évaluation du bénéfice de ces stratégies pour les personnes est complexe et l'on sait mal mesurer les façons dont ces dernières en transportent les acquis dans l'ensemble des dimensions de leur vie.

Ces stratégies n'épuisent pas, par ailleurs, les approches contemporaines de la maladie au long cours. Ainsi, depuis une vingtaine d'années, une série de nouveaux mouvements de psychiatrie critique, originaires des pays anglo-saxons, mettent en avant la capacité des personnes à faire face elles-mêmes à l'impact de la pathologie sur leur vie et appellent dès lors à une démedicalisation de leur prise en charge. On peut mentionner par exemple le mouvement des « entendeurs de voix » né aux Pays-Bas à la fin des années 1990 qui propose d'aborder le fait d'entendre des voix comme une expérience porteuse de sens et non comme un symptôme psychiatrique. Le mouvement propose des groupes de paroles où les personnes peuvent exprimer leur expérience et apprendre à en gérer les aspects anxiogènes. En prônant la reconnaissance de styles personnels différents, les entendeurs de voix rejoignent d'autres mouvements comme celui de la neurodiversité dans le champ de l'autisme qui posent un défi à nos conceptions de la normalité.

En France, ces mouvements ont encore peu d'audience. Mais ils trouvent un écho dans l'insistance nouvelle des politiques de santé mentale sur la responsabilisation des personnes et de leurs familles. On pense à la promotion récente par les pouvoirs publics des « groupes d'entraide mutuelle » (GEM), soit d'associations ouvertes exclusivement à des personnes souffrant d'un handicap psychique avec l'objectif de leur permettre de développer des projets, ou encore à des expérimentations de dispositifs de « pairs aidants », qui visent à promouvoir l'expertise des personnes elles-mêmes en leur reconnaissant un rôle dans l'accompagnement de leurs pairs. De façon plus générale, ce mouvement est à l'œuvre dans les évolutions de la notion de responsabilité dans les droits civil et pénal. Ainsi la réforme de 2007 du droit des tutelles a-t-elle cherché à donner une place plus importante aux personnes dans la procédure judiciaire, puis l'accompagnement au jour le jour, en réaffirmant que l'objectif de ces mesures est bien de « favoriser[r], dans la mesure du possible, [leur] autonomie ». Si ces évolutions contribuent sans doute à une meilleure reconnaissance des personnes concernées, de façon ambivalente elles peuvent également contribuer à rendre invisibles certaines formes de vulnérabilités à la fois sociales et individuelles.

Ces différentes approches de la maladie mentale au long cours et les tensions qu'elles génèrent reflètent ainsi toute la difficulté à répondre à une série de questions fondamentales : comment comprendre les difficultés de

vie des personnes ? Quelles formes de soin ou de souci de l'autre ces dernières appellent-elles ? Jusqu'à quel point ce soin relève-t-il de la médecine ? De même que celles soulevées par les symptômes atténués que l'on a évoquées plus haut, ces questions ne découlent pas

seulement des difficultés à établir les limites entre normal et pathologique. Elles renvoient plus fondamentalement aux rapports que notre société dans son ensemble entretient aux enjeux de santé mentale et aux significations complexes et ambiguës qu'elle leur accorde. 

## L'organisation des soins de santé mentale en France en 2013

**L'**un des traits fondamentaux des pathologies psychiatriques est qu'elles affectent souvent, dans les moments aigus, la lucidité et le jugement des personnes qui en sont victimes, comme parfois aussi ceux de leurs entourages, aspirés malgré eux dans un enchevêtrement relationnel pétri d'intersubjectivité. La nécessité des soins qu'elles requièrent est donc bien souvent ignorée, voire niée.

C'est la raison pour laquelle ces soins doivent être organisés. À l'inverse des pathologies somatiques, où une souffrance vécue comme extérieure au sujet dans sa conscience de lui-même, et donc aisément identifiable, gouverne une demande qui n'a besoin que d'être concrètement entendue, les pathologies psychiatriques ne portent pas en elles-mêmes la déduction de leur résolution. L'appareil de soins se doit donc d'être davantage organisé, visible, les réponses davantage connues, les filières davantage éprouvées et validées pour être plus accessibles à ceux qui en ont le plus besoin, et donc plus efficaces. C'est la démonstration de leur utilité, de leur disponibilité, de leur sobre neutralité qui permettra le recours aux dispositifs et aux professionnels qui les délivrent.

Bien entendu cette organisation du système de soins est appelée à évoluer sans cesse, pour mieux répondre aux besoins exprimés par les patients, et évaluée par le corps médical. L'option française à en réserver toujours davantage, au fil des évolutions législatives, la responsabilité à la seule administration, faisant des médecins les exécutants de choix stratégiques décidés d'en haut, est problématique [44]. Ces choix ne pourraient être protégés de l'arbitraire, – ou des idées reçues des « managers de santé » – que par une « démocratie sanitaire » dynamique et rigoureuse, portée au niveau territorial par l'ensemble des acteurs et partenaires de la santé, mais l'on connaît les difficultés de l'exercice dans le cadre purement consultatif qui lui est actuellement réservé (loi HPST, 2009<sup>1</sup>).

Car l'enjeu de cette transformation continue du système de santé est la justesse de la réponse de soins, qui ne peut être appréciée que par les usagers et ses acteurs

eux-mêmes, sur la foi d'indicateurs reconnus pertinents. Les problématiques financières sont manifestement à l'origine de cette captation de la décision par l'État, mais il n'est pourtant pas absurde de penser que l'économie globale du système ne viendra au contraire que de l'adéquation du soin aux besoins effectifs du patient, ce qui serait le bon moyen d'assurer aux budgets publics le meilleur usage.

Et c'est la question qui constituera le fil rouge de cet article : le système de soins psychiatriques français, dans ses réalités actuelles comme dans ses perspectives, est-il la meilleure réponse aux besoins de soins de la population ?

Mais quels soins ? Une distinction réglementaire historique est opérée en France entre les soins de santé (l'équivalent du « cure » des pays anglo-saxons) et l'accompagnement médico-social (le « care »). Les financeurs, le cadre législatif, les acteurs professionnels, leur formation, leur culture, leur cadre conceptuel prévalent sont différents et cette césure insistante contribue à l'ignorance réciproque de ces deux mondes, qui auraient pourtant aujourd'hui tout intérêt à travailler étroitement ensemble. Il est en effet établi que la sécurisation des ressources, le travail, le logement, la compensation des difficultés d'autonomie sociale sont des facteurs puissants de prévention [61] et par ailleurs que la stabilité symptomatique est la condition pour que la personne atteinte des troubles puisse se saisir des soutiens sociaux qui sont mis à sa disposition. Autrement dit, dans le registre de la qualité de vie, de la santé de la personne, comme dans le registre purement économique, ces deux approches se renforcent l'une l'autre. C'est l'un des constats les plus anciens et solides effectués en pratique de secteur, notamment.

Mais depuis quinze ans, la pratique de secteur a dû se recentrer sur son cœur de métier, la gestion de la crise. L'augmentation continue des files actives depuis vingt ans<sup>2</sup>, la diminution des moyens des secteurs (hors effet de la réduction du temps de travail, op. cit.), et depuis une dizaine d'années l'irruption d'une avalanche d'exigences formelles (certifications, protocolisations, application de la loi de 2011...), dont l'effet sur la disponibilité des soignants n'a pas été assez mesuré, ont

**Denis Leguay**  
Psychiatre des  
hôpitaux, Angers  
**Magali Coldefy**  
Géographe, maître de  
recherches, Institut  
de recherche et  
documentation en  
économie de la santé  
(Irdes)

*Les références entre  
crochets renvoient à la  
Bibliographie générale  
p. 64.*

1. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

2. Coldefy M. *La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques*. La Documentation française, 2007.



profondément infléchi la pratique des agents médicaux et paramédicaux. Il en a résulté que le lieu géométrique des actions du secteur psychiatrique s'est très sensiblement déplacé. La loi du 11 février 2005, reconnaissant le « handicap psychique »<sup>3</sup> aurait pu encourager la création de structures et d'équipes destinées à répondre aux besoins d'évaluation et de compensation du handicap, à créer des structures dédiées au soutien à apporter aux personnes souffrant de problèmes de santé psychique, mais la réalité oblige à dire que trop peu d'initiatives ont vu le jour, notamment du fait de la grande prudence des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) à s'emparer de cette thématique, à leurs yeux complexe, voire impossible à cerner.

C'est notamment la raison pour laquelle la question de la définition, de la mesure, de la description du handicap psychique, de la formalisation de guides pour aider les professionnels à rendre ce champ moins arbitraire est un enjeu<sup>4</sup> pour l'ensemble du système de soins psychiatriques : dès lors que le « secteur » voit son champ d'intervention se réduire au traitement de la crise, la place de l'intervention sociale et médico-sociale demande à être occupée au plus vite, faute de quoi certains patients seront abandonnés aux logiques d'exclusion à l'œuvre dans notre société incertaine de ses valeurs, et économiquement fragile, donc brutale.

### Le système public de soins

Le système public de soins est structuré – et dominé – par le maillage de premier recours aux soins spécialisés que constitue le secteur.

Le secteur psychiatrique est issu de réflexions datant de 1945, au cours desquelles les principes sur lesquels il sera plus tard construit sont formulés. « L'unité et l'indivisibilité de la prévention, de la prophylaxie, de la cure et de la postcure » sont affirmées, qui sont sous-tendues par les principes de la continuité du soin, de la territorialisation de la prise en charge, et de l'unité de l'équipe qui sera chargée de les conduire.

La circulaire ministérielle du 15 mars 1960, puis différents textes produits entre 1971 et 1979 en détailleront la mise en place. Ils seront confortés par une loi en 1985. Les secteurs s'installeront dans les hôpitaux spécialisés, puis, à partir de la fin des années 80, dans les hôpitaux généraux, où ils représentent actuellement un tiers des secteurs de psychiatrie d'adultes. Au total, l'offre sectorisée représente environ 80 % de l'offre de soins hospitaliers.

Jamais vraiment admis par les médecins généralistes, qui le jugent souvent arbitraire et fermé, parfois également critiqué par les usagers et les familles, ainsi que depuis quelques années par les pouvoirs publics, il reste précieux par sa disponibilité, sa proximité, son accessibilité. Il est

partout, c'est un service public, à l'instar de la Poste ou de l'Éducation nationale. Le secteur a contribué à la désinstitutionnalisation souhaitée par tous les acteurs, usagers, familles, professionnels, pouvoirs publics, financeurs, au titre de la lutte contre la relégation, du droit à la vie citoyenne, portée par les progrès des thérapeutiques et l'avancée des conceptions sociétales, et par les évolutions internationales parallèlement à l'œuvre.

Bien entendu le secteur n'est pas équitablement pourvu en moyens, médicaux et paramédicaux, il ne présente pas partout les mêmes caractéristiques et la même qualité de prise en charge<sup>5</sup>. Sous l'égalité républicaine pointe une grande hétérogénéité. Mais il assure la prise en charge des situations difficiles, des soins sans consentement, les interventions « de liaison » dans les établissements médico-sociaux, les EHPAD, les établissements pour peine, les hôpitaux généraux, et, pour la pédopsychiatrie, l'Éducation nationale et la protection de l'enfance. À l'instar de tous les services publics généralisés et réputés coûteux, le secteur tient pour le moment crânement sa place, en dépit de moyens qu'il a vu fondre lentement et inexorablement, le poussant à sacrifier certaines de ses missions historiques.

Le secteur, par son maillage territorial et par le caractère quasi régalien de ses missions, le recours à lui qu'il suscite et qui continue à augmenter, tient donc en France une place qu'il serait de mauvaise foi de lui disputer. Il est aujourd'hui toutefois fragilisé par les failles qui apparaissent dans une fonction qui se voulait universelle, les missions nouvelles, répondant à des besoins nouveaux, légitimes, qui apparaissent et auxquels il ne peut plus répondre comme jadis lorsqu'il avait les moyens de tout assumer.

C'est ainsi que beaucoup des actes qu'il assurait dans les années 90, tels les visites à domicile, les accompagnements sociaux, ont régressé, tandis que l'accueil dans les lieux de soin, là même où se regroupent les soignants pour une utilisation plus rationnelle des ressources, a augmenté. Le secteur, dorénavant, gère la crise, par l'hospitalisation, l'accueil, psychothérapique et bienveillant, et la consultation médicale. Étranglé par le plafonnement des moyens, alors même que la demande explosait, il a abandonné le champ de la présence dans le tissu social, là où il avait à l'origine pour mission de tisser un réseau : dans les établissements sociaux et médico-sociaux, auprès des collectivités territoriales, à domicile, auprès des travailleurs sociaux. Et l'on peut remarquer que là où il est présenté comme un modèle, effectivement convaincant, ses moyens propres dépassent largement la moyenne des moyens humains des secteurs français.

Une des erreurs commises par le secteur a été de ne pas (ou rarement) prendre en compte l'évolution de son territoire, des acteurs anciens et nouveaux qui s'y sont implantés (médecine de ville, psychiatrie libérale pour

3. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

4. Barreyre J.-Y., Makdessi Y., « Handicap d'origine psychique et évaluation des situations » – Projet d'accompagnement en matière d'évaluation conjointe du handicap psychique, pour le compte de la CNSA. Décembre 2007.

5. Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., Mousquès M. « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation ». *Questions d'économie de la santé*, n° 145, 2009.

le champ sanitaire). Le secteur a souvent fonctionné de manière indépendante et cloisonnée, peu ouvert aux interlocuteurs non issus du secteur, proposant une approche totale plutôt que globale de la prise en charge des troubles psychiques. Ses missions initiales étaient peut-être trop ambitieuses, notamment en regard des moyens associés. Aujourd'hui le secteur est appelé, avec la loi HPST, à s'associer avec les autres acteurs du territoire pour proposer une prise en charge globale de la maladie mentale. La France se démarque par un très faible adressage de la médecine générale vers le dispositif de soins spécialisés en psychiatrie, alors que c'est en médecine générale que sont le plus fréquemment exprimées les premières difficultés psychiques. La psychiatrie devrait-elle chercher davantage à intégrer le dispositif de soins primaires généraliste plutôt que de proposer un dispositif parallèle spécialisé et inévitablement stigmatisé ? Le secteur est également appelé à se renouveler notamment grâce à la dynamique des conseils locaux de santé mentale. De même, l'articulation avec le champ médico-social, prôné par tous les plans de santé mentale successifs s'est progressivement dévitalisée, et d'autant plus, comme nous le disions plus haut, qu'aucun mouvement d'ampleur à l'échelle nationale n'a pu prendre le relais pour constituer un maillage suffisamment étroit de dispositifs d'accompagnement pour qu'il ne relève pas du hasard ou de la chance d'en disposer quelque part. Les acteurs associatifs qui auraient pu prendre ce relais avec détermination et compétence sont arrivés après la bataille, c'est-à-dire après que le développement de ce secteur se soit effectué, dans les suites de la loi du 30 juin 1975, pour toutes les autres catégories de handicap. Les budgets sont désormais tellement contraints qu'il est beaucoup plus difficile de renforcer ce secteur, qui ne pourrait se construire partout en France qu'en concurrence tant avec les autres acteurs du champ médico-social qu'avec les structures sanitaires qui bien entendu, et elles-mêmes dans les difficultés, ne l'entendent pas de cette oreille.

Puisque le secteur psychiatrique ne pouvait donc se développer sur tous les fronts, des besoins particuliers ont été entendus par les pouvoirs publics qui ont, au fil des années, progressivement choisi de développer des dispositifs dédiés à certaines de ces problématiques. C'est ainsi qu'on a vu se mettre en œuvre des structures dédiées aux troubles autistiques (les centres ressources autisme), aux personnes en situation de précarité (les équipes mobiles), aux personnes sous main de justice et/ou incarcérées, les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), les centres ressources pour délinquants sexuels en attendant les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), les équipes mobiles de gérontologie s'associant des compétences en gérontopsychiatrie, des dispositifs d'hospitalisation à domicile (HAD psy), tandis que des dispositifs d'hébergement aidé (maisons relais et résidences accueil) et des ser-

vices d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) dédiés étaient encouragés à se monter dans le champ médico-social. Ces dispositifs se sont créés un peu partout en France, alors que les équipes de psychiatrie implantées dans les services d'urgence, à l'hôpital général en psychiatrie de liaison, ou en direction du public adolescent avaient déjà pris leur place dans le paysage.

Mais tout cela fait-il le compte ? Un indicateur est à considérer, le recours à l'hospitalisation temps plein. Alors que depuis les années 70 ce recours, en termes de journées, ne cessait de diminuer<sup>6</sup>, illustrant un phénomène massif de désinstitutionalisation, depuis environ cinq ans et à peu près partout en France, il est stable, quand il ne remonte pas, induisant une tension perceptible sur les capacités hospitalières, et générant un stress au travail croissant pour les équipes infirmières. Il nous semble aujourd'hui urgent de se demander si l'ensemble du système n'est pas en train de se gripper, les moyens en diminution de la psychiatrie étant peu ou mal compensés, tant par les dispositifs dédiés à certaines problématiques particulières que par un réseau médico-social encore trop sous-dimensionné. Et les injonctions des pouvoirs publics, invitant les professionnels pour qu'ils fassent évoluer leurs pratiques en direction d'une politique de soins novatrice, tombent à plat pour des équipes en mal de reconnaissance.

Car il est probablement temps de se demander aujourd'hui si l'ensemble des ressources que la collectivité nationale doit consacrer aux personnes souffrant de troubles psychiatriques est pertinent. Le cœur de métier du système public de soins, ce sont les patients qui ont besoin de l'intervention d'une équipe pluri professionnelle. Ces patients sont majoritairement ceux qui présentent des troubles psychotiques, ou des troubles de l'humeur ayant un retentissement sur leur autonomie sociale et leur qualité de vie. Ce sont des patients qui sont de temps à autre hospitalisés, mais qui la plupart du temps vivent dans la cité. Or quelles sont aujourd'hui leur qualité de vie, leurs co-morbidités, leur espérance de vie ? Quelle est la proportion de ces personnes qui ont recours aux soins, et à quels soins, selon la pathologie ? Quelles sont leurs ressources, leur taux de chômage, leur situation familiale, leur accès à tous les registres de la citoyenneté ? Ces registres évoluent-ils positivement ou stagnent-ils ? Les représentations sociales dont ils sont victimes sont-elles moins pesantes ? Les politiques et plans de santé mentale énoncés par les pouvoirs publics se sont-ils donné des objectifs pour les faire progresser ou se sont-ils contentés de définir des perspectives générales, sans indicateurs à surveiller ?

C'est à cette aune que devrait être aujourd'hui reconsidérée l'architecture globale du système de soins publics. Depuis des années la politique de secteur fait l'objet d'un procès rampant. Sacralisée par les uns, ses insuffisances

6. À noter que le nombre annuel de patients hospitalisés à plein temps n'a jamais diminué.

sont pesamment soulignées par les autres. N'est-il pas temps de dire ce qu'on en attend, qu'elle soit revalidée, si telle est la conclusion à laquelle on arrive, son périmètre redéfini et ses missions réaffirmées, ses moyens garantis, afin qu'à côté se développent les dispositifs complémentaires dont on constaterait le défaut ? Si l'on prolonge ce qui est la tendance actuelle, le développement d'un secteur médico-social dédié devrait être beaucoup plus vigoureux qu'il n'est actuellement, ce qui engage des budgets qui sont aujourd'hui à la charge des conseils généraux. Nous y reviendrons plus loin.

Parallèlement, les techniques de soins employées peuvent être aujourd'hui d'une grande hétérogénéité, dépendant, presque au-delà de la boutade, autant de l'âge du capitaine que de l'évolution des conceptions psychopathologiques. Les secteurs sont animés par des médecins responsables qui ne s'affranchissent pas toujours du cadre conceptuel, de la grille de lecture, qui leur a été transmise lors de leur formation initiale par leurs maîtres. La remise à jour des connaissances pâtit encore de ce qu'il est convenu d'appeler des « querelles d'école », lesquelles ne sont que la traduction de l'impossibilité actuelle de démontrer scientifiquement et sans discussion la supériorité d'une approche clinique et thérapeutique sur une autre. Pourquoi dès lors en changer quand le travail de toute une équipe s'est structuré autour d'une conception de la pathologie et du soin ? En attendant, les usagers pâtiennent parfois de pratiques qui s'éloignent par trop d'un éclectisme raisonnable.

L'on voit que le système public de soins est à la croisée de chemins qu'il ne choisira pas. La société, les pouvoirs publics, les collectivités territoriales, la pente de la demande des usagers décideront pour lui des missions qui lui seront confiées. Mais le chemin emprunté sera-t-il le plus légitime ? N'est-il pas temps de poser ces problématiques sur la table du débat public ?

### Le système libéral

L'exercice de la psychiatrie dans le cadre de la médecine libérale, ambulatoire ou hospitalière a connu un développement significatif à la fin des années 60. Nombre d'établissements se sont créés, en particulier là où le système public apparaissait insuffisant, ainsi que dans les régions urbaines et méridionales plutôt favorisées (Île-de-France, PACA, Sud-Ouest...). Au total, l'offre hospitalière libérale représente 12 000 lits, soit 20 % des capacités. Le secteur privé lucratif semble s'être spécialisé dans la prise en charge des troubles sévères de l'humeur qui représentent près de la moitié de leur patientèle.

Aux côtés de l'offre hospitalière libérale existe aussi une offre libérale ambulatoire, mieux répartie, encore qu'essentiellement urbaine. Cette psychiatrie libérale de consultation accueille des demandes sous-tendues par une démarche consciente et volontaire, engagée dans un processus de changement subjectif, et soucieuse de confidentialité. L'accueil possible de cette demande est essentiel, car elle atteste de la prise de conscience d'une souffrance, d'un dysfonctionnement psychique,

d'un besoin d'y voir plus clair et plus juste sur soi-même. Elle ne doit pas être appréciée à la même aune de gradation de gravité ou d'acuité que celle qui s'adresse au système public de soins. Sa vertu préventive de troubles plus graves, son caractère libre, la prise à son compte qu'elle signe pour le sujet qui la formule, le socle de responsabilité qu'elle indique pour lui sont des dimensions précieuses pour une réalité sociétale dont il ne faut pas écarter les tentations sourdes de régression. Peut-être certains praticiens ont-ils eu tendance à pérenniser des prises en charge ne concernant qu'un petit nombre de patients, dans le cadre d'un travail psychothérapeutique dont il était peut-être possible de marquer plus précocement la fin possible, au risque d'obérer leur disponibilité et de refuser d'autres demandes, mais depuis une dizaine d'années la pression croissante du besoin de soins, la meilleure connaissance par la population générale des ressources thérapeutiques de la psychiatrie, ont eu raison de ce type de pratiques. La France se caractérise par un nombre important de psychiatres libéraux, ouvrant un champ de travail dont ne disposent pas d'autres pays. C'est encore une chance et un atout qu'il n'y a pas lieu de sacrifier sur l'autel de rationalisations réductrices, car ils remplissent une authentique mission de santé.

### L'offre d'accompagnement médico-social dans le secteur associatif

La reconnaissance des « situations de handicap psychique » actée par la loi du 11 février 2005 a cristallisé, pour tous les partenaires, l'évolution déjà en germe de leur conception de la prise en charge globale des personnes souffrant de troubles psychiatriques chroniques. Les associations d'aidants, les familles au premier chef, ont milité pour cette reconnaissance, qui venait enfin prendre en considération les limitations d'accès des malades aux différents registres de la citoyenneté. Ces limitations ont longtemps été méconnues : comment faire comprendre et admettre aux décideurs de la « compensation » et aux garants de l'aide à la mise en œuvre du « projet de vie »<sup>7</sup>, le fait que les personnes en situation de « handicap psychique » ne pouvaient se réaliser socialement, non parce que leurs capacités intellectuelles les rendaient incapables d'effectuer certaines tâches ou de remplir certaines fonctions, mais parce qu'elles étaient, à certains moments de leur existence, dans l'incapacité réelle d'en prendre l'initiative ? [54, 45]

Un premier message, promu par les associations d'aidants, a popularisé l'idée que ce handicap était majeur, tout en étant invisible et variable. Ce fut un premier pas. Mais si l'on avait dû s'y arrêter, le risque aurait été de ne se faire de ces difficultés d'autonomie sociale qu'une représentation d'imprévisibilité, d'inaccessibilité et d'impuissance. En réalité, la question fondamentale est celle-ci, qui a émergé des travaux des chercheurs en réhabilitation psychosociale : dans le tableau des incapacités psychiques présentées par une personne,

7. [http://www.cnsa.fr/article.php3?id\\_article=27](http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=27)



quelles sont celles qui sont sensibles à ces stratégies de réhabilitation, et susceptibles d'être récupérées par des apprentissages appropriés, et quelles sont celles qui constituent un « noyau dur », pour lesquelles des mesures de compensation devront être mises en œuvre ?

Formulée ainsi, cette question, dont les prérequis éclairent la « variabilité » du handicap, montre que l'évaluation de ces situations ne peut être envisagée qu'en étroite complémentarité avec les démarches soignantes. « On ne peut évaluer sans soigner », et « on ne peut évaluer sans accompagner » [46], puisque la sécurité que donnera à la personne une première assurance de compensation viendra conforter son engagement à entrer dans un processus de « rétablissement » : plus que « variable », le handicap psychique est « dynamique ».

En pratique, depuis la loi de 2005, une série de dispositifs médico-sociaux a été promue : SAMSAH, résidences accueil, établissements et services d'aide par le travail (ESAT) spécialisés, éventuellement « hors les murs », équipes d'aide à l'insertion en milieu ordinaire de travail après évaluation de « l'employabilité », groupes d'entraide mutuels, etc. déclinant les différents aspects concrets des difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap psychique et de la compensation qui peut leur être proposée.

En dépit de l'avancée considérable que représente cette loi de 2005 pour le destin social des personnes en situation de handicap psychique, plusieurs constats doivent être aujourd'hui formulés :


- Le premier est que le développement de ces dispositifs et donc de l'accompagnement médico-social disponible est actuellement très inégal selon les territoires, même si l'ensemble de ces derniers semble s'être saisi de la problématique. L'antériorité ou non de l'implantation d'une structure associative dédiée aux problèmes rencontrés par les malades psychiques est décisive. Comme nous le disions plus haut, lorsque les budgets sont contraints, et s'il n'existe pas d'opérateur

local, il est très difficile de créer *ex nihilo* toute la palette des services nécessaires.

- Le deuxième est la difficulté à organiser concrètement cette articulation entre champ sanitaire et champ médico-social, pour que les deux types d'intervention s'économisent l'un l'autre, que la compensation vienne soulager l'intensité du recours aux soins, et que les stratégies de réhabilitation permettent un « rétablissement » aussi accompli que possible, minimisant ainsi la compensation nécessaire. La solution que nous préconisons pour y parvenir est la mise en place de « centres ressources » territorialisés qui impulsent cette articulation dynamique [25].

- Le troisième est qu'il est aujourd'hui impossible d'évaluer l'ampleur des besoins et des initiatives à prendre en ce domaine, qui conduira inévitablement à une restructuration fondamentale de la prise en charge globale des personnes présentant ces troubles psychiques chroniques. Cette évolution devrait permettre au système de soins de santé, dégagé des missions d'accompagnement qu'il assumait jusqu'alors, de mieux répondre aux problématiques nouvelles de santé mentale.

### Conclusion

Ainsi, les grandes lignes d'une évolution du système de santé mentale se dessinent : prise en compte de nouveaux besoins relevant du champ plus large de la santé mentale, dans le registre sociétal de la santé publique, redéfinition des missions confiées au système de santé, reconfiguration de l'offre de prise en charge pour les personnes présentant des pathologies psychiques chroniques et montée en puissance des interventions d'accompagnement médico-social, formulation d'objectifs de santé publique concernant les indicateurs les plus significatifs pour faire progresser le sort social des malades. Tels pourraient être d'ailleurs les grandes lignes d'une loi d'orientation que les professionnels et les usagers attendent, pour redonner sens et élan à leurs interventions. 

