

# Psychiatrie citoyenne et promotion de la santé mentale

Jean-Luc Roelandt\*

## • De la psychiatrie vers la santé mentale

J'ai remis à Bernard Kouchner, en 2001 et 2002, deux rapports.

Le premier, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, corédigé avec Eric Piel, avait pour objectif d'intégrer la psychiatrie dans la ville, d'implanter fortement les dispositifs de santé mentale dans la cité, de redynamiser les pratiques de soins dans la proximité et le partenariat avec les acteurs sociaux et élus locaux. Les principes généraux qui ont guidé la réflexion étaient que les droits de l'homme et du citoyen étaient inaliénables, les troubles psychiques ne les annulant en aucun cas. Les axes concrets de changement que nous avons proposés étaient de favoriser la parole et le pouvoir des utilisateurs des services, tout citoyen pouvant en être un usager direct ou indirect. Nous proposons aussi de ne plus créer d'asiles sociaux à la place des asiles mentaux et de renoncer à la gestion du médico-social par les établissements de santé.

Le second rapport, *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*, insiste sur la place des usagers en santé mentale, eu égard à la loi du 4 mars 2002 et sur le travail des partenariats nécessaires dans la cité, sous l'impulsion et la coordination des élus locaux.

De multiples exemples sont donnés de réalisations concrètes actuelles et des propositions de décroisssonnements, de travail en articulation tant au niveau du secteur que des bassins sanitaires et sociaux sont développés. Le décroisssonnement entre sanitaire et social est envisagé de façon radicale, sous l'égide et le dynamisme des élus locaux, fédérant les systèmes départementaux et étatiques.

Ces rapports se sont appuyés à la fois sur les recommandations de l'OMS, les réflexions menées en Europe et sur une analyse de la situation européenne et française

## • Les fondements du constat

– *La politique de l'OMS : non à l'exclusion, oui aux soins*

En 2001, l'Organisation mondiale de la santé, dans son rapport sur la santé mentale dans le monde, a énoncé les dix recommandations suivantes :

- 1 – traiter les troubles au niveau des soins primaires ;
- 2 – assurer la disponibilité des psychotropes ;

\* Psychiatre, EPSM Lille métropole.

- 3 – soigner au sein de la communauté ;
- 4 – éduquer le grand public ;
- 5 – associer les communautés, les familles et les consommateurs ;
- 6 – adopter des politiques, des programmes et une législation au niveau national ;
- 7 – développer les ressources humaines ;
- 8 – établir des liens avec d'autres secteurs <sup>1</sup> ;
- 9 – surveiller la santé mentale des communautés <sup>2</sup> ;
- 10 – soutenir la recherche.

Elle a insisté sur l'existence des troubles mentaux pour une large part de la population mondiale et du manque d'accès aux soins, mais aussi sur la curabilité de ces troubles, ce qui est souvent méconnu du grand public. Elle a développé des stratégies d'actions pour la mise en œuvre de ces recommandations, adaptées au niveau de développement économique des États.

Par ailleurs, elle classe, cette même année 2001, le système français de soins comme le plus performant en terme d'accessibilité pour tous aux soins et le plus efficace en terme de morbidité, mortalité et nombre d'années vécues sans invalidité.

– *La promotion de la santé mentale en Europe*

En 1985, la Conférence des ministres européens de la santé se réunit à Stockholm du 16 au 18 avril pour valider un premier rapport intitulé « L'avenir de la santé mentale ». Il s'agissait d'établir une conception européenne de la promotion de la santé mentale, s'appuyant sur une étude menée par l'École de santé publique suédoise (M. Lennart Köhler), et d'étudier les problèmes mentaux des populations dans une perspective globale, leur survenue dans les sociétés et les différences de prévalences entre catégories sociales. Pour les quatre grands problèmes retenus : suicide, dépression, addiction et vieillissement, les modalités d'action concrètes des puissances publiques étaient centrées avant tout sur les conditions de travail et les modes de vie.

Le rapport rappelle que jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle, les malades mentaux étaient abandonnés à leur propre sort, n'intéressant la société que s'ils présentaient un danger pour autrui. La prison, l'enchaînement et les maisons de fous étaient les principaux traitements utilisés.

