



**PSYCHIATRIE &
SANTÉ MENTALE**

LES #IDÉES

DES ACTEURS

CRAPS

**PSYCHIATRIE &
SANTÉ MENTALE
LES #IDÉES DES ACTEURS**

**PSYCHIATRIE &
SANTÉ MENTALE**
LES #IDÉES DES ACTEURS

*CERCLE DE RECHERCHE ET D'ANALYSE
SUR LA PROTECTION SOCIALE*

PRÉFACE

« On juge du degré de civilisation d'une société à la manière dont elle traite ses marges, ses fous et ses déviants ». Cette citation du psychiatre Lucien Bonnafé (l'un des grands promoteurs en France de la psychiatrie de secteur après la seconde guerre mondiale) revient spontanément à l'esprit dès qu'on est amené à constater l'état affligeant de déliquescence dans lequel est maintenue la psychiatrie française aujourd'hui. Tandis que les besoins n'ont jamais été aussi criants, que la souffrance psychique est reconnue par l'OMS comme constituant l'une des principales causes de morbidité dans le monde (et particulièrement en temps de pandémie!), la psychiatrie française souffre d'un sous-financement chronique : des lits sont supprimés, des services entiers continuent d'être fermés, les recrutements sont à la peine, on forme peu et trop vite. Pire, au désarroi du sous-financement s'ajoute le scandale du manque de considération. La psychiatrie est la mal-aimée des disciplines médicales, celle qui attire le plus de suspicion et de rejet, celle dont les budgets de recherche sont, proportionnellement aux enjeux considérables qu'elle soulève, les plus dérisoires.

Cinquante ans de travail pour la déstigmatisation des maladies mentales n'ont pas suffi : dans les médias et dans la bouche même des responsables politiques, l'image du patient psychiatrique reste attachée à celle d'individus foncièrement violents - alors qu'on sait, chiffres à l'appui, que les malades mentaux sont les premières victimes des violences symboliques comme physiques des gens dits « normaux ». L'image de la maladie mentale reste par ailleurs attachée à celle de chronicité voire d'inéluctabilité, alors que des traitements existent, que des pratiques fonctionnent, que des mesures d'accompagnement sont efficaces pour permettre aux gens d'aller mieux - pourvu qu'on s'en donne et qu'on leur en donne les moyens.

Avec ses accents hugoliens et son optimisme civilisationnel, la citation de Bonnafé (qui n'est pourtant pas si vieille) semble aujourd'hui étrangement désuète. Dans la psychiatrie officielle, on ne parle plus de fous, mais de « personnes souffrant d'un trouble mental » ; on ne parle plus de marge mais de diversité, ni de déviance mais de différence. L'essentiel du message de Bonnafé demeure pourtant : il consiste à rappeler que tout soin - et en premier lieu le soin psychiatrique - porte en soi une dimension politique. Les maladies mentales, quelle que soit leur étiologie (biologique, biographique, psychologique ou sociale), ne seront jamais des maladies comme les autres : que certaines touchent de manière

préférentielle le jeune enfant, l'adolescent, l'adulte, le vieillard, ou encore l'homme, la femme, la personne transgenre, la personne non-binaire, mais aussi le travailleur, le prisonnier, le délinquant, etc., toujours leur prise en charge croise le médical et le légal, toujours elle hésite sur l'ensemble des normes qu'il convient de valoriser ou de rectifier.

Malgré les progrès considérables qui ont été accomplis au XX^e siècle sur le plan humain et scientifique, la situation en France reste à cet égard assez atypique. La psychiatrie française est profondément écartelée entre deux tendances : d'un côté, une volonté, qu'on trouve dans la psychiatrie universitaire, à rallier le front scientifique international et mettre l'accent quasi exclusif sur le modèle biomédical de la maladie mentale ; de l'autre côté, un front plus hétérogène, qui allie les partisans de la psychothérapie institutionnelle et les psychanalystes, les médecins nostalgiques d'une clinique à l'ancienne ou encore les avocats d'une nouvelle antipsychiatrie à construire.

Les contributions qu'on trouve dans ce recueil offrent un reflet assez fidèle de la diversité des points de vue qui existent dans le champ de la santé mentale sur ce qu'il conviendrait de faire pour améliorer la prise en charge des patients. On y trouvera beaucoup d'idées riches et d'arguments étayés, on y trouvera aussi des

inquiétudes et quelques coups de gueule. Que certaines propositions apparaissent contradictoires entre elles ne saurait nous effrayer : c'est l'état réel du dissensus en France, qui est préférable à tout faux consensus ; c'est surtout le reflet d'une pluralité d'approches et de pratiques, qui, combinées en fonction des situations particulières ou des préférences individuelles, ne peuvent qu'améliorer la qualité des soins.

Récemment, à l'occasion de la crise sanitaire provoquée par la Covid-19, l'opinion publique a redécouvert la valeur inestimable du soin. On se souvient des applaudissements nourris, depuis toutes les fenêtres et tous les balcons, chaque soir à vingt heures. Ce geste de remerciement, symbolique, éphémère et impuissant, redonnait un peu de son sens à des métiers dont les vocations ont été profondément abîmées au fil des décennies, à coups de réformes managériales et de restrictions budgétaires dans les hôpitaux. Hélas, les psychiatres, les psychologues, les psychothérapeutes, les infirmiers psychiatriques, les aides médico-psychologiques, les pairs-aidants, toutes celles et ceux qui prodiguent du soin psychique, dans des conditions souvent difficiles, n'auront jamais le droit à cette forme publique de reconnaissance. À mes yeux, les plus estimables sont celles et ceux qui résistent opiniâtement aux sirènes sécuritaires et qui continuent de suivre le seul mot d'ordre qui vaille : un mot d'ordre tout simple,

Les idées des acteurs

résumé sous la forme d'une question, qui date des anti-psychiatres mais que quelqu'un comme Bonnafé aurait volontiers repris à son compte : « Pour qui travaille le soignant ? » Quand c'est exclusivement au bénéfice de son patient (et pas pour sa famille, l'école, l'entreprise ou la société dans son ensemble), le soin psychiatrique devient admirable car sans équivoque. C'est un travail de l'ombre, ingrat, au long cours, jamais spectaculaire, difficile à évaluer. Il mérite pour cela d'être applaudi, discrètement.

**STEEVES DEMAZEUX, PHILOSOPHE DE LA MÉDECINE À
L'UNIVERSITÉ BORDEAUX-MONTAIGNE**

PRÉAMBULE

Dans le cadre de sa collection d'ouvrages « les idées des acteurs », le CRAPS vous propose une réflexion ouverte et partagée sur la thématique de la psychiatrie et de la santé mentale. Commencé en décembre 2020, ce travail va être impacté par les effets de la crise sanitaire liés à la COVID et plus récemment par le débat sur la réforme de l'article L122-1 du Code pénal, démontrant une fois de plus les liens qu'entretient la psychiatrie avec la santé publique comme avec l'ordre social.

Pourquoi la psychiatrie et la santé mentale ?

La psychiatrie étant la discipline médicale traitant des souffrances mentales, il apparaît nécessaire d'élargir le sujet à la santé mentale englobant tout ce qui concerne le maintien de l'équilibre psychique de l'individu : prévention, éducation thérapeutique, environnement, conseils psychologiques, etc.

Trois raisons expliquent ce choix :

- Les pathologies psychiatriques constituent un enjeu de santé publique. Premier poste de dépenses de

l'Assurance maladie avec 23 milliards d'euros dépensés chaque année, c'est plus de 2 millions de patients qui sont suivis en ambulatoire et près d'un demi-million en hospitalisation. S'appuyant sur 56 000 lits d'hospitalisation à temps complet et 29 000 places d'accueil, la psychiatrie représente 14 % des dépenses de santé.

- L'actualité récente de la COVID et de ses répercussions en matière de santé mentale a remis sur le devant de la scène le débat sur la place de la psychiatrie dans le dispositif de soins. Ce regain d'actualité cache une réalité plus ancienne. L'Institut Montaigne a récemment fait un rapport sur le trou noir de la psychiatrie en France soulevant le manque de réponses aux besoins, notamment dans la prise en charge des patients violents comme de la souffrance dans la rue mais également dans les soins aux personnes âgées en institution.