## L'évolution de l'épidémiologie des troubles psychiatriques

### Vers un nouvel idiome de la santé mentale ?

L'histoire de l'épidémiologie psychiatrique a fait l'objet de publications synthétiques, spécifiquement historiques [18, 20, 32] ou plus techniques [32, 58, 68]. Davantage que sur le résumé de cette histoire, c'est sur quelques grands principes organisateurs permettant d'éclairer les dynamiques de ses évolutions que se concentrera cet article.

Épidémiologie générale et épidémiologie psychiatrique partagent des objectifs et des méthodes communs. L'épi-

démiologie est une branche de la médecine [20] qui étudie – par des enquêtes sur des populations – les maladies, dans le but d'en connaître la répartition temporelle et spatiale (épidémiologie descriptive), d'en comprendre les facteurs causals (épidémiologie analytique) ou d'analyser les relations entre l'utilisation des traitements, ou des programmes de prévention, et l'évolution des maladies (épidémiologie évaluative). Globalement, on cherche à comprendre les relations entre la maladie étudiée et

**Xavier Briffault**  
Chargé de recherche  
CNRS, Centre de  
recherche Médecine,  
Sciences, Santé,  
Santé mentale et  
Société (CERMES3)

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

un ou plusieurs facteurs d'exposition que l'on suppose pouvoir jouer un rôle causal. On étudie pour cela les différences entre deux groupes qui se distinguent soit par leur exposition, soit par leur statut par rapport à la maladie. Les résultats les plus probants sont ceux que l'on obtient lorsque les deux groupes comparés sont identiques en tout point sauf par rapport au facteur variant. L'essai contrôlé randomisé (ECR), qui est une étude interventionnelle dans laquelle l'expérimentateur répartit aléatoirement les sujets entre un groupe exposé et un groupe non exposé, est pour cela le meilleur dispositif : s'il n'y a pas de biais méthodologiques, toutes les différences observées après un certain temps entre les deux groupes (variations de l'incidence de la maladie) seront imputées à l'exposition au facteur étudié dans le groupe exposé. Par exemple, on fait suivre à un groupe d'enfants un programme psycho-éducatif, et on compare prospectivement leur santé mentale tout au long de leur vie à celle d'un groupe contrôle d'enfants qui n'ont pas suivi ce programme. Bien entendu la majorité des facteurs d'exposition ne peuvent pas être manipulés expérimentalement. On a alors recours à des études observationnelles, malheureusement moins probantes, telles que les études de cohorte observationnelles dans lesquelles on compare des groupes définis par une exposition « naturelle » à un facteur. On compare par exemple les proportions de schizophrénies dans un groupe d'enfants nés dans un quartier pauvre *versus* un groupe nés dans un quartier aisé. La comparabilité entre groupes est moins bonne, et il faudra contrôler les facteurs variants. On peut cependant retrouver un niveau de preuve presque équivalent à celui d'un essai contrôlé randomisé avec une étude quasi expérimentale s'appuyant sur un événement indépendant des sujets, qui crée une exposition. Par exemple, une ville est frappée par une catastrophe naturelle, mais pas la ville « similaire » d'à côté. On en « profite » pour examiner l'incidence des états de stress post-traumatiques dans les deux villes. Encore moins probante est l'étude cas contrôles (ou cas-témoins), dans laquelle ce n'est pas le statut d'exposition qui constitue les groupes, mais le statut par rapport à la maladie (présente/absente). Par exemple, on constitue un groupe de personnes ayant présenté un épisode dépressif *versus* n'en ayant pas présenté et on examine dans les deux groupes la proportion de personnes qui ont été « exposées » à un licenciement. Le dispositif est essentiellement rétrospectif, puisqu'il considère les facteurs de causalité – logiquement antérieurs – à la maladie à partir du moment où elle s'est déclarée. C'est la source de nombreux biais qui minent les capacités des études cas contrôle à permettre des analyses causales solides, bien qu'on puisse estimer à moindres frais avec ce dispositif les résultats qu'on obtiendrait dans une étude prospective. Enfin, dans les études transversales, on étudie un échantillon aléatoire d'une population à un moment donné. On ne dispose donc que de données sur les fréquences instantanées des maladies (prévalences). L'inférence causale est

beaucoup plus problématique avec ce type de dispositif, qui permet avant tout d'étudier des associations.

Ces dispositifs d'enquête et leur « grammaire » d'administration de la preuve sont donc communs à l'épidémiologie générale et à l'épidémiologie psychiatrique. Ce qui distingue ces deux disciplines, c'est la façon de caractériser l'objet étudié, la maladie somatique pour l'épidémiologie générale et (ce qu'on appelle aujourd'hui) le « trouble mental » pour l'épidémiologie psychiatrique. C'est précisément autour de la spécificité de la construction de cette caractérisation que s'opère le principal mouvement générateur des évolutions de l'épidémiologie psychiatrique : « *l'absence d'un système adéquat de classification des maladies mentales a été le principal facteur limitant le développement de l'épidémiologie psychiatrique* » [32]. Cette difficulté est certes historique, mais surtout épistémologique : à la différence des maladies somatiques, on ne connaît pas à ce jour de fondements physiopathologiques avérés aux troubles mentaux. Le raisonnement abductif classique en médecine somatique (des symptômes vers une entité biologique naturelle dont ils sont la manifestation visible) ne peut donc en toute rigueur s'y appliquer [28] ; ici, les symptômes, constitués en syndromes, *sont* le trouble. Toute la difficulté est alors de définir et de stabiliser les associations symptômes/syndromes/troubles, et de définir des méthodes utilisables en population. Il faut trouver une méthode et des définitions qui permettent un recueil à la fois fiable (c'est-à-dire fidèle, des recueils menés par des enquêteurs différents devant donner le même résultat diagnostique) et valide (c'est-à-dire que le « diagnostic » épidémiologique correspond bien à une entité psychopathologique avérée).


Dans une première génération d'études réalisées avant la deuxième Guerre mondiale, les données étaient généralement recueillies auprès d'informateurs privilégiés (institutions psychiatriques, médecins de ville) qui communiquaient les cas dont ils avaient connaissance. Cette méthode était d'une fiabilité et d'une validité toutes relatives. Dans une deuxième génération d'études, les chercheurs – généralement un psychiatre et son équipe d'enquêteurs – se chargèrent directement des entretiens avec les sujets de l'enquête, selon des protocoles d'entretiens plus ou moins définis et publics. La qualification du cas dépendait *in fine* de l'appréciation du psychiatre sur les données recueillies. Cette méthode, très coûteuse en temps et en main-d'œuvre spécialisée – même si une partie du recueil pouvait être déléguée à des enquêteurs non psychiatres – n'était pas applicable à un recensement sur de larges populations. On la trouve utilisée sur des bassins de population limités, par exemple dans les études classiques des années 50, Comté de Stirling au Canada [48, 55], Midtown Manhattan aux États-Unis [66], village de Lundby en Suède [47]. Bien qu'*a priori* plus valide, en raison de la compétence des enquêteurs, cette méthode ne s'avère guère plus fiable. La latitude laissée aux enquêteurs et l'absence de description précise des procédures d'enquête, de questionnement et d'analyse utilisées nuisent à la répliquabilité de l'étude, ce d'autant

que les définitions des catégories diagnostiques sont elles-mêmes toujours peu précises. Aux États-Unis, le manuel diagnostique de référence de la profession, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) en est alors à sa deuxième version. Les définitions des troubles mentaux qui y sont proposées reposent sur une approche psychodynamique, elles laissent une part énorme à l'interprétation clinique et font référence à des mécanismes étiologiques psychiques absolument inaccessibles dans un entretien d'enquête, même approfondi. Par ailleurs, la variabilité des diagnostics portés est incompatible avec les exigences de fiabilité de l'épidémiologie.

Il faut résoudre ce problème, et de surcroît il faut le faire « en utilisant des questionnaires passés en une seule fois par un enquêteur dont il n'est exigé ni compétences cliniques, ni formation spécialisée en santé mentale » [20] et en produisant des résultats fiables. Après quelques innovations, passant en particulier par la définition de critères diagnostiques pour la recherche (les *Research Diagnostic Criteria* [65]) la solution viendra en 1980 de la troisième version du DSM. La nosographie psychiatrique consiste dès lors à rassembler dans des syndromes des caractéristiques observables – la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'OMS adopte la même logique –, qui présentent de surcroît l'avantage de pouvoir être formulées dans des questions posées directement au patient/à l'enquêté.


Cette méthodologie est aujourd'hui appliquée en routine pour produire les prévalences, les facteurs associés et les formes de recours au soin et d'utilisation des traitements des troubles mentaux. Plusieurs milliers d'enquêtés reçoivent un questionnaire à remplir, ou un appel téléphonique d'enquêteurs d'instituts de sondage chargés de le leur lire *verbatim* et de saisir leurs réponses dans un système informatisé, dans lequel des algorithmes produisent automatiquement les catégories diagnostiques du DSM ou de la CIM associées aux individus à partir de leurs réponses. Bien que demeurant coûteux, le processus est désormais tout à fait standardisé et industrialisable. C'est à l'avènement de ce dispositif que certains auteurs imputent le développement supposé des troubles psychiatriques dans les dernières décennies (lire encadré).

La quatrième génération de l'épidémiologie psychiatrique sera sans doute celle de son développement comme principe organisateur et idiome commun du champ de la santé mentale. En tant que méthode populationnelle, l'épidémiologie psychiatrique a des affinités électives avec les politiques de santé publique en santé mentale. Mais celle-ci ne peut pleinement bénéficier des résultats de celle-là que si ses catégories d'analyse sont utilisées par toutes les parties prenantes concernées par ces politiques. C'est pourquoi l'épidémiologie psychiatrique occupe aujourd'hui une position charnière entre les politiques de santé publique et lesdites parties prenantes, dont le pivot est précisément le standard de diagnostic que constitue le DSM.

Dans l'actuelle extension des logiques de *Evidence-Based Medicine* (EBM) à la médecine mentale (EBMM), l'idiome épidémiologique est en position de s'imposer comme trame de l'interlangue que devront utiliser épidémiologistes, évaluateurs de l'efficacité des interventions, rédacteurs de recommandations de bonne pratique, concepteurs de formations initiales et permanentes, organismes d'éducation à la santé, laboratoires pharmaceutiques, praticiens... pour communiquer entre eux, à propos des personnes présentant des troubles mentaux. Ce processus de standardisation semble inéluctable; faute d'un langage commun, les connaissances et les pratiques de ces différents domaines ne sont pas articulables entre elles, et du point de vue de la rationalisation des pratiques, ce n'est pas acceptable. Cet espéranto a-t-il la puissance nécessaire pour occuper cette position sans réduire les capacités expressives requises pour parler avec la subtilité souhaitable des questions de santé mentale et sans générer une inflation inconsiderée de supposés troubles qu'il faudrait traiter? C'est ce qu'il serait bon qu'une analyse épistémologique examine rapidement. 

## L'épidémie des troubles mentaux : fait ou artefact ?

**L'**idée selon laquelle la prévalence des troubles mentaux dans les sociétés occidentales contemporaines est très importante et qu'elle ne cesse d'augmenter est aussi répandue [53, 35] qu'elle est controversée [57, 10, 33]. Que des auteurs d'orientation sociologique ou critique de la médicalisation des troubles existentiels s'inscrivent en faux contre cette affirmation, largement soutenue par l'OMS dans ses études de charge de morbidité, n'est pas nécessairement surprenant. Plus inattendue est la position qu'a récemment adoptée Allen Frances sur cette question. Allen Frances, psychiatre américain de renommée mondiale, a présidé la *Task Force* qui a produit la quatrième version du plus grand succès nosographique de l'histoire de la psychiatrie – le DSM-IV [1]). Il développe dans son dernier ouvrage sur le bon usage du DSM-5 [22] un argument qu'il est intéressant de citer *in extenso* : « les études rétrospectives d'épidémiologie rapportent que 20 % de la population générale présentent actuellement un diagnostic psychiatrique et 50 % en présentent un au cours de leur vie. Les études prospectives doublent ce taux [...]. Durant les vingt dernières années nous avons observé [...] : une

*multiplication par 20 des troubles du spectre autistique, un triplement des troubles de l'hyperactivité/attention (THADA), un doublement des troubles bipolaires. Le pire est une multiplication par 40 des troubles bipolaires de l'enfant [...]. 20 % de la population nord-américaine prend un psychotrope; 7 % présentent une addiction à l'un de ces psychotropes; les overdoses de drogues légales causent plus de séjours aux urgences que les overdoses de drogues illégales ». Il ajoute : « je ne crois pas que nous vivions une véritable épidémie de troubles mentaux. Au contraire, nous sommes pris dans une épidémiologie de diagnostics approximatifs et d'attitudes de prescriptions irresponsables ». Selon ce spécialiste de la nosographie « de très petits changements dans la manière dont les troubles sont définis et dont les critères diagnostiques sont appliqués peut avoir pour effet des changements énormes dans les taux observés de troubles, et dans l'utilisation des médicaments ». La pleine compréhension de la manière dont, en particulier, l'épidémiologie psychiatrique contemporaine a évolué dans ces critères et dans leur utilisation est donc indispensable à une bonne compréhension et utilisation des chiffres qu'elle produit. *

## Intérêts et limites des nouvelles approches territoriales en santé mentale

**Laurent Plancke**

Sociologue

**Pauline Rhenier**

Politiste

Fédération

de recherche

en santé mentale

Nord-Pas-de-Calais

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

**B**ien avant la territorialisation de l'organisation des soins somatiques, dans les années 1960, la sectorisation des soins psychiatriques apparaît pionnière. Mettant fin à une approche hospitalo-centrée, elle obéit à une logique territoriale graduée, dans laquelle l'hospitalisation en établissement spécialisé ne devient qu'une étape éventuelle dans le parcours de santé. Vigneron et Massé indiquent ainsi que « le secteur psychiatrique a été conçu, dès le début de la 5<sup>e</sup> République, comme une entité spatiale enrichie de principes d'action visant à assurer pour une population localisée, l'égalité d'accès aux soins, la prise en compte des besoins de soins aigus comme ceux qui sont liés à la chronicité et la continuité des soins en élargissant le champ médical de la pathologie à l'accompagnement social et médico-social » [52].

### Psychiatrie : une territorialisation avant l'heure

Mais les pionniers du secteur avaient pointé, dès le départ, les risques d'une territorialisation des soins psychiatriques résidant dans la confusion entre deux définitions du secteur : « la mauvaise serait l'ensemble de structures extra-hospitalières, la bonne un ensemble démographique » [7]. L'esprit de la psychiatrie de secteur s'apparente à un double mouvement : l'implantation physique des services de psychiatrie publique dans la ville et leur désolidarisation du lieu unique de l'asile, assortie d'une « doctrine » de prise en charge globale intégrant la prévention, les soins, la postcure, la réhabilitation. Il s'agit principalement de respecter le milieu naturel du malade, établir la continuité des soins et éviter toute chronicisation. Aujourd'hui, force est de constater que progressivement, la sectorisation, contrairement aux principes fondateurs de la circulaire de mars 1960, n'a pas réussi à prendre en compte les variations des besoins des populations et sa mise en œuvre n'a pas enrayé l'iniquité entre les territoires malgré l'entrée en 1990, sur le plan politico-administratif, de la santé publique dans la santé mentale.

Malgré la sectorisation, l'iniquité est toujours criante dans l'offre selon les territoires. Par exemple, la région Ile-de-France concentre 30 % de la totalité des psychiatres exerçant en France (source : Ordre des médecins, 2011) et présente une situation socio-économique relativement favorable alors que les régions Nord-Pas-de-Calais et Champagne-Ardenne ont des densités de psychiatres plus de deux fois moins importantes.

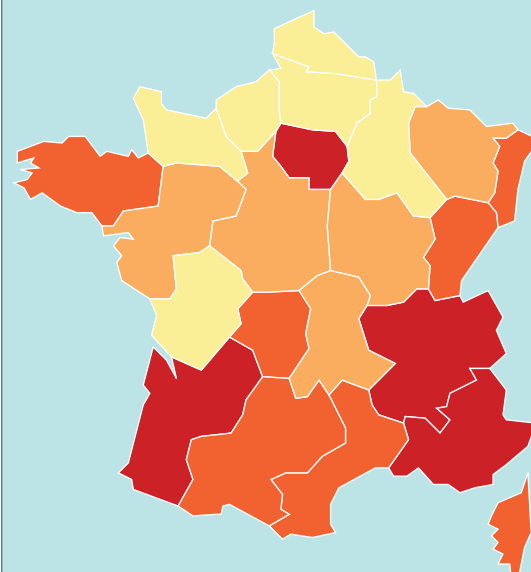
Planification et sectorisation n'ont pas mis fin aux inégalités en santé mentale ; ainsi, par exemple, l'Ile-de-France compte deux fois plus de psychiatres pour 100 000 habitants qu'en moyenne pour la France métro-

politaine, et les régions septentrionales présentent des densités beaucoup plus faibles que les celles du sud (carte 1). La carte de la mortalité masculine par suicide (exprimée en taux standardisé pour 100 000 habitants, carte 2) fait apparaître, elle aussi, des écarts très forts, l'Ile-de-France étant la région la moins touchée et la Bretagne celle connaissant le plus fort taux de suicide chez les hommes.

Parallèlement à une telle évolution, l'éclairage psychiatrique est de plus en plus requis dans de multiples domaines : ceux de la précarité ou de la souffrance au travail en sont des exemples. De sorte qu'aujourd'hui, le « domaine » de la santé mentale s'apparente à un champ d'intervention très large, au sein duquel on traite certes du lien entre précarité et santé, mais également du rôle croissant des usagers dans le système de santé et des

carte 1

### Psychiatres salariés et libéraux, densité pour 100 000 habitants (2011)



Taux de psychiatres salariés ou libéraux pour 100 000 habitants

12,71-14,20

14,21-15,51

15,51-19,50

19,51-32,34

Source : Plancke L., Bavdek R. Les disparités régionales en santé mentale et en psychiatrie. La situation du Nord-Pas-de-Calais en France métropolitaine. Lille, Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord-Pas-de-Calais, 2013.



personnes atteintes de handicap psychique à l'élaboration de solutions d'accompagnement ou d'entraide<sup>1</sup>.

Le champ de la santé mentale connaît donc une extension liée à la médicalisation et la psychiatrisation de nos sociétés, qui produisent des effets divers sur la mobilisation de nouveaux acteurs du champ sanitaire (la santé est « l'affaire de tous » [37]) dans la régulation des problèmes sociaux.

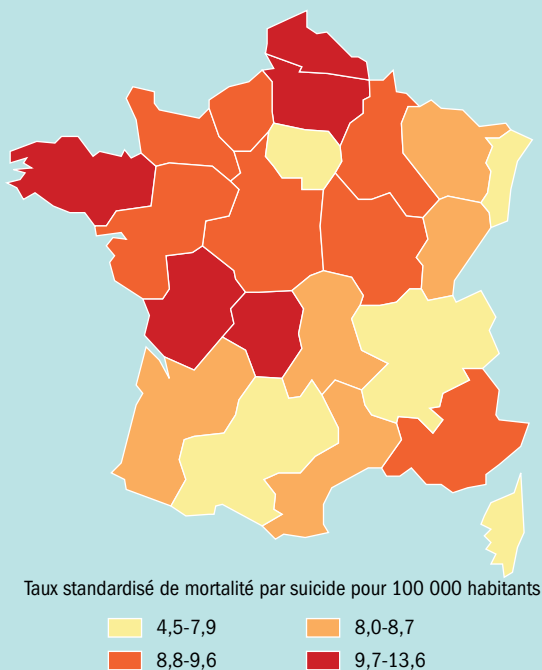
Concrètement, ces évolutions se traduisent par des dynamiques territoriales volontaristes de décroisement regroupant une diversité d'acteurs susceptibles de relayer des besoins en matière d'accès aux soins, d'agir sur les déterminants de santé mentale de la population, de favoriser la déstigmatisation et l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap psychique. Ces dynamiques prennent des formes variées, qu'il s'agisse de mettre des professionnels en réseau autour d'une pathologie ou d'un problème de santé publique, d'ouvrir des « tables de concertation » à l'ini-

1. Loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients et la qualité du système de santé. Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

tiative des municipalités (type conseils locaux de santé mentale), ou de créer des dispositifs de coordination dédiés à la résolution de situations individuelles dites « complexes ». Différents niveaux de territoire servent alors de cadres de référence à ces initiatives plus ou moins contractualisées selon les cas : le quartier, la commune ou le groupement de communes, le secteur de psychiatrie, le territoire de santé, etc. Une multiplicité d'acteurs est appelée à s'y mobiliser : élus, professionnels libéraux ou salariés du service public des champs médicaux, médico-sociaux ou sociaux, milieux scolaires, bailleurs, services municipaux, associations d'usagers, acteurs culturels. Ces nouveaux espaces génèrent de nombreuses actions (information, coordination, formations « croisées », services d'accompagnement, recherche-actions, etc.), tant et si bien qu'il s'avère aujourd'hui extrêmement ardu d'en avoir une visibilité exhaustive dans chacun des territoires concernés. On peut toutefois affirmer que l'entrée « par le territoire » favorise l'examen des besoins de santé et de soins à partir des unités de vie et non du découpage administratif des services. La position de l' élu offre de surcroît un double avantage : il est perçu comme légitime d'une part et d'autre part son rôle transversal lui permet de mobiliser de façon stratégique tous les acteurs susceptibles de peser sur les déterminants de santé et du recours aux soins.

carte 2

### Suicide masculin. Taux standardisés de décès pour 100 000 hommes (2007-2009)



Source : *ibidem*, Insem-CépiDC (2007-2009).

### Des politiques territorialisées de santé depuis les années 1980

Avant 1980, la politique publique de santé est réduite à l'addition des pratiques : les objectifs en sont fixés par les acteurs impliqués dans la relation thérapeutique. Les premiers instruments d'action publique destinés à résorber les inégalités géographiques concernent les équipements et les professionnels médicaux (Sros en 1991).

Depuis le milieu des années 1980 jusqu'en 1995, de nombreux rapports sur la santé soulignent une mortalité prématurée importante, des inégalités de santé remarquables, une complexité et segmentation du système de santé. Les ordonnances de 1996 consacrent une politique dite stratégique ne se contentant plus de répartir des équipements sur le territoire français mais de les référer à des priorités nationales et régionales de santé à partir d'un diagnostic intégrant les inégalités sociales et territoriales de santé dans la limite des objectifs de dépenses de l'assurance maladie par le Parlement. Depuis, les autorités ministérielles priorisent sous la forme de plans nationaux, par déterminant (lutte contre le tabagisme), par pathologie (lutte contre le cancer), par population (santé des jeunes). Jusqu'en 2004, la question du droit à la santé est essentiellement posée sous l'angle de l'accès aux soins<sup>2</sup>, en dehors de l'amélioration des conditions de vie au travers du

2. Réforme de l'aide médicale gratuite par la loi du 29 juillet 1992, réorientation de l'activité des centres d'examen de santé des caisses d'assurance maladie, loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 et PRAPS, CMU en 2000.

## Les équipes mobiles en psychiatrie (EMP)


**D**es équipes labélisées mobiles se sont multipliées depuis une quinzaine d'années en France<sup>1</sup>. On se concentrera uniquement sur celles intervenant dans le domaine de la santé (à l'exclusion par exemple des équipes mobiles de sécurité scolaire) et plus particulièrement à celles spécialisées en psychiatrie, à l'exclusion par exemple des équipes mobiles de soins palliatifs ou de gériatrie. De même, la notion de mobilité utilisée ici fait référence aux déplacements à l'extérieur des structures de l'établissement de rattachement de l'équipe. Le nombre d'équipes mobiles en psychiatrie (EMP) augmente à partir des années 2000, avec des circulaires, des appels à projet des ARS, et autres documents officiels qui les recommandent, réglementent et/ou financent, par exemple, pour la psychiatrie-précarité (EMPP)<sup>2</sup>, pour l'autisme<sup>3</sup>, pour les soins somatiques<sup>4</sup>. La mobilité n'est pas leur

seule caractéristique distinctive, car les équipes de secteur faisant des visites à domicile et des accompagnements sont également mobiles, sans pour autant être ainsi labélisées. Les EMP sont également caractérisées par la transversalité de leurs champs d'intervention, par leur objectif, par le public auquel elles s'adressent et par le mode de légitimation de leurs interventions.

Comme exemple de transversalité, les questions liées à l'adolescence, au vieillissement ou à la précarité ne sont pas exclusives à la psychiatrie ni à aucune discipline en particulier. Elles concernent plusieurs dispositifs sans en être le cœur de métier et nécessitent un travail de la part des acteurs pour qualifier les situations et définir ainsi qui est légitime pour intervenir : dans quelle mesure joue l'aspect social, somatique, culturel ou psychiatrique ? On peut dire que les EMP sont spécialisées dans l'imbrication de dimensions et dans l'articulation d'acteurs. Ainsi, elles sont à la fois spécialisées (en psychiatrie) et « despécialisées », car s'occupant de ce qui peut être considéré comme marginal au cœur de métier de la psychiatrie (les aspects sociaux ou somatiques, par exemple)<sup>5</sup>. C'est une façon de concilier la prise en compte des particularités de ces populations au sein des structures du droit commun, donc sans créer des filières. En effet, ces équipes ont pour objectif de favoriser l'accès, le retour et le maintien dans ces structures et non

pas de se substituer à elles. Pour cela, elles fonctionnent le plus souvent comme experts (évaluation, conseil et orientation) ou comme une passerelle (suivi et accompagnement pour favoriser la concrétisation de l'orientation) et plus rarement pour une prise en charge à part entière.

C'est pourquoi les EMP s'adressent à un public composé non seulement des usagers (personne âgée, en situation de précarité, autiste, adolescent) mais surtout des partenaires (les professionnels du social, du médico-social, l'entourage). Car outre leurs spécificités propres, ces populations ont en commun le nombre important d'intervenants impliqués avec peu d'articulation entre eux, ainsi qu'un défaut de demande, voire un refus de soins.

Or, habituellement, ce qui légitime une prise en charge par la psychiatrie est le fait qu'une demande de soin soit exprimée en présence de la personne à soigner dans un lieu de soin, même si la demande est formulée par un tiers (entourage, police, autre professionnel) [50]. Ce n'est qu'après que les équipes de secteur interviennent en dehors des lieux de soin, toujours en référence à une demande ainsi exprimée. La grande nouveauté des EMP est donc cette légitimité à intervenir en l'absence d'une telle demande, à aller vers les personnes afin de susciter une demande ou du moins obtenir un accord pour les faire venir, si nécessaire, vers les soins. Ainsi, ces populations qui restaient sans soins ou qui y accédaient dans des conditions difficiles, notamment par des hospitalisations sans consentement, sans préparation, sans articulation entre les acteurs concernés, peuvent bénéficier de soins plus adaptés et de prises en charge mieux coordonnées. 

1. Nous ne disposons pas des chiffres exacts concernant le nombre de ces équipes, mais elles ont été créées pour la plupart à partir des appels à projets, qui eux datent d'après 2005. Prenons l'exemple des EMPP qui étaient une quinzaine jusqu'à la circulaire de 2005 et qui étaient 110 en 2012. (Legros M., Bauer D., Goyaux N., *Rapport du groupe de travail « Santé et accès aux soins » Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins*. EHESP-ONPES, DGOS, DGS, 2012).

2. Circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

3. Ministère de la santé, de la jeunesse des sports et de la vie associative, Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité. Plan autisme 2008-2010.

4. Courrier de la DHOS aux ARS avec cahier des charges pour lancement d'appel à projet afin de créer 40 PASS en psychiatrie, 2009.

5. La composition de ces équipes est extrêmement variable, à l'instar des équipes de secteur. Par exemple, les EMPP ont toutes des infirmiers et au moins un temps partiel de psychiatre mais elles peuvent avoir des assistants sociaux, éducateurs spécialisés, aides médico-psychologiques, psychologues.