*« Chacune des sociétés, chacune de ces cultures doit avoir des règles sur la façon de se comporter et d'agir. Des frontières sont créées pour ce qui est bien et mal, normal et anormal, et pour ce qui est considéré comme sain et malsain, etc. Dans ce cadre, des attitudes se développent et des niveaux de tolérance se forment, par exemple à l'égard des malades mentaux et des personnes manifestant un comportement déviant.*

<sup>1</sup> On entend par secteur les institutions de logement, d'emploi, de culture, de services sociaux, des droits de l'homme, de la santé en général, etc.

<sup>2</sup> Lutte contre les discriminations sociales, culturelles, ethniques, etc.

*Ces considérations pourraient nous aider à comprendre les nouvelles tendances selon lesquelles des personnes souffrant par exemple de quelques crises personnelles ou sociales deviennent l'objet des activités diagnostiques et thérapeutiques du secteur psychiatrique. Cette pratique renferme cependant une dimension négative. C'est celle qui est caractérisée par les termes de "stigmatisation" et d'"étiquetage". Bien que l'individu ait besoin d'aide, il nous faut penser que les soins de psychiatrie ne sont pas nécessairement l'instrument le plus approprié pour la solution finale d'un grand nombre des problèmes en cause. Cet aspect est abordé dans le présent document. L'accent est mis sur les conditions et circonstances ayant un impact significatif sur la promotion de la santé mentale. »*

– *État des lieux de l'évolution psychiatrique en Europe*

En 1985 déjà, ce rapport insistait sur l'importance de réduire les grandes concentrations asilaires, de changer l'image des troubles mentaux dans le grand public et de lutter contre la stigmatisation. Vingt ans après, où en sommes-nous ?

La Suède a fermé tous les hôpitaux psychiatriques et a créé des unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux et dans la cité. Elle a été suivie par les pays nordiques. L'Angleterre a fini sa mutation en fermant ses 134 hôpitaux psychiatriques et en développant les structures de soins à domicile. L'Espagne a quasiment terminé son évolution, des provinces entières ont intégré les soins psychiatriques dans les soins de santé primaire. En 1999, l'Italie a fermé les derniers lits psychiatriques qui restaient dans des institutions religieuses. La Grèce prend actuellement le relais, avec un plan global de reconversion de ses immenses sites psychiatriques.

Pourtant, l'expérience montre que ce nouveau système est performant si les budgets suivent. « Des hommes, pas des murs » disait Lucien Bonnafé. Si on coupe dans les budgets de la psychiatrie, on revient en arrière, on observe un repli sur l'hospitalisation plein temps, une remise en cause des alternatives dans la communauté et la sécurité n'est plus assurée. C'est ce qui se passe en Suède actuellement, avec la privatisation d'une partie du système de santé.

La France ne suit pas la tendance lourde européenne, pas de plan général de reconversion et de déploiement dans la communauté, c'est plutôt la déshospitalisation douce. Initiée par la politique de sectorisation, menée depuis 1945 avec ses soubresauts, ses hauts et ses bas, sa difficulté évidente à sortir de l'asile du XIX<sup>e</sup> siècle (que les psychiatries françaises et allemandes ont créé) et de s'affranchir de la pression des pouvoirs locaux pour le maintien de l'emploi local.

– *La situation française*

Malgré le classement élogieux de notre système de santé général par l'OMS, la situation de la psychiatrie n'est pas si glorieuse, au regard de nos voisins européens.

La sectorisation psychiatrique, fleuron du développement de la psychiatrie en France, prônant la présence au plus près des populations, s'est essoufflée. Le nombre de lits en hôpitaux, qui a beaucoup baissé dans les années quatre-vingt et jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, stagne à 47 000, auxquels il faut ajouter les 12 000 lits « privés », qui n'ont guère bougé depuis vingt ans. (Notons bien que le privé en France est remboursé par la Sécurité sociale et qu'il n'y a quasiment pas de libéral pur non remboursé en France).

Le nombre de psychiatres travaillant pour la psychiatrie publique reste très bas (4 500 temps plein hospitalier), alors que nous sommes les champions du monde de la démographie psychiatrique, après la Suisse. En 2000, il y avait en France 13 200 psychiatres installés sur le territoire français en 2000<sup>1</sup>, ce qui est quatre fois plus qu'il y a trente ans. Plus de la moitié (54 %) exercent dans le secteur libéral et 46 % sont salariés. Parmi les libéraux, 30 % exercent une activité hospitalière contre 88 % parmi les salariés.