- La pratique en psychiatrie a fortement évolué, avec la révolution des médicaments psychotropes (invention du premier neuroleptique en 1952), la multiplication et une meilleure formation des personnels médicaux et paramédicaux publics et privés ainsi que le développement des psychothérapies et des sociothérapies. La mise en place du principe de sectorisation par la circulaire ministérielle du 15 mars 1960 a permis d'implanter sur tout le territoire national des soins ambulatoires et des

institutions légères insérées dans la cité se substituant peu à peu à la seule réponse hospitalière pour les pathologies les plus graves. On est passé ainsi, en une vingtaine d'années, de l'antique asile unique de fous à de multiples réponses diversifiées touchant aussi des populations affectées de troubles moins invalidants pendant qu'augmentait la demande de soins psychiques pour les enfants et les adolescents. Confrontée comme toutes les autres disciplines médicales à la spécialisation de ses activités, l'enjeu clinique est au cœur du débat.

L'enjeu clinique

Le noyau dur de la psychiatrie se fonde d'abord sur la notion de clinique, une clinique qui se construit et s'élabore dans l'observation et la rencontre avec le patient.

Depuis les aliénistes du XIX^e siècle, cette référence à la clinique, une clinique certes en évolution, a traversé le temps et reste le fil rouge de la discipline et de la pratique au-delà de tous les apports qui ont contribué à son développement et son rayonnement. Citons dans le désordre et sans exhaustivité les sciences sociales, pédagogiques et psychologiques, les concepts psychanalytiques et l'enrichissement considérable des connaissances neuroscientifiques.

Appuyée sur cette référence unifiante à la clinique, la discipline peut élargir son champ d'action, spécifier ses modes d'approche et ses organisations, s'appuyer autant que de besoin sur telle ou telle référence théorique pour le perfectionnement et l'enrichissement de son objectif de soin. Ce foisonnement doit être perçu comme une richesse au service des patients.

Si la psychiatrie se veut une discipline médicale comme les autres, elle est en même temps beaucoup plus...

L'enjeu organisationnel

Après une période hospitalière héritière de l'asile, qui a fondé la plupart de nos hôpitaux spécialisés, la psychiatrie repose aujourd'hui sur une organisation extra-hospitalière. En effet, entre le milieu du siècle précédent et aujourd'hui, la psychiatrie est sortie de l'asile qui avait justifié sa création avec l'émergence de secteurs comme la création des centres médico-psychologiques (CMP) dans le milieu des années 1970.

Or, le CMP devient aujourd'hui impuissant, étouffé par une demande à la fois massive et hétérogène, où domine souvent une souffrance sociale (précarité) que l'absence de frontière nette entre santé mentale et psychiatrie agglomère mécaniquement à la demande

psychiatrie. La psychiatrie paye aussi le prix de son succès, c'est un paradoxe.

L'idéal sectoriel s'inverse alors en impuissance forcée, dans des dispositifs eux-mêmes précarisés par la pénurie médicale, qui se veulent proches et ouverts à tous mais sont de fait inaccessibles du fait de délais d'attente inacceptables... poussant à une autre organisation. Dans le même temps, l'évolution de la psychiatrie pousse à une autre organisation par domaines de compétences, donc par cliniques spécialisées et filières (tranches d'âge et/ou pathologies et/ou pratiques spécialisées).

Le succès des secteurs a inspiré la réforme sur la territorialisation de la santé alors même que la spécialisation de la psychiatrie interrogeait la compétence des secteurs et que les territoires eux-mêmes posaient la question de la pertinence des établissements spécialisés.

L'enjeu financier

La politique de réduction du déficit de l'assurance maladie menée pendant de longues années a conduit à faire des plans de retour à l'équilibre, la finalité d'une politique de santé. Deux incidences majeures viennent aujourd'hui impacter la psychiatrie et réduisent en déclaration d'intentions et non d'actions les différents

programmes nationaux à l'exemple de la feuille de route du 28 juin 2018, qui restera dans le paysage hospitalier un acte de soutien mais pas une action.

- La réduction des postes de formation ouverts aux internes en psychiatrie ne fait qu'accélérer le manque de médecins psychiatres et leur remplacement par des médecins généralistes qui, malgré leur engagement, n'apportent pas le souffle souhaité.

- La réduction des budgets hospitaliers avec en parallèle la mise en place des 35 heures ont, comme dans tous services publics ouverts 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, désorganisé un dispositif qui reposait sur un projet de soins et non sur des résultats comptables ou le calcul du nombre de RTT. La conséquence fut l'absence d'adhésion des personnels alors que le plateau technique de la psychiatrie ce sont ses compétences humaines.

L'enjeu des ressources humaines

Comme toutes les disciplines médicales, la psychiatrie a subi les incidences d'un numerus clausus conduisant aujourd'hui à rechercher des compétences dans les autres disciplines mais également à importer des praticiens de pays étrangers. Les chiffres parlent d'eux-mêmes et au-delà des données que le lecteur trouvera

sur les sites ministériels. Le constat, certes différencié selon les régions, est unanime : on ne peut construire une politique de santé publique sans la présence et l'engagement des acteurs de terrain.

La psychiatrie souffre d'un manque de ressources d'autant que la spécialisation des métiers conduit tout responsable de secteur à faire un travail d'horlogerie entre les différents travailleurs de la santé mentale. Si le succès de la discipline de la psychiatrie passe par la définition d'un parcours et une dynamique de soins, elle suppose une combinaison des différents intervenants et spécialistes nécessitant des moyens suffisants et un volet transversal.

L'enjeu de la transversalité

Le psychiatre comme tout spécialiste s'intègre dans une collaboration nécessaire avec les autres médecins et notamment les médecins généralistes. Ainsi, le médecin généraliste acteur majeur de la prise en charge des troubles mentaux participe à la détection et au traitement des troubles et accompagne les patients dans le cadre d'une prise en charge globale. On constate, en France, une coordination insuffisamment développée entre le médecin généraliste et les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale notamment. Cette situation peut aboutir à des ruptures de soins,

susceptibles d'avoir des conséquences importantes pour le patient, tant sur le plan psychiatrique que somatique. Le débat sur la psychiatrie de liaison comme sur la médecine de liaison pose la question de la transversalité. Ce qui est surprenant c'est qu'au sein même de la psychiatrie dans la définition des rapports entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte se pose également cet enjeu. Ce volet de la transversalité a parfois élargi à l'excès le champ de la santé mentale à une demande sociétale.

L'enjeu sociétal

La loi créant les hôpitaux psychiatriques a historiquement influencé les rapports entre la psychiatrie et la justice comme la police. Prise entre la volonté de se protéger de la folie et la préservation de la liberté de la personne malade, ainsi que sa sécurité en regard de la maladie dont elle n'accepte pas toujours la réalité, la société demande à la psychiatrie d'investir des champs sociétaux. Ainsi, la psychiatrie fait toujours l'objet de dispositifs législatifs intégrant cet aspect sociétal en même temps que les exigences d'une protection sociale ouverte l'appelaient sur le volet précarité.

- Le volet sécuritaire : si, dès l'origine, la psychiatrie a répondu à une demande sociale avec la loi du 30 juin 1838 et la création des asiles départementaux,

après-guerre, elle a connu un mouvement d'ouverture et de reconnaissance des droits des patients formalisé par la loi du 27 juin 1990. Prise entre une demande sécuritaire toujours plus forte, et une exigence de protection des droits et des libertés des personnes soumises à la contrainte psychiatrique, la loi du 5 juillet 2011 à volet sécuritaire réforme la prise en charge des patients sous contrainte en instaurant notamment un passage obligatoire devant le juge des libertés et de la détention. Elle a été réformée partiellement par la loi du 27 septembre 2013 à la suite d'une décision du Conseil constitutionnel sur une question prioritaire de constitutionnalité du 20 avril 2012. La violence sociale est venue interroger le dispositif psychiatrique en faisant de cette discipline un acteur de la politique de la sécurité publique. Le rapport entre la psychiatrie, la justice et police reste spécifique pour une activité marquée par une activité hors consentement non négligeable (81 000 patients hospitalisés sans leur consentement). Le récent débat sur l'irresponsabilité d'un criminel soulève la question d'une réécriture de l'article L122-1 du Code pénal mais également sur la place de l'expertise psychiatrique dans l'édiction d'une décision de justice.

- Le volet précarité, à l'exemple de la création des unités mobiles psychiatrie précarité qui sont chargées d'améliorer le travail de liaison et de coordination entre

les partenaires sociaux et les secteurs de psychiatrie. En s'ouvrant sur la ville, la psychiatrie s'est naturellement ouverte aux souffrances psychiques dont la multiplicité des causes et la diversité des symptômes ont bouleversé le modèle lésionnel propre à la médecine et plus nettement à la chirurgie. Or, confondre le facteur lésionnel et le facteur fonctionnel est aussi dangereux que d'assimiler tout malaise psychique à la psychiatrie.

- Le regard sociétal sur la psychiatrie a fortement évolué dans un double mouvement d'une demande sociale forte pour une prise en charge globale et d'une réduction des moyens ; la psychiatrie ayant été touchée plus que les autres disciplines médicales aux effets négatifs d'un *numerus clausus malthusien*.