**Ana Marquès**  
Chargée d'études,  
Établissement  
public de santé  
Ville-Évrard

renouvellement urbain et de la lutte contre le saturnisme. Les déterminants de santé peuvent alors faire l'objet de politiques contractualisées sur un mode volontariste (politique de la ville, rénovation urbaine, prévention de la délinquance, insertion) avec l'État.

À l'image des premières politiques contractuelles des années 1980, pour l'insertion des jeunes sans emploi, la prévention de la délinquance ou le développement social des quartiers, l'État va appeler les élus locaux à s'engager dans des programmes territorialisés par

le biais des contrats locaux de santé. Il s'agit, pour le maire ou son représentant, de convier les acteurs locaux concernés par la santé (professionnels, associations, habitants, établissements...) et les représentants des services de l'État et des collectivités territoriales, en vue de définir – après avoir établi un diagnostic partagé de l'état de santé de la population du territoire d'intervention et sélectionné des priorités locales – un programme coordonné d'actions visant à corriger certaines inégalités de santé. Retenus par le préfet, ces programmes sont alors éligibles à un financement paritaire entre l'État et les collectivités locales.

En 2004, la loi du 9 août relative à la politique de santé publique marque une rupture puisque la question des inégalités de santé apparaît dans le rapport d'objectifs de santé publique annexée à la loi : il s'agit de « *prendre en compte les groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques de la fréquence et/ou de la gravité du problème visé, y compris les déterminants liés à des spécificités géographiques* » (réduire les obstacles financiers et les inégalités devant la maladie et la mort, viser des facteurs de risque ou de vulnérabilité qui touchent plus les catégories sociales défavorisées – alcoolisme, obésité, santé au travail –, ou des catégories sociales à forte prévalence).

### Éléments de discussion

Si les politiques locales ont désormais une reconnaissance officielle dans le champ de la santé, leur financement reste minime par rapport aux montants consacrés aux soins individualisés (établissements, sanitaires ou médico-sociaux, professions libérales de santé, médicaments...). Il peut s'avérer en outre ardu de chiffrer l'ensemble des politiques contribuant à la prévention de la souffrance psychique ou l'insertion des personnes affectées d'une pathologie psychiatrique, beaucoup ayant un caractère généraliste (politique du logement, lutte contre la précarité, santé au travail...).

L'offre sanitaire ou médico-sociale fait l'objet de financements massifs en comparaison des actions collectives de prévention et de promotion de la santé (quand elles sont répertoriées). À titre d'exemple, sur les quelque 11 milliards d'euros consacrés en 2010 par la collectivité nationale (État et assurance maladie) à la santé dans le Nord-Pas-de-Calais, moins de 0,4 % ont été consacrés aux actions collectives de prévention et de promotion de la santé, contre 2 % en moyenne sur l'ensemble du territoire national<sup>3</sup>. Par ailleurs, la planification nationale « quantifie » des objectifs et des moyens concernant l'offre, qui se déclinera selon les territoires mais reste très floue quant aux modalités de soutien des dynamiques territoriales de prévention, de promotion de la santé, ou d'inclusion sociale.

Par ailleurs, si les politiques volontaristes et contractualisées ont pour intérêt de s'appuyer sur, et de ren-

forcer des dynamiques locales autour des élus, elles ne s'implantent pour autant pas systématiquement selon l'intensité des besoins observés, mais là où des acteurs s'approprient ces dispositifs. La carte des ateliers santé ville (ASV) ou des conseils locaux de santé mentale (CLSM) fait par exemple apparaître que des zones de suicide élevé ne sont pas dotées de ces outils de concertation. Le risque d'une accentuation des inégalités de santé mentale n'est donc pas à exclure. Cette dimension – le ciblage de zones prioritaires – est particulièrement typique du questionnement de certaines agences régionales de santé quant à la légitimité du financement de certains contrats locaux de santé (dans des territoires « non prioritaires » au regard des indicateurs disponibles) au détriment de territoires sur lesquels aucune dynamique d'acteurs n'émerge.

Enfin, les dynamiques territoriales de décloisonnement nécessitent la concertation d'acteurs très nombreux et la mobilisation d'échelons géographiques multiples, dont le découpage n'a pas forcément une pertinence en termes de bassin de santé ou de vie. La participation à de multiples instances est de surcroît chronophage, au point de menacer le temps dédié au service rendu au public. Au final, les collaborations entre équipes hospitalières et acteurs de santé de ville (médecins, intervenants médico-sociaux...) sont très inégales selon les territoires ; ce sont souvent les problèmes liés aux usages de drogues qui ont été à l'origine des premiers réseaux. D'abord informels, ces réseaux ont ensuite été reconnus dans leur pertinence<sup>4</sup> et financés en tant que tels ; cependant, leur nombre est faible en psychiatrie, même si de nombreuses conventions unissent les services de santé mentale à des établissements comme les centres d'hébergement, les services d'addictologie, missions locales pour l'emploi des jeunes...

### Éléments de conclusion

La territorialisation des politiques de santé est sans doute l'une des évolutions majeures des trente dernières années mais la santé relève toujours de l'État [30]<sup>5</sup>. Les initiatives territoriales « en prévention », de plus en plus nombreuses, sont contrariées par des variables lourdes contribuant aux inégalités sociales et spatiales dont la réforme nécessiterait une politique nationale forte et transversale. La communauté scientifique a ainsi montré que l'accès aux soins, au-delà de ses aspects non formels (accessibilité financière et géographique), est tributaire de politiques générales visant, en amont du système sanitaire, une réduction des inégalités

4. Cf. l'ordonnance 96-345 du 24 avril 1996, portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée encourageant la constitution des réseaux de santé pour « assurer une meilleure organisation du système de santé et améliorer l'orientation du patient ».


5. La territorialisation ne s'identifie pas à des transferts de compétences ; la décentralisation est le transfert d'attribution à des institutions juridiquement distinctes de l'État.

3. Document Cadre « Pôle Régional de Compétences en EPS et PS ». Nord-Pas-de-Calais, mars 2013, p. 2.

économiques et sociales<sup>6</sup>. Certaines stratégies pour l'accès aux soins sont donc non spécifiques au domaine sanitaire (aménagement du territoire); d'autres, comme la lutte contre la désertification médicale via l'aide à l'installation en exercice de groupe ou le soutien aux études de médecine sont contrariées par la liberté d'installation, principe structurant la médecine en France.

En santé comme en santé mentale, les actions territorialisées et multidimensionnelles de prévention et de

6. Cf. le programme de recherche lancé par l'Inserm à partir de 1993 (*Précarisation, risques et santé*, sous la direction de Michel Joubert, *Les inégalités sociales de santé* sous la direction d'Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang).

promotion souffrent d'une double limite : la faiblesse et la précarité de leur financement, d'une part; la complexité de l'évaluation de leur impact sur les inégalités repérées, d'autre part. Toutefois, si l'on considère que les actions en direction des personnes les plus fragiles doivent les associer au plus près, la pertinence de l'échelon local pour lutter contre les inégalités de santé ne fait aucun doute : il est en effet décisif de baser les actions sur l'unité de vie de la population, d'asseoir leur légitimité sur celle des élus, placés de fait dans une position stratégique quant à la transversalité des projets pesant sur les déterminants de santé et de recours aux soins. 

### Le groupe d'entraide mutuelle : une nouvelle forme associative en psychiatrie


**D**epuis les années 1970, les associations françaises d'usagers dans le champ de la santé expriment le souhait d'être entendues par les professionnels de santé et les pouvoirs publics sur les sujets qui les concernent. Parmi les associations les plus visibles, il y a celles de la lutte contre le sida qui ont participé à redéfinir, en pratique, la place des usagers dans le système de soin [3]. Dans le champ de la psychiatrie française, les usagers qui se sont rassemblés dans ce type d'organisation l'ont fait généralement autour d'un diagnostic psychiatrique. Le « groupe d'entraide mutuelle » (GEM) représente une nouvelle forme associative, peu centré sur les problématiques de santé et interrogeant spécifiquement la participation sociale des usagers de la psychiatrie.

Les GEM, développés dans le cadre de la loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », ont été pensés comme des dispositifs de compensation et de prévention des conséquences sociales des troubles psychiques, appelés également handicap d'origine psychique. Organisé autour d'activités socioculturelles, un GEM se présente généralement comme un lieu de rencontres « entre pairs » devant favoriser l'entraide, la

socialisation et la prise de responsabilité des usagers de la psychiatrie. Ce dispositif innove par le fait d'être la première association française d'usagers de la psychiatrie issue d'un partenariat entre l'État et trois fédérations d'associations – l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam), la Fédération nationale des associations d'usagers de la psychiatrie (Fnapsy) et la Fédération d'aide à la santé mentale Croix-marine (Fasm Croix-marine). Une subvention allouée par l'État, établie dans le cadre de la première circulaire sur les GEM (circulaire du 29 août 2005), a été débloquée dans le but d'aider les usagers à créer l'association, leur permettre de prendre en charge sa gestion et d'être accompagnés par des animateurs professionnels. Aujourd'hui, 373 GEM ont été créés sur le territoire français.

L'originalité de cette structure se laisse également appréhender dans son organisation quotidienne. Caractérisé comme étant « non médicalisé », le GEM est un espace dans lequel les professionnels de la santé ne peuvent pas exercer leur métier et dans lequel les usagers sont invités à « mettre leur maladie entre parenthèses ». Au-delà de leur dimension socialisante, les différentes activités proposées sont censées permettre aux participants

de faire, librement, comme tout le monde, en vue de se voir et d'être vu par autrui comme tel. À travers ces rencontres « entre pairs », il se joue alors un travail informel sur les représentations de la personne faisant l'expérience de troubles psychiques dans notre société. Le « tremplin », comme les participants surnomment fréquemment le GEM, prend ainsi un double sens : il s'agit à la fois d'un lieu devant permettre aux personnes faisant l'expérience de troubles psychiques de participer plus facilement à la vie quotidienne environnante et d'un temps au cours duquel les usagers, à travers leurs interactions, produisent de nouveaux savoirs pratiques qui allient différentes normalités et redéfinissent concrètement leur place et leur rôle dans la société française [69].

Les GEM restent néanmoins en perpétuelle transformation, interrogeant régulièrement la participation effective des usagers dans la gestion associative et la présence de professionnels de l'animation dans une association dite « par les usagers ». Le flou qui entoure parfois l'organisation des GEM apparaît pour autant comme une source de création et d'innovations dont les usagers de la psychiatrie sont les acteurs principaux. 

**Aurélien  
Troisoeufs**  
Anthropologue,  
laboratoire du  
Cermes3, Paris  
Descartes



# Actualités et perspectives en psychiatrie

Les soins et l'accompagnement des personnes atteintes de troubles mentaux sont en constante évolution, avec comme perspective une réelle coordination des acteurs et un soutien à l'insertion professionnelle et sociale.

## Pratiques d'accompagnement vers l'emploi et *empowerment* des personnes en situation de handicap psychique

La recherche scientifique ne manifeste pas mieux sa pertinence, son utilité sociale et son pouvoir de vérité, que lorsque ses résultats surprennent et viennent infirmer, ou remettre en cause, des thèses et des pratiques dominantes jusque-là tenues pour allant de soi, qui s'avèrent en fait non optimales et liées à des préjugés. C'est ce qui se produit aujourd'hui dans le champ des pratiques de soutien à l'insertion professionnelle des personnes aux prises avec des troubles mentaux.

### Deux modèles d'accompagnement vers et dans l'emploi pour les personnes en situation de handicap psychique

L'insertion professionnelle de ce public fait, depuis quelques années, l'objet d'un nombre considérable de travaux de recherche, principalement dans le monde anglo-saxon ; en témoignent de très nombreuses publications, et maintenant des ouvrages de synthèse [14]. Parmi les résultats les plus saillants, un des plus connus concerne les pratiques d'accompagnement vers l'emploi, dont le modèle, dit de « soutien à l'emploi » (« *supported*

*employment* »), se distingue par la supériorité de son efficacité : la grande majorité des études comparatives (randomisées contrôlées) lui reconnaissent un taux d'insertion en milieu ordinaire de travail au moins deux fois supérieur à celui obtenu par les pratiques traditionnelles d'aide à la réinsertion pour ce public. Le programme IPS (*Individual Placement and Support*) « d'intégration dans l'emploi avec accompagnement individualisé », une des façons réputées les plus efficaces de mettre en œuvre cette pratique, est spécifié par sept principes, cités dans ce dossier par T. Greacen et E. Jouet. Plusieurs méta-analyses relèvent pour la méthode IPS un taux d'insertion en milieu ordinaire d'environ 60 % à l'issue d'un suivi de 18 mois en moyenne (allant de 6 à 30 mois), alors qu'il n'est que de 24 % avec les autres méthodes d'accompagnement vers l'emploi [6].

Cette pratique performante s'oppose par divers aspects aux pratiques traditionnelles de réinsertion. Alors que ces dernières reposent sur la progressivité et le réentraînement préalable à l'insertion en milieu de travail ordinaire, et respectent le principe, qui semble de bon sens, du « *Train and place* » (entraîner ou former puis

### Bernard Pachoud

Psychiatre, professeur de psychopathologie, CRPMS – Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

réinsérer), l'approche alternative revendique et opère le renversement de ce principe, qui devient « *Place and train* » : insérer d'abord, puis former et soutenir dans le cadre de l'activité de travail. Il s'agit donc d'insérer au plus vite les personnes en milieu ordinaire de travail, sans étapes préparatoires qui tendent à différer indéfiniment le retour à l'emploi réel, mais d'assurer ensuite, sur le long terme, un réel soutien dans l'activité de travail. Une même personne, qualifiée de « *job coach* » ou au Québec de « conseiller en emploi spécialisé », assume les différentes tâches que sont l'aide à la recherche et à l'obtention d'un emploi, le soutien à la prise de poste puis tout au long de l'activité de travail.

Nous ne reprendrons pas ici une présentation détaillée de ce type de pratique – nous renvoyons pour cela à une documentation facilement accessible [41, 56] –, mais nous mettrons l'accent et nous nous interrogerons sur les ressorts de son efficacité et sur les principales divergences avec l'approche traditionnelle. Ces résultats viennent en effet heurter et remettre en cause nos pratiques dominantes, nos habitudes, et par conséquent les croyances (ou préjugés ?) qui les fondent. En voici trois illustrations.

● Il serait donc possible d'insérer en milieu ordinaire environ 60 % des personnes vivant avec des troubles psychiques, à la limite quelle qu'en soit la sévérité (en vertu du principe d'absence de sélection clinique, propre au modèle IPS). Certes, on peut discuter ces données de recherche, s'interroger sur la durée des insertions réalisées, sur d'éventuels modes de sélection cachés (via les procédures de recrutement, les abandons). Mais le scepticisme couramment exprimé face à ces résultats ne relève pas de la seule et légitime critique scientifique : il trahit également la croyance dominante que cette intégration en milieu ordinaire de travail n'est que rarement possible pour ces personnes, et peut-être même pas souhaitable. Cette conviction, si on admet ces résultats de recherche, s'avère un préjugé, qui en effet influe sur nos pratiques. Il est d'ailleurs notable – et problématique – que nous ne disposons pas en France de statistiques publiées sur les taux d'intégration en milieu ordinaire de travail de ces personnes, ni d'ailleurs d'étude publiée sur l'efficacité de nos pratiques dans ce domaine. Dans l'accompagnement en milieu protégé par exemple, l'accès au milieu ordinaire de travail est rarement retenu comme un objectif priorisé, à l'exception de quelques établissements, tels ceux de Messidor<sup>1</sup>, qui revendiquent et se donnent les moyens de cet objectif. Cette association est par ailleurs à ce jour, à notre connaissance, la seule à avoir débuté une expérimentation de « soutien à l'emploi ». Elle obtient, avec un an de recul, des résultats comparables à ceux obtenus dans les études citées.

1. Créée en 1975, l'association Messidor, principalement implantée en région Rhône-Alpes, propose aux personnes en situation de handicap psychique des parcours de transition, passant par un emploi dans leurs établissements de travail protégé, mais en vue d'une réinsertion en milieu ordinaire de travail après quelques années.

● Second résultat notable de ces travaux : ce ne sont pas, comme on pourrait s'y attendre, les propriétés des personnes en situation de handicap (leurs ressources et leurs limitations) qui s'avèrent déterminantes pour le succès de l'insertion professionnelle, mais le mode d'accompagnement et la politique mise en œuvre pour l'inclusion dans le monde du travail de ces personnes.

● Enfin, au sein même des programmes de « soutien à l'emploi », le taux d'insertion en milieu ordinaire, s'il atteint en moyenne 60 % dans les méta-analyses, varie en réalité considérablement (de 27 % à 78 %) selon les contextes et modes de mise en œuvre de ce type de pratique. Dans une recherche comparant 23 programmes de mise en œuvre du « soutien à l'emploi » à travers l'ensemble du Canada, Corbière et ses collaborateurs [15], montrent que ces variations de résultats dépendent essentiellement de la qualité de l'accompagnement, et plus spécifiquement de certaines compétences et attitudes des « *job coach* » ou conseillers en emploi spécialisés.

Ainsi apparaît-il que le mode et la qualité de l'accompagnement sont un des principaux déterminants de l'insertion en milieu de travail ordinaire de ce public. Cela signifie aussi, lorsque les taux d'insertion sont faibles – comme c'est encore majoritairement le cas en France – que nos pratiques actuelles d'aide à la réinsertion sont un des principaux obstacles au retour à l'emploi de ce public (puisque le taux de succès pourrait être au moins doublé en adoptant le nouveau modèle d'accompagnement).

### Identifier les réelles divergences entre les pratiques traditionnelles et le modèle du soutien à l'emploi : les enjeux de l'empowerment

En France, à ce jour, les pratiques médico-sociales en vue de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique relèvent presque toutes de ce que nous avons qualifié de modèle traditionnel : d'une part des services qui offrent du travail en milieu protégé (en ESAT<sup>2</sup>) ; d'autre part des pratiques de réadaptation au travail dans le cadre d'ateliers thérapeutiques ou de formations ; enfin des pratiques d'évaluation puis de préparation et d'accompagnement vers l'emploi, principalement dans le cadre des « prestations ponctuelles spécifiques » (PPS), financées par l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph)<sup>3</sup>. La France reste d'ailleurs un des rares pays européens à ne pas avoir encore entrepris la mise en œuvre du modèle alternatif du « soutien à l'emploi », à l'exception de l'expérimentation

2. Établissement et service d'aide par le travail (ESAT).

3. Organisme paritaire institué par la loi du 10 juillet 1987 pour favoriser l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées dans les entreprises du secteur privé. Dans le cadre d'une convention signée avec l'État, l'Agefiph gère les contributions financières versées par les entreprises privées de 20 salariés et plus soumises à l'obligation d'emploi des personnes handicapées.

Remerciements à Catherine des Moutis pour ses commentaires et sa relecture de ce texte.

Cette recherche a bénéficié de l'aide conjointe de la Mission recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (MiRE-DREES), de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans le cadre de l'appel à recherche lancé par l'Iresp en 2011.

débutante de Messidor. On ne peut dès lors manquer de s'interroger sur les obstacles ou les résistances à cette pratique nouvelle, ainsi que sur la possibilité d'une transition des pratiques traditionnelles vers le modèle du « soutien à l'emploi ». Il nous faut pour cela examiner plus précisément l'écart entre ces pratiques, ce qui fondamentalement les distingue.

Il ne s'agit pas d'une simple différence de stratégie d'accompagnement vers l'emploi, portant sur la place et le rôle de l'évaluation. Certes le modèle traditionnel met l'accent sur une évaluation préalable, sensée guider une stratégie progressive de réadaptation au travail, et préparer au retour à l'emploi, alors que le modèle du « soutien à l'emploi » renonce par principe à ces préalables, pour privilégier un accompagnement en situation de travail effectif. On pourrait cependant objecter que la différence n'est pas si grande qu'il y paraît, et qu'il existe bien aussi dans le nouveau modèle, de « soutien à l'emploi », une évaluation, mais qui au lieu d'être préalable se déroule en situation de travail, dans la durée et tout au long du parcours.

La différence en revanche certainement plus radicale entre ces deux modèles est visible dans l'organisation de l'accompagnement. C'est sans doute là que s'ancrent les freins à une évolution de nos pratiques, en France plus particulièrement, car les questions d'organisation ouvrent à des questions administratives et de politique médico-sociale. C'est donc ce point que nous allons détailler.

Le modèle traditionnel de la réadaptation progressive implique l'intervention d'une pluralité d'intervenants, exerçant des fonctions d'expert pour l'évaluation, puis dans les pratiques de réentraînement ou de remédiation. Cette division du travail implique une organisation hiérarchique, pour assurer la coordination de ces intervenants et superviser l'organisation complexe de cette prise en charge. Ces contraintes de coordination sont particulièrement élevées pour les parcours dont l'accompagnement est assuré dans le cadre des « prestations ponctuelles spécifiques » (PPS), financées par l'Agefiph, avec un partage des tâches entre les chargés d'insertion des CAP-emploi et les intervenants des prestations d'appui, devant assurer ce rôle d'évaluation puis de préparation au retour à l'emploi.

À l'opposé, dans le modèle alternatif du « soutien à l'emploi », l'accompagnement repose sur un seul intervenant, qu'on l'appelle « *job coach* » ou « conseiller en emploi spécialisé », qui intervient depuis la demande initiale d'aide à la réinsertion, jusqu'à la situation d'emploi durant laquelle il poursuit son soutien, de façon en principe pérenne. Ce que cet intervenant unique, issu du monde du travail plutôt que de celui des soins, perd en expertise (en matière d'évaluation clinique ou cognitive), il le gagne dans la continuité du suivi, la proximité de la relation d'aide, et surtout dans l'autonomie et le pouvoir d'initiative dont il jouit pour ajuster ses interventions en fonction des besoins propres aux différentes étapes du parcours et à la singularité des personnes et de leurs

problématiques. Ce type de pratique ne requiert pas de hiérarchie pyramidale pour assurer la coordination, définir des protocoles de prise en charge, mettre en place des modules de formation ou de remédiation, constituer puis coordonner les groupes susceptibles de bénéficier de ces formations. Le *job coach* est non seulement affranchi de ces contraintes de coordination, mais il est appelé à jouer en réalité lui-même un rôle pivot de coordinateur entre le travailleur accompagné, l'entreprise, l'équipe soignante et les intervenants sociaux. Cette différence d'organisation, et plus profondément de conception et de politique de l'accompagnement, est bien synthétisée par la notion d'*empowerment*.

Par cette notion, issue du lexique politique des minorités américaines luttant pour leurs droits civiques, reprise par les modèles économiques et politiques du développement et de la lutte contre la pauvreté, on insiste sur la priorité de restaurer le pouvoir de décider et d'agir de ceux que l'on souhaite aider. Nombre d'auteurs ont fait observer que cet *empowerment* des bénéficiaires suppose que ceux qui les accompagnent jouissent eux-mêmes de cette liberté d'initiative, de cette latitude d'action.


Promouvoir l'*empowerment* implique donc un changement des rapports de pouvoir non seulement dans la relation d'accompagnement, mais aussi dans les structures qui mettent en place cet accompagnement : avec un management participatif, des hiérarchies courtes, la participation de bénéficiaires ou d'anciens bénéficiaires aux instances de décision des structures de soutien. À l'inverse, l'intervention d'experts a pour inconvénient de maintenir une relation asymétrique d'assistance, avec le risque de renforcer une posture passive des bénéficiaires. Enfin les structures hiérarchisées, avec de fortes contraintes organisationnelles, comme c'est le cas des structures proposant les « prestations ponctuelles spécifiques », ne peuvent que planifier de façon *top-down* des modes d'accompagnement, et finalement aussi les parcours des bénéficiaires, avec des protocoles qui par principe entrent en contradiction avec les exigences d'autonomie, d'initiative, d'inventivité, bref d'*empowerment* des accompagnants. Ces exigences recoupent d'ailleurs les qualités des professionnels identifiées par la recherche comme les vecteurs de leur efficacité [15].

Il apparaît enfin nettement que ce mode d'accompagnement individualisé vers l'emploi est d'abord inspiré par des valeurs, explicitement revendiquées par exemple par l'association européenne du « soutien à l'emploi » (EUSE). Or ces valeurs, loin d'entrer en tension avec le souci d'efficacité, s'avèrent au contraire un des principaux ressorts de cette efficacité.

« *L'emploi assisté est indissociable des concepts de responsabilisation, d'inclusion sociale, de dignité et de respect de la personne. Dans le cadre de l'emploi assisté, ces concepts peuvent être plus longuement définis par les valeurs et principes suivants : la personnalisation [au sens du respect des attentes et intérêts singuliers de la*

personne], le respect, l'autodétermination [dans l'élaboration du projet professionnel], l'information sur les choix possibles [choix qu'il appartient à la personne de faire en étant informée au mieux de leurs conséquences], la responsabilisation, la confidentialité, la flexibilité [pour s'adapter aux besoins singuliers des personnes], l'accessibilité [quel que soit le handicap]»<sup>4</sup>.

Si, comme nous venons de nous attacher à le montrer, la notion d'empowerment signifie tout à la fois l'em-

powerment des personnes accompagnées et de celles qui sont impliquées dans leur accompagnement, voilà qui invite à une réflexion politique et éthique en profondeur sur les modes d'organisation qui structurent et façonnent nos pratiques. 

4. Union européenne de l'emploi assisté. Brochure d'information et normes de qualité. <http://www.euse.org/resources/publications/EUSE%20Information%20Brochure%20-%20French.pdf>

## Vers une vraie politique d'inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique

**Tim Greacen**  
**Emmanuelle Jouet**  
Laboratoire  
de recherche,  
Établissement public  
de santé Maison  
Blanche

Les références entre  
crochets renvoient à la  
Bibliographie générale  
p. 64.

Le terme *inclusion sociale* est né des politiques européennes de lutte contre l'*exclusion sociale* au début de ce nouveau siècle. La Commission européenne, en définissant le terme, souligne la participation citoyenne : « *Lorsque les individus sont en mesure de participer pleinement à la vie économique, sociale et civile, lorsqu'ils disposent d'un accès suffisant aux revenus et à d'autres ressources (d'ordre personnel, familial, social et culturel) pour pouvoir bénéficier d'un niveau et d'une qualité de vie considérés comme acceptables par la société à laquelle ils appartiennent, et lorsqu'ils jouissent pleinement de leurs droits fondamentaux* » [12].

Un aspect clef du concept d'inclusion sociale concerne les adaptations que la société doit faire pour intégrer les personnes exclues. Ce n'est pas au seul individu de se réhabiliter, de s'intégrer : la collectivité doit elle aussi s'adapter pour intégrer de manière active l'individu en question [29]. Ainsi, si la lutte contre l'exclusion sociale comprend la question cruciale de l'accès des personnes vivant avec un trouble de santé mentale aux minima sociaux, au logement, à la nourriture, à l'emploi, l'inclusion sociale vise surtout l'ouverture de la société elle-même à la participation de ces personnes dans toute leur diversité. Il s'agit de créer ou de faciliter l'accès aux droits, aux services publics, de les encourager à participer à la vie de la collectivité comme citoyen à plein titre, comme travailleur, résident, étudiant, formateur, entrepreneur, parent, élu. La personne vivant avec un problème de santé mentale a droit aux mêmes opportunités que tout un chacun en termes de logement, de travail, de formation, d'activités récréatives et culturelles. Elle doit être acceptée et accueillie par la société telle qu'elle est – sans obligation d'être guérie, stabilisée,

sans devoir se conformer à certaines normes sociales, sanitaires, psychiques ou physiques. L'analogie de la personne handicapée physique est parlante : il ne suffit pas de lui donner un fauteuil roulant et de lui apprendre comment l'utiliser. Il faut aussi réaménager les trottoirs, les ascenseurs, le transport public, les lieux de travail, les mentalités pour permettre à la personne de se déplacer pour pouvoir participer pleinement.