Les psychiatres sont non seulement mal répartis entre public et privé mais également au niveau du territoire. De forts écarts entre départements existent, selon une échelle qui varie d'un à quatre hors Paris<sup>2</sup>, Paris apparaissant à cet égard comme un des extrêmes puisque la densité y est de 80 psychiatres pour 100 000 habitants, soit quatre fois plus que la moyenne nationale ! Malgré cela, plus de 10 % des postes du secteur public ne sont pas pourvus en France.

Des régions entières sont délaissées, les inégalités entre les soins et la réhabilitation rendue à la population suivant le lieu où on habite sont flagrantes. De plus, le personnel public est à 80 % à l'hôpital contre 20 % dans la cité et en ambulatoire. Les pouvoirs publics ont laissé faire les lois du marché dans un système entièrement socialisé, les remboursements « Sécurité sociale » pour les personnes présentant des troubles psychiques étant bons.

Les services de psychiatrie sont considérés comme des lieux d'enfermement. Les représentations mentales sont très négatives et retardent, voire empêchent, les soins, générant en tout cas la création de multiples circuits pour échapper aux marquages de la stigmatisation.

Par ailleurs, les demandes concernant la souffrance psychique, les difficultés à vivre, les « bobos à l'âme » débordent de toute part, et nécessitent de plus en plus une intervention spécialisée, que les systèmes habituels d'organisation d'une société devenue hyperindividualiste n'arrivent plus à contenir (organisations religieuses, syndicales, politiques, associatives de solidarité). La résilience, consolation, cicatrisation pour les troubles psychiques nécessitent un abord communautaire, familial et citoyen.

<sup>1</sup> DREES, « L'offre de soins en psychiatrie : des modèles différents selon les départements », *Études et Résultats*, n° 48, janvier 2000.

<sup>2</sup> DREES, *ibid cit.*

La famille a perdu son rôle protecteur et ne peut plus supporter le mal être, le mal à vivre. Sur ce fond de difficultés psychiques qui sont indépendantes du développement, des richesses d'une nation, se développent de plus en plus les troubles anxieux et les dépressifs, des addictions dont l'étiologie tient aux conditions de vie et de travail, à l'organisation de la société et des structures familiales. C'est donc une santé socialisée.

Mais les pouvoirs publics ont accepté que l'accent soit mis plus sur les soins et la prévention tertiaire que sur une véritable politique de santé publique. Celle-ci aurait dû être axée essentiellement sur la prévention primaire, favorisant l'éducation, la guidance infantile et parentale, le logement salubre et les conditions d'accès à l'emploi, réduisant les inégalités sociales, entamant la lutte radicale contre la pauvreté secondaire, accentuant le dépistage et permettant la non-désinsertion des patients du monde du travail et l'accès aux soins pour tous, sans stigmatisation.

Tout cela était impossible du temps du budget à l'activité, les hôpitaux ayant tendance à construire le plus de lits possibles, facteur d'activité et prix de journée essentiellement lié à l'hospitalisation. Il aurait fallu profiter complètement du budget global pour permettre ce fameux changement d'échelle, faire passer une grande partie des personnels de l'hôpital en ambulatoire. Appliquer pour cela une règle radicalement hospitalofuge, en ne cantonnant que 40 % des moyens à l'hôpital et en garantissant 60 % dans la collectivité, sur le territoire, là où sont les patients.

Il aurait fallu profiter aussi de la centralisation française pour garantir le même nombre de professionnels à la population quel que soit le lieu, avec un correctif tenant compte d'indicateurs démographiques et de santé. Il aurait fallu aussi développer en priorité le système public par rapport au système privé conventionné, payé par la même Sécurité sociale, il aurait fallu développer une psychiatrie de service public par territoire et non pas à la demande. Définir des personnes à risques, qui nécessitent le plus grand soin et l'attention de la collectivité, ne permettre l'installation en ville de privés conventionnés que si le nombre des praticiens publics et des systèmes publics était suffisant sur la zone et une fois l'ensemble du territoire couvert.

Il aurait fallu, enfin, aller au bout de la logique de sectorisation, comme dans le reste des pays européens, en supprimant les concentrations psychiatriques (lourd coût de fonctionnement) et en développant à leur place des services de proximité. (Dans les années quatre-vingt-dix, le rapport Massé avait proposé d'implanter les services de psychiatrie à l'hôpital général. Ceci n'a suivi que dans un tiers des cas, essentiellement lors de la création de nouveaux secteurs).

