

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

**Laurent Plancke**

Sociologue

**Pauline Rhenier**

Politiste

Fédération

de recherche

en santé mentale

Nord-Pas-de-Calais

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

**B**ien avant la territorialisation de l'organisation des soins somatiques, dans les années 1960, la sectorisation des soins psychiatriques apparaît pionnière. Mettant fin à une approche hospitalo-centrée, elle obéit à une logique territoriale graduée, dans laquelle l'hospitalisation en établissement spécialisé ne devient qu'une étape éventuelle dans le parcours de santé. Vigneron et Massé indiquent ainsi que « le secteur psychiatrique a été conçu, dès le début de la <sup>v</sup>e 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 enrayer l'iniquité entre les territoires malgré l'entrée en 1990, sur le plan politico-administratif, de la santé publique dans la santé mentale.

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

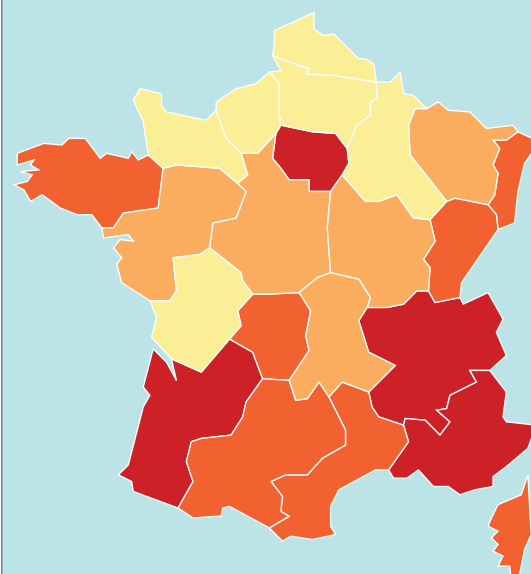
Planification et sectorisation n'ont pas mis fin aux inégalités en santé mentale ; ainsi, par exemple, l'Ile-de-France compte deux fois plus de psychiatres pour 100 000 habitants qu'en moyenne pour la France métro-

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

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

carte 1

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



Taux de psychiatres salariés ou libéraux pour 100 000 habitants

12,71-14,20

14,21-15,51

15,51-19,50

19,51-32,34

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

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

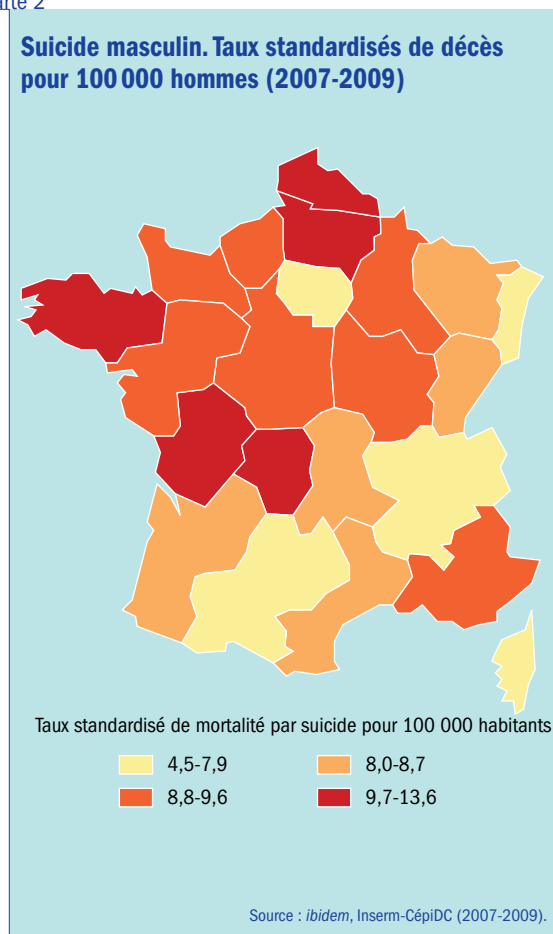
Le champ de la santé mentale connaît donc une extension liée à la médicalisation et la psychiatriation de nos sociétés, qui produisent des effets divers sur la mobilisation de nouveaux acteurs du champ sanitaire (la santé est « l'affaire de tous » [37]) dans la régulation des problèmes sociaux.

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



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

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

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

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

## Les équipes mobiles en psychiatrie (EMP)


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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Éléments de discussion

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

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

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

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

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

### Éléments de conclusion

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

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


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

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

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

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

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

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

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


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

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

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

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

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

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

**Aurélien  
Troisoeufs**

Anthropologue,  
laboratoire du  
Cermes3, Paris  
Descartes