En matière de handicap psychique, on ne peut que constater les difficultés de nos sociétés contemporaines à généraliser leur politique d'inclusion sociale des personnes handicapées à la personne vivant avec un trouble psychique. Ce phénomène est particulièrement notable en matière d'accès à l'emploi : les personnes vivant avec un trouble psychique ont un taux d'emploi parmi les moins élevés de tous les différents groupes de personnes handicapées [9]. De même, en matière de logement, on constate que l'accès à un logement indépendant et autonome, un « chez soi », relève pour cette population d'un parcours du combattant bien au-delà des compétences ou du pouvoir social de la plupart des individus en question.

### Le travail comme facteur d'inclusion sociale

La législation concernant l'inclusion sociale s'est développée au cours des dernières années tant au niveau national qu'au niveau européen. Le droit au travail, inscrit dans la *Déclaration universelle des droits de l'homme* (1948), a été renforcé pour les personnes vivant avec un trouble psychique dans la législation française sur le handicap avec la loi *Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* de 2005. L'emploi présente de nombreux



avantages pour la personne handicapée psychique. En plus de l'indépendance financière et sociale, il augmente l'estime de soi. L'emploi renforce également la position sociale de l'individu et le sentiment de sa propre identité au sein de la collectivité, la société définissant l'individu en partie par le travail qu'il fait [49]. En outre, aller au travail, respecter des horaires, travailler en équipe introduisent une régularité dans les relations sociales et même des activités pratiques de la vie de tous les jours telles que, par exemple, la prise des médicaments ou l'alimentation saine. Du point de vue de la collectivité, la formation de l'équipe de travail sur la promotion de la santé mentale et le contact quotidien avec un collègue vivant avec un trouble psychique contribuent à la déstigmatisation de la maladie mentale. De plus, la société en son entier bénéficie de la contribution de la personne handicapée en termes du travail, ainsi que de la réduction voire l'élimination des aides que l'État lui verse.

Cependant, les employeurs restent souvent frileux quant au déploiement d'une politique d'embauche active de salariés vivant un trouble psychique. On peut cependant citer une approche qui donne des résultats positifs et qui a été adoptée dans de nombreux pays : le placement en emploi avec accompagnement individualisé (*Integrated Placement and Support, IPS*) [56]. Les résultats de l'IPS en termes d'accès à l'emploi et de maintien dans l'emploi seraient nettement supérieurs à ceux des dispositifs traditionnels de retour à l'emploi, y compris par le chemin de la réhabilitation progressive qui fait passer l'individu par le réapprentissage des compétences psychosociales, l'emploi protégé dans un Établissement et service d'aide par le travail (ESAT), avant de déboucher sur un emploi en milieu ordinaire. Les défenseurs de l'IPS identifient sept principes majeurs pour réussir un programme d'accès à l'emploi : viser d'emblée l'emploi en milieu ordinaire, n'exclure aucun candidat, placement et soutien rapides, accompagnement individualisé, accès au long terme à l'expertise IPS pour l'usager comme pour l'employeur, coordination avec les structures de soins, et conseils relatifs aux allocations sociales. Ainsi, l'approche visée consiste à proposer un emploi à une personne sans entraînement ou réhabilitation préalable, avec un accompagnement (*job coach*) et une formation sur son poste de travail et du conseil et du soutien pour l'employeur.

Une des autres options explorées depuis une dizaine d'années internationalement consiste à faire de l'expérience de la maladie psychique une compétence professionnelle en soi. Ainsi, les pairs-aidants et les *médiateurs de santé pairs* sont des exemples de nouvelles figures professionnelles qui valorisent leur savoir expérientiel auprès d'autres malades, en faisant partie intégrante d'équipes de professionnels dans les services sanitaires et sociaux. Ils peuvent également co-animer des formations à l'usage des professionnels de l'accompagnement médico-social ou de l'insertion. Dans un programme régional danois, *MB Projekt*, les

professionnels du sanitaire et du social qui ont cessé de travailler pour des raisons psychiatriques, bénéficient dorénavant d'une politique de retour à l'emploi. Leur réintégration à l'emploi s'appuie justement sur cette double expertise en tant que professionnel de santé mais aussi en tant que personne ayant une expérience d'usager. Dans de nombreux pays, les personnes vivant avec des troubles psychiques s'organisent pour se former et former leurs pairs afin de devenir des témoins de leur expérience, professionnalisant ainsi la figure d'un modèle de rôle qui montre comment l'on peut vivre une vie épanouissante dans la société. Ces personnes utilisent les savoirs issus de leur vécu avec la maladie pour investir les services psychiatriques, la société mais également l'université en devenant des usagers-chercheurs, orientant ainsi les programmes de recherche vers des objectifs définis pour et avec les malades. On peut citer dans ce sens le laboratoire de recherche *Service User Research Enterprise (SURE)* de l'Université King's College à Londres qui, depuis plus d'une dizaine d'années, développe des recherches construites à partir de la perspective des usagers-chercheurs. SURE implique des usagers dans l'ensemble du processus, depuis la formulation des questions de recherche jusqu'à la communication des résultats.

### L'habitat comme déterminant de la santé mentale et de l'inclusion sociale

En France, comme partout en Europe, l'accès au logement pour les personnes vivant avec un trouble psychique et la prise en compte de la santé mentale des résidents au niveau du quartier constituent un autre enjeu majeur de l'inclusion sociale. Des politiques de logement et d'inclusion sociale inadaptées amènent souvent de fait à l'exclusion de ces personnes de l'accès, par exemple, à un habitat à loyer réduit, voire à leur expulsion en raison de troubles du comportement. La formation et l'accompagnement des bailleurs sociaux en matière d'accompagnement des résidents en difficulté pour raison de trouble psychique mais aussi de promotion du bien-être et de la santé mentale de l'ensemble des résidents, qu'ils souffrent de troubles psychiques ou non, sont des enjeux majeurs. Le personnel de proximité doit être sensibilisé aux questions de santé mentale. Concernant les résidents ayant un trouble psychique, il doit comprendre les limites et les exigences de son rôle et ses responsabilités légales dans les différentes situations auxquelles il peut être confronté ; et il doit savoir engager et poursuivre un projet d'accompagnement qui va impliquer d'un côté les autres résidents du même complexe résidentiel et, de l'autre, tout un ensemble d'acteurs venant de domaines d'activité divers : travail social, médico-social, secteur psychiatrique, judiciaire.

Loger une personne vivant avec un trouble psychique nécessite de prendre en compte à la fois ce que veut dire « habiter » et ce que veut dire « vivre avec un trouble psychique ». Émerge ici la question délicate de comment bien vivre chez soi lorsque, par exemple, *j'entends des*

voix ou *je me sens persécuté par le voisin*. En outre, parmi ces personnes logées se trouveront des personnes qui n'ont pas les compétences pour formaliser leurs besoins et défendre leurs droits face aux autres acteurs qui les entourent. Le phénomène d'auto-stigmatisation des personnes vivant avec un trouble psychique constitue un frein supplémentaire à la prise de parole et la défense de leurs droits. Le personnel de proximité des bailleurs sociaux tels que les gardiens d'immeuble se trouvent donc souvent dans la situation de devoir défendre les intérêts et le point de vue de personnes qui n'ont pas forcément l'énergie ou les compétences pour ce faire. Maîtriser ces techniques de plaidoyer s'avère être une compétence essentielle.

Au Royaume-Uni, le récent plan national sur la santé mentale, *No Health Without Mental Health*, affirme la nécessité de former et d'informer les bailleurs sociaux et les propriétaires qui louent aux personnes présentant des troubles psychiques. En Irlande, le logement social a été identifié en 2009 comme un domaine prioritaire d'action dans le Plan national stratégique en matière de santé mentale. En France, le Grand Lyon a engagé une réflexion qui a vu l'émergence d'une démarche partenariale innovante réunissant tous les acteurs concernés : élus, professionnels de la psychiatrie, du social et du médico-social, bailleurs sociaux, associations de malades et de familles de malades. Cela a mené à la publication d'un guide et d'une formation qui ont pour objectif d'assurer une meilleure lisibilité des rôles et des compétences de chacun, en présentant les différents modes d'intervention et de prise en charge. De même, le Métropole Habitat Saint-Étienne a engagé depuis 2005 un partenariat avec le LIFT (Lieu d'insertion par la formation et le travail), visant (a) à former les agents des habitations à loyer modéré (HLM) avec une sensibilisation aux troubles de la santé mentale et l'acquisition de clefs de lecture pour identifier les personnes souffrant de troubles psychiques et (b) à créer un dispositif de médiation avec la psychiatrie publique, pour instaurer une nouvelle forme d'échanges entre les deux acteurs.

### Politiques d'inclusion au niveau local


De même, afin de redonner confiance aux individus dans la société qui les entoure et dans les services qu'elle peut leur apporter, il est crucial de construire des politiques de ville et de quartier qui prennent en compte les déterminants de la santé et de la santé mentale. Il s'agit alors de créer des conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé mentale et permettent d'adopter et de conserver un mode de vie sain au sein d'une société qui s'adapte pour accueillir la diversité et qui lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Ainsi, le rôle des conseils locaux de santé mentale (CLSM) dans l'inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique est central. Les CLSM regroupent, autour d'un projet d'inclusion, les acteurs politiques, sani-

taires et sociaux – et bien sûr les personnes concernées – d'un même territoire. Leur objectif : construire une politique locale de santé mentale, adaptée aux besoins, aux projets et aux parcours de vie des personnes présentant des troubles psychiques au sein même de la ville. Les CLSM développent différents types d'actions : création de dispositifs d'accès au logement et de maintien dans le logement et à l'emploi, développement de formations croisées, recherche-actions, campagnes d'information et de communication, projets artistiques, culturels et sportifs intégrant la personne handicapée psychique à la vie des collectivités.

### L'inclusion sociale : changer le monde !

De l'articulation des notions d'*empowerment* et de rétablissement avec celle d'inclusion sociale naît un nouveau paradigme qui envisage l'usager de la psychiatrie comme moteur de sa propre vie, au sein d'une collectivité dans laquelle il est invité à participer comme citoyen à part entière et dont les services de santé mentale sont configurés de manière à soutenir et à accompagner cette autonomie en milieu ordinaire plutôt que de perpétuer son rôle traditionnel de « patient ».

Nous nous devons aujourd'hui d'aller au-delà des politiques sanitaires basées sur la réhabilitation psychosociale des personnes vivant avec un trouble psychique. Il ne suffit pas de donner les moyens aux personnes malades ou handicapées pour qu'elles s'adaptent ou s'intègrent, il faut aussi adapter la société afin qu'elle accueille ces personnes. Il ne suffit pas de « changer la personne », il faut aussi « changer le monde ». 

# Les prises en charge psychiatriques en ville : vers un dispositif de soins partagés ?

Les trajectoires professionnelles des médecins généralistes comme des psychiatres partagent l'évidence des profondes mutations de la pratique libérale. Les progrès de la médecine n'expliquent pas seuls ces changements, ancrés dans une évolution sociétale portée par le politique, imposant au médecin un renouvellement de sa pratique. Celle-ci, intégrant les progrès du savoir et de la technicité, n'est cependant pertinente qu'humaniste et relationnelle. Le couple médecin malade est-il encore le paradigme du soin, alors que dès la prise en charge en ville, y compris pour la psychiatrie, d'autres espaces que ceux de la relation duelle existent, comme les échanges collaboratifs et la dimension pluridisciplinaire ?

## L'évolution des cadres thérapeutiques

Les soins psychiatriques englobent la part de savoir, d'apprentissage, de technicité nécessaire à une pratique professionnelle. Toutefois, ils n'ont de sens que s'ils sont en mesure de s'adresser à un malade pris dans son unité telle que définie par la coexistence de la subjectivité et de l'objectivité [62]. De la même manière, la notion de soins psychiatriques de ville est liée à l'évolution du statut social du malade mental. L'histoire le voit quitter le monde de l'enfermement asilaire pour tendre vers une double reconnaissance, de son droit de cité et de sa maladie.

Les évolutions épidémiologiques, nosographiques, classificatrices portent aussi le risque de séparer la psychiatrie par territoire : la ville, l'asile, le secteur, l'hôpital, l'institution... Nous sommes loin de « Psychose, Névrose et Perversion » [23] qui définissant les grands fonctionnements psychopathologiques, scellait

les césures thérapeutiques en fonction des capacités du patient à demander des soins.

## Le cloisonnement d'une psychiatrie de ville

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, traite de la coordination des soins et instaure le médecin traitant. Sourd à cette évolution majeure, le plan « psychiatrie et santé mentale » de 2005, tout en soulignant les limites et insuffisances des centres médico-psychologiques (CMP), affirme que « le CMP constitue historiquement le pivot du dispositif de soins en psychiatrie... comme premier interlocuteur pour la population... ». Dans ce paradoxe, définissant l'ambulatoire à partir du CMP structure issue de l'hôpital, la psychiatrie de ville, si elle ne vivait sa pertinence dans son impact thérapeutique sur le quotidien pathologique de ses patients, aurait pu y lire sa disparition.

Une évolution de la psychiatrie en ville est nécessaire et réalisable. Le terme « ambulatoire » devrait d'ailleurs être préféré à celui « en ville », qui est le titre de la contribution demandée, car il concerne la prise en charge de l'ensemble des patients psychiatriques non hospitalisés, et n'oppose pas les secteurs public et privé.

## Une évolution nécessaire

Le médecin généraliste, confronté à la prévalence des troubles psychiatriques en soins primaires, se voit reprocher une surprescription de psychotropes et l'insuffisance du repérage des pathologies mentales. Parallèlement, sa responsabilité lui impose de ne pas sous-diagnostiquer les pathologies organiques, avec souvent une identification trop partielle des ressources psychiatriques à sa disposition.

**Maurice**

**Bensoussan**

Psychiatre libéral

**Patricia Lefébure**

Médecin généraliste libéral

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

## Le cloisonnement d'une psychiatrie de ville

Vu sur un forum de médecins libéraux il y a quelques semaines : « mon interne va faire sa thèse sur la collaboration médecins généralistes/psychiatres. Elle aimerait que vous remplissiez son questionnaire ». La première réponse a fusé quelques minutes plus tard : « pas la peine de regarder le questionnaire, il n'y a jamais de travail en commun avec les psychiatres. Jamais de courrier,

jamais de retour. Collaboration nulle ». Voilà, tout était dit.

Ce n'est qu'un ressenti. Mais hélas corroboré par les études faites notamment sur le territoire du Sud-Yvelines [71]. L'une auprès des généralistes en 2000, qui montrait que 80 % des adresses au psychiatre étaient sans retour d'information. L'autre auprès des CMP en 2008 (non publiée), qui montrait que sur les 161 patients vus

1 jour donné dans les 10 CMP, seuls 9 % avaient fait l'objet d'un courrier du psychiatre, et également 9 % d'un courrier du médecin traitant. Et seulement 3,7 % avaient bénéficié d'un échange ; les autres courriers étaient à sens unique. Plus les 82 % des dossiers dans lesquels on ne retrouvait donc aucune trace de communication dans un sens ou dans l'autre. 📧

Le médecin généraliste souffre de ne pas avoir un avis spécialisé sur un diagnostic, sur un traitement, sur l'indication d'une psychothérapie. Or le généraliste n'aime pas souffrir, il va avoir tendance à éluder les situations difficiles.

Le psychiatre de ville doit, lui, justifier de sa pratique, soit car elle serait réduite à la psychothérapie, soit car elle privilégie la chimiothérapie. Il se peut que la dimension intrinsèquement psychothérapeutique de l'exercice psychiatrique dérange au lieu d'inspirer le monde médico-administratif.

Il doit aussi se souvenir que ce sont les co-morbidités (cancers et maladies cardiovasculaires) qui réduisent l'espérance de vie de ses patients suivis au long cours. Co-morbidités dont la prévention passe par le généraliste.

### Cloisonnement et coordination des soins

Le leitmotiv actuel affirmant une raréfaction de l'offre de soins en opposant « villes » et « déserts », au moment où les médecins en exercice n'ont jamais été aussi nombreux, s'inscrit dans un cloisonnement des pratiques, un allongement des délais d'attente en psychiatrie, tant dans le secteur public que libéral. Les services d'urgence deviennent la porte d'entrée du soin psychiatrique, pour un patient souvent livré à lui-même dans son accès aux soins, au moment où la santé est régionalisée, découpée en territoires, articulée autour de l'inflation des réseaux de soins.

### Une évolution réalisable : deux exemples locaux de mise en place de dispositifs de soins partagés

#### L'expérience du Réseau Sud-Yvelines

Une expérimentation a été menée à partir de 2001 dans le Sud-Yvelines, et qui est maintenant considérée par les généralistes de ce territoire comme une organisation habituelle de soins psychiatriques. Il s'agit du Dispositif de soins partagés (DSP).

Partant du constat que les généralistes prennent en charge une grande majorité des patients souffrant de pathologies psychiatriques courantes, mais qu'ils sont parfois en difficulté, le service de psychiatrie de l'hôpital de Versailles a ouvert, dans le cadre d'un Réseau de soins, une consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint. Une deuxième consultation de ce type a ouvert ensuite dans un CMP.

Il s'agit d'une consultation d'évaluation et d'orientation, préparée par un infirmier psychiatrique qui reçoit la demande du patient, et qui appelle ensuite le médecin pour comprendre les attentes de chacun. Le psychiatre évalue le patient sur 3 à 4 consultations maximum, à l'issue desquelles il oriente si nécessaire vers un CMP, une psychothérapie en ville, un suivi psychiatrique libéral, ou un simple retour vers le médecin traitant. Dans tous les cas, celui-ci est associé au plan de soins et donne son avis. Il reçoit évidemment un compte rendu final.

Les avantages de ce dispositif sont nombreux :

- Le fait que le psychiatre ne prend pas en charge les patients au long cours permet de ne pas emboliser

cette consultation, et le délai de rendez-vous est de 1 à 3 semaines.

- Le médecin traitant est valorisé dans cette approche, et se sent plus compétent. Il n'a plus peur de rechercher une pathologie psychiatrique parce qu'il sait qu'il peut être aidé en cas de besoin.

- Au fil des contacts répétés avec les spécialistes, le généraliste améliore réellement ses compétences. On le constate sur le taux de réorientation dès l'entretien infirmier : il passe de 23 % à 5 % entre 2002 et 2011<sup>1</sup>, témoin que les recours se font à meilleur escient.

- Le patient peut avoir accès plus facilement à la psychiatrie, accompagné par son médecin traitant, sans être forcément « happé » par le système.

- Les psychiatres hospitaliers s'ouvrent sur les pathologies suivies essentiellement en ambulatoire et rencontrent des patients moins lourdement atteints. Ils ont ainsi une vision plus globale de leur spécialité.

Certains freins doivent cependant être notés :

- Le patient doit raconter son histoire à son médecin traitant, puis à l'infirmier psychiatrique, puis au psychiatre, puis à un autre professionnel s'il est réorienté à l'issue de l'évaluation. Cela peut paraître lourd, mais après dix ans d'existence du dispositif, aucune plainte de patient en ce sens n'est à recenser.

- Le temps de coordination est important. Il faut un infirmier qui réalise un premier entretien auprès du patient, puis appelle le médecin traitant, puis présente le dossier au psychiatre. Il faut que le généraliste écrive un courrier pertinent<sup>2</sup> : les bonnes questions s'il veut avoir les bonnes réponses. Il faut que le psychiatre réponde.

- Ce type de dispositif nécessite un véritable changement dans les pratiques hospitalières. Le psychiatre doit apporter une réponse en quelques consultations. Il doit accepter de laisser d'autres professionnels prendre en charge le patient. Il doit s'adapter au langage des généralistes.

### L'exemple de Toulouse : innovation thérapeutique et résistance au changement

L'agglomération toulousaine dispose non seulement des moyens d'hospitalisation du secteur psychiatrique, de l'hôpital universitaire (CHU), mais aussi d'une forte offre de soins privée avec plus de 1 000 lits d'hospitalisation. Ces établissements s'articulent étroitement avec la médecine de ville, les psychiatres libéraux mais aussi les généralistes. En dépit de ces possibilités, mobiliser des capacités d'hospitalisation sans délai et sans programmation s'avérait difficile.

Ce constat consensuel des années 90, précédant l'explosion de l'usine AZF et de l'hôpital psychiatrique situé à proximité, conduit des psychiatres travaillant dans une clinique privée, aux urgences psychiatriques

1. Bilans d'activité RPSM 2003 et 2011.

2. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1050358/fr/les-courriers-echanges-entre-medecins-generalistes-et-psychiatres-lors-d-une-demande-de-premiere-consultation-par-le-medecin-generaliste-pour-un-patient-adulte-presentant-un-trouble-mental-avere-ou-une-souffrance-psychique?xtmc=&xtrc=1](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050358/fr/les-courriers-echanges-entre-medecins-generalistes-et-psychiatres-lors-d-une-demande-de-premiere-consultation-par-le-medecin-generaliste-pour-un-patient-adulte-presentant-un-trouble-mental-avere-ou-une-souffrance-psychique?xtmc=&xtrc=1)



et au CHU à s'engager dans une pratique d'admissions non programmées. Soutenues par leurs établissements respectifs, plusieurs conventions sont élaborées dont la chronologie laisse deviner le long et sinueux chemin parcouru. La première en 2003 concerne la clinique privée et l'hôpital psychiatrique, la seconde en 2004 les praticiens du CHU et de la clinique privée, en 2006 ce sont ces deux établissements par leurs directeurs généraux qui signent une convention, avant qu'en 2010 l'agence régionale de l'hospitalisation (devenue ARS) alloue enfin des moyens spécifiques pour cette organisation.

Ce partenariat public-privé permet aux urgences du CHU d'orienter, sans délai et sans sélection de pathologies, dans une clinique privée de moins de 120 places plus de patients que dans l'ensemble du dispositif d'hospitalisation du secteur psychiatrique de la ville. Cet établissement, de surcroît orienté vers une pratique de la pédopsychiatrie, met aussi à disposition des urgences, des lits d'aval pour des mineurs de plus de 16 ans en structurant un projet médical spécifique à cette tranche d'âge, problématique, de par sa dimension, charnière.

La synergie médico-administrative nécessaire pour porter de telles innovations va se perdre dans le double mouvement de la création des agences régionales de santé (ARS) et du changement d'actionnaire de la clinique. Ces moments de désorganisation-réorganisation permettent une alliance paradoxale portée par l'objectif commun de cliver missions de service public et prestations lucratives. Des logiques opposées s'accordent : du côté de la tutelle, le culte de l'immobilisme où après avoir prêté serment, certains s'affranchissent de toute objectivité ou recherche de preuves, et du côté de l'actionnaire, l'optimisation lucrative. La séparation est aboutie entre un service public en mal d'adaptation, en quête de moyens, et une hospitalisation privée, qui avec des ressources quatre à cinq fois moindres fait encore des bénéfices. Qui a intérêt à promouvoir un modèle de santé s'inspirant de ce que les fast-foods sont à la restauration ou les meubles en kit à l'ébénisterie ?

### Pérenniser les améliorations organisationnelles

Pour améliorer l'accès et le parcours de soins en psychiatrie tant en hospitalisation qu'en ambulatoire, l'Union régionale des professionnels de santé de Midi-Pyrénées et le CHU gérant en particulier les urgences et la psychiatrie décident de promouvoir une organisation de soins partagés telle que décrite précédemment dans l'exemple du réseau Sud-Yvelines. Prenant modèle de dispositifs existants en Ile-de-France, cette organisation part de la demande de soins, qu'elle émane du médecin traitant, du patient, d'un tiers... pour organiser sa régulation et orienter le patient ou le praticien vers le professionnel ou le dispositif de soins le plus pertinent. Chacun de ses membres est impliqué, le médecin traitant, le généraliste membre du réseau, le psychiatre ou tout autre professionnel de santé grâce à l'organisation d'un partage d'information entre professionnels sur le modèle de la


recommandation médecin généraliste – psychiatre de la HAS<sup>3</sup>. La même articulation est prévue avec l'ambulatoire des secteurs de psychiatrie partenaires, les services d'urgence de la ville, les hôpitaux et cliniques intéressés. Elle concerne aussi toute forme de sortie d'hospitalisation.

L'implication d'acteurs institutionnels doit pérenniser ce dispositif de soins partagés basé sur les échanges collaboratifs et centré sur le patient, indépendamment du point de départ de la demande de soins, l'hôpital, le malade, la ville...

### Conclusion

Surmonter les résistances au changement, dégager les indispensables complémentarités pour améliorer l'efficacité de notre système de soins, suppose outre l'indépendance des médecins, une réelle capacité d'évaluation de la qualité du dispositif par les professionnels.

Les expériences présentées montrent qu'il est possible d'instaurer des soins collaboratifs entre généralistes et psychiatres, ou entre ville et hôpital, pour améliorer la qualité des soins. Ces expérimentations, liées à la volonté des acteurs, ne doivent pas rester l'exception. Le temps de coordination est un acte à part entière, il doit être reconnu et valorisé en tant que tel. Les nouveaux modes de rémunération en maison de santé pluridisciplinaire constituent une timide avancée mais avec un tel encadrement qu'il est impossible de les généraliser.

Les médecins libéraux de proximité sont prêts à systématiser leur collaboration entre eux et avec leurs confrères hospitaliers. Accordons-leur les outils indispensables pour développer ces espaces de coordination. 

3. Recommandation élaborée par le CNQSP labélisée par la HAS.

## Lutter contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale : quelques recommandations

**Aude Caria**  
Directrice du Psycom  
**Simon Vasseur-Bacle**  
Chargé de mission  
Centre collaborateur  
OMS Lille  
**Sophie Arfeuille**  
**Céline Loubières**  
Chargées de mission  
Psycom

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

**E**n cinquante ans, les soins psychiatriques ont été révolutionnés, quittant l'asile pour la ville – par déploiement de services ambulatoires de proximité – et passant d'un modèle de relégation à celui d'intégration sociale de malades mentaux devenus citoyens. Cette conception des soins promue désormais par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) interroge les facteurs limitant l'insertion sociale des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale. Car si les soins ont évolué, les représentations sociales du grand public continuent d'associer folie et danger et génèrent une stigmatisation dans tous les domaines de la vie quotidienne. Une prise de conscience récente de ces effets impose de réfléchir aux stratégies efficaces à développer pour lutter contre cette stigmatisation et son potentiel d'exclusion [11].

L'étude Indigo (*INternational study of Discrimination and stiGma Outcomes*, 27 pays) et le programme ASPEN (Anti Stigma Programme European Network, 18 pays) illustrent ces notions, en interrogeant les personnes sur leur vécu de la stigmatisation des troubles schizo-phréniques et dépressifs [40]. Elles tracent un profil international de la stigmatisation en santé mentale.

- Tous les domaines de la vie quotidienne peuvent être touchés.
- La majorité des personnes interrogées ressentent le besoin de cacher leur diagnostic.
- La stigmatisation est un frein pour l'accès aux soins et l'amélioration de leur qualité.
- Les résultats français ne font pas exception.

Ces considérations, couplées aux données épidémiologiques et économiques, imposent de placer la

lutte contre la stigmatisation en santé mentale comme une priorité de santé publique. La stigmatisation peut s'étendre aux familles ou aux soignants, venir des groupes stigmatisés eux-mêmes et revêt différentes formes selon les diagnostics posés [26]. Les objectifs d'une action de lutte contre la stigmatisation doivent donc être ciblés pour être réalistes et permettre de concevoir une évaluation adaptée.

### Lutte contre la stigmatisation : exemples d'actions

Des campagnes de communication grand public aux programmes nationaux, en passant par des interventions locales, la lutte contre la stigmatisation en santé mentale se décline sous différentes formes (exemples européens : <http://www.antistigma.eu/programmes>). Bien que les évaluations soient peu nombreuses, les expériences internationales développées ces vingt dernières années ont permis d'établir des recommandations stratégiques.

Les programmes de communication à visée nationale voire internationale proposent une approche complète, multidimensionnelle, articulée autour de campagnes de communication et d'actions locales, le tout impliquant de nombreux partenaires.

Le programme national *SeeMe Scotland* (Écosse), financé par le ministère de la santé, illustre cette approche globale. Initié par un groupement d'associations d'usagers, de proches et de professionnels, il se décline sous forme de campagnes de communication généralistes ou ciblées, d'actions locales réalisées auprès de publics ciblés (scolaire, entreprise, association d'usagers...) et d'interventions régulières auprès des médias (<http://www.seemescotland.org/>).