La psychiatrie n'évolue qu'en phase avec le champ global de la médecine, c'est d'une réforme totale de la médecine qui connaît les mêmes difficultés quant aux inégalités de soins et de traitement dans la population, que pourra

advenir une psychiatrie à une seule vitesse, garantissant des soins de proximité à tous.

Le cloisonnement des systèmes

En réalité, la prévention se fait mais elle est morcelée et répartie entre diverses compétences. Les *services communaux* (centre communal d'action sociale, d'attribution des logements, de suivi social des HLM), les *services départementaux* (aide à l'enfance, PMI, précarité, RMI) et les *services nationaux* (aide aux handicapés, ANPE, intégration du handicap dans les entreprises, AGEFIHP).

La protection sociale est aussi acquise grâce à la couverture maladie universelle – une merveille gérée par l'assurance maladie – l'accès aux soins de qualité pour tous, qui nous vaut certainement la fameuse première place de l'OMS. Le libre choix du praticien est aussi garanti dans notre système. Les programmes régionaux d'accès aux soins et à la prévention complètent le dispositif, qui cible les populations tout en laissant à tous l'accès aux soins du même dispositif global. Les structures spécifiques pour enfants et adultes handicapés sont légions en France et doivent normalement évoluer encore plus.

#### • Les propositions pour la France

*Le prix payé par la collectivité pour la psychiatrie est important, mais y a-t-il une vraie politique de santé mentale qui ne soit pas uniquement une politique médicale de la psychiatrie ?*

Pour que celle-ci ait lieu, il ne suffit pas d'annonces, de discours, voire de mesures spécifiques isolées. Il s'agit de décroisonner les positifs existants, de ne pas en créer de nouveaux, d'intégrer la santé mentale dans la santé en général et la psychiatrie dans la médecine, de coordonner l'ensemble au niveau du territoire avec les élus locaux fédérateurs, de promouvoir enfin une psychiatrie de proximité avec le maximum de soins entraînant le moins d'hospitalisation possible, avec toutes les garanties pour les droits et devoirs de tous les citoyens.

Partout dans le monde où la situation de la santé mentale et de la psychiatrie a évolué, c'est grâce au rôle essentiel et important donné aux associations d'usagers, patients et familles. Il faut donc les reconnaître, comme on reconnaîtra enfin le handicap psychique et promouvoir la citoyenneté pour tous – les troubles mentaux ne la diminuant en aucun cas. En finir enfin avec un système qui confond prison et soins. Le psychiatre doit refuser le rôle de garde-chiourme du social qu'on essaie de lui octroyer sans cesse et, de ce fait, développer un grand service public de santé mentale désaliéniste et humaniste amenant la suppression de tout service surspécialisé hors le système général de soin.

Ceci nécessite une réforme en profondeur de la médecine et un développement plus massif des réseaux ville-hôpital, mettre en relation l'ensemble des professionnels de la santé, soins primaires et communautaires, avec les

professionnels hospitaliers, mettre en œuvre des processus de prévention communs, créer un véritable continuum social entre services sociaux, médecine générale et spécialisée, paramédicaux, hôpital.

*L'intégration de la psychiatrie dans les dispositifs généraux suppose de garantir l'accès au logement, loisir, travail, réseaux sociaux :*