Pourquoi les acteurs ? Interroger les acteurs, tous les acteurs et non les seuls corps constitués, a pour objectif de disposer de données sur la réalité du terrain mais aussi sur la diversité des pratiques. Le choix d'une approche microéconomique, pour reprendre les termes de l'analyse économique, ne nie pas l'apport de la macroéconomie mais rappelle que la vérité du terrain, comme de la clinique, s'impose aux chartes, recommandations et livres blancs. Elle se veut complémentaire d'une démarche institutionnelle nécessaire mais pas suffisante. Les auteurs sollicités auront, à travers leurs contributions, un regard de clinicien sur les enjeux

Les idées des acteurs

de la santé. Ils n'ont pas pour ambition d'apporter la réponse à toutes les interrogations et problématiques qui se posent aujourd'hui, mais d'apporter leur vision de terrain, laissant les membres du comité d'experts à leur travail de synthèse... et aux décideurs de décider.

CONTRIBUTIONS



**CONTRAIREMENT
À L'HISTOIRE
DU RESTE DE LA
MÉDECINE, DONT LE
DÉVELOPPEMENT EST
LINÉAIRE, L'HISTOIRE
DE LA PSYCHIATRIE
EST SINUSOÏDALE**



PAR

PR JACQUES HOCHMANN

PSYCHIATRE, PSYCHANALYSTE, MEMBRE HONORAIRE DE LA SOCIÉTÉ
PSYCHANALYTIQUE DE PARIS & MÉDECIN HONORAIRE DES HÔPITAUX DE LYON

Histoire et psychiatrie ou l'éternel retour

Contrairement à l'histoire du reste de la médecine, dont le développement est linéaire, l'histoire de la psychiatrie est sinusoïdale. Ses avancées et ses retours en arrière correspondent à des évolutions du contexte politique dans le sens de la liberté ou du contrôle. En France, c'est au moment de la Révolution que les pionniers, Pinel et Esquirol, développent une conception de l'aliénation, comme une exacerbation des passions. Confiné aux marges de l'humanité, l'insensé, jusque-là, était dit possédé par une force diabolique ou réduit à une quasi-bestialité. L'aliéné, à l'opposé, est un être humain qui, dans sa déraison, garde un reste de raison et dont le délire a une logique. Il est donc accessible au « traitement moral », première forme de psychothérapie. L'asile est une école de citoyenneté, où, sous l'autorité du médecin, une pédagogie, quelquefois violente pour déclencher des « spasmes psychiques » afin de déraciner l'erreur, n'en reste pas moins inspirée par un idéal humaniste.

Avec le retour d'un catholicisme intégriste anti-révolutionnaire sous la Restauration, cette conception de l'aliéné commence à être battue en brèche. Les psychiatres s'orientent de plus en plus vers la recherche de lésions cérébrales qui leur donneraient une légitimité pour valider l'internement légalisé en 1838 et pour

décréter l'irresponsabilité du malade devant les tribunaux. L'activité médico-légale l'emporte sur les soins et l'asile devient un lieu de renfermement surencombré et sous-équipé, où le traitement moral s'est éteint. La théorie qui domine alors est celle de la dégénérescence héréditaire, une laïcisation du péché originel qui affecte un rameau familial détaché de l'espèce humaine. Le mal s'y transmet en s'aggravant, de génération en génération. Des romanciers, des pamphlétaires, des victimes d'internement publient des mises en cause de la répression asilaire que quelques rares psychiatres critiquent et essaient d'alléger, mais celle-ci persiste au-delà du tournant du siècle. Dans l'ensemble, sous le Second Empire et les débuts de la Troisième République, la psychiatrie participe surtout au maintien de l'ordre.

Dans le climat des années folles après la saignée de la guerre de 14-18, l'apparition du mouvement sur-réaliste, qui valorise la folie comme expérience d'un au-delà poétique de la raison conformiste, accompagne la lente pénétration, en France, de la psychanalyse et de conceptions psychopathologiques qui établissent

**L'ACTIVITÉ
MÉDICOLÉGALE
L'EMPORTE SUR LES
SOINS ET L'ASILE
DEVIENT UN LIEU
DE RENFERMEMENT
SURENCOMBRÉ ET
SOUS-ÉQUIPÉ, OÙ LE
TRAITEMENT MORAL
S'EST ÉTEINT.**

des liens de compréhension, sinon d'explication, entre les symptômes des maladies mentales et l'organisation globale de la personnalité telle qu'elle se constitue dans l'histoire d'une vie. Un changement doctrinal s'esquisse où le dialogue avec le malade est repris, mais où, aussi, pour en finir avec le pessimisme de la dégénérescence, les méthodes de choc (cure d'insuline, électrochocs) reviennent au goût du jour avec la détestable psychochirurgie. Le Front populaire consacre alors des changements de dénomination qui ne sont pas que des artifices sémantiques : l'asile d'aliénés devient hôpital psychiatrique et le gardien d'asile infirmier. Un premier service libre s'ouvre à Paris, dissociant le soin psychiatrique de l'internement. La lutte contre les maladies mentales fait son entrée aux côtés de la lutte contre la tuberculose et contre les maladies vénériennes dans les dispensaires d'hygiène sociale préfigurant la psychiatrie de secteur.

La guerre arrête ces progrès et l'on sait le terrible destin de près de 50 000 malades mentaux morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques sous l'Occupation, sans qu'on puisse y voir une politique active d'élimination, plutôt une indifférence dans une ambiance eugénique.

La Libération et la mise en œuvre du programme de la Résistance marquent le retour d'une nouvelle dynamique. Sous l'impulsion du très actif syndicat des

médecins des hôpitaux psychiatriques, avec le soutien d'administrateurs éclairés, une véritable révolution affecte les anciens asiles désormais financés par la Sécurité sociale. D'abord limitée à quelques petits établissements, elle gagne peu à peu, sous le nom de « psychothérapie institutionnelle », une large partie du pays. Il s'agit, par-delà les différences et des débats parfois orageux entre écoles rivales, d'un renouveau du traitement moral, une utilisation de la vie quotidienne dans l'institution comme outil thérapeutique et une prise en considération du malade comme sujet de son destin et co-acteur du soin. Les infirmiers et infirmières, dont la formation initiale a été renforcée, trouvent dans les stages d'un organisme dérivé du mouvement d'éducation nouvelle dans l'Éducation nationale, les CEMEA, une diffusion des idées de la psychopathologie moderne ainsi que la formation à des méthodes d'animation de groupe. Ils participent à des réunions d'équipe où se régule le soin des malades tandis que les réunions soignants-soignés favorisent une circulation de la parole et que se développe avec l'ergothérapie une « clinique d'activités ».

En 1960, un projet conçu à la Libération voit le jour, le secteur, comme aire de recrutement d'un service évitant ainsi les migrations d'un service à l'autre lors des réhospitalisations et favorisant la continuité des soins. Là encore limité pendant plusieurs années à quelques ex-

périmentations, il finit par se généraliser, après qu'à l'occasion de la secousse de Mai 68 la psychiatrie a pu se dégager de la tutelle de la neurologie. D'abord simple découpage territorial, le secteur devient l'occasion de déplacer les programmes de soins vers la cité et de diversifier la réponse institutionnelle aux troubles mentaux sé-

vères en fonction du trajet des malades devenu moins uniforme grâce aux progrès de la psychopharmacologie, des psychothérapies individuelles ou collectives et d'un travail pour améliorer la tolérance sociale à l'inclusion de la différence. Les anciens dispensaires, voués initialement à la prévention, deviennent des centres de soins ambulatoires : les centres médico-psychologiques (CMP), tandis que les équipes hospitalières se mobilisent pour des visites voire pour une hospitalisation à domicile. Des hôpitaux de jour pour adultes, adolescents, enfants essaient dans la communauté, donnant naissance à des formules plus légères, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel. Des appartements thérapeutiques, des centres de crise complètent un dispositif de plus en plus varié

EN 1981, L'ARRIVÉE DE LA GAUCHE AU POUVOIR FAIT RÊVER D'UN DÉCENTRAGE PLUS COMPLET VERS L'EXTRA-HOSPITALIER, MAIS L'HÔPITAL, AUQUEL SONT RATTACHÉS LES PERSONNELS D'HYGIÈNE MENTALE DÉPARTEMENTAUX, RESTE LE MANAGER DU SECTEUR.

pour répondre à la diversité des besoins. En même temps, les pratiques s'ouvrent sur des collaborations avec l'environnement social et familial et d'autres interlocuteurs de la cité : les médecins généralistes, les travailleurs sociaux, la police dans les cas d'urgence. Pour la psychiatrie infanto-juvénile, qui s'est séparée administrativement de la psychiatrie de l'adulte, en 1972, c'est l'ouverture vers l'Éducation nationale, les services de protection maternelle et infantile, l'aide sociale à l'enfance, la protection judiciaire de la jeunesse. Une pratique en réseau fait éclater le vieux paradigme de l'isolement. Le malade est de plus en plus considéré comme un usager à part entière avec ses droits et ses opinions et les familles font entendre leur voix. Lointain écho du surréalisme, l'antipsychiatrie et les institutions dites « alternatives » participent à ce bouillonnement.