### Stigmatisation : repères

**L**a « stigmatisation » est un phénomène complexe non homogène, réunissant plusieurs composantes coexistant et s'autoalimentant [26] :

- la stigmatisation : processus de catégorisation sociale se traduisant par une séparation entre *nous* et *eux*, basée sur une étiquette (le stigmate) à laquelle sont associées des représentations négatives ;
- la discrimination : dans ce contexte, peut être considérée comme

le pendant visible et concret de la stigmatisation, soit une perte d'opportunité dans un ou plusieurs domaines de la vie quotidienne (relations personnelles, travail, emploi, etc.) ;

- l'autostigmatisation : intériorisation, par la personne stigmatisée, des représentations négatives liées à l'étiquette, pouvant entraîner une dévalorisation.
- la stigmatisation ressentie : basée sur des expériences concrètes,

tandis que la stigmatisation anticipée conduit à éviter une situation considérée comme étant à risque de discrimination (ex. : ne pas se rendre à un entretien d'embauche par peur d'être discriminé à cause d'un problème de santé mentale).

- la stigmatisation structurelle : influence potentielle des facteurs sociaux, économiques et politiques. 📌

Les campagnes de communication sont ponctuelles et proposent une approche très généraliste du thème traité. Utilisant les outils du marketing social, elles se déclinent sur tout support : télévision, radio, internet, presse, spots, affiches...

La campagne *Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques* (France), comme la campagne *1 de cada 4* (Espagne), est axée sur un message de tolérance vis-à-vis des personnes souffrant de troubles psychiques et cible la population générale. La première en tentant d'attirer l'attention du spectateur par le visuel et l'intitulé choisis, la seconde en cherchant à accroître les connaissances sur les troubles psychiques.

D'autres campagnes<sup>1</sup> mettent l'accent sur une pathologie ou un public spécifique mais gardent pour objectif l'augmentation des connaissances et le développement d'un regard de tolérance.

D'autres interventions privilégiant une approche locale, ciblée et/ou réduisant la distance sociale entre le *grand public* et les personnes concernées par un trouble psychique se sont développées.

Les Semaines d'information sur la santé mentale proposées depuis vingt-cinq ans en France réunissent ces trois critères. Il s'agit d'un temps d'information et d'action dédié à la santé mentale au cours duquel l'ensemble des acteurs concernés (usagers, professionnels, élus...) sont invités à réaliser, localement, des actions d'information et de sensibilisation en santé mentale favorisant la rencontre et les échanges ([www.semaine-sante-mentale.fr](http://www.semaine-sante-mentale.fr)).

### Lutte contre la stigmatisation : recommandations

Basées sur l'évaluation de toutes ces expériences, des recommandations ont été établies :

- Les campagnes de communication ponctuelles avec un message généraliste sont insuffisantes. Souvent

1. *Campaign for mental health recovery* portée par la Substance abuse and mental health services administration (USA) – *Changing mind* développée par le United Kingdom Royal College of psychiatrists (GB) 1998-2003.

coûteuses, elles sont considérées comme peu efficaces pour lutter contre la stigmatisation [38].

- Les programmes à long terme, s'adressant à des publics ciblés et proposant une approche multidimensionnelle sont à favoriser.

- Impliquer les usagers (patients et proches) des services de santé mentale dans la construction et la réalisation d'interventions favorisant l'*empowerment*<sup>2</sup> et basées sur l'expérience vécue des personnes est un facteur de réussite [21].

- Favoriser des actions de lutte contre l'autostigmatisation et la stigmatisation anticipée.

- Mieux définir les objectifs des actions en identifiant des publics ciblés et leurs besoins.

- Favoriser les actions en faveur du respect des droits des usagers des services de santé mentale.

- Impliquer les médias par des interventions spécifiques (formation, sensibilisation) en vue d'améliorer leur connaissance des troubles psychiques (données objectives).

- Développer des partenariats avec les médias comme vecteurs d'information pouvant participer au changement de perception de la santé mentale.

Enfin, une attention essentielle doit être portée à l'évaluation qui, conçue comme partie intégrante du programme, permet une meilleure compréhension des leviers agissant sur les représentations et les comportements sociaux.

### Évaluation : comment faire ?

Lutter contre la stigmatisation vise une modification des représentations sociales et, à terme, un changement d'attitude (de l'intention d'agir au changement de comportement effectif). Comment le mettre en évidence ? Une évaluation quantitative n'y suffit pas ; une

2. « Niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie. [...] La clé de l'empowerment se trouve dans la transformation des rapports de forces et des relations de pouvoirs entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements » OMS Europe 2011.

## Recommandations pour une évaluation rigoureuse

- Conception de l'action : prise en compte des besoins du public, niveau de concertation dans la construction du projet, organisation opérationnelle et logistique (définition des objectifs, planification, budget...), pertinence (objectifs en accord avec la finalité du projet et en phase avec les besoins du public).

- Processus : cohérence des objectifs visés avec les moyens matériels, humains et financiers, les contenus proposés, le choix de la méthode. Évaluer le bon déroulement de l'action et la qualité des intervenants.

- Résultats : dans le cadre d'une action de sensibilisation, l'évaluation est complexe car il s'agit de vérifier si

le public a acquis de meilleures connaissances et s'il a modifié ses comportements. Il faut évaluer le développement éventuel d'une relation sensible avec le sujet abordé, à savoir : développement du sentiment d'empathie, de respect, intériorisation des enjeux liés à la santé mentale. Vérifier aussi l'acquisition et le développement de savoir être, vérifier si le public a pris conscience du rôle qu'il pouvait jouer, s'il a identifié des stratégies d'actions et s'il a l'intention d'agir. 📌




approche qualitative, étalée dans le temps, basée sur des critères appropriés mesurant l'impact émotionnel doit être privilégiée [67].

Les limites de l'évaluation résident dans la définition même de ses objectifs : que vise-t-on ? Et donc que mesure-t-on ? Par exemple, une action visant un changement de comportements doit-elle permettre à un groupe d'individus d'être mieux intégré socialement ? Rendre la société plus tolérante, limiter l'impact des stéréotypes sur l'intégration des « minorités », ou de façon plus modeste, faire prendre conscience de l'existence des stéréotypes en espérant que cela aura à terme un effet sur les comportements ?

Il existe un fossé entre le discours, politiquement correct, et l'action individuelle. Ainsi, les personnes interrogées peuvent-elles affirmer avoir changé de regard sur les troubles psychiques mais, plus tard, avoir un comportement discriminatoire.

Il est alors pertinent de mesurer avant tout les éléments périphériques : intention de parler de l'action ou ressenti du participant sur l'impact de l'action sur lui-même. Autant d'indications de la prise de conscience du rôle que le participant peut jouer et de son intention d'agir. Toutefois, les résultats obtenus restent de l'ordre de l'intention et non de l'action, mais cette méthode d'évaluation concrète a l'avantage de compléter les seuls critères quantitatifs ou de satisfaction.

Pour conclure, rappelons que les représentations et les comportements vis-à-vis des personnes ayant des problèmes de santé mentale ne peuvent évoluer indépendamment des pratiques psychiatriques et du respect des droits fondamentaux des patients. Chaque acteur du champ peut participer aux niveaux individuel et collectif à cette évolution, en gardant à l'esprit que le plus puissant levier de changement reste l'*empowerment* des personnes directement concernées. 



# Les politiques de santé mentale

**D'une approche sécuritaire à une dimension sociétale et éthique, la politique suivie en matière de santé mentale gagnerait à définir davantage ses priorités.**

## L'introuvable politique de santé mentale en France

La politique de santé mentale, en France comme ailleurs, est le fruit d'une longue histoire qui s'est construite dans les dernières décennies sur un mélange d'humanisme et de peurs, d'ambition et de frilosité, de tolérance et de souci de sécurité. En effet, seule la santé mentale, dans le champ de la santé publique, est à ce point au carrefour des enjeux sociaux, éthiques, médicaux et économiques. La sensibilité du sujet est telle que la politique de santé mentale relève aujourd'hui davantage des pratiques de terrain que de l'affirmation d'orientations assumées par le ministère. Néanmoins, il est possible de retrouver les lignes de force historiques qui ont conduit au paysage actuel et structuré les différents plans ou programmes sur ce champ et qui reposent tous sur un équilibre entre trois piliers : l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques, la dimension sécuritaire et les contraintes de la gestion.

### Les fondements de la politique de santé mentale en France

#### L'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques et la politique de secteur

Si la politique a pendant longtemps consisté essentiellement à se protéger contre la dangerosité des malades mentaux (loi de 1838 sur les aliénés), la période d'après-guerre a permis une évolution notable et positive en ce qui concerne la dignité des personnes et l'approche

clinique. En ce sens, la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales marque la fin de l'hospitalisation comme seule réponse à la maladie mentale. Elle pose en principe que « *L'hospitalisation du malade mental ne constitue plus qu'une étape du traitement qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure* ». L'insertion de la personne souffrant de troubles psychiques dans son milieu de vie est la finalité de sa prise en charge et de son accompagnement. Pour atteindre cet objectif, les soignants doivent eux aussi sortir des murs. Même si cette circulaire traite formellement d'organisation et d'équipement, chacun s'accorde à lui reconnaître la paternité d'une affirmation politique qui va définir avec plus ou moins d'adhésion, plus ou moins de résistance, le cadre de la santé mentale. Cependant, elle lie, dans une logique planificatrice propre à l'époque, l'atteinte de ces objectifs à une organisation et des moyens concentrés sur une aire géo-démographique, le secteur. Ce lien entre une finalité de politique et des moyens définis à une époque donnée va être à la base de tous les non-dits et toutes les difficultés de la politique de santé mentale par la suite.

#### L'axe sécuritaire

La représentation sociale de la folie, cette « inquiétante étrangeté », à partir d'actes violents mais rares, a

**Bernard Basset**  
Médecin de santé  
publique

conduit le législateur et les gouvernants à élaborer des dispositions pour protéger la société de la « dangerosité des malades mentaux ». Selon l'époque, selon l'état de l'opinion publique, selon les prises de position des gouvernants, la dangerosité était rapportée à une plus ou moins grande fraction de la population des malades mentaux et l'équilibre entre insertion dans la cité et enfermement plus ou moins affecté. Ainsi, la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux marque une évolution humaniste au nom de laquelle même ceux qui ont perdu la raison ont des droits, et deviennent juridiquement des personnes dont il convient de se soucier des conditions d'hospitalisation et de soins. Dans la suite de cette évolution législative, le groupe d'évaluation de la loi de 1990 affirmait ainsi dans son rapport final (Strohl, Clemente, 1997) qu'il fallait redéfinir l'organisation des soins à partir des besoins de la population : « *la logique du soin au malade, considéré comme un usager, doit prévaloir sur la logique de l'institution* ». Les malades doivent bénéficier de soins adaptés et les soins sans consentement sont davantage encadrés dans leurs modalités et leur surveillance (création des commissions départementales de l'hospitalisation psychiatrique). Vingt ans plus tard, la loi du 5 juillet 2011 résultait au départ d'une volonté politique de durcir les conditions d'hospitalisation sans consentement des malades mentaux dangereux. Les procédures ont été renforcées, mais paradoxalement, alors qu'elles dépendaient auparavant presque uniquement de l'autorité administrative chargée de la sécurité (le préfet), le contrôle de ces obligations de soin est confié au juge des libertés et de la détention et représente une plus grande garantie de respect des droits pour le malade.

### Les contraintes de la gestion

Alors que les années soixante étaient une période de croissance, permettant de se fixer des objectifs de développement des moyens en équipements et personnels pour soutenir la politique de santé mentale, la détérioration progressive du contexte économique va imposer des contraintes croissantes de gestion du dispositif de santé mentale : pression budgétaire, raréfaction des recrutements, rapports d'activité... Alors que la circulaire de 1960 se contentait de souhaiter « *une amélioration du rendement des établissements* », les orientations budgétaires postérieures s'exprimeront moins crûment, mais plus efficacement. Et d'autant plus efficacement que la politique de santé mentale est peu précise et perçue par les gestionnaires comme floue et donc susceptible de servir de variable d'ajustement.

### Les plans de santé mentale

En dehors des textes législatifs sur l'hospitalisation sans consentement, on ne peut que constater une grande irrésolution sur le sujet qui conduit à de multiples rapports qui, malgré leurs orientations parfois

différentes, restent la plupart du temps sans suite au niveau des décideurs politiques. Cette inertie politique résulte certainement pour une part de contraintes de gestion, mais plus certainement de la complexité de la thématique le plus souvent perçue par les ministres comme un risque de prendre des coups alors que les professionnels eux-mêmes sont divisés.

En juillet 2001, le rapport de deux psychiatres, les docteurs Piel et Roelandt, rédigé à la demande du ministre de la Santé, met fortement l'accent sur la déstigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques et recommande, plus de quarante ans après la circulaire de 1960, de « *mener à son terme la politique de sectorisation psychiatrique* ». Il préconise un plan décennal de fermeture des hôpitaux psychiatriques. En ce qui concerne l'organisation des soins hospitaliers, ils proposent une période d'observation de 72 heures avant la décision des modalités d'hospitalisation. Le plan, publié par Bernard Kouchner, alors ministre de la Santé, peu de temps avant une alternance politique, reprend les orientations des deux médecins en y adjoignant des programmes d'action spécifiques concernant le suicide, la dépression, les mineurs, les personnes en situation de précarité... Ce plan, dans la continuité du mouvement qui a vu la reconnaissance des droits des malades mentaux et le souci de leur insertion, est la victime collatérale du changement de gouvernement et n'a de fait jamais été mis en œuvre.

En 2003, le nouveau gouvernement confie une mission à un psychiatre, Philippe Cléry-Melin qui tranche nettement avec les réflexions antérieures. Il s'appuie sur un réexamen des fondements de la psychiatrie, définit clairement comme une discipline médicale. Il place d'emblée le débat sous le signe de la contrainte des moyens et de la nécessité des choix. « *Se pose un problème éthique et sociétal : combien la société est-elle prête à investir dans les soins aux personnes qui souffrent de ces troubles ? Quelles limites le citoyen est-il prêt à accepter dans la prise en charge par le système de soin de son traitement, de son confort ? Mettre un maximum sur les troubles les plus sévères ? Ou bien prendre en charge prioritairement les troubles les plus fréquents et les plus facilement accessibles ?* ». Le rapport questionne les fondements de la pratique autant que l'organisation du dispositif, il renvoie à une logique de priorités et se réfère à des programmes de prévention évalués, notamment des programmes éducatifs pendant la petite enfance. Si ce rapport contribue à alimenter les débats, il ne sera pour autant suivi d'aucune décision politique.

Alors que les ministres, échaudés par la difficulté du sujet, renoncent plus ou moins explicitement à proposer une politique d'ensemble, l'administration du ministère de la Santé élabore en interne un plan sur la base des réflexions antérieures et des différents rapports d'experts. Ce plan, considéré avec circonspection par la hiérarchie ministérielle, sera exhumé en catastrophe en 2005 pour répondre à l'émoi provoqué par le meurtre dans des conditions dramatiques de deux soignantes au

centre hospitalier des Pyrénées de Pau. Ces événements entraînent un débat sur la dégradation des moyens de soins hospitaliers, la vétusté de certains hôpitaux, la pénurie de professionnels dans certaines zones. Le plan de santé mentale 2005-2008 est construit autour de cinq axes :

- *Une prise en charge décloisonnée* : coordination de dispositif spécifique avec la médecine de ville, alternatives à l'hospitalisation, création de structures médico-sociales.

- *Des patients, des familles et des professionnels* : formation initiale et continue des professionnels, en particulier infirmiers ; plan d'investissement hospitalier pour remédier aux conditions d'hébergement parfois indignes, mais qui par là même revient sur la volonté des Docteurs Piel et Roelandt de fermer des hôpitaux.

- *Développer la qualité et la recherche*, notamment la recherche épidémiologique.

- *Mettre en œuvre des programmes spécifiques* : dépression, suicide, personnes sous main de justice, délinquants sexuels, enfants et adolescents, personnes en situation de précarité et personnes âgées.

- *Mettre en œuvre, suivre et évaluer le plan* : les modalités d'évaluation et de suivi sont détaillées.

Ce plan sera mis en œuvre et évalué mais, malgré l'affirmation politique qu'il constitue une réponse d'ensemble, il n'aborde pas des sujets sensibles qui pourtant constituent autant de difficultés :

- l'inégalité de répartition des professionnels, en particulier les psychiatres, sur le territoire alors que la situation est critique dans certaines zones et régions ;

- l'évolution du secteur : si chacun s'accorde sur la grande hétérogénéité entre les secteurs, en ce qui concerne leurs ressources, leur activité, leurs pratiques, le type de population accueillie, toute interrogation sur le concept de politique de secteur est trop sensible pour être exprimée ;

- les pratiques professionnelles et leur évaluation rencontrent une opposition importante comme l'ont démontrées les réactions au rapport de l'Inserm en 2004 sur l'expertise collective sur les psychothérapies ;

- le coût, *a priori* élevé, du remboursement des soins psychothérapeutiques, d'autant que le sujet de ces pratiques divise fortement les professionnels.

Début 2012, afin de tenir compte de la déconcentration de la politique de santé induite par la création des agences régionales de santé (ARS), un nouveau plan pour la période 2011-2015 confirme les orientations générales antérieures et fait l'impasse sur les mêmes sujets. Mais il appartient désormais aux directeurs généraux des ARS de les mettre en œuvre en fonction des spécificités de leur région.

### L'évaluation des politiques et des plans

Si la plupart des plans ou programmes spécifiques ont été élaborés de manière à permettre un suivi de réalisation, l'évaluation (la mesure de l'impact sur la santé) de ces politiques est très difficile, car non prévue par les

concepteurs des plans. Néanmoins, le Haut Conseil de la santé publique a coordonné l'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, concomitamment à une enquête réalisée par la Cour des Comptes (2011), et ses conclusions étaient les suivantes :

- les conditions d'accès au dispositif restent insatisfaisantes et l'association avec les acteurs du secteur médico-social et social doit être améliorée pour permettre une meilleure insertion dans la cité, de même qu'avec les acteurs de première ligne comme les généralistes ;

- une politique de prévention en direction des enfants et adolescents doit être mise en œuvre ;

- il est nécessaire de développer les études et la recherche épidémiologique, médico-économique et l'évaluation des pratiques ;

- la lutte contre la stigmatisation des malades doit être poursuivie de manière rigoureuse.

### En guise de conclusion

Alors que la santé mentale est sans cesse réaffirmée, à juste titre, comme une des grandes priorités de santé publique, et que les rapports ou plans se sont multipliés depuis plus de cinquante ans, il est toujours difficile de repérer clairement les objectifs de la politique suivie en la matière dans notre pays. Il est simplement possible d'en analyser les constantes dans les discours et les plans, et en particulier les absences récurrentes en contradiction avec les constats sur le fonctionnement du dispositif de santé mentale. Politique sanitaire spécifique à dimension sociétale et éthique, elle se doit d'affronter les défis d'aujourd'hui dans la clarté avec le seul objectif du bénéfice pour les malades. 📌

## La réforme des soins sans consentement en psychiatrie, deux ans après

**Delphine Moreau**  
Sociologue, École  
des hautes études  
en sciences  
sociales, Centre de  
recherche «IMM-  
LIER – Laboratoire  
interdisciplinaire  
d'études sur les  
réflexivités»

La psychiatrie est la seule spécialité médicale pour laquelle il existe une contrainte légale aux soins. La loi du 5 juillet 2011 relative « *aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* », est la dernière réforme importante<sup>1</sup> des modalités de cette contrainte après la loi du 27 juin 1990. Si elle réaffirme à la suite de cette dernière que le soin libre, analogue au soin dans tout autre contexte médical, doit rester privilégié et la contrainte l'exception, ses mesures portent essentiellement sur les modalités des soins sans consentement sans être véritablement intégrés dans une politique d'ensemble concernant la psychiatrie et la prise en charge des troubles psychiques graves. Les éléments de réforme, notables, introduits par la loi de 2011 procèdent d'origines hétérogènes, ce qui soulève d'autant plus la question de la manière dont ils seront investis en pratique par les principaux acteurs de sa mise en œuvre.

### Présentation de la loi : des origines hétérogènes

L'intitulé de la loi du 5 juillet 2011 l'indique, ce ne sont plus des mesures d'hospitalisation qui sont prises, mais de *soins* sans consentement, ce qui peut se traduire par une hospitalisation ou par un programme de soin, défini après une période d'observation en hospitalisation de 72 heures. Ce programme de soin peut inclure, entre autres, des consultations régulières, la prise de traitements médicamenteux, des soins à domicile et des séjours brefs en hospitalisation. La loi conserve deux modalités principales de soins sans consentement, qui nécessitent toutes deux un système complexe de certificats médicaux au début de la mesure, puis à échéance régulière tout au long de son déroulement : les soins sur décision du représentant de l'État, qui se substituent aux hospitalisations d'office, en cas de « besoins de soins » et de menace pour la « sûreté des personnes » ou de trouble « grave » à l'« ordre public » ; et les soins à la demande d'un tiers ou soins sur décision du directeur de l'établissement qui se substituent aux hospitalisations à la demande d'un tiers, lorsque les troubles psychiques de la personne rendent impossible son consentement et que son état nécessite une surveillance immédiate et constante en milieu hospitalier ou régulière en ambulatoire. À cela s'ajoute une modalité de soins sur décision particulière du directeur de l'établissement, dite en « péril imminent », qui vient se joindre aux procédures en urgence qui existaient

1. Certaines de ses dispositions ont été modifiées par la loi du 27 septembre 2013 (voir ci-dessous), sans que ses principales innovations soient affectées.

précédemment : le directeur de l'établissement admet en urgence la personne en soins sans consentement au vu d'un seul certificat médical et en l'absence de demande de soins signée par un tiers, c'est-à-dire par une personne susceptible de représenter les intérêts de la personne souffrant de troubles.

La loi du 5 juillet 2011 procède d'origines hétérogènes, qui y intègrent des mesures relevant d'orientations distinctes<sup>2</sup>. L'introduction d'un soin sans consentement en ambulatoire ainsi que la mesure de soins « en péril imminent » en l'absence de tiers demandeur sont ainsi issues des nombreuses propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990. Ces deux mesures étaient notamment demandées par une association de proches, l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam), mais également préconisées par différents rapports publics, qui attestent de la difficulté récurrente à trouver des tiers signataires d'une demande d'hospitalisation sans consentement et du détournement de certaines sorties d'essai qui, prolongées sur plusieurs mois voire années, fonctionnaient déjà comme des formes de contrainte au soin extra-hospitalières.

La deuxième origine de cette loi est la volonté de réforme des hospitalisations d'office impulsée depuis 2007 par le pouvoir politique alors en place. Celle-ci a été qualifiée par beaucoup de « sécuritaire » car centrée sur le contrôle des dangers que sont supposées représenter les personnes souffrant de troubles psychiques graves. La loi de 2011 tend de fait à renforcer le pouvoir des préfets et à rendre plus difficile la levée des soins sur décision du représentant de l'État. Elle créait une sorte de « casier psychiatrique » pour les personnes hospitalisées d'office ayant déjà été en unités pour malades difficiles (cette dernière mesure a été supprimée par la loi du 27 septembre 2013 après une nouvelle décision du Conseil constitutionnel) ou après avoir été déclarées pénalement irresponsables (aujourd'hui seulement si la peine encourue pour les faits était de 5 ou 10 ans d'emprisonnement).

Enfin, le contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention de toute hospitalisation complète de plus de 15 jours a été imposé par une décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010, suite à une question prioritaire de constitutionnalité, considérant qu'il s'agit d'une privation de liberté dont les juges sont constitutionnellement les garants. Ce délai a été réduit à 12 jours (à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2014) par la loi du 27 septembre 2013.

2. Elle fut même malicieusement décrite comme le « télescopage d'une carpe et d'un lapin » [3].



### La mise en œuvre de la loi

La mise en œuvre pratique de la loi a soulevé de nombreuses interrogations et critiques, ce d'autant plus qu'elle a été relativement rapide, avec un texte voté début juillet pour une entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2011. Il est vrai que certains éléments pouvaient être anticipés, l'avis du Conseil constitutionnel avait été rendu en décembre 2010 et le projet de loi initial déposé le 5 mai 2010. C'est sur cette mise en œuvre de la loi que se sont concentrées nombre de critiques, relevant la surcharge de travail des tribunaux avant même que leur échoie cette nouvelle mission et le manque chronique de personnels soignants en psychiatrie, qui rendrait difficile le transport des personnes hospitalisées vers les tribunaux. Elles ont souligné le surcroît de complexité et la démultiplication du nombre de certificats nécessaires à chaque étape des mesures de soins sans consentement<sup>3</sup>, sans que cela semble toujours apporter des garanties supplémentaires pour les droits des patients et leur soin psychiatrique, ce qui était déjà contesté à propos de la loi de 1990 [2]. Ont également été mis en avant la perturbation pour les personnes sous contrainte que représenterait la comparution devant le juge des libertés et de la détention, le déplacement au tribunal ou l'usage de la vidéoconférence (prévu par la loi). Certains services ont systématiquement fait des certificats attestant de l'impossibilité pour le patient d'assister à l'audience, en forme de protestation plus globale contre la loi de 2011.

Localement, différents *statu quo* avaient été trouvés quant à l'organisation des audiences. La loi du 27 septembre 2013 a établi le principe de la tenue de l'audience dans l'établissement de santé, avec l'assistance obligatoire d'un avocat, et supprimé la vidéoconférence.

### Une redistribution des pouvoirs et des responsabilités

Cette loi reste le vecteur autant que la manifestation de déplacements majeurs. La loi de 2011 instaure en effet une nouvelle judiciarisation des soins sans consentement dans le cadre d'une redistribution plus générale de la répartition des pouvoirs entre autorité médicale, autorité administrative et autorité judiciaire. La première loi sur les hospitalisations sous contrainte du 30 juillet 1838 consacrait une modalité administrative d'hospitalisations sous contrainte dont les médecins étaient la clef et qui n'a pas été remise en cause par la loi de 1990. La revendication que les hospitalisations sous contrainte, en tant que privation de liberté, soient du ressort du juge et d'un débat contradictoire<sup>4</sup> a fait l'objet de controverses récurrentes [70]. La décision du Conseil constitutionnel impose le contrôle systématique des hospitalisations complètes mais non pas leur décision initiale par le juge, ce qui en fait une judiciarisation partielle.

3. Procédure légèrement simplifiée par la loi du 27 septembre 2013.

4. Par la Fédération nationale des patients en psychiatrie (Fnapsy) et la Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine, entre autres, ces dernières années.

de soins sous contrainte en ambulatoire et de séjours hospitaliers plus courts demeurent hors de ce contrôle systématique et ne sont susceptibles que de recours facultatifs. Certains psychiatres mettent en cause la légitimité des magistrats à intervenir dans des questions qu'ils considèrent comme relevant strictement d'un savoir médical. La question se pose de savoir dans quelle mesure ces derniers se contenteront d'un contrôle formel du respect de la loi (nombre de certificats, qualité de l'auteur, mentions nécessaires etc.) ou s'ils s'autoriseront à examiner les justifications de la restriction des libertés apportées par les certificats<sup>5</sup>; des pratiques distinctes peuvent déjà être constatées.

Cette intervention du juge a pour conséquence de faire peser sur les psychiatres une contrainte nouvelle d'explicitation et de justification publique de leurs décisions, quand leur autorité suffisait antérieurement (ce dont témoignaient leurs certificats, souvent formulés en des termes cliniques spécialisés peu explicites sur le contexte ayant conduit à la mesure de soins sans consentement). Certains psychiatres y voient une remise en cause de leur pouvoir de décision [5]. Celui-ci était déjà réduit, avant même la loi de 2011, par des injonctions faites aux préfets de contrôler davantage les levées d'hospitalisations d'office. De manière plus générale, les psychiatres ont vu leur pouvoir rogné sur le plan administratif au bénéfice des directeurs d'établissement par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 et fragilisé par la crainte de voir leur responsabilité exposée lors d'actes commis par leurs patients. La décision du tribunal de Marseille condamnant un psychiatre après le meurtre commis par un de ses patients après sa sortie d'hospitalisation a constitué pour ses pairs un signal inquiétant, qui pourrait les inciter à leur tour à prolonger les hospitalisations pour conjurer tout risque.