- intégration des CMP dans les consultations de médecins généralistes et dans les centres communaux d'action sociale et dans les unités territoriales de services sociales ;
- travail en commun des infirmiers de secteurs de psychiatrie et de leurs collègues libéraux conventionnés ;
- services d'hospitalisation intégrés dans des centres de santé mentale (petite clinique intégrée dans la cité) ou à l'hôpital général – alternatives à l'hospitalisation fortement développées ;
- formations croisées de tous les professionnels de structures sociales et sanitaires concernées par les troubles mentaux ;
- accès aux maisons de retraite et aux logements sociaux, que toute personne quelle que soit sa maladie ne puisse pas se voir refuser une place parce qu'elle a eu un trouble psychique un jour dans sa vie ;
- accès à l'emploi pour tous. Lutte contre les facteurs négatifs fondamentaux : pauvreté, alcool, drogue, prostitution, violence dans la famille ;
- mise en place des actions de prévention par bassin de vie associant élus, usagers et professionnels sanitaires et sociaux. Lutter, encore et toujours, contre la stigmatisation et la perte de chance due à la discrimination ;
- évaluer, par bassin de vie, les besoins en psychiatre, infirmiers psychiatriques, psychothérapeutes. Utiliser la valeur de chacun et développer fortement les équipes pluridisciplinaires ou chacun aura sa spécificité. Rembourser les psychothérapies aux psychologues, aux psychothérapeutes installés en ville – les psychothérapies étant gratuites dans le service public ;
- apporter des soins aux prisonniers, permettre que tous aient un procès mais tenir compte de l'état de santé du malade dans la sentence. Permettre les jugements à huis clos si nécessaire. Et pour cela n'autoriser l'enfermement que sur décision judiciaire. En finir une bonne fois pour toutes sur l'enfermement dans les services de psychiatrie : les services doivent être comme les autres services ouverts. Si surveillance du malade il y a, cela doit se faire avec des hommes et non pas des murs. Ne pas confondre enfermement, contention et soins. Ouvrir tous les services de France, ne mettre en place de services fermés que sous contrôle judiciaire qui en assurera la sécurité.

### • Conclusion

Au vu de près d'un demi-siècle de fonctionnement de la politique de sectorisation psychiatrique, le bilan dressé par les meilleurs observateurs est en demi-teinte. Si le secteur et les pratiques qu'il a induites, ont contribué au décroisement de la psychiatrie vers ses partenaires et la cité, sa mise en œuvre demeure très inégale selon les lieux, et globalement inachevée.

Il s'agit donc d'aborder une nouvelle étape, armé du principe consistant à mettre l'utilisateur au centre du système de soins, de le rendre présent partout où il doit être partie prenante, de construire autour de ses besoins le dispositif qui permette de le suivre dans tous ses états, dans toutes ses étapes. Cette place centrale, il doit la partager avec l' élu, qui représente l'intérêt général, qui exprime les attentes de la population dans son ensemble.

Ce n'est qu'à ce prix que les réformes avancées ici pourront avoir un sens et réussir, mais, surtout, que pourra être combattue victorieusement la stigmatisation qui constitue encore aujourd'hui le facteur bloquant qui empêche celui qui souffre de maladie mentale de prendre toute sa place dans la cité.

Les deux rapports précités sont en parfaite harmonie avec les recommandations de l'OMS et de l'Europe. Depuis maintenant trente ans en France et ailleurs, les rapports se suivent, se succèdent et vont tous dans le même sens. Il y a un consensus à l'heure actuelle pour le développement du secteur public, une psychiatrie de proximité tenant compte des droits de l'homme avec une citoyenneté entière reconnue pour les personnes ayant des troubles psychiques. La volonté de mettre au premier plan des transformations des services l'utilisateur, est une constante mondiale. C'est pour eux que le service est fait, c'est eux qui doivent en profiter en premier. Les élus locaux en second : la démocratie est aussi sanitaire et la question de la santé les intéresse de plus en plus. Ils sont certainement les mieux placés pour la coordination des actions au niveau du territoire.

Mais c'est certainement un réseau de santé unique et unifié et une seule politique territoriale par bassin de vie qui serait le plus efficace en la matière. Tout est possible en France. Même en l'état actuel. Mais pour généraliser ce système, tout ceci demande des réformes politiques, du courage et surtout de la volonté et de la constance.



## Références bibliographiques

PIEL E. et ROELANDT J.-L., *De la psychiatrie vers la santé mentale*, rapport de mission, juillet 2001, La Documentation française, consultable sur le site <http://www.sante.gouv.fr>.

ROELANDT J.-L., *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale. Place des usagers et développement des partenariats*, rapport de mission, avril 2002, La Documentation française, consultable sur le site <http://www.sante.gouv.fr>.

ROELANDT J.-L. et DESMONS P., *La psychiatrie citoyenne*, 2001, Éditions InPress.

ROELANDT J.-L., CARIA A., ANGUIST M *et al.*, « La santé mentale en population générale : images et réalités. Résultats de la première phase d'enquête 1998-2000 », *L'Information psychiatrique*, 2003 ; 79 : 867-78.

ANGUIST M., ROELANDT J.-L., CARIA A., « La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites », DREES, *Études et Résultats*, n° 116, mai 2001, p 1-8.