En 1981, l'arrivée de la gauche au pouvoir fait rêver d'un décentrage plus complet vers l'extra-hospitalier, mais l'hôpital auquel sont rattachés les personnels d'hygiène mentale départementaux reste le manager du secteur. La réforme, en 1990 puis en 2011, de la loi de 1838, qui régit les hospitalisations sous contrainte, donnant à celle-ci des couleurs moins répressives et un encadrement par le juge, favorise paradoxalement le recours à l'internement et à l'isolement qui augmente. Submergés par leur succès et l'afflux des demandes, les CMP se trouvent en difficulté, comme l'avaient été les

asiles au XIX^e siècle, alors que la restriction des budgets de santé diminue leurs moyens. En même temps, les progrès des neurosciences cognitives font espérer à certains un retour vers la neuropsychiatrie d'antan, où dominait la quête d'un dysfonctionnement organique. Les avancées de la génétique actualisent sous une forme plus scientifique les souvenirs de la dégénérescence. La réhabilitation redevient pédagogique. L'attention à l'intimité conflictuelle et à l'histoire des clients, fondatrice du soin psychique, risque alors de s'effacer. En réaction, les usagers avec le concept de rétablissement cherchent à regagner leur autonomie dans un contexte général de mise en cause de l'expert, tandis que les praticiens, on le voit dans cet ouvrage, relancent leur réflexion et des innovations.

“
**NOUS AVONS, EN
TANT QU'ÉLU·E·S,
UNE RESPONSABILITÉ
ESSENTIELLE POUR
FAIRE EN SORTE QUE
LA SANTÉ MENTALE
SOIT UNE PRIORITÉ**
”

PAR

JOHANNA ROLLANDMAIRE DE NANTES, PRÉSIDENTE DE NANTES MÉTROPOLE &
PRÉSIDENTE DE FRANCE URBAINE*Des villes au chevet de la santé mentale*

Pendant trop longtemps, la santé, et notamment la santé mentale, a été analysée sous le seul aspect des soins apportés par un médecin à un malade. Privatisé et cantonné à la seule sphère de l'intime, le sentiment de mal-être était alors systématiquement renvoyé à la responsabilité individuelle.

L'émergence, ces dernières années, dans le débat public de souffrances psychiques « nouvelles », à l'image du burn-out ou du bore-out dans l'entreprise par exemple, a vraisemblablement contribué à une approche plus collective et holistique de la santé mentale. Le rôle des environnements, et des organisations de travail notamment, est aujourd'hui plus largement interrogé dans le milieu professionnel.

Il semble par ailleurs admis par nombre d'élu·e·s et de professionnel·le·s que la santé et le bien-être dépassent la seule problématique du médical et de l'offre de soins. À l'isolement et aux troubles psychiques peuvent, en effet, s'ajouter des difficultés d'accès à l'emploi ou au logement et du renoncement aux soins.

Nous savons, par ailleurs, que les grands déterminants socio-économiques de la santé mentale, comme l'éducation ou les revenus pour ne citer qu'eux, interagissent et sont susceptibles d'accroître fortement les inégalités

de santé. La lutte contre les inégalités, en tant que projet politique, contribue donc à lutter contre les inégalités en matière de santé mentale, et notamment dans les grandes villes et métropoles. N'oublions pas qu'en Europe, on compte deux fois plus de personnes atteintes de schizophrénie en milieu urbain que dans les territoires ruraux et que le nombre élevé de personnes vivant seules induit davantage de sentiment d'isolement, de conduites suicidaires et de risques d'addictions. La santé mentale est donc à la fois un sujet de société, une question posée à notre siècle et un enjeu d'avenir pour nos villes.

C'est d'autant plus vrai avec la crise sanitaire, économique et sociale liée à la pandémie de coronavirus qui est venue impacter notre société, révélant des situations nouvelles de fragilités psychiques, de précarités financières, de ruptures affectives et de vulnérabilités

**IL NOUS FAUT
AINSI LUTTER AVEC
DÉTERMINATION
CONTRE LES
FRACTURES
TERRITORIALES ET
SOCIALES ENTRE
QUARTIERS ET VEILLER
À MENER UNE ACTION
VÉRITABLEMENT
EFFICACE FACE
AUX DIFFICULTÉS
ÉCONOMIQUES ET
SOCIALES QUI SE
CUMULENT PARFOIS,
NOTAMMENT DANS
LES QUARTIERS
POPULAIRES.**

sociales. Les étudiants en sont devenus une forme de témoignage sensible.

Il ne fait aucun doute que l'expérience individuelle et collective de la Covid-19 a et aura un retentissement majeur et durable sur la santé mentale de la population française. À l'heure où la résilience des territoires est mise à l'épreuve et interrogée par cette crise, les villes vont devoir s'appuyer sur des politiques publiques inclusives et solidaires si elles veulent vraiment sortir de cette crise par le haut, c'est-à-dire en veillant à ne laisser personne sur le bord du chemin.

Les territoires déjà engagés depuis de nombreuses années dans des politiques volontaristes en matière de santé, comme nous le sommes à Nantes par exemple, se mobilisent pour relever ce défi social et humain majeur.

Ce n'est évidemment pas un hasard si la Ville de Nantes est devenue vice-présidente du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, qui œuvre au sein du même réseau à l'échelle européenne. Très vite, Nantes a mesuré l'enjeu de démocratiser la santé. Elle a ainsi été l'une des premières collectivités à signer un Contrat local de santé avec l'Agence régionale de santé, la préfecture des Pays de la Loire et Nantes Métropole, voyant dans cet outil une opportunité pour agir. Et lors du vote de notre Contrat local de santé deuxième génération, en

2019, nous avons pris une nouvelle fois des engagements forts en ce qui concerne notamment l'accès aux soins des publics les plus vulnérables, la prévention des conduites à risque chez les plus jeunes et la santé mentale. De nouveaux partenaires nous ont rejoints, parmi lesquels le département de la Loire-Atlantique, le CHU, la CPAM et la direction académique des services de l'Éducation nationale de Loire-Atlantique.

Nous avons d'ailleurs à Nantes un Conseil local en santé mentale. Et si j'ai fait le choix de maintenir un bilan de santé systématique en grande section de maternelle et en CE2 pour les enfants, cela s'inscrit dans une prise en compte globale de leur santé. La création à Nantes du premier centre pour les femmes victimes de violences et leurs enfants, ouvert 7 J/7 et 24 h/24, relève de la prise en compte conjointe de la souffrance des enfants co-victimes, de la parentalité et d'un accompagnement global des femmes souffrant de stress post-traumatique, notamment du fait des violences physiques répétées ou des violences sexuelles subies.

Voilà pourquoi je crois que nous avons, en tant qu'élue-e-s, une responsabilité essentielle pour faire en sorte que la santé mentale soit une priorité à chaque âge de la vie et quelle que soit l'histoire de chacune et chacun. Il nous faut ainsi lutter avec détermination contre les fractures territoriales et sociales entre quartiers et veiller à

mener une action véritablement efficace face aux difficultés économiques et sociales qui se cumulent parfois, notamment dans les quartiers populaires. C'est une responsabilité qui incombe en partie à l'État mais aussi aux collectivités locales qui doivent prendre toutes leur part. C'est ainsi que je conçois mon rôle de maire de 6^e ville de France et de présidente de Nantes Métropole.

**REPENSER LA VILLE,
C'EST ENFIN REDONNER
DU POUVOIR D'AGIR
À SES HABITANTS, À
TRAVERS LE DIALOGUE
CITOYEN.**

Mais notre responsabilité d'élue-e-s est aussi de comprendre comment la ville, par ses aménagements et ses espaces, vient altérer ou favoriser le bien-être et la santé mentale des habitant-e-s qui y vivent. En adoptant à Nantes le consensus de Copenhague entre les maires en 2019, qui entend œuvrer pour « plus de bonheur dans les villes, pour toutes et tous », ma volonté était justement de renforcer encore notre action en matière de santé afin d'en faire un sujet transversal pour l'ensemble de nos politiques publiques.