### Conclusion : le soin sans consentement, l'exception psychiatrique


Si, dans les premiers temps d'application de la loi, la relative proximité avec la loi précédente pouvait conduire à n'observer qu'un faible changement des pratiques [51], il reste à observer dans les années à venir la manière dont seront mises en œuvre des mesures telles que le soin en péril imminent (sans tiers) et surtout les programmes de soin. Il faudra notamment examiner si cette nouvelle possibilité qu'est le soin sous contrainte en ambulatoire permet de limiter la contrainte à ce qui est nécessaire au soin, sans imposer l'enfermement à

5. Voir l'ordonnance de la Cour d'appel de Paris n° 13/00096 du 4 avril 2013 qui donne main levée d'une hospitalisation à temps complet dans le cadre d'une SDRE en établissant que, bien que le besoin de soins soit attesté, les troubles de la personne « ne compromettent plus la sûreté des personnes ni ne portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public », selon les termes de la loi. Il faut noter que ce n'est pas la mesure qui est levée et que la décision de la magistrature ouvre un délai de 24 heures permettant d'établir un programme de soin.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.



ceux qui ne nécessitent pas de surveillance hospitalière constante, ou si elle conduit à étendre à un plus grand nombre de personnes et dans le temps une forme de contrainte plus discrète. Le fait que la loi du 27 septembre 2013 précise qu'il ne peut être mis en œuvre aucune contrainte (physique ?) lors d'un programme de soin (art. L. 3211-2-1.-III) ne supprime pas toute dimension coercitive de la mesure, notamment la menace d'une ré-hospitalisation possible – le contraire rendrait la notion de « soins sans consentement » d'ailleurs bien opaque. La question de l'effectivité des droits des personnes sous contrainte demeure : la possibilité d'avoir

accès au juge, de voir l'avocat qui les représentera le cas échéant et de disposer d'une information claire et facilement mobilisable, notamment quant à leurs recours possibles. La psychiatrie reste la seule spécialité où le soin peut n'être pas soumis au principe du libre consentement du patient – sans compter que celui-ci n'a souvent, de fait, pas le choix de son praticien ou de son service dans le cadre des soins sans consentement. Il ne faudrait pas que la réflexion sur les modalités légales de l'encadrement de la contrainte éclipse la réflexion sur la place que celle-ci conserve dans le soin psychiatrique. 

# Violence et folie : dits et non-dits

**L'association entre violence et troubles mentaux est faible et statistiquement moins importante que d'autres variables (consommation de substances psychoactives...). Les personnes ayant des troubles mentaux sont davantage exposées à la violence qu'auteurs de violence.**

**Livia Velpry**

Maîtresse de conférences en sociologie,  
Université Paris 8/CERMES3

**D**e certains actes de violence, on dit qu'ils sont nécessairement l'œuvre d'un fou. L'agression mortelle d'un inconnu dans un lieu public en constitue un exemple paradigmatique. Invoquer la folie sert alors à souligner le caractère incompréhensible et imprévisible des actes commis. Lorsque surviennent des événements tragiques de ce type, ils font l'objet d'une forte médiatisation et soulèvent généralement une grande émotion. Ils viennent confirmer et contribuent à renforcer la perception du sens commun que folie rime avec violence, perception qui montre une grande stabilité dans le temps et selon les contextes nationaux.

L'association entre violence et folie n'est pas seulement un « genre » médiatique ou une perception du sens commun. Traduite par exemple en termes de dangerosité des personnes ayant des troubles mentaux, cette préoccupation se formule également en termes de risque individuel auquel seraient exposés les membres de la société. Elle ouvre ainsi à une attente de protection contre ce risque, adressée souvent aux institutions judiciaire, psychiatrique et pénitentiaire. Or, il faut souligner qu'il se produit là un glissement entre l'idée que la violence incompréhensible relève de la folie et celle que les troubles mentaux sont source de violence. Un tel glissement peut amener à considérer que les personnes ayant des troubles mentaux sont toutes, potentiellement, susceptibles de commettre des actes violents.

Nous proposons ici d'examiner les effets concrets de ce glissement, en termes de politiques publiques mais également dans les

publications scientifiques<sup>1</sup>. L'exercice consiste à décrire et à expliciter les définitions et conceptualisations de la violence, l'identification de ses causes et sa quantification. Il conduit à souligner le vaste champ sémantique couvert par ces termes et leur association, ainsi que ses implicites. Le détour par la situation dans différents pays, où les termes de la discussion et les acceptions du problème diffèrent, apportent aussi un recul.

## **Violence et folie, une association structurante**

La politique de santé mentale actuelle est explicitement influencée par l'association entre violence et folie, par le biais notamment des faits divers médiatisés qui lui servent de point d'appui et de justification. En France, un programme de financement de la sécurité dans les hôpitaux psychiatriques et la création de quatre unités pour malades difficiles sont par exemple annoncés en 2008 dans la suite directe d'un meurtre commis par un patient alors hospitalisé en psychiatrie. Il ne s'agit d'ailleurs pas d'une particularité nationale. En 1999, la loi qui instaure les soins sans consentement dans l'État de New York, aux États-Unis, résulte d'une mobilisation associative à la suite de deux agressions commises dans le métro, dont les auteurs étaient suivis pour des troubles mentaux. Nommée Kendra's Law, la loi porte le nom d'une des victimes. Au Royaume-Uni, plusieurs scandales et

1. L'association de la violence et de la folie, comme la médiatisation de ses occurrences, sont anciennes, même si leur prégnance et leur forme évoluent avec les préoccupations propres à un contexte historique et social. Elles ont structuré et marqué l'évolution de la psychiatrie.

affaires très médiatisés dans les années 1990 ont notamment abouti à la création d'unités psychiatriques spéciales organisées selon le niveau de sécurité (faible, moyen et élevé) qu'elles garantissent. La tendance est également à impliquer les psychiatres dans la gestion de la dangerosité attribuée aux personnes ayant des troubles mentaux, en tant qu'experts mais également que médecins traitants<sup>2</sup>. La responsabilité des psychiatres peut ainsi être engagée lorsque des faits de violence sont commis par des patients qu'ils traitent. Lors d'un procès récent à la suite d'un crime commis par un patient en fugue, son psychiatre traitant a été jugé et condamné au pénal.

Le développement de législation ou de structures de soin psychiatrique organisées autour du principe du risque de violence a suscité de vives critiques ces dernières années. En France, de nombreux acteurs, y compris des sphères psychiatriques, judiciaires ou pénitentiaires, voient récemment les signes d'une orientation sécuritaire<sup>3</sup>, qu'ils dénoncent. À la figure du fou dangereux dont il faut se protéger, ils opposent celle du malade qu'il faut soigner et protéger. Ensemble, ces deux figures structurent largement le débat public sur la politique de santé mentale, au moins pour ce qui concerne les troubles mentaux graves. Or, on retrouve cette opposition dans les approches de la question par des travaux scientifiques.

### De l'objectivation de la violence à sa prédiction

Les personnes ayant des troubles mentaux sont-elles particulièrement susceptibles de commettre des actes de violence? Cette question a occupé de nombreux chercheurs dans différents pays, au moins depuis les années 1970, et suscité de houleux débats

2. Les rapports de la psychiatrie avec la justice ont une histoire ancienne, articulée autour de la distinction entre crime et folie. Cette distinction a notamment permis aux psychiatres – alors aliénistes – de délimiter la folie comme leur domaine d'intervention propre. L'incompatibilité entre le fou et le criminel s'est concrétisée par l'introduction de la notion d'irresponsabilité pénale dans le code pénal en 1810. Elle a aussi donné lieu à l'émergence de la figure du psychiatre expert médico-légal, amené à se prononcer sur la responsabilité pénale, au moyen essentiellement de l'expertise clinique. Il est également de plus en plus sollicité pour se prononcer sur la dangerosité, dans une optique de prédiction et de prévention.

3. Qui se manifesterait également dans les mesures de rétention de sûreté, après la peine, (Mucchielli, 2007).

portant notamment sur les obstacles théoriques et méthodologiques.

Saisir l'évidence de l'association entre violence et folie et objectiver ses présupposés nécessite en effet diverses opérations de traduction. La notion de violence doit être opérationnalisée : elle l'est généralement sous forme d'une liste d'actes discrets, commis par des auteurs et touchant des victimes, dont le périmètre varie. Cette opération oblige à effectuer divers arbitrages : faut-il inclure les vols – ou certains types de vols – parmi les actes de violence? Qu'en est-il des menaces verbales? Comment départager auteurs et victimes dans une bagarre impliquant plusieurs personnes? La notion de folie demande elle aussi à être précisée : s'agit-il de tous les troubles mentaux qui peuvent être diagnostiqués ou seulement des plus graves? La définition du périmètre des actes de violence retenus, les variables utilisées pour la mesurer, l'échantillonnage des personnes étudiées font varier les résultats de façon très importante et rendent comparaison et généralisation périlleuses.

Malgré la persistance de ces difficultés, trois constats font aujourd'hui l'objet d'un consensus; ils apportent une réponse nuancée. Le fait d'être atteint de troubles mentaux est légèrement corrélé statistiquement au fait de commettre un acte de violence. Soulignons que les actes de violence sont définis ici dans un sens large qui comprend l'ensemble des actes de délinquance et non pas uniquement les crimes les plus graves, c'est-à-dire ceux habituellement médiatisés. Cependant, il s'agit d'un phénomène marginal à deux titres. D'abord, au sein des personnes ayant des troubles mentaux, dont une très faible proportion est susceptible de commettre un acte de violence. Ensuite, à l'échelle de l'ensemble des actes de violence, dont la très grande majorité est commise par des personnes qui ne sont pas atteintes de troubles mentaux. En outre, d'autres variables souvent associées à la présence d'un trouble mental, telles que la consommation de substances psychoactives ou le fait d'avoir été soi-même exposé à des actes de violence, montrent une corrélation beaucoup plus forte avec le fait de commettre un acte de violence.

Quoi qu'il en soit de ces précautions et nuances, les recherches sur la corrélation entre actes de violence et personnes ayant des troubles mentaux, et notamment les débats théoriques et méthodologiques qui les ont accompagnées, ont servi d'appui au développement de l'objectif de prévention et éven-

tuellement de prédiction de la violence parmi les personnes ayant des troubles mentaux ces dernières années. Cette visée s'est développée au travers de la standardisation des mesures du diagnostic et de la violence, associée à un raisonnement en termes de facteurs de risque de violence plutôt que de dangerosité. Une étude influente réalisée par plusieurs chercheurs américains a proposé ce changement, qui aboutit à distinguer quatre domaines de facteurs de risque de violence : les facteurs de disposition individuelle (traits de caractère et de personnalité), les facteurs cliniques (psychopathologie et symptômes), les facteurs historiques (événements et parcours de vie) et les facteurs contextuels (soutien social). L'instrument développé se veut un meilleur prédicteur du risque de violence; surtout, il propose une conceptualisation de la prédiction qui n'est pas basée sur l'analyse des caractéristiques de l'individu mais basée sur l'appartenance de ces caractéristiques à un faisceau de risques accrus. Autrement dit, elle ouvre sur le développement de méthodes actuarielles d'évaluation du risque, qui tend à remplacer l'expertise clinique. Ces méthodes, d'usage courant dans des pays comme le Royaume-Uni ou le Québec par exemple, sont encore peu développées en France où les défenseurs de l'approche clinique sont actifs; elles y sont cependant discutées. Elles sont à la frontière des questions pénales et de récidive.

Soulignons qu'en raisonnant ainsi en termes de facteurs de risque associés qui se situe de façon ambiguë entre risque statistique et prédiction individuelle, ces approches contribuent à construire une appréhension décontextualisée de l'association entre violence et troubles mentaux, conçus comme des entités discrètes et singularisées par rapport aux autres éléments de la situation.

### Renverser et complexifier la perspective par la victimation

Prenant le contre-pied des travaux qui cherchent à quantifier le risque accru de commettre des actes de violence associé au fait d'avoir des troubles mentaux, un certain nombre d'études se fixent pour objectif d'influer et de complexifier ce résultat sur le plan statistique. Ces études partagent la préoccupation, plus ou moins explicite, de dénoncer la stigmatisation des personnes ayant des troubles mentaux.


On a déjà dit que l'association entre troubles mentaux et actes de violence avait été caractérisée comme faible et bien moins explicative statistiquement que d'autres variables. Des



travaux s'attachent en outre à montrer que les actes de violence commis par des personnes ayant des troubles mentaux sont la plupart du temps dirigés vers des membres de la famille et non vers des inconnus. Un tel résultat suggère que ces actes s'inscrivent dans une dynamique relationnelle et peuvent donc avoir un sens plutôt que d'être arbitraires et irrationnels. Les auteurs soulignent également le fait qu'au sein de la population ayant des troubles mentaux, la violence est exercée dans une proportion très forte envers les personnes elles-mêmes, le taux de suicide étant très élevé.

D'autres chercheurs choisissent de renverser la question initiale. Ils montrent que les personnes ayant des troubles mentaux sont surexposées à la violence par rapport à la population générale, bien plus qu'elles ne sont surreprésentées parmi les auteurs de violence. Ce résultat est attesté de façon massive dans la littérature internationale. Relativement peu développées en France, en particulier concernant les personnes ayant des troubles mentaux, ces enquêtes de victimation sont plus courantes dans la littérature internationale.

Avec ce renversement, s'ouvre une autre appréhension du rapport entre violence et folie. Les personnes ayant des troubles mentaux sont considérées non plus comme auteurs de violence, mais plutôt comme des victimes privilégiées. Elles rejoignent un groupe de personnes dites « vulnérables ». Une extension de cette posture se retrouve dans la constitution de la victimation comme un problème de santé publique, y compris dans les institutions, où la violence est alors qualifiée de maltraitance.

À lire ces travaux, on saisit mieux la complexité des rapports entre violence et trouble mental et l'importance d'en appréhender le contexte. En faisant apparaître une autre figure des personnes ayant des troubles mentaux : plus victimes de violence qu'auteurs, vulnérables, ayant des lieux de vie particulièrement exposés, ils élargissent la manière de concevoir la violence, qui dépend des conditions de vie et des relations avec la famille et s'inscrit dans une situation sociale de marginalisation (et de stigmatisation...), dont elle est la conséquence. Ils contribuent donc à détisser, à détourner la focalisation sur la maladie, présente implicitement dans l'association et fortement lorsque l'on parle de dangerosité. En retour, cela permet ensuite de réintroduire la question, complexe, de l'interaction entre ces situations de vie et les symptômes des troubles. 

## Sélection bibliographique

### Sur l'association entre violence et folie dans le sens commun, voir par exemple :

1. Angemeyer M.C., Matschinger H. The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Social Science and Medicine*, 1996, 43: 1721-1728
2. Anguis M., Roelandt J.-L. « Caria A. La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites ». *Études et Résultats* 116, mai. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES : 2001, 1-5
3. Link B.G., Phelan J.-C., Bresnahan M., Stueve A., Pescosolido B.A. « Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance ». *American Journal of Public Health*, 1999, 89(9): 1328-1333

### Sur le risque qu'ont les personnes atteintes de troubles psychiques de commettre des actes de violence des personnes atteintes de troubles psychiques, la littérature est extrêmement ancienne et fournie. Pour un panorama jusqu'au milieu des années 1990, voir :

4. Hiday V.A. « The Social Context of Mental Illness and Violence ». *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, 36, June: 122-137

### Pour une revue incluant les travaux plus récents, voir :

5. Lovell Anne M. *Rapport de la Commission « Violence et santé mentale ». Travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et santé en application de la Loi relative à politique de santé publique du 9 août 2004*. Paris, Ministère de la santé et de la solidarité, 2005, [en ligne].
6. Stuart H. « Violence and mental illness: an overview ». *World Psychiatry* 2(2), 2003.

### Pour une revue de littérature exhaustive sur la victimation des personnes atteintes de troubles psychiques, voir :

7. Lovell A.M., Cook J., Velpy L. « La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2008, 56(3): 197-207.

### Un exemple récent de la discussion sur les méthodes d'évaluation de la dangerosité en France se trouve dans les documents produits par la HAS lors de son audition publique intitulée « Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur », mars 2011, ou dans les articles de :

8. Gravier B., Lustenberger Y. « L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question ». *Ann Med Psychol* 2005 ; 163 : 668-80.
9. Gravier B., Moulin V., Senon J.L. « L'évaluation actuarielle de la dangerosité : impasses éthiques et dérives sociétales ». *Information psychiatrique*, 88, 2012, p. 599-604.

### Sur la question de la violence en situation de soins psychiatriques, voir par exemple :

10. Velpy L. « Maltraitance, dangerosité et souffrance au travail : formes et enjeux de la violence dans le contexte des soins en psychiatrie », in Rostaing C., Laforgue D. (dir.), *Violences et institutions. Réguler, innover ou résister ?* Paris : CNRS Éditions, 2011, p. 29-44
11. Moreau D. « Violence normale et violence anormale dans un service "ordinaire" d'hospitalisation psychiatrique », in L. Guignard, H. Guillemin, S. Tison (dir.). *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (xixe-xxe siècles)*. Rennes: PUR, 2013.

### Sur l'exemple du Royaume-Uni, on peut se reporter à l'article récent :

12. Szmukler G., Rose N. « Risk Assessment in Mental Health Care: Values and Costs ». *Behavioral Sciences and the Law*, 2013, 31(1), janvier/février: 125-140.

# Devenir psychiatre en France : regard de l'interne

**Regards croisés de futurs psychiatres et d'un psychiatre confirmé sur la profession, son rôle et ses pratiques.**

**Déborah Sebbane**  
Présidente de l'Association fédérative française des étudiants en psychiatrie  
**Aurélié Berger**  
Vice-présidente de l'AFFEP  
**Clara Merchin**  
Coordination nationale pour l'AFFEP  
**Philippe Jeammet**  
Professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

À l'ère du futur manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), de l'impact des remaniements sociétaux sur notre profession et de l'évolution du profil identitaire des jeunes psychiatres en formation, le questionnement des internes sur la qualité de leur formation et l'avenir de leur profession est grand. Dans ce contexte, nous sommes allés à la rencontre du Pr Philippe Jeammet pour croiser nos regards et échanger autour des différents facteurs mis en jeu dans les perspectives d'évolution de notre profession. Le regard de Philippe Jeammet est celui de l'expérience professionnelle de plus de quarante ans de pratique clinique dans le monde de la santé mentale. Il est confronté à celui de l'interne, soucieux d'envisager les perspectives de la psychiatrie en France, dont il sera un des acteurs principaux.

## **Évolution sociétale : quels potentiels pour les jeunes psychiatres en formation ?**

Dès l'origine, l'AFFEP (Association fédérative française des étudiants en psychiatrie), créée en 1998 pour participer au forum européen des internes de psychiatrie, œuvre à l'amélioration de la formation initiale des jeunes psychiatres. Depuis plusieurs années, notre association est en discussion avec nos aînés, d'horizons différents (universitaires, psychiatres d'exercice privé, psychiatres de secteur...), pour veiller à une qualité de formation que nous souhaitons la plus homogène possible sur le territoire français. L'AFFEP a mené ces trois dernières années des enquêtes nationales relatives au souhait des internes en termes de formation, ainsi qu'à l'orientation de leur future pratique et leurs choix de carrière après l'internat. Cette

année, l'association s'est intéressée au profil de l'interne et à son identité professionnelle de futur psychiatre : pourquoi devient-on psychiatre ? Qu'en est-il du désir de l'interne à travers l'exercice de cette profession ? Quels sont les facteurs qui ont su motiver ce choix de carrière ? Et de fait, pouvons-nous dresser une esquisse de ce que sera l'exercice du métier de psychiatre dans trente ans ?

Hasard, cause ou conséquence ? Le questionnement de l'interne en psychiatrie survient alors que ses aînés semblent inquiets, clivés, certains dénonçant dans leurs écrits un « malaise croissant » dans la profession de psychiatre. Les discours sont pessimistes, peu rassurants et souvent moroses. Certains parlent de « crise identitaire », révélatrice du questionnement de la profession et de la perplexité dans l'orientation des pratiques. G. Jovelet écrit que « *le métier de psychiatre évolue parce que la clinique évolue... qu'il s'agisse des remaniements symptomatiques, de la formulation des demandes de soins, du décalage de la position subjective liée à l'émergence des nouveaux droits du patient, du citoyen* ». Qu'en est-il de cette mise en relation des pratiques avec le contexte sociétal dans lequel la psychiatrie s'inscrit ? Le Pr Philippe Jeammet nous répond en insistant sur l'importance de l'Humain. Il nous rappelle sa dimension fondatrice dans la relation entre le psychiatre et la personne malade, plus vulnérable et donc davantage sujette à son environnement et à la société dans laquelle elle vit. Aujourd'hui, le changement est grand, marqué par l'évolution d'une société fondée sur l'autorité verticale vers celle d'une horizontalité du partage des connaissances. En effet, l'extension

des moyens de communication et leur accessibilité tendent à une diffusion plus large du savoir. Le niveau éducatif grandissant conforte cette idée de possibilité de partage des connaissances, qui semble prévaloir sur les spécificités de ces dernières. Aussi, nous assistons à une modification du mode de connaissance. Les acteurs en santé mentale changent : le médecin psychiatre n'est plus le seul détenteur du savoir médical, son travail est commun et partagé avec d'autres intervenants comme la famille et l'école. Le Pr Jeammet met en exergue la notion de « méta-communication », celle par laquelle nous apprenons culturellement à pouvoir expliquer une démarche médicale, rendre compte et partager notre point de vue de thérapeute auprès de la personne malade et de sa famille. La complémentarité des points de vue prime et laisse place à l'ère de la « dynamique intégrative » appuyée sur la méta-communication. Il n'existe plus une vérité absolue de l'avis médical. Le Pr Jeammet nous rassure, ce qui importe, c'est un retour à une réflexion sur ce qu'est l'humain.

Alors voilà le constat : la société évolue de fait et les jeunes psychiatres en formation en sont issus. Il n'est alors nullement question de se prêter au « jeu » de la critique et du clivage mais bien au contraire de se libérer des discours inquiétants et de regarder ce que la société apporte de positif. La désorganisation est grande mais la possibilité d'ouverture tout autant. Nous voulons remarquer la potentialité de ces changements sociétaux. Comme l'exprimait Winnicott, nous sommes tributaires de l'ambiance dans laquelle nous vivons et que nous contribuons à créer. Le parallèle est volontairement osé mais nous espérons ne pas être à notre ambiance de formation ce que la personne malade est à sa société, celle décrite parfois comme « parano », en quête de sens.

Notre regard d'interne se veut pourtant clairvoyant, à la fois exigeant et vigilant mais surtout optimiste.

### **Future pratique professionnelle de l'interne en psychiatrie : une vision intégrative**

Notre statut d'interne nous amène à réfléchir à l'évolution de notre spécialité. Nous prêtons une attention majeure aux débats passionnés de nos aînés sur la critique de la psychanalyse pour certains, celle de la nouvelle « psychiatrie standardisée » pour d'autres. Les différents axes de pratique professionnelle sont nombreux et se heurtent les uns aux autres.

Que comprendre? Que retenir? Vers quelle pensée se tourner?

Face à ces questions, les internes partagent avec le Pr Jeammet la volonté d'une pratique intégrative de ces différentes approches.

En effet, la psychiatrie française a considérablement évolué depuis l'essor de la psychanalyse il y a près d'un siècle; en fonction des mentalités d'une part et du développement de la recherche scientifique (neurobiologie, neuropsychologie, génétique...) d'autre part.

Le Pr Jeammet nous rappelle que la psychanalyse repose à la fois sur une théorie, celle de la subjectivité humaine que représente la métapsychologie du fonctionnement mental, et sur une pratique, que représente la cure. Elle est une étape de l'histoire de la pensée. Elle apporte des bénéfices car elle aide à mieux comprendre le psychisme et la construction de la personnalité de chacun et à penser les enjeux complexes de la relation à l'autre. Et dans cette relation, quand la parole amène une confiance suffisante pour que le sujet accepte d'être dans l'échange et qu'il ait moins peur, elle participe beaucoup à la guérison.

La neurobiologie et la psychopharmacologie sont aussi des outils thérapeutiques indispensables. Le traitement des maladies mentales a considérablement progressé ces cinquante dernières années et en grande partie grâce à l'impact des médicaments sur les patients; et si les médicaments s'améliorent, c'est aussi grâce à la recherche qui permet de mieux en cerner les cibles. Toujours selon lui, l'efficacité de la biologie montre que les psychotropes sont des puissants leviers pour se libérer des contraintes émotionnelles et retrouver une « réflexivité », celle par laquelle une marge de jeu émotionnel est rendue possible; celle qui rend la liberté à la personne malade en lui ouvrant la capacité de choisir. Bien qu'efficaces, les médicaments n'amènent effectivement pas seuls la guérison. Souvent, la vulnérabilité du sujet demeure. Pour le Pr Jeammet, face à cette vulnérabilité, la dépendance aux réponses de l'environnement et à la société dans les relations individuelles grandit et la contrainte émotionnelle s'impose. Pour apaiser ces émotions négatives et lorsque la relation à l'environnement ne suffit pas, il est logique de recourir à la chimie pour abaisser ce seuil émotionnel.

Le Pr Jeammet insiste sur le fait qu'il n'y a pas d'opposition entre ces deux mouvements : psychanalytique et neurobiologique. À l'évidence ils sont complémentaires et ne rejoignent pas sur les mêmes registres. Nous le rejoignons : nous voulons sortir des conflits.

Nous n'avons pas à nous « faire la guerre » sur des positions exclusives mais à nous « complémentariser ». Bien sûr, toute orientation n'est pas neutre mais il faut s'appuyer sur ce qui a entraîné des améliorations. Pour cela, il faut des résultats fiables à long terme, des études de suivi et d'évaluation. Mais il est également important d'entreprendre des démarches complémentaires pour conjoindre ce que la psychiatrie a de spécifique, c'est-à-dire les émotions et ce qu'elle a de biologique.

Pour le Pr Jeammet, ce qui importe est le retour à une réflexion sur ce qu'est l'humain au-delà même de ces différents courants de pensée, avec une phénoménologie de la relation émotionnelle. Dans la relation médecin-malade, le thérapeute redonne un intérêt au patient et peut donc l'aider à s'orienter vers des perspectives créatrices. Ce sont ces rencontres aux cours des entretiens qui ont des effets mobilisateurs.

Nous pensons aussi que la connaissance de l'humain n'est pas opposable à celle du savoir scientifique. À l'écoute de nos aînés, nous nous interrogeons sur la façon la plus cohérente d'organiser ces interfaces et ces différents outils thérapeutiques plutôt que de les mettre en concurrence.

Comment aborder le fondement de la profession et intégrer cette notion de l'humain pendant notre formation d'interne et donc notre future pratique de psychiatre?

Les perspectives de la psychiatrie en France ne dépendent probablement pas des différents types de méthodes thérapeutiques existants mais plutôt de ce que l'on va en faire. L'interne, avide de curiosité et attiré par l'ouverture et la variété, tente de s'enrichir d'un maximum de savoir tant dans la connaissance de l'humain que dans le domaine biologique. C'est la diversité des approches cliniques en termes de complémentarité des connaissances qui est nécessaire à l'accompagnement des patients en souffrance dans notre pratique en psychiatrie, que nous souhaitons intégrative.

### **Interne « savant », interne « libre »**

La question de la formation des internes est centrale dans les débats actuels puisqu'elle définira le sens donné à la psychiatrie de demain; mais derrière ce terme de formation peuvent se cacher plusieurs définitions. On entend, par exemple, souvent parler de la formation théorique de l'interne, elle semble nécessaire, mais est-elle suffisante? Appuyons-nous pour répondre à cette question sur la théorie de la connaissance de Kant dans laquelle il définit deux types de sciences.

