

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)

Le 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^e 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, 2009¹).

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 ans², 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 »³ 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 enjeu⁴ 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 charge⁵. 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 diminuer⁶, 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 »⁷, 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

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.

Bien 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 ^ve 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.

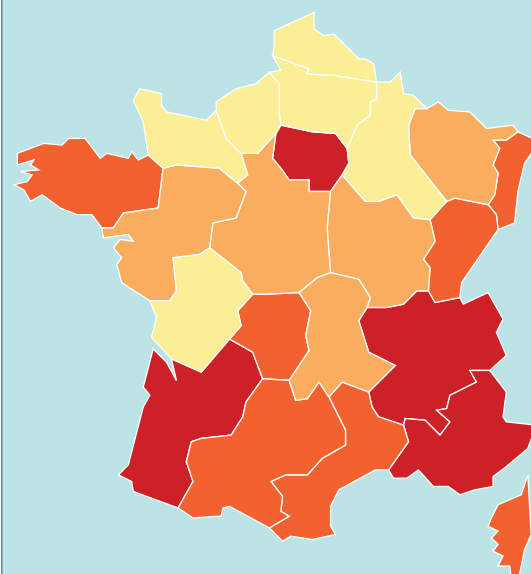
Planification et sectorisation n'ont pas mis fin aux inégalités en santé mentale ; ainsi, par exemple, l'Ile-de-France compte deux fois plus de psychiatres pour 100 000 habitants qu'en moyenne pour la France métro-

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'entraide¹.

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.

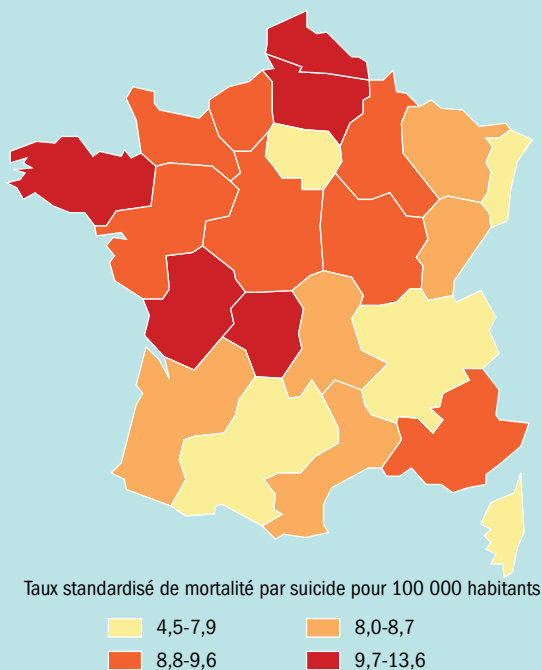
Concrètement, ces évolutions se traduisent par des dynamiques territoriales volontaristes de décroisement regroupant une diversité d'acteurs susceptibles de relayer des besoins en matière d'accès aux soins, d'agir sur les déterminants de santé mentale de la population, de favoriser la déstigmatisation 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 soins², 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)


Des équipes labélisées mobiles se sont multipliées depuis une quinzaine d'années en France¹. 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)², pour l'autisme³, pour les soins somatiques⁴. 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)⁵. 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 national³. 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 pertinence⁴ 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]⁵. 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 sociales⁶. 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


Depuis 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