


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)