Les sciences théoriques, comme les mathématiques, forment selon lui des jugements synthétiques *a priori*, c'est-à-dire qu'elles n'ont nul besoin de l'expérience pour formuler des propositions. À l'inverse, les sciences expérimentales font appel à des jugements synthétiques *a posteriori* issus de l'expérience et validés par elle. Lorsque l'on relit ces deux définitions, rien ne semble plus éloigné de la pratique psychiatrique que les sciences théoriques, il paraît donc absurde de penser qu'un enseignement exclusivement théorique puisse être suffisant. Le Pr Jeammet nous dira de même : une formation purement théorique et conceptuelle lui paraît « dangereuse ».

Cette remarque est d'ailleurs valable pour tous les contenus d'enseignement qu'ils soient psychanalytiques ou neurobiologiques.


La transmission de l'expérience par nos aînés et par nos pairs est donc un pilier central de la formation de l'interne et doit le rester sans quoi la psychiatrie risque de devenir une science de l'*a priori*.

Lors de notre discussion avec le Pr Jeammet autour de cette question de la formation, une autre notion a très vite émergé, celle de la liberté. La liberté vient de la connaissance, qui permet de percevoir les contraintes et aussi d'y trouver des solutions. Aussi, il paraît étonnant de souligner le paradoxe suivant : la France est l'un des pays les plus prescripteurs de psychotropes au monde, or la presse médicale publie des articles de médecins, psychiatres notamment, s'insurgeant contre la surmédicalisation de la pratique psychiatrique. De même, la psychopharmacologie et les mécanismes d'action des psychotropes ne sont enseignés que très superficiellement lors des études médicales générales et spécialisées. Il semble contradictoire de voir critiquer l'utilisation massive de la médication psychotrope par ceux qui l'utilisent le plus. Il semble urgent d'élargir la connaissance globale des médications actuelles afin que les praticiens, psychiatres et non-psychiatres, puissent être plus libres de leurs prescriptions et non dépendants des données diffusées par les médias et l'industrie pharmaceutique.

Dans cette optique, pourquoi ne pas s'ouvrir à d'autres horizons et élargir notre champ de vision à la psychiatrie européenne et mondiale. S'il est vrai que la vision américaine a envahi la pratique mondiale avec l'avènement du DSM, certains de nos plus proches voisins ont également des choses à nous apprendre. Par exemple, l'histoire et la pratique de la psychiatrie suisse nous apportent des éléments de réflexion majeurs

pour l'évolution de la formation en France. Tant sur le plan théorique (débats d'écoles) que clinique (intégration de la psychothérapie dans les programmes de soins) et scientifique (efficacité des psychothérapies), nous gageons qu'il y a là d'intéressantes perspectives pour la psychiatrie française.

D'ailleurs, lorsque l'on parle d'ouverture européenne et internationale, les internes d'aujourd'hui ont une longueur d'avance sur leurs aînés, en effet, l'EFPT (European Federation of Psychiatric Trainees) multiplie les enquêtes européennes et ne cesse de promouvoir les échanges entre les pays. Ce travail a abouti récemment aux premiers programmes d'échange d'internes en Europe.

Le chemin est encore long mais nous pouvons imaginer que les internes seront à l'avenir tous en mesure d'effectuer au moins un semestre à l'étranger s'ils le souhaitent. Nous pensons que ce serait aussi l'occasion de participer davantage à un enrichissement « transeuropéen » de la pratique psychiatrique française, que celle-ci nécessite probablement. 

# Psychiatrie et précarité : quelques enseignements issus d'une enquête auprès de populations sans-logement

**Si les troubles mentaux sont surreprésentés dans les populations sans domicile, ils touchent particulièrement les jeunes isolés. Les dispositifs innovants de prise en charge s'orientent vers une coordination plus efficace des intervenants.**

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.*

**Anne Laporte**  
Agence régionale de santé d'Île-de-France  
**Erwan Le Méner**  
**Stéphanie Vandertorren**  
Observatoire du Samusocial de Paris

Le lien entre pauvreté et maladie mentale a été l'objet de nombreux travaux épidémiologiques depuis plusieurs décennies. Les études d'épidémiologie psychiatrique s'accordent à montrer qu'un statut socioéconomique bas est associé à une prévalence plus importante de troubles mentaux sévères chez les adultes (psychoses, troubles bipolaires, dépressions majeures, etc.) et de problèmes de développement chez les enfants [31]. Une recherche récente, portant sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement, l'enquête Samenta [39], confirme ces résultats. L'étude indique des prévalences, pour certains troubles, comme les maladies psychotiques, jusqu'à dix fois plus importantes qu'en population générale. Mais la distribution des troubles mentaux est inégale parmi la population sans-logement, ce qui rappelle d'une autre manière son hétérogénéité.

Lorsque l'on compare en effet, parmi les sans-domiciles, les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères à celles qui ne le sont pas, il apparaît que les facteurs associés aux troubles sont des événements de vie stressants et des défauts de soins. L'occurrence d'événements graves durant l'enfance (difficultés relationnelles et addictions des parents, violences sexuelles, par exemple) et la présence d'un environnement de vie instable (placement en famille ou en institution d'accueil, fugues, etc.) distinguent la population, qui ne présente pas de différence déterminante en termes d'origine sociale ou de niveau d'éducation (les sans-domiciles sont majoritairement et significativement issus des couches populaires, et peu diplômés).

L'analyse fait un pas de plus, quand on considère que de tels événements affectent différemment des sous-populations données.

L'enquête Samenta met ainsi en évidence l'intérêt d'étudier séparément les personnes dites « isolées », les « jeunes », mineurs ou adultes, sans enfants, et les ménages avec enfants, appelés par contraste des « familles ». Dans ces trois groupes, si la présence de troubles mentaux renvoie, à un certain niveau d'analyse, à un milieu d'origine défavorisé et à la survenue d'événements graves durant l'enfance, elle ne se manifeste pas nécessairement sous les mêmes aspects. Ceci interroge le système de prise en charge et le type d'action à mettre en œuvre pour chaque catégorie de population.

## **Troubles psychotiques et sans-abri : un problème concernant surtout les personnes isolées et les jeunes**

Les troubles psychotiques constituent la principale pathologie psychiatrique sévère surreprésentée chez des personnes sans logement, par rapport à la population générale. En particulier, la schizophrénie est dix fois plus fréquente. Il reste que ces troubles touchent des hommes (plus que des femmes) qui ont connu davantage d'épisodes sans-domicile que le reste de la population d'étude et que l'on rencontre en premier lieu dans les services d'hébergement à bas seuil, ou dans l'espace public (plus que dans des structures d'accueil de long terme). Les personnes isolées, comme les jeunes, sont nettement plus touchées que les adultes en famille.

Ces pathologies, les plus graves, restent celles qui sont le plus prises en charge,



d'après l'enquête. La proportion de personnes psychotiques ayant eu un recours aux soins au cours de la vie, ou étant suivi au moment de l'enquête était significativement plus élevée que pour les autres troubles psychiatriques sévères (38 % *versus* 8 % pour les troubles anxieux et 13 % pour les troubles sévères de l'humeur). Mais l'accès aux soins ne signifie pas le maintien dans les soins, lequel implique un important travail sur l'environnement des patients. C'est le cœur de deux expériences récentes détaillées plus bas – le Contrat local de santé mentale et « un Chez soi d'abord ».

Les obstacles pour trouver ou conserver un logement et/ou un travail et les difficultés particulièrement aiguës que les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères peuvent rencontrer sur les différentes scènes de la vie sociale menacent en effet leur inclusion sociale. Le risque de rupture sociale chez les personnes atteintes de troubles psychotiques est connu. Il a été estimé à partir de cohortes de personnes en traitement, aux États-Unis ou dans des cohortes européennes. Ainsi, 20 % des personnes schizophrènes avaient perdu leur logement au moins une fois dans les douze derniers mois aux États-Unis. Dans les données pour la France de la cohorte européenne, 9,4 % avaient eu une perte de logement et 5,6 % avaient dormi dans la rue ou un lieu non prévu pour l'habitation [4].

Ces éléments invitent à souligner l'importance du travail intersectoriel, passant par un décloisonnement des services et institutions. Il doit être mené sur des territoires de proximité entre les services de soins et tous les autres acteurs de la vie locale, si l'on veut diminuer le risque d'exclusion sociale. Le modèle mis en œuvre depuis peu, mais encore largement à développer, est le conseil local en santé mentale. Il s'agit d'un lieu de coordination et de concertation sur un territoire communal ou infracommunal entre les professionnels de santé (médecins généralistes, psychiatrie publique et privée, infirmiers libéraux et scolaires, réseaux de santé), les acteurs sociaux et médico-sociaux, les services de l'État (préfecture, Éducation nationale, etc.), les associations, les services municipaux (maison de quartier, centre communal d'action sociale, etc.), les acteurs culturels et de loisir, les associations d'usagers et les aidants. L'intérêt de ce dispositif est d'être développé actuellement dans des territoires défavorisés ou quartiers prioritaires, où l'on peut considérer que les besoins sont les plus importants. Ils s'inscrivent généralement dans le cadre de contrats locaux de santé

(signés entre une agence régionale de santé et une collectivité), ou dans le cadre d'un atelier santé ville.

Enfin, si certaines conditions environnementales favorisent ou aggravent le développement de troubles mentaux, à l'inverse, un environnement de vie dans lequel des personnes atteintes de troubles mentaux peuvent développer leurs compétences, c'est-à-dire dans une logique d'« empowerment », améliore leur état de santé, leur qualité de vie et leur intégration dans la cité. C'est sur cette philosophie du « rétablissement » (*recovery* en anglais) – utiliser les capacités des personnes et de leurs entourages pour reprendre du pouvoir sur sa vie – que s'est élaborée l'expérimentation « un chez soi d'abord ». Cette expérience mérite en particulier d'être encouragée pour des personnes atteintes de troubles psychotiques, que l'on retrouve donc, avant tout, parmi les individus isolés et les jeunes.

### Troubles psychiatriques et familles sans logement personnel : la double peine

Les troubles psychotiques, que l'on peut estimer comme les plus invalidants, sont nettement moins présents parmi les familles sans logement. En revanche, parmi ces adultes accompagnés d'enfants, on note des prévalences plus élevées de troubles anxieux (en particulier de stress post-traumatique) et de troubles sévères de l'humeur (sans composante psychotique), que chez les personnes sans enfants. Les personnes en famille sont très majoritairement nées à l'étranger, il s'agit pour la plupart de famille monoparentale avec une femme à leur tête.

Ces personnes sont hébergées le plus souvent et de façon caractéristique, dans d'anciens meublés ou garnis, dans des hôtels de tourisme ou des résidences sociales à vocation hôtelière, regroupés par les pouvoirs publics sous le terme d'« hôtels sociaux » [42]. Ces établissements sont caractérisés par la promiscuité et la pauvreté des lieux, mais surtout par le caractère provisoire du séjour, qui implique de se préparer à devoir déménager, sans savoir quand. L'étalement géographique du parc hôtelier, en raison d'une demande croissante que ne parviennent pas à absorber Paris et la proche banlieue, provoque dans certains cas des formes d'isolement relationnel. Un tel environnement entretient des conditions propices au développement de troubles psychiques et engendre de sérieuses répercussions sur le développement émotionnel, cognitif ou

social des enfants [63]. Toutefois, ces effets apparaissent réversibles, mais le sont d'autant moins que l'hébergement précaire perdure, qu'il implique des déménagements, et des ruptures avec le réseau relationnel des familles [64].

Au moment où la politique de santé publique « *entend donner à chaque enfant les meilleures chances de débiter dans la vie, pour réduire les inégalités de santé tout au long de la vie, favoriser un bon niveau d'éducation et une position socio-économique acceptable* »<sup>1</sup> en développant des programmes d'actions sur le suivi de la grossesse, les compétences parentales et le soutien à la parentalité auprès de familles en difficulté, il reste un pan de la population en difficultés sociales, invisible, qui subit la disjonction des politiques publiques de santé, d'éducation et d'hébergement. La situation sanitaire et sociale de ces familles, adultes et enfants, sera rendue visible avec les prochains résultats de l'étude Enfams<sup>2</sup> fin 2013.

Les recommandations du rapport Samenta abordaient déjà la prise en charge des troubles psychiatriques des familles en hôtel et proposaient un ensemble de mesures concrètes. Il préconisait notamment d'améliorer le repérage des problèmes somatiques ou psychologiques des personnes en famille et le signalement de ces situations à des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), dédiées aux familles en hôtel.

Une situation particulièrement inquiétante concernait les femmes immigrées, vivant en hôtel, amenées à accoucher dans des circonstances compliquées, avec notamment un accès aux soins mal aisé (éloignement géographique, barrières culturelles ou linguistiques, etc.). Le suivi à la sortie de la maternité est un moment très sensible afin de prévenir les interactions pathologiques mère-enfant. À nouveau des équipes mobiles de soins périnataux « dédiées » aux familles en hôtel devaient être développées, en lien avec les équipes de secteur infanto-juvénile, pour le repérage de troubles et d'interactions pathogènes.


Cependant, quatre années plus tard, ces EMPP dédiées aux familles n'ont toujours pas ou peu vu le jour, pour différentes raisons, de faiblesse ou de mauvaise utilisation des

1. Agence régionale de santé d'Ile-de-France, Programme régional de santé, <http://prs.sante-iledefrance.fr/les-schemas/prevention/>

2. Enfams, Enquête sur les enfants et les familles sans logement personnel de l'Observatoire du Samusocial de Paris – [http://observatoire.samusocial-75.fr/PDF/famille/Document\\_de\\_travail\\_famille.pdf](http://observatoire.samusocial-75.fr/PDF/famille/Document_de_travail_famille.pdf)

moyens<sup>3</sup>. De même, les efforts en matière d'accompagnement et de suivi des femmes à l'hôtel, autour de la grossesse, restent visiblement insuffisants, malgré le travail d'acteurs locaux et de réseaux régionaux, comme Solipam<sup>4</sup>. On peut aussi penser que ces difficultés sont liées à l'invisibilité de la population des familles sans logement en tant que problématique au croisement de l'urgence sociale et des politiques d'immigration [43].

C'est ainsi que l'on peut parler de double peine pour cette population : les politiques publiques sont faiblement articulées et façonnent des environnements défavorables sur le plan de la santé mentale, tandis que la prise en charge peine alors à s'adapter à des besoins spécifiques.

En conclusion, les apports de l'épidémiologie psychiatrique et sociale, en montrant les liens entre pauvreté et trouble mental et en identifiant les facteurs de risque, permettent de reconnaître et invitent par-là à prévenir des environnements pathogènes, en particulier pour les enfants. La notion d'environnement social défavorable a permis de concevoir des dispositifs innovants de prise en charge, qui ont en commun de réfléchir à une coordination plus efficace des politiques publiques et des territoires d'action. 

3. Les équipes mobiles psychiatrie précarité s'occupent essentiellement des personnes seules, bien que le décret qui les institue ne cible pas du tout ce public, et invite les équipes à aller au-devant des personnes, quelles qu'elles soient et où qu'elles se trouvent.

4. Le réseau Solipam regroupe les professionnels médicaux et sociaux d'Ile-de-France confrontés aux risques sanitaires encourus par la mère et l'enfant en situation de grande précarité. Ce réseau a pour but de coordonner les secteurs hospitaliers publics et privés et les structures de proximité afin d'assurer et d'optimiser la prise en charge de ces femmes enceintes, jeunes mères et de leurs enfants, jusqu'au 3<sup>e</sup> mois après la naissance.

# Points de vue des usagers...

## Point de vue des usagers, représentés par la Fédération nationale des patients en psychiatrie

La psychiatrie en France est aujourd'hui face à un tournant important dans son histoire. Après quelques années qui ont donné un grand espoir sur la possibilité, pour les usagers directs de la psychiatrie, c'est-à-dire les patients, de faire entendre leur voix, et de décrire leurs besoins, on assiste actuellement à une reprise de parole par les professionnels et les familles.

Cette reprise de parole généralisée se traduit tant par le temps de parole dans les manifestations (séminaires, colloques ou autres) que par la mainmise des professionnels et des familles sur des associations dites d'usagers ou des structures qui avaient été créées spécifiquement pour être gérées par les usagers : les Groupes d'Entraide Mutuelle.

Dans le même temps on assiste à des difficultés d'ordre financier de la Fnapsy, actuellement seule organisation statutairement composée d'associations d'usagers et dirigée par des usagers. La Fnapsy est la seule structure organisée regroupant 60 associations d'usagers en psychiatrie sur tout le territoire.

Cette mutation est grave car tous les groupes qui entendent parler en lieu et place des usagers sont, sur un domaine ou un autre, en conflit d'intérêt avec ceux-ci et n'ont donc de ce fait aucune légitimité pour parler en leur nom.


Devant cette évolution, les usagers, lors de notre dernière assemblée générale, ont exprimé leur volonté de continuer leur *empowerment* malgré leurs difficultés. C'est ainsi qu'ils ont soulevé l'importance de la loi du 4 mars 2002 sur la représentation des usagers, et surtout sur la mise en place de la « personne de confiance » qui est utilisée

actuellement sans problème dans le champ de la médecine somatique mais est absente du milieu psychiatrique.

Pourtant, il nous semble que c'est sur ce terrain que cette personne de confiance pourrait apporter toute sa sagesse compte tenu du « déni de la maladie » qui est le facteur de l'hospitalisation sans consentement.

Nous abordons également un sujet important qui est la prévention primaire en psychiatrie, travail qui n'a, pour le moment, pas été mis en chantier et qui pourtant pourrait éviter bien des hospitalisations et des pertes de chance pour les personnes concernées.

Nous continuerons à travailler sur des sujets précis avec nos partenaires historiques : la Conférence des présidents des commissions médicales d'établissement (CME) des centres hospitaliers spécialisés (CHS) pour les professionnels et l'Unafam pour les familles. Nos sujets actuels de réflexion sont en chantier dans ce sens : personne de confiance avec les professionnels, prévention avec l'Unafam.

Nous existons maintenant depuis plus de vingt ans, rien ne pourra être fait pour nous sans nous. 

**Claude Finkelstein**  
Présidente de la Fédération nationale des patients en psychiatrie

# et leur famille

## Point de vue de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades psychiques

Quel est le point de vue de l'Unafam sur la politique de santé mentale en France? Pour répondre à cette question, l'Unafam a choisi de reprendre les préconisations du Plan d'actions de l'OMS sur la santé mentale, tel que défini le 14 janvier 2005 à Helsinki. Ce conseil sur la santé mentale réunissait tous les ministres européens de la Santé sous l'égide de l'OMS.

### Relever les défis, trouver des solutions.

La Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe annonce les défis pour les cinq à dix ans à venir, dans le champ des politiques de santé mentale. Il s'agit d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer les politiques et législations qui débouchent sur des actions permettant d'améliorer le bien-être de l'ensemble de la population, d'éviter les problèmes de santé mentale et de favoriser l'intégration et le fonctionnement des personnes atteintes de ce type de problèmes. Parmi les priorités définies pour la décennie, l'Unafam, tout en notant qu'il ne nous reste que deux années, pointe notamment celles de mieux faire comprendre l'importance du bien-être mental et de faire de la santé mentale une partie indissociable de la santé publique. Dans le contexte français, l'Unafam demande que la santé somatique soit incluse dans les programmes de soins de la santé psychique et que l'éducation à la santé soit abordée sous l'angle biologique comme psychique.

Les autres priorités de la Déclaration appellent à lutter collectivement contre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité, responsabiliser et soutenir les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et leur famille de sorte qu'elles

puissent participer activement à ce processus. L'exclusion dont sont victimes les usagers des services de santé mentale, que ce soit au sein des asiles et d'établissements ou en milieu extra-hospitalier, doit être combattue de multiples façons. L'Unafam s'inscrit totalement dans cette volonté et demande pour les usagers des mesures non discriminatoires en matière de logements et d'insertion par le travail.

La Déclaration encourage également la participation des populations aux programmes locaux de santé mentale en soutenant les initiatives des organisations non gouvernementales. Sa déclinaison française pourrait passer par le développement des conseils locaux de santé mentale associant une équipe de psychiatrie, un responsable municipal des représentants des usagers et leurs proches ainsi que les autres acteurs (sociaux, médico-sociaux ou sanitaires...) intervenant dans le champ de la santé mentale.

L'OMS promeut des systèmes de santé mentale complets, intégrés et efficaces, qui englobent la promotion, la prévention, le traitement et la réadaptation, les soins et la réinsertion sociale. Elle préconise que l'ensemble de la population ait facilement accès aux services de santé mentale dans le cadre de soins de santé primaires, que soient assurées la prestation et la pleine intégration des soins de santé mentale dans les autres services de soins de santé primaires et dans un environnement facilement accessible tels que les centres d'accueil et les hôpitaux généraux. L'Unafam demande la création de prévention pour les enfants et les adolescents. Ces services doivent s'organiser pour éviter


les hospitalisations sauf dans des situations très clairement définies par les soignants, notamment en assurant des soins à domicile.

Enfin, afin de disposer d'un personnel compétent et efficace dans tous ces domaines, l'Unafam appelle à la revalorisation de tous les composants à caractère « humaniste » des soins afin d'éviter l'exercice d'un esprit de domination et d'infantilisation de la part des soignants.

Par ailleurs, il est indispensable de reconnaître l'expérience et l'expertise des patients et des aidants (l'entourage) et s'en inspirer largement dans la planification et l'élaboration des services. Or, en France, dans beaucoup de circonstances, les proches et usagers ont souvent l'impression d'être instrumentalisés.

Ce plan d'actions suggère les modalités d'élaboration et de mise en œuvre de politiques globales de santé mentale dans les pays de la région européenne de l'OMS, qu'il parait important et urgent de mettre en œuvre en France.

Les usagers et leurs familles se posent des questions sur la volonté de la France pour mettre en œuvre ce plan.

Pourtant, il faut reconnaître des initiatives courageuses de la part des acteurs soignants ou associatifs qui ont la détermination, malgré une ambiance pessimiste et le manque de moyens, de faire aboutir des minis-projets locaux qu'ils seraient utiles de soutenir et de reproduire sur le territoire quand ils ont pu être évalués positivement. 

### Chantal Roussy

Administratrice de l'Unafam, chargée de la recherche

# La psychiatrie que nous voulons...

**Approches  
internationales de  
la prise en charge  
psychiatrique souhaitée  
par les usagers.**

*Les références entre  
crochets renvoient à la  
Bibliographie générale  
p. 64.*

**Stéphanie Wooley**  
Usagère, présidente d'honneur de  
l'Association France-dépression, chargée  
des relations internationales d'Advocacy-  
France, vice-présidente de l'Association  
européenne de la dépression, membre  
du conseil d'administration  
de Santé mentale Europe

Comme la plupart des (ex)patients engagés dans le mouvement des associations d'usagers, l'origine de mon envie d'améliorer la « prise en charge » des personnes ayant des problèmes de santé mentale vient de mon propre vécu de la violence et du manque d'humanité et de compréhension que m'a fait subir le système psychiatrique dans trois pays différents, mais surtout malheureusement en France. Il me semblait impossible, ou plutôt inacceptable, que des êtres humains soient traités de cette façon. Révoltée dans un premier temps, ce n'est que bien plus tard que j'ai eu la chance de rencontrer des psychiatres que l'on peut qualifier de véritables « soignants » avec une autre approche plus holistique de la santé humaine, travaillant aussi bien dans le secteur privé que public. Ils m'abordent comme leur égale, avec respect, intérêt et surtout, avec une confiance devenue réciproque.

Grâce à ces rencontres, j'ai compris que la seule façon d'essayer d'améliorer le système nécessiterait nos efforts conjoints et cet article abordera quelques exemples de ces efforts, aussi bien en France qu'à l'étranger.

## **De la « prise en charge » à la « prise en compte »**

La souffrance psychique, les difficultés personnelles et le « parcours de combattant », si souvent décrit pour trouver une solution, génèrent un sentiment d'impuissance et de désespoir. Pourtant, l'espoir d'aller mieux, d'engager une lutte commune contre la souffrance, est reconnu comme l'un des facteurs les plus importants dans le rétablissement. L'espoir nécessite une capacité à réagir, à

maîtriser la situation. Trop souvent le système actuel de « prise en charge » détruit cet espoir et ne reconnaît pas ce qui ne peut être qu'une expertise partagée. En effet, qui connaît le mieux ce dont il souffre sinon l'usager lui-même? Comment arriver à une prise en compte du vécu de la personne souffrante, à un « diagnostic » commun, à l'élaboration d'un traitement personnalisé, à une participation active de l'intéressé?

Les associations d'usagers, porteuses de cet espoir pour tous, doivent devenir des acteurs intégrés et acceptés dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé mentale afin de répondre à ces questions.

L'impact des pratiques et des procédures des professionnels et des institutions sur le sentiment de maîtrise que peuvent avoir les usagers est plus important que l'on ne pense. Il faudrait encourager les personnes à donner elles-mêmes un sens aux événements au-delà de la simple « psycho-éducation ». Des efforts explicites doivent être faits pour réduire le déséquilibre existant, traditionnellement, entre le pouvoir de l'usager et celui du professionnel, pour reconnaître la valeur des usagers qui sont « experts d'expérience » et insister plus largement sur les buts sociaux plutôt que sur les résultats cliniques.

*« On peut se revendiquer "usager en santé mentale" au sens où cette identité militante se construit dans un collectif ayant pour objectif la prise en compte de son expérience pour faire évoluer les politiques et les pratiques de santé mentale. Ce positionnement permet de créer des débats citoyens sur des choix de société en matière de santé, de bien-être, de vivre ensemble. Les personnes revendiquent le droit d'être différents,*



d'avoir des besoins spécifiques et d'être inclus collectivement dans une société.» [19].

### Apprendre des initiatives des usagers

Helen Glover, usagère et consultante en Australie, a conçu une « étoile du rétablissement » [27] véritable outil destiné à aider le professionnel à mieux comprendre les différentes polarités autour d'un « espace de rétablissement » situé au centre. Le professionnel est encouragé à aller au-delà du « suivi » et de la simple réponse à la « maladie » et à inviter l'usager à faire appel à son libre arbitre face à ces différentes polarités (figure 1).

Il ne s'agit pas de tenter de « déplacer » une personne d'une polarité (passive où la personne intériorise son statut de malade et laisse sa prise en charge entre les mains d'autrui) à l'autre (active, l'individu agit sur sa prise en charge). Le fait de reconnaître que ces polarités existent déjà est important, et il s'agit de donner la possibilité aux usagers d'exercer leur capacité à naviguer entre ces polarités. Le tableau 1 présente la clef de ces cinq polarités, prenant en compte les démarches et les processus que les personnes ayant un vécu de la maladie psychique considèrent comme importants et essentiels aux processus de rétablissement.

### Les initiatives et les demandes des usagers

Une traduction de cette démarche peut être lue à travers la création du Réseau européen des (ex)usagers et survivants de la psychiatrie (ENUSP), seul réseau indépendant exclusivement composé de personnes ayant été confrontées à la psychiatrie, dès 1990. Composé aujourd'hui d'associations de 39 pays, son but est de réunir les efforts pour faire valoir les droits de l'homme et le droit à l'autodétermination des usagers grâce à l'évolution de la loi et de la pratique. Outre son réseau de soutien européen, l'ENUSP œuvre pour mettre fin à la discrimination et les abus dont les usagers sont victimes et pour la promotion des structures alternatives et accessibles dans la communauté. L'ENUSP est membre consultatif de la Commission européenne et de l'Organisation mondiale de la santé-Europe.