Cette approche globale et positive de la santé fait écho à mon projet politique, celui de la social-écologie et je porte avec mon équipe une ambition forte pour la santé, que j'ai placée au cœur de toute mon action.

Penser ainsi la santé à 360° nous oblige, en tant qu'élus, à réfléchir et à revoir notre manière de fabriquer la ville, si nous voulons agir durablement sur les déterminants sociaux et territoriaux de la santé mentale. L'exposome, c'est-à-dire notre exposition à tous les facteurs environnementaux, en fait partie. Peut-être davantage encore d'ailleurs dans nos villes, exposées aux particules fines, aux perturbateurs endocriniens et aux pollutions. Afin de promouvoir un environnement favorable à la santé et à la qualité de vie, Nantes est notamment dotée d'un Plan local d'actions en santé environnementale et adhère à la Charte des villes et territoires sans perturbateurs endocriniens.

Repenser la ville, c'est aussi donner toujours plus de place à cette nature si fondamentale pour le bien-être, la qualité de vie et la santé mentale de chacune et chacun. À Nantes, 2^e ville la plus verte de France, cela n'a rien d'anecdotique. Nous mènerons en ce sens une action forte autour de la nature en ville, pour ouvrir les parcs, créer de nouveaux jardins et débitumer les espaces publics. Parce que je suis convaincue qu'un cadre de vie agréable contribue au bonheur des habitantes et habitants et donc, à leur santé mentale.

**PLUS QUE JAMAIS,
IL EST DONC
INDISPENSABLE
D'INVESTIR DANS
LES HÔPITAUX DU
XXI^e SIÈCLE.**

Repenser la ville, c'est enfin redonner du pouvoir d'agir à ses habitants, à travers le dialogue citoyen par exemple. Nantes est devenue Capitale européenne de l'innovation pour les démarches qu'elle mène en ce sens, à l'échelle de sa métropole, de la ville, d'un quartier ou d'une rue.

La question de la santé mentale est donc éminemment politique et nous exerçons une coresponsabilité en ce qui concerne l'état de bien-être des habitant.e.s, avec l'ensemble des acteurs locaux : ceux de la santé, bien sûr, mais aussi les entreprises, les associations et les acteurs sportifs et culturels. Car l'art est aussi un moyen de créer du lien social, notamment lorsqu'il s'expose sur l'espace public. C'est un volet essentiel de la politique culturelle nantaise, à l'image du Voyage à Nantes.

Là encore, les villes ont le pouvoir d'agir pour rompre l'isolement, prévenir l'exclusion sociale des personnes en grande fragilité psychique et lutter contre la stigmatisation et les discriminations qu'elles subissent dans notre société. Favoriser, par exemple, l'implantation de lieux d'accueil, comme les Groupes d'entraide mutuelle animés par des personnes en situation de handicap psychique, c'est leur permettre de trouver leur place dans la ville et d'exercer leur citoyenneté.

Qu'on se le dise : un long chemin est devant nous. Ce chemin, c'est celui d'une santé inclusive et d'une ville hospitalière et ouverte assumant d'être au chevet de la santé mentale demain. Parce que le séisme de la crise actuelle connaîtra des répliques. Parce que le monde qui vient est imprévisible et que les crises s'en prennent d'abord aux plus précaires. Parce qu'il faut des moyens, des places d'accueil, des parcours de soins adaptés, de la prévention, du repérage, de la recherche et du personnel formé pour nos services publics qui en manquent cruellement.

Plus que jamais, il est donc indispensable d'investir dans les hôpitaux du XXI^e siècle. Le futur CHU sur l'île de Nantes est à ce titre une réelle chance pour notre territoire et pour ses habitant·e·s. Mais les seules infrastructures ne peuvent suffire. L'État doit aussi s'engager dans une large revalorisation des métiers de la santé, je pense bien sûr, entre autres, aux infirmier·e·s, aux aide-soignant·e·s mais aussi à celles et ceux qui accompagnent les plus fragiles comme les auxiliaires de vie. Enfin, à l'échelle locale, il nous faut mener des politiques ambitieuses, faisant du bien-être un véritable indicateur de la qualité de vie dans nos villes. Nous avons aussi besoin de développer la connaissance des enjeux sociaux, sanitaires et urbains de la santé mentale ; besoin de faire sortir ces sujets des cercles d'experts pour sensibiliser et mobiliser largement les

acteurs du territoire ; besoin d'agir concrètement en informant sur ces questions encore trop souvent taboues aujourd'hui. C'est le sens du Colloque « Villes et santé mentale », que Nantes accueillera l'année prochaine.

“

**POUR LE MAIRE, LA
SANTÉ MENTALE
EST L'ÉQUIVALENT
DE L'HARMONIE: LA
MALADIE MENTALE,
RECouvre, ELLE,
TOUT CE QUI EST
VIOLENCE**

”

PAR

DR ÉMILE-ROGER LOMBERTIEMAIRE DE LIMOGES, ANCIEN PSYCHIATRE DES HÔPITAUX & COPRÉSIDENT DE LA
COMMISSION SANTÉ DE FRANCE URBAINE

Pour le maire, la santé mentale est l'équivalent de l'harmonie, de la tranquillité, du bien-être, proche du bonheur : le nirvana, car il pourrait s'en prévaloir et profiter de la paix qu'elle lui apporte. La maladie mentale recouvre, elle, tout ce qui est violence, désordre, réactions brutales ou inadaptées tant au sein de la famille que dans le reste de la société, criminelles ou non. Bref, est pathologie mentale tout ce qui vient perturber l'ordre établi, entre Utopie et généralisation stigmatisante. Une horreur pour un maire.

L'abandon du concept d'aliénation a renforcé le déni de l'importance des conséquences de la fragilité psychologique et des maladies mentales sur l'aptitude de ceux qui les portent à organiser, réfléchir et défendre leur liberté et leur autonomie. Les recherches scientifiques sur l'ensemble de ces pathologies à côté de beaux succès thérapeutiques ont fourni prétexte à complexifier davantage le modèle de soins auquel nos concitoyens ont de plus en plus de mal à faire appel par la création d'hyperspécialistes au sein de la spécialité.

Vu du bureau du maire pour avoir accès à un avis psychiatrique le parcours s'est singulièrement complexifié ces 10 dernières années sous l'effet de la gestion ultralibérale des ARS qui n'ont eu de cesse d'augmenter les processus mais avec une constante diminution des lits et dédales de contraintes. Le même service dans le

même département repose sur : hôpitaux spécialisés publics et privés, services et consultations dans les hôpitaux généraux publics et privés, territorialisation des soins par secteur plus gestion hors territorialité, soins sous contrainte et soins libres gérés par des lois et règlements différents, services d'urgences, psychiatres privés et consultations de dispensaires. « La maison qui rend Fou » : pour pouvoir accéder aux soins en phase aiguë, réhabilitation, en hôpital de jour ou en consultation, il faut trouver un spécialiste capable de dire si vous en relevez : alors, il faut trouver l'entrée du parcours patient qui serait le même que le parcours patient : le médecin généraliste. Il lui est fait trop souvent la réponse typique de Doctolib pour la vaccination anticovid : il n'y a pas de place. Sans consultation psychiatrique d'orientation, comment savoir si la souffrance est liée à une difficulté psychologique ou à un trouble plus grave. Le cas des difficultés psychosociales des étudiants en période de COVID en est un bel exemple avec l'incapacité de trouver une porte d'entrée pour accéder à un bilan psychologique. Le pire, dans le système psychiatrique, me semble être l'accès aux consultations auprès de psychiatres d'enfants. L'augmentation des tentatives de suicides chez les plus jeunes me semble largement due à des retards de consultations pour des souffrances psychologiques non prises en compte et se résolvant dans des passages à l'acte désespérés comme l'expriment les médecins généralistes, les professionnels et les familles.

Nous devons très vite simplifier l'organisation générale pour la rendre plus visible, faciliter le premier contact et les recours en mettant l'accès libre au spécialiste en psychiatrie et en s'appuyant systématiquement, après coup s'il n'est à l'origine du contact, sur le médecin généraliste quand les patients en possèdent un. L'idée des psychologues et des infirmiers en première ligne est intéressante (je l'ai appliquée pendant 40 ans) à la condition d'avoir une équipe complète avec des psychiatres disponibles et ouverts, qui puissent s'épauler, au service des patients.

À AFFIRMER QUE LA MALADIE MENTALE EST UNE MALADIE COMME UNE AUTRE, NOS PENSEURS ONT FINI PAR AMALGAMER LES PROBLÉMATIQUES DE LA PSYCHIATRIE CLASSIQUE ISSUE DE LA CLINIQUE EUROPÉENNE ET CELLES DES ERRANCES DE LA PSYCHIATRIE ANGLO SAXONE SANS AVOIR SU PRENDRE LE MEILLEUR DES DEUX.

En termes de réalisation dans le but d'aider la population et les professionnels de santé, nous avons créé le Comité local de santé mentale dont la mission est de mobiliser rapidement des ressources pour tous les problèmes psychosociaux signalés. Tous les troubles liés à une grande violence comportementale semblant reposer sur des troubles mentaux patents font l'objet, à la demande des familles et ou des médecins généra-

listes, d'une intervention rapide de la police et d'une hospitalisation sous contrainte signée par l'élú au vu du certificat médical du médecin si le patient refuse l'hospitalisation. Cette procédure apparemment banale immobilise médecins et policiers durant des heures autour d'un agité, et il convient de réduire les temps d'attente pour ne pas créer de circonstance de violence aggravée. J'avais instauré en matière de prévention de l'autisme, le bilan systématique psycho-développemental pour les enfants accueillis dans les crèches de la ville de Limoges. Pour tous les citoyens en situation de handicap psychique, nous avons favorisé l'accès au logement en travaillant avec les bailleurs. Enfin, nous avons développé les résidences intergénérationnelles et les logements accessibles avec aide domotique. En cinq ans, nous avons réinséré l'ensemble des personnels administratifs de la collectivité (plus de 150) souffrant de limitation d'aptitude par application de la loi 2005/102 en nous appuyant sur l'évaluation de leurs capacités restantes et en adaptant leurs postes de travail.

En tant qu'ancien psychiatre, je suis régulièrement confronté aux demandes des patients mais aussi de leurs familles. La dimension sociale des troubles mentaux est aussi un marqueur important de l'évolution de notre société. Par le biais du CCAS, nous avons mis en place des aides d'urgence et un accompagnement pour tous ceux dont la maladie va de pair avec un abandon

de leurs droits sociaux et une marginalisation. Nous les aidons à conserver un statut social, à revenir vers les soins, où trop souvent ils sont refusés pour des motifs inacceptables. À affirmer que la maladie mentale est une maladie comme une autre, nos penseurs ont fini par amalgamer les problématiques de la psychiatrie classique issues de la clinique européenne et celles des errances de la psychiatrie anglo-saxonne sans avoir su prendre le meilleur des deux. C'est un challenge que nous devons relever.



LE DANEMARK, UN PARCOURS DE SOINS PLURIDISCIPLINAIRE À TRAVERS UNE PERSONNE DE CONTACT PRINCIPAL



PAR

SOPHIE LABROSSE

SENIOR ADVISER LIFE SCIENCES À L'AMBASSADE DU DANEMARK

& ANNETTE BERTELSEN ARBES

CHARGÉ DES AFFAIRES DE SANTÉ À L'AMBASSADE DU DANEMARK



Le Danemark et la psychiatrie en quelques chiffres clefs

Avec ses environs 5,8 millions d'habitants divisés sur 5 régions, environ 25 % de la population au Danemark affichent des problèmes de santé mentale, dont 1,6 % par an sont hospitalisés pour des troubles psychiques. Depuis 2010, la fréquentation des services de la psychiatrie a augmenté de 30 %. C'est dans ce contexte qu'un nouveau plan « Dix ans pour la psychiatrie » se prépare afin de renforcer les efforts dans le domaine. Ce plan mettra l'accent sur la prévention de la santé mentale, la cohérence entre les acteurs régionaux et municipaux, les enfants et les jeunes, ainsi que sur les personnes qui souffrent à la fois d'une addiction et d'une maladie mentale.

Le traitement psychiatrique - une responsabilité partagée

Au Danemark, le traitement psychiatrique est principalement une tâche publique, et une responsabilité partagée. La prise en charge relève des compétences des régions, responsables des hôpitaux et des médecins

généralistes, et des municipalités qui sont en charge de la psychiatrie sociale.

Trois principes de base régissent sa mise en œuvre : la qualité, la proximité et la cohérence du parcours. La coordination entre les régions et les municipalités est clef afin de créer un parcours de qualité.

Le programme OPUS montre par excellence l'approche de prévention et de coordination pluriprofessionnelle entre acteurs au niveau régional et municipal. Son point unique est la coordination d'un parcours de soins pluridisciplinaire à travers une personne de contact principal. Le programme se déroule sur au moins deux ans et inclut le suivi de la médication, l'entraînement des compétences sociales et une grande implication de la part des familles. Ce programme, initié en 1988 dans une seule région, cible de jeunes adultes schizophrènes après une première hospitalisation et a démontré son efficacité pour établir un mode de vie avec moins d'hospitalisations ou aggravation de la maladie. Aujourd'hui, OPUS est déployé sur

LE DANEMARK EST, D'AILLEURS, LE PAYS LE PLUS CONNECTÉ DE L'EUROPE SELON L'INDEX POUR L'ÉCONOMIE ET LA SOCIÉTÉ DIGITALES, CE QUI A GRANDEMENT CONTRIBUÉ À DIGITALISER ÉGALEMENT LE DOMAINE DE LA SANTÉ.

tout le territoire par une trentaine d'équipes, ainsi que des centres d'urgences spécifiquement attribués à ce programme. L'importante digitalisation du parcours de soins au Danemark contribue au succès d'OPUS par la facilité des échanges entre professionnels.

Focus : La psychiatrie digitale

En effet, le domaine de la santé est déjà fortement digitalisé au Danemark, par le biais par exemple de dossiers médicaux partagés, l'accès à une plateforme nationale www.sundhed.dk pour les démarches santé, ainsi que la transmission automatique des ordonnances. Le Danemark est d'ailleurs le pays le plus connecté de l'Europe, selon l'Index pour l'économie et la société digitales, ce qui a grandement contribué à digitaliser également le domaine de la santé. En lien avec cela, les régions danoises ont mis en place un groupe de travail sur la psychiatrie numérique. Pour arriver à l'objectif principal de développer des outils numériques qui créent de la valeur pour les malades mentaux, une collaboration est nécessaire, notamment pour faire face aux défis liés à la formation des professionnels de santé, à la sécurité des données et à l'intégration dans les offres de traitement existantes.

Pionniers de la psychiatrie numérique

Le Danemark a de l'expérience avec la psychiatrie numérique. Dès 2013, le Centre de télépsychiatrie ouvre ses portes dans la Région Sud. C'est une unité unique en psychiatrie, où l'innovation numérique, l'intervention en clinique, et la recherche sont réunies sous un même toit. Aujourd'hui, ses services s'étendent au niveau national et travaillent de pair avec d'autres régions. Le centre développe des prises en charge, des outils et des protocoles, par exemple pour apprendre à interpréter les expressions d'un patient en téléconsultation. Le centre a été moteur sur la mise en route et l'acceptation de l'utilisation des appels vidéo en traitement ambulatoire. La collecte de données pour améliorer et développer de futurs traitements est également un aspect important de la digitalisation en psychiatrie en général. En outre, ce centre agit fortement dans le domaine de la prévention. Des sites tels que Mindhelper.dk destiné à informer les jeunes à travers le pays, ainsi que l'offre de traitement Internetpsykiatrien.dk, où les citoyens peuvent trouver un traitement de l'anxiété et de la dépression sur Internet, en sont un exemple. La digitalisation est d'ailleurs un secteur en développement continu. Plusieurs projets

**LES ENTREPRISES
DANOISES
TRAVAILLENT
CONTINUELLEMENT
POUR ÊTRE À LA
POINTE DES NOUVELLES
TECHNOLOGIES.**

de recherche sur l'utilisation de la réalité virtuelle et des technologies de capteurs dans le traitement psychiatrique sont ainsi implantés en son sein.

Quelques coups de cœur

Les entreprises danoises travaillent continuellement pour être à la pointe des nouvelles technologies. Des collaborations public-privé permettent aux professionnels de la santé de tester de nouveaux moyens de traitement et aux entreprises d'adapter leurs solutions à l'utilisateur. Actuellement, quelques régions danoises sont par exemple engagées dans un projet de recherche pour tester et optimiser un logiciel de lunettes de réalité virtuelle qui peut aider des patients souffrant de voix malveillantes.

Un autre aspect de collaborations public-privé au Danemark, c'est l'existence de fondations actionnaires, qui contribuent activement au financement de la recherche publique. En 2016, leur contribution atteignait l'équivalent du financement public de la recherche, dont l'objectif est 1 % du BNP, et depuis elle est en hausse constante. Dans le domaine de la psychiatrie, la fondation Lundbeck accorde chaque année plus de 67 millions d'euros à la recherche biomédicale, principalement axée sur le cerveau. La fondation développe également une plate-forme web éducative ouverte et

Les idées des acteurs

accessible aux professionnels de la psychiatrie et de la neurologie du monde entier, qui offre des formations et des guides, basés sur les nouvelles connaissances scientifiques visant à optimiser la qualité des traitements, et les possibilités de partenariats entre les cliniques et le monde scientifique. C'est un autre exemple de l'importance accordée à la digitalisation, au partage des connaissances et à la pluridisciplinarité.

“

UNE DÉMÉDICALISATION DE LA PSYCHIATRIE SEMBLE PARADOXALEMENT ENGAGÉE

”

PAR

PR NICOLAS GEORGIEFFPROFESSEUR DE PSYCHIATRIE À L'UNIVERSITÉ LYON 1,
PSYCHIATRE & CHEF DE SERVICE AU CHS LE VINATIER

La psychiatrie : une médecine sans maladies ?

L'évolution de la psychiatrie au cours des 40 dernières années est marquée par deux tendances contradictoires. D'une part, la dominance en psychiatrie universitaire d'adulte de la référence biomédicale (génétique et neurosciences) au détriment des anciennes théories dominantes sociale, philosophique et psychanalytique. Nouvelle foi en une physiopathologie enfin « scientifique » des troubles mentaux (le Graal) construite sur les ruines d'une psychopathologie jugée imaginaire. On pourrait s'attendre à ce que le modèle médical de la « maladie mentale » en soit renforcé : par une connaissance exacte des mécanismes biologiques et psychologiques en cause, découverte de thérapeutiques nouvelles ciblant ces processus pathologiques pour permettre une guérison au sens littéral.

Est-ce le cas ? La psychiatrie est-elle enfin devenue une médecine comme les autres (si cette expression a un sens autre que de construction sociale, au même titre que celle de maladie...) ? On peut en douter : une démedicalisation de la psychiatrie semble paradoxalement engagée.

Du côté des « maladies », le modèle de la pathologie (devenue « disorder ») s'est affaibli. C'est particulièrement vrai, paradoxalement, pour les troubles aggro-

mérés dans le nouveau compartiment du « neuro-développement », supposé éminemment biomédical. Or, l'autisme est un pré-curseur des changements en psychiatrie : le courant de la neurodiversité récuse la notion de pathologie au profit de celle de différence, et récuse donc toute approche thérapeutique au profit d'une reconnaissance de la différence et d'une politique inclusive, sur le modèle de l'homosexualité retirée du DSM en 1973 seulement. Cette argumentation s'étend à la problématique des transgenres, ou des « entendeurs de voix ». La notion de phénotype original détrône celle de maladie/pathologie : le sujet est vu comme malade parce que différent et incompris dans ses différences, et non pour des raisons intrinsèques. La notion de maladie mentale est seulement l'expression médicalisée et « psychiatisée » à tort de l'oppression d'un phénotype majoritaire sur ceux minoritaires, qui revendiquent donc leurs droits. Qu'est-ce que le TDAH, le haut potentiel, l'enfant dys, le bipolaire, le trouble anxieux, sinon un phénotype particulier et minoritaire ? Ne serait-il pas plus juste de traiter le système scolaire ou le système professionnel,

LA NOTION DE MALADIE MENTALE EST SEULEMENT L'EXPRESSION MÉDICALISÉE ET « PSYCHIATRISÉE » À TORT DE L'OPPRESSION D'UN PHÉNOTYPE MAJORITAIRE SUR CEUX MINORITAIRES, QUI REVENDIQUENT DONC LEURS DROITS.

en l'adaptant à ces phénotypes, plutôt que le sujet, pour le conformer à l'environnement par le médicament et la rééducation ? Le modèle pathologique est d'autant plus menacé que ces phénotypes se caractérisent à la fois par des sous et sur-fonctionnements, comme on l'a montré pour l'autisme. La focalisation sur les faiblesses, du fait du prisme naturel qui nous fait voir la différence comme un déficit, est contestée par la découverte des forces jusqu'ici ignorées de ces sujets...

On retrouve ici une approche historique anti-psychiatrique qui a permis la transformation de la psychiatrie asilaire, à laquelle la psychanalyse a contribué en tant que pratique fondée sur l'intelligibilité de l'inintelligible. L'Autre différent n'est pas un étranger mais un semblable avant tout, l'incompréhension qu'il suscite n'est que le produit de notre propre déficit. Certes, cette perspective trouve ses limites pour des troubles aigus (épisode dépressif sévère, suicide, épisode psychotique aigu) ou chroniques (anorexie mentale, conduites addictives, schizophrénie). Il s'agit de troubles qui engagent un risque adaptatif majeur et vital, et relèvent encore d'une thérapeutique.

Pourtant, pour la schizophrénie et la bipolarité une démedicalisation implicite des pratiques est engagée. Bien sûr, la psychopharmacologie et les techniques d'électrostimulation sont référées aux sciences biomé-

dicales. Mais les concepts dominants aujourd'hui en psychiatrie d'adulte sont réhabilitation, remédiation, rétablissement, éducation thérapeutique, pair-aidance, patients experts, aide aux familles, déstigmatisation et inclusion... La psychiatrie devient une rééducation fonctionnelle. La relation médicalisée avec patients et familles s'est changée en une collaboration professionnelle. Sous la pression de la demande sociale et des contraintes économiques, renaît implicitement une nouvelle psychiatrie communautaire, pratique sociale. Cette psychiatrie moderne n'est plus fondée sur l'EBM (principe déjà dépassé) mais « informée » par elle, elle récuse le principe « maladie/diagnostic/traitement spécifique technicisé/réduction de la symptomatologie », qui a régné ces dernières décennies. Son bilan est au moins mitigé : tendance au surdiagnostic (autisme, bipolarité, schizophrénie), surprescriptions médicamenteuses, bénéfice insuffisant pour la qualité de vie subjective des patients et de leurs proches. Le modèle alternatif proposé par J. Van Os (2019) repose ainsi sur une lecture dimensionnelle de la clinique et la prise en compte du rôle majeur des facteurs communs non spécifiques des traitements quels qu'ils soient : facteurs psychologiques, relationnels et sociaux. Elle s'attache au vécu subjectif de l'individu et à sa qualité de vie, plus qu'au diagnostic et à la réduction objective des symptômes. Elle s'appuie sur de nouvelles classifications nosographiques dimensionnelles (Rdoc,

« P factor ») qui rompent avec le concept de maladie au sens classique.

Ce mouvement, soutenu par des pressions sociale, économique et politique, échappe aux psychiatres eux-mêmes. Pour l'autisme, problématique révélatrice des changements car très mobilisatrice des lobbys, les termes de thérapeutique ou traitement disparaissent au profit de celui d'intervention. Le rôle de la psychiatrie s'y réduit, au gré d'une nouvelle « désinstitutionnalisation ». Seuls le diagnostic, l'évaluation et l'intervention en situation de crise restent médicalisés. On voit le fossé entre cette réalité et le concept biomédical théorique de neurodéveloppement. Cette tendance touche aussi la psychiatrie de l'adulte, le risque étant de voir l'hôpital psychiatrique plus encore dévolu à une mission sécuritaire, comme lieu de contrôle social et non de traitement.

Les psychiatres en sont-ils conscients? Car, de manière paradoxale, plus la psychiatrie se démedicalise dans les faits, comme pratique sociale et rééducative prédominante, plus elle renforce ses références théoriques

**LA PSYCHIATRIE A
TOUJOURS OSCILLÉ
ENTRE UNE IDENTITÉ
NON MÉDICALE,
PHILOSOPHIQUE,
SOCIALE OU
PSYCHOLOGIQUE,
ET UNE IDENTITÉ
MÉDICALE.**

aux sciences biomédicales : génétique et neurosciences. Ce grand écart accentue la distance entre la recherche et la pratique. Celle-ci ne bénéficie peu ou pas d'une recherche dévolue surtout à la promotion universitaire et à son propre financement. En quoi l'explosion de la recherche en biologie et neurosciences depuis les années 90 a-t-elle bénéficié à la pratique psychiatrique quotidienne? Quelles révolutions a-t-elle produites? Chacun jugera. Les changements ont concerné surtout les dispositifs experts et de recours, les plus rares et éloignés du terrain ordinaire.

La psychiatrie a toujours oscillé entre une identité non médicale, philosophique, sociale ou psychologique, et une identité médicale. Tout se passe aujourd'hui comme si la référence conceptuelle biomédicale était d'autant plus accentuée que les pratiques et les objets cliniques se démedicalisent. Le besoin identitaire des psychiatres de s'assurer d'une référence théorique scientifique et médicale semble d'autant plus fort que celle-ci s'affaiblit dans la pratique.

C'est donc la fonction du psychiatre, la nature de son objet et de son intervention qui sont interrogés dans le contexte actuel. On relira D. Widlöcher reprenant après Canguilhem la notion d'anomalie (1994). L'objet de la psychopathologie est défini par la réduction de la valeur adaptative d'une conduite, et non par une

opposition entre normal et pathologique. Une définition fonctionnelle et relative donc. Un type de conduite, disons un phénotype mental et comportemental, produit d'une épigénèse, n'est en lui-même ni normal ni pathologique. Le caractère pathologique naît du fait que dans un contexte

socioculturel donné ce phénotype est source de difficultés adaptatives, de manière conjoncturelle donc. La psychiatrie est ainsi inexorablement intriquée au social et au politique, par la nature de son objet comme de son intervention. Mais si la notion de maladie est une construction fragile, voire dépassée, les malades en revanche, avec leur expérience subjective d'inadaptation au monde et aux autres, leurs comportements, existent bien et il faut s'en occuper (B. Falissard)!

Cette perspective anomalie/environnement trouve ses limites pour les troubles aigus et à risque vital. Mais elle nous aide à comprendre que la psychiatrie est requise non par la nature d'une « anomalie » ou phénotype qui impliquerait de manière systématique son intervention (autisme, dépressivité, anxiété, trouble de l'identité de

**LA FONCTION
PSYCHIATRIQUE EST
SOUVENT DE TRAITER
LES CONSÉQUENCES
DÉSADAPTATIVES
D'UNE « ANOMALIE »
OU TRAIT
PHÉNOTYPIQUE
DANS UN CONTEXTE
DONNÉ, PLUTÔT QUE
L'ANOMALIE.**

genre...), mais par la souffrance adaptative vécue par le sujet. Elle est une médecine des troubles de l'adaptation. La souffrance n'est pas inhérente seulement à l'anomalie en elle-même, mais aussi à la rencontre entre celle-ci et un environnement inadéquat.

Bien sûr, il y a un gradient entre souffrance intrinsèque et environnementale, action sur le sujet et sur son milieu. Mais la fonction psychiatrique est souvent de traiter les conséquences désadaptatives d'une « anomalie » ou trait phénotypique dans un contexte donné, plutôt que l'anomalie. De traiter l'environnement pour réduire les conséquences délétères de la réponse environnementale sur le sujet. Pratique sociale plus que médicale donc. Comment comprendre alors la dominance actuelle de la référence biomédicale à des modèles neuroscientifiques aussi éloignés de la réalité des pratiques psychoéducatives et sociales : remédiation, réhabilitation ? La réponse est peut-être idéologique : la psychiatrie reste fascinée par l'anomalie et son hypothétique « traitement ». Avant la biologie, la psychanalyse a été convoquée à cette même place : concevoir une physiopathologie causale de l'anomalie et donc sa correction. Il s'agit de corriger la nature altérée du mental. La psychiatrie de demain devra-t-elle abandonner ce mythe médical fondateur ? Ou se fonder sur une nouvelle psycho et physiopathologie, délivrée du modèle de la maladie ? C'est en cours.



LA PSYCHIATRIE, SOUS ARTICLE 51, POURRAIT ÊTRE UNE VÉRITABLE OCCASION DE RÉINVENTER CE SECTEUR



PAR

ROBIN MOR

DIRECTEUR ADJOINT EN CHARGE DES RELATIONS PUBLIQUES MNH-NEHS &
ANCIEN DIRECTEUR DE CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Pour une psychiatrie sous article 51

« La psychiatrie est à la veille d'une profonde transformation de son modèle de financement, et par conséquent de son modèle de fonctionnement. »

Cette affirmation, nous l'entendons toutes et tous depuis de nombreuses années. Maintes fois annoncée, la « révolution » de la psychiatrie n'a pourtant pas encore eu lieu. Et les derniers reports de calendrier confirment que la tendance n'est pas vraiment à l'accélération.

Une occasion rêvée pour se réinterroger sur le futur modèle que nous souhaitons pour les patients et professionnels ? Ce serait terriblement préjudiciable de ne pas s'en saisir, au risque de poursuivre dans la voie d'une normalisation et d'une standardisation à tous crins de ce secteur. Lequel ne saurait rentrer dans un canevas trop étriqué.

Car s'il y a bien un secteur dans lequel la complexité doit prendre toute sa place, de la structuration des parcours de santé jusqu'aux modèles de financement, en passant par la coopération des professionnels ou encore les modes de régulation de l'offre, c'est bien celui de la psychiatrie.

Une complexité contre-intuitive pour qui, parlementaire comme administration, a reçu comme mission de définir une réglementation avec nos outils juridiques et financiers classiques. Le système de santé français a, en effet, toujours eu pour habitude de définir des normes dans lesquelles les acteurs de santé doivent se glisser, plutôt que d'offrir une liberté organisationnelle dans une logique de contractualisation et de rapports de confiance.

Et pourtant, le législateur a imaginé un dispositif qui pourrait être parfaitement adapté pour réinventer la psychiatrie française : l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018.

« Un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits », de l'aveu même du ministère des Solidarités et de la Santé.

Un mécanisme opérant « dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé ».

**LAISSONS LES
PROFESSIONNELS
DE LA PSYCHIATRIE
CONSTRUIRE LES
FILIÈRES ET LES
PARCOURS, DANS
LES TERRITOIRES,
POUR RÉPONDRE AUX
BESOINS DE SANTÉ DE
LA POPULATION.**

De là à l'envisager comme le régime commun plutôt que comme l'exception ? Pourquoi pas ?

Car y a-t-il une seule vérité en matière de prise en charge en psychiatrie ? N'y a-t-il pas en réalité une multitude d'organisations et de prises en charge, différentes bien que toutes pertinentes et opérantes ?

Une diversité assortie d'une série de points communs. La transversalité des prises en charge (santé mentale et physique), la diversité des intervenants (médicaux, paramédicaux, etc.) ou la structuration de véritables parcours (ville, hôpital, médicosocial, social) n'en sont que quelques exemples.

Comment laisser toutes ces organisations complexes s'exprimer, au bénéfice des patients, dans un cadre trop contenu ?

Dès lors, laissons-nous la liberté de renverser la table de notre méthode de régulation.

Laissons les professionnels de la psychiatrie construire les filières et les parcours, dans les territoires, pour répondre aux besoins de santé de la population, en tenant compte des outils et des structures existants et de ceux qui seraient nécessaires.

Ces projets pourraient, dès lors, être portés par une pluralité d'acteurs : publics, privés, hospitaliers, ambulatoires, médicosociaux, etc.

Autant d'acteurs qui peuvent être aujourd'hui enfermés dans une logique de concurrence dans le cadre de la régulation de l'offre, et qui seraient alors appelés à s'inscrire dans une démarche partenariale, si ce n'est contraints de le faire.

Laissons-les, avec les patients, proposer ces projets aux agences régionales de santé, assortis d'une demande de financement ad hoc correspondant à des éléments factuels et objectivables.

Aux agences de réaliser leur travail de régulateur : vérifier la corrélation du projet avec les besoins de santé identifiés dans ses outils de planification, dialoguer avec les porteurs du projet sur les moyens financiers à allouer, proposer des pistes d'amélioration à la proposition initiale, faciliter les coopérations, etc.

Un véritable dialogue de gestion en somme. Un véritable modèle fidèle à l'esprit de l'article 51.

Les projets validés seraient alors contractualisés, dans le sens étymologique du terme, dans des contrats d'objectifs et de moyens qui porteraient enfin convenablement

leur nom. Des engagements seraient pris par les opérateurs, et contrôlés par l'agence régionale de santé, assortis de sanctions en cas de contravention aux objectifs.

**POUR QUE CE MODÈLE
PUISSE PROSPÉRER,
LA PSYCHIATRIE
AURA BESOIN DE
PROGRESSER SUR
SA CAPACITÉ À
OBJECTIVER SES
RÉSULTATS.**

Pour que ce modèle puisse prospérer, la psychiatrie aura besoin de progresser sur sa capacité à objectiver ses résultats, lesquels permettront de vérifier si les parcours construits ont bien rempli leur mission. Sujet encore malheureusement parfois perfectible.

Cette analyse des résultats est un impératif pour permettre un lien de confiance avec le régulateur, la population, les pouvoirs publics, et entre les différents opérateurs eux-mêmes. Sans cette confiance, ce modèle ne pourrait prospérer.

Cette psychiatrie sous article 51 reste en l'état de cette proposition perfectible, mais pose les bases d'une nouvelle logique. Celle-ci remet en son centre l'organisation des soins plutôt que la régulation financière. Elle ne nie pas cette dernière, mais la remet à