À travers sa participation au Réseau Mondial des Usagers et Survivants de la Psychiatrie (WNUSP), ses membres ont activement participé à l'élaboration et à la négociation de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH-ONU) de 2008 et ratifiée

figure 1

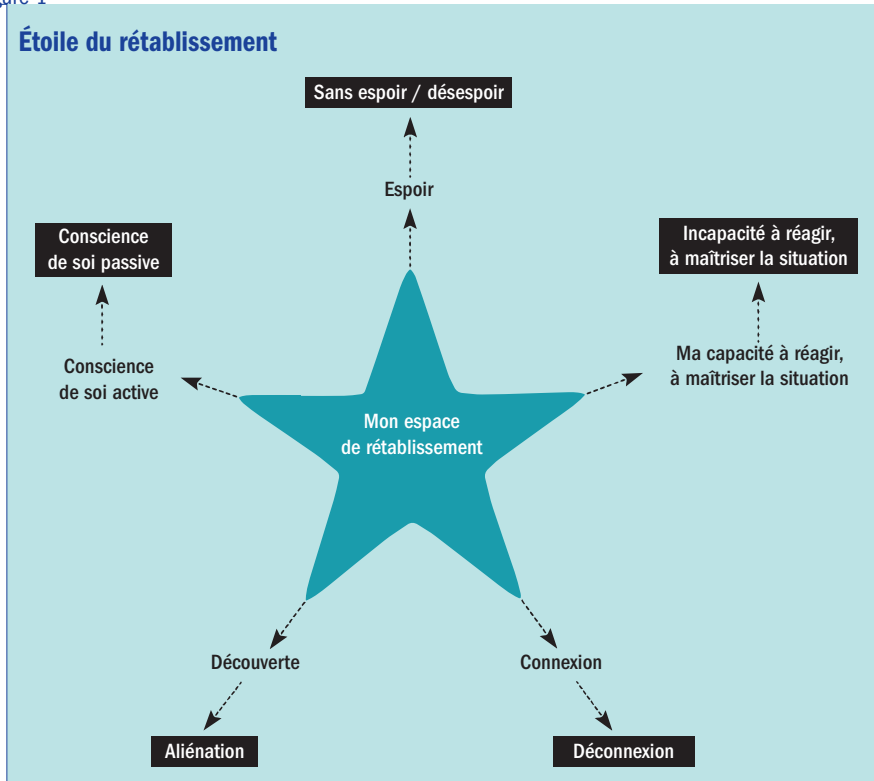


tableau 1

### Clef des cinq polarités

Espoir – Désespoir	Un état permanent de détresse	La capacité d'influencer cet état
Conscience de soi active – Conscience de soi passive	La perception que les changements surviendront grâce aux efforts des autres	La reconnaissance et l'appréciation du rôle joué par soi-même dans sa propre transformation
Capacité à réagir – Incapacité à réagir	Le fait de se reposer sur les autres quant à la gestion de sa maladie et aux soins	Négociation de l'auto-gestion et de la maîtrise de sa maladie
Découverte – Aliénation	L'acceptation de l'interprétation et de la décision exclusives des autres	La réflexion et les efforts d'auto-apprentissage et de recherche d'un sens
Connexion – Déconnexion	L'acceptation des rôles qui renforcent l'institutionnalisation et son identité de « malade »	La participation par le biais d'un sentiment de citoyenneté et d'appartenance pleine et entière à la collectivité

par plus de 130 pays, y compris la France en 2010. L'ENUSP participe aujourd'hui au contrôle prévu de sa mise en œuvre au sein du Comité des droits des personnes handicapées de l'ONU, et suit les travaux des autorités nationales chargées de veiller à son application.

Fondée sur un principe d'accessibilité au sens le plus large et le plus inclusif, cet important instrument juridique peut servir de base pour aborder les sujets qui sont au cœur de nos préoccupations et pour mener à une transformation des pratiques, où toutes les personnes sont parties prenantes des choix de société.

L'ENUSP a investi des sujets majeurs tels qu'exprimés dans la CDPH-ONU et notamment les principes de liberté, d'accès à la capacité juridique et de l'égalité de traitement.

### La liberté individuelle versus les soins sans consentement

La plupart des usagers reconnaissent que retenir une personne en raison de son comportement et la contraindre aux soins à cause du danger encouru pour elle-même ou pour autrui, peut parfois être nécessaire, même si cette mesure est souvent due au défaut d'autres moyens. Mais toute privation de liberté sur la base du handicap mental, intellectuel ou psychosocial est clairement contraire aux articles 14 et 17 de la CDPH-ONU. En application de la Convention, toute loi nécessaire à la mesure privative de liberté qui en résulte ne devrait pas être une loi spécifique et ségrégative désignant une catégorie de personnes, à savoir les « malades mentaux ».

À l'avis de l'ENUSP, le processus judiciaire introduit en France par la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, qui devait offrir davantage de sécurité juridique aux personnes soignées en psychiatrie sans leur consentement, a de fait aggravé la situation des droits de l'homme du patient en psychiatrie et n'est pas conforme aux termes de la CDPH-ONU. En effet, toute privation de liberté sur la base du handicap mental, intellectuel ou psychosocial, d'un diagnostic psychiatrique couplé de la notion de dangerosité pour autrui ou pour la personne elle-même, ou de la nécessité de « traitement » sont contraires à la Convention. Il a fallu qu'une association française créée à l'initiative d'un usager, le Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA), mette en cause la constitutionnalité

de cette loi par le biais de questions prioritaires de constitutionnalité (QPC) soumises au Conseil constitutionnel qui a émis une déclaration d'inconstitutionnalité partielle obligeant le législateur à réformer la loi du 5 juillet 2011 sur plusieurs points avant le 1<sup>er</sup> octobre 2013. Mais la réforme partielle de cette loi ne règle pas cette question, et une véritable loi de droit commun reposant non sur l'évaluation de « la personne », mais sur l'évaluation de « la situation », et qui protège la personne dans une situation dite « d'urgence », est nécessaire.

Or, si la contrainte peut, de manière exceptionnelle, être utilisée en raison de cette situation d'urgence, cette notion est contradictoire avec celle de soins en ambulatoire, qui par définition, sortent du champ de l'urgence. Les représentants de l'ENUSP ont exhorté récemment les responsables de l'Union européenne et de l'ONU à arrêter le système de soins psychiatriques sans consentement en ambulatoire ou à domicile qui est en train de remplacer l'hospitalisation en institution proprement dite dans certains pays de l'Europe, y compris en France. Cette mesure en ambulatoire est vue comme un outil pour éviter d'échanger, de parler, voire de négocier avec la personne en souffrance psychique pour la faire entrer librement dans le soin, même de la prendre en compte au seul bénéfice d'un rapport de pouvoir unilatéral. Ce système introduit à nouveau la peur de l'autre et la stigmatisation. Il ne peut y avoir de véritable « soin » psychiatrique sans l'adhésion de la personne (y compris la prise de médicaments).

Par ailleurs, les résultats d'une étude récente menée par l'université d'Oxford et ses partenaires et financée par l'Institut national de recherche en santé du Royaume-Uni ont montré que l'imposition de soins sous contrainte en ambulatoire ne réduit pas le taux de fréquence des hospitalisations des personnes souffrant de psychose et ne justifie donc pas cette privation significative de liberté des patients [8].

### L'accompagnement à la prise de décision

L'article 12 de la CDPH prévoit que les États parties doivent prendre des mesures appropriées pour que les personnes en situation de handicap puissent jouir « de la capacité juridique dans tous les domaines, sur la base de l'égalité avec les autres » et leur donner « accès à l'accompagnement dont elles peuvent avoir besoin pour exercer leur capacité juridique », et non pas pour se substituer à elles.

Vu les dérives des systèmes de tutelle dans de nombreux pays, et notamment le grand nombre de personnes frappées par ce type de mesure en France, des programmes permettant la mise en place de dispositions particulières d'accompagnement à la prise de décision sont nécessaires.

Ces solutions pour accompagner la personne dans la vie de tous les jours, tels des services personnalisés d'aide à la personne, peuvent aussi se focaliser sur les décisions importantes ayant une incidence juridique qui affectent la vie de la personne handicapée : avec qui et où elle souhaite vivre, ses choix de travail et d'activités quotidiennes, ses décisions médicales, ses possibilités d'activités de loisir, son choix de services d'accompagnement appropriés lorsque nécessaire.

### Quelles sont les demandes des usagers ?

Malgré parfois des différences d'opinion entre les usagers, on constate qu'il y a plusieurs demandes communes relatives aux soins et aux services proposés, et non pas imposés.

Il s'agit par exemple des centres d'accueil et de crise ouverts 24h/24 pour dédramatiser les choses, des équipes mobiles, des visites de psychiatres à domicile à la demande, de la généralisation d'un accès remboursé à un psychologue, de la création d'unités de soins spécialisés selon les troubles. Ou encore, de la création d'unités conçues et gérées conjointement avec les usagers, ou d'une meilleure prise en compte des plaintes somatiques. La généralisation de la personne de confiance (étudiée en Géorgie actuellement), des directives anticipées, décidées par l'usager par avance en cas de crise (reconnues en Écosse, en Suède, en Allemagne, au Canada, aux États-Unis...), sont des outils propices au respect des droits et de la dignité des personnes ayant un problème de santé mentale. Toutes ces mesures en amont pourraient éviter des coûts financiers et humains en aval.

Lorsque la crise est passée, il s'agit de solutions qui permettent aux personnes de mener une vie autonome, en dehors de l'hôpital psychiatrique ou chez leurs parents. Il faut penser en amont au relais d'autres équipes et de services sociaux à caractère moins médical et plus social. Ces structures extra-hospitalières psychiatriques sont trop souvent pensées comme une suite de l'hôpital ou un « hôpital hors des murs », et donc conçues comme une fin et non comme l'origine d'un processus d'insertion. Pourtant, les prémices de ces solutions existent en France avec les

services d'accompagnement qui devraient être généralisés.

Il peut s'agir aussi « d'appartements relais », d'une aide à domicile spécialisée, d'un suivi médico-social permettant de prendre progressivement de la distance par rapport aux services médicaux de proximité, du montage de projets professionnels en lien avec la vie sociale dans la cité, ou encore des activités économiques de type collectif et coopératif

comme celles expérimentées en Grèce et en Croatie.

« Ces différentes aides doivent être correctement évaluées et proportionnelles aux besoins non seulement des personnes mais des moments pour une même personne. Il faut savoir que, dans le champ du handicap psychique, une aide, pensée comme un soutien, peut très rapidement s'avérer être un barrage à l'autonomie de la personne. Le but de ces aides est qu'elles

soulagent la personne pour lui permettre d'aller de l'avant mais elles peuvent avoir l'effet inverse et entraîner une dépendance ! La réponse à ce paradoxe se trouve dans une politique de réseau qui met en place une concertation entre les acteurs, concertation dont l'intéressé doit avoir la maîtrise. "L'usager doit être au centre du dispositif" ne doit pas signifier que tout doit être pensé pour lui mais par lui et avec lui. » [17].

## L'exemple de la Suède – « Des médiateurs indépendants personnels » (Personal Ombud in Skåne)

Ce modèle suédois est une initiative pionnière dans le domaine de l'accompagnement visant à soutenir le processus de prise de décision des usagers en santé mentale. Les médiateurs, ou « PO », sont des personnes titulaires d'un diplôme professionnel, souvent en droit ou en travail social, et ont des capacités polyvalentes. Ils sont salariés de PO-Skåne, une organisation non gouvernementale suédoise dirigée conjointement par l'Association nationale suédoise pour la santé psycho-sociale et l'association Schizophrenia Fellowship Association. D'autres PO ont été engagés directement par les municipalités malgré les problèmes d'indépendance ou de méfiance que cela peut engendrer. Le projet PO-Skåne a démarré en 1995, avec deux PO. En 2000, suite aux résultats obtenus, le service a été pérennisé et étendu au niveau national. Aujourd'hui trois cents PO travaillent à temps plein grâce au financement à deux tiers par l'État et un tiers par les collectivités locales. Il est estimé que le double de PO serait nécessaire pour desservir la population concernée.

Les lignes directrices de leur travail, établies par les membres usagers de PO-Skåne sont les suivantes :

- les PO travaillent exclusivement à la demande de l'utilisateur et dans son intérêt, même si ce processus peut prendre plusieurs mois pour que la personne détermine le type d'aide dont elle souhaite bénéficier. Aucun contrôle n'est exercé par les autorités médico-sociales, ni par les parents ou l'entourage.

- Un accord oral suffit pour que le service soit mis en place, et cet accord peut rester confidentiel. Les formalités sont réduites au strict minimum pour ne pas décourager les personnes ayant besoin de cet accompagnement.

- Il s'agit d'un engagement à long terme auprès d'une personne afin d'instaurer une relation de confiance dans la durée.

- Un effort particulier et « créatif » est fait pour atteindre les personnes les plus difficiles à soutenir, avec des troubles psychiques graves, souvent sans domicile fixe ou très isolées, qui ont du mal à communiquer et qui se méfient des autorités.

- Il est possible de consulter son PO tous les jours de la semaine et quasiment 24h/24, même s'il s'agit rarement d'une urgence. La disponibilité de la personne (notamment le soir et le week-end) est prise en compte. Le PO établit chaque semaine avec ses clients un emploi du temps en fonction de leurs demandes.

- Beaucoup de temps est consacré au dialogue et non pas

à trouver immédiatement des solutions. Un soutien est offert selon les priorités de la personne, qui peuvent aussi bien être existentielles que matérielles. Par la suite, il s'agit d'accompagner la personne à la prise de décision et lors des démarches nécessaires auprès des services médico-sociaux et des autorités.

Ce modèle est l'un des seuls exemples concrets d'accompagnement à la décision conçu en conformité avec les dispositions de la CDPH-ONU.

En plus de cet avantage, ce modèle suédois a réussi :

- à réduire sensiblement et très rapidement la dépendance de la personne aux soins psychiatriques,

- à redonner la maîtrise de la personne sur sa propre vie qui ne nécessite plus d'accompagnement après quelques années,

- à générer des économies importantes à moyen terme, car il a été estimé que chaque euro investi dans ce service a induit une économie croissante chaque année, s'élevant à 17 euros au bout de cinq ans.

Cette expérience innovante a été mise en avant en tant que bonne pratique dans le tout premier « Rapport mondial sur le handicap » publié par l'OMS et la Banque mondiale en 2012<sup>1</sup>. Elle démontre qu'il y a une alternative aux méthodes de prise de décision traditionnelles à la place et pour le compte des usagers. Santé Mentale Europe, organisation non gouvernementale européenne qui travaille à la promotion de la santé mentale positive, à la prévention des troubles mentaux, à l'amélioration des soins, à la défense de l'inclusion sociale et à la protection des droits fondamentaux des (ex)usagers des services de santé mentale, de leurs familles et de leurs soignants, lance une étude approfondie cette année de ce programme suédois.

1. Rapport Mondial sur le handicap, OMS, 2012, p. 155, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789240688193\\_fre\\_full.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789240688193_fre_full.pdf), Jespersen, M. intervention sur le *Personal Ombud in Skåne*, conférence d'Amnesty International sur l'accompagnement à la décision, Irlande, mai 2013 : <http://www.youtube.com/watch?v=t6scSjDq21I>, Jespersen, M. « Personal Ombudsman in Skåne. À User-controlled Service with Personal Agents », in Lehmann, P. Stastny P. (Ed.), *Alternatives Beyond Psychiatry*, Peter Lehmann Publishing, Berlin/Eugene/Shrewsbury 2007 (p. 299-304), <http://www.peter-lehmann-publishing.com/books/without.htm>, [http://www.po-skane.org/The\\_Swedish\\_Personal\\_ombudsmen\\_system\(Maths\\_Comments\).php](http://www.po-skane.org/The_Swedish_Personal_ombudsmen_system(Maths_Comments).php).

## Bibliographie générale

1. APA DSM-IV-TR *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé*. Éditions Masson, 2003.
2. Ausseil J. J., Decousser P., Petit-Dandoy M. R. « Le deuxième certificat : une garantie illusoire. L'hospitalisation sous contrainte : à propos de la loi du 27 juin 1990 ». *Information psychiatrique*, 1992, vol. 68, n° 9, p. 917-925.
3. Barbot J. *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*. Balland, 2002.
4. Bebbington P.-E., Angermeyer M., Azorin J.-M., Brugha T., Kilian R., Johnson S. et al. « The European schizophrenia cohort (EUROSC) — A naturalistic prognostic and economic study ». *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2005, 40 : 707-717.
5. Boillet D., Welniarz B. « La loi du 5 juillet 2011 : une loi de défiance à l'égard des malades et de leurs médecins ». *Perspectives Psy*, 2011, vol. 50, n° 3, p. 207-209.
6. Bond G.R., Drake R.E., Becker D.R. « An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008 : 31 (4), 280-290.
7. Bonnafé L. « Thèses 1978 sur la psychiatrie de secteur ». *L'Information psychiatrique*, vol. 54, n° 8, octobre 1978, p. 879.
8. Burns T. et al. « Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET) : a randomised controlled trial ». *The Lancet*, 11 mai 2013, vol. 381, n° 9878, p. 1627-1633 [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60107-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60107-5/fulltext)
9. Burns T., Catty J., Becker T., Drake R.E., Fioritti A., Knapp M. et al. « The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial ». *Lancet*, 2007, n° 370, p. 1146-52.
10. Busfield J. « Challenging claims that mental illness has been increasing and mental well-being declining ». *Social Science & Medicine*, 2012.
11. Caria A., Arfeuillere S., Vasseur-Bacle S., Loubières C. « Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale ». *La santé de l'homme*, mai-juin 2012, n° 419 : p. 25-27.
12. Commission européenne. *Réaliser un espace européen de l'éducation et de formation tout au long de la vie*. 678, Bruxelles, Commission des communautés européennes, 2001, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0678:FIN:FR:PDF>
13. Conseil d'analyse stratégique. *La santé mentale, l'affaire de tous*. Rapport du groupe de travail présidé par V. Kovess-Masféty. Paris, La Documentation française, 2010.
14. Corbière M., Durand M.-J. (ed.). *Du Trouble mental à l'incapacité au travail. Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*. Presses de l'Université du Québec, 2011.
15. Corbière M., Lanctôt N., Lecomte T., Latimer E., Goering P., Kirsh B., Goldner E.M., Reinharz D., Meneur M., Mizevich J., Kamagiannis T. A. « Pan-Canadian evaluation of supported employment programs dedicated to people with severe mental disorders ». *Community Mental Health Journal*, 2010 : 46, 44-55.
16. Das-Munshi J., et al. « Public health significance of mixed anxiety and depression : beyond current classification. » *Br J Psychiatry*, 2008, 192, 3, p. 171-7.
17. Deutsch C. *L'insertion sociale des personnes les plus éloignées du marché du travail. Rapport sur la situation française, les propositions et les bonnes pratiques*. 2008, soumise à la Commission européenne par Santé mentale europe, voir [www.advocacy.fr](http://www.advocacy.fr)
18. Dohrenwend B. P., Dohrenwend B. S. « Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. The 1981 Rema Lapouse Lecture. » *Am J Public Health*, 1982, 72 (11) : 1271-1279.
19. Dutoit M. *L'advocacy en France : Un mode de participation active des usagers en santé mentale*. Rennes : EHESP, 2008, p. 134.
20. Eaton W. W., Hall A. L., et al. « Case identification in psychiatric epidemiology : a review. » *Int Rev Psychiatry*, 2007, 19 (5) : 497-507.
21. « Empowerment et santé mentale ». *La Santé de l'Homme*, n° 413, mai-juin 2011.
22. Frances A. *Essentials of Psychiatric Diagnosis : Responding to the Challenge of DSM-5*, Guilford Publications, 2013.
23. Freud S. *Névrose, psychose et perversion*. Bibliothèque de psychanalyse, éd. PUF.
24. Fusar-Poli P., et al. « The psychosis high-risk state : a comprehensive state-of-the-art review. » *JAMA Psychiatry*, 2013, 70, 1, p. 107-20.
25. Galaxie « Étude CREHPSy — Analyse de douze expérimentations en cours préfigurant des "Centres Ressources Handicap Psychique". Préconisations relatives à leur mise en œuvre. » Rapport final, décembre 2012,
26. Giordana J.Y. (dir.) *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Paris, Elsevier Masson, 2010, p. 18-24.
27. Glover H. « Un nouveau paradigme se fait-il jour? » sous la direction de Greacen T. et Jouet E. *in Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, Toulouse : Ed. érès, 2012, p. 47-48.
28. Gorostiza P. R., Manes J. A. « Misunderstanding psychopathology as medical semiology : an epistemological enquiry. » *Psychopathology*, 2011, 44 (4) : 205-215.
29. Greacen T., Jouet E. (ed.). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie : rétablissement, inclusion sociale, empowerment*. Toulouse : Éditions Eres, 2012.
30. Hassentuefel P. *Pouvoirs locaux*. n° 58, 2003.
31. Holzer C.E., Shea B.M., Swanson J.W. « The increased risk for specific psychiatric disorders among persons of low socioeconomic status ». *Am J Soc Psychiatry*, 1986, 4 : 259-71.
32. Horwitz A. V., Grob G. N. « The checked history of American psychiatric epidemiology. » *Milbank*, 2011, Q 89 (4) : 628-657.
33. Horwitz A. V., Wakefield J. C. *The Loss of Sadness : How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder : How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford University Press, USA, 2007.
34. Kannas S. « La loi du 5 juillet 2011 : un progrès pour l'accès aux droits des patients? » *Pluriels*, mars 2013, n° 99100, p. 12.
35. Kessler R. C. « The global burden of anxiety and mood disorders : putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective ». *J Clin Psychiatry*, 2007, 68 Suppl 2 : 10-19.
36. Kovess V., Facy F. *Épidémiologie et santé mentale*. Flammarion Médecine, 1996.
37. Kovess-Masféty V., Boisson M., Godot C., Sauneron S., « La santé mentale, l'affaire de tous : pour une approche cohérente de la qualité de vie ». La Documentation française, Rapports et documents, 2009.
38. Lamboy B., Saïas T. « Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature ». *Ann Med Psychol*, 2012, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2010.11.022>



39. Laporte A., Douay C., Detrez M.-A., Le Masson V., Le Méner E., Chauvin P. *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France*. Observatoire du Samu social de Paris et Inserm (UPMC, UMRS-707); 2010.
40. Lasalvia A., et al. « Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder : a cross-sectional survey ». *The Lancet*, Volume 381, Issue 9860, p. 55-62, 5 janvier 2013.
41. Latimer E. *Le soutien à l'emploi de type « placement et soutien individuels » pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves : sa pertinence pour le Québec*. Monographie. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé 2008. [http://www.iness.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Psychologie/MO-2008-01\\_Modele\\_IPS.pdf](http://www.iness.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Psychologie/MO-2008-01_Modele_IPS.pdf)
42. Le Méner E. « Quel toit pour les familles à la rue ? L'hébergement d'urgence en hôtel social ». *Métropolitiques*, 12 juin 2013. <http://www.metropolitiques.eu/Quel-toit-pour-les-familles-a-la.html>
43. Le Méner E., Oppenchain N. « The Temporary Accommodation of Homeless Families in Ile-de-France : Between Social Emergency and Immigration Management ». *European Journal of Homelessness*, 2012, 6 (1) : 83-103.
44. Leguay D. « Le système de soins psychiatriques français », in « Psychiatrie en France, Psychiatrie française » sous la direction de Frédéric Rouillon. Springer, 2012.
45. Leguay D., F. Rouillon, Azorin J.-M., Gasquet I., Loze J.-Y., Arnaud R., Dillenschneider A. « Evolution of the social autonomy scale (EAS) in schizophrenic patients depending on their management » *L'Encéphale*, 2010, oct; 36 (5) : 397-407.
46. Leguay D., Giraud-Baro E., Lièvre B., Dubuis J., Cochet A., Bantman P., Roussel C., Duprez M., Roelandt J.-L., Vidon G. « Le Manifeste de Reh@b' : propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants ». *L'Information Psychiatrique*. John Libbey Edit, vol 84, n° 10, décembre 2008, p. 885-893.
47. Leighton D. C., Hagnell O., et al. « Psychiatric disorder in a Swedish and a Canadian community : an exploratory study. » *Soc Sci Med*, 1971, 5 (3) : 189-209.
48. Leighton J. M. M., Nan M. L., et al. « A 40-Year Perspective on the Prevalence of Depression The Stirling County Study. » *Archives of General Psychiatry*, 2000, 57 : 209-215.
49. Linhorst D.M. *Empowering people with severe mental illness: a practical guide*. New York, N.Y. Oxford University Press, 2006.
50. Marques A. *Construire sa légitimité au quotidien. Le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité*. Thèse de doctorat en sociologie, EHESS, 2010.
51. Marques A., Daoud V., et al. « La loi du 5 juillet 2011 : protection des usagers ou question de formativité ? » *L'information psychiatrique*, mars 2013, vol. 89, n° 2, p. 171177.
52. Massé G., Vigneron E. « Territorialité et santé mentale ». *Pluriels*, n° 60, juillet 2006.
53. Moffitt T. E., Caspi A., et al. « How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. » *Psychol Med*, 2010, 40(6): 899-909.
54. Mueser K.T., Deavers F., Penn D.L., Cassisi J.E. « Psychosocial treatments for schizophrenia. » *Annu Rev Clin Psychol*. 2013 ; 9 : 465-97. doi : [10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620). Epub 2013 Jan 16.
55. Murphy J. M. « The Stirling County Study : Then and now. » *International Review of Psychiatry*, 1994, vol. 6, No. 4 : p. 329-348.
56. Pachoud B., Allemand C. « Le soutien à l'emploi (ou les pratiques de "job coaching") : une nouvelle stratégie d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique ». *Évolution psychiatrique*, 2013, vol. 78, n° 1, p. 107-117
57. Pignarre P. *Comment la dépression est devenue une épidémie*. La Découverte, 2012.
58. Prince M., Stewart R., et al. *Practical Psychiatric Epidemiology*. OUP Oxford, 2003.
59. Prouteau A. (dir.). *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie*. Paris, Dunod, 2011.
60. Ralph R. O., Corrigan P.W. « Recovery in Mental Illness : Broadening Our Understanding of Wellness » *American Psychological Association*, 2005.
61. Sadowski L.S., Kee R.A., Vanderweeler T.J., Buchanan D. « Effect of a housing and case management program on emergency department visits and hospitalizations among chronically ill homeless adults : a randomized trial. » *JAMA*, 2009 May 6 ; 301 (17) : 1771-8. doi : [10.1001/jama.2009.561](https://doi.org/10.1001/jama.2009.561)
62. Sami A. « Penser l'unité. La psychosomatique relationnelle ». *L'esprit du temps*, PUF, 2011.
63. Samuels J., Shinn M., Buckner J.C. *Homeless children : Update on research, policy, programs, and opportunities*. U.S. Department of Health and Human Services. <http://aspe.hhs.gov/hsp/10/HomelessChildrenRoundtable/index.shtml>
64. Shinn M., Scheingart J., Chioke Williams N., Carlin-Mathis J., Bialo-Karagis N., Becker-Klein R. et al. « Long-term associations of homelessness with children's well-being ». *American Behavioral Scientist*, 2008, 51 (6), 789-809.
65. Spitzer R. L., Endicott J., et al. « Research diagnostic criteria : rationale and reliability. » *Arch Gen Psychiatry*, 1978, 35 (6) : 773-782.
66. Srole L., Langner T. S., et al. *Mental Health In The Metropolis The Midtown Manhattan Study Volume I*. Ulan Press, 2012.
67. Stuart H. « Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution 2003 ». *Santé mentale au Québec*, vol.28, 1, printemps 2003, p. 54-72.
68. Susser E., Schwartz S., et al. *Psychiatric Epidemiology: Searching for the Causes of Mental Disorders*. OUP USA, 2006.
69. Troisoefus A. « Le passage en actes : du malade mental à la personne liminaire. Anthropologie des associations d'usagers de la psychiatrie ». Thèse soutenue le 30 novembre 2012 et dirigée par Anne Lovell.
70. Velpry L., Rhenter P. « La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement ». *Regards sur l'actualité*, La documentation Française, 2011, vol. 10, n° 374, p. 68-77.
71. Younes N., Passerieux C., Hardy-Baylé M.C., Falissard B., Kovess V., Chaillet M.P., et al. « Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists ». *BMC Public Health*, 2005 ; 5 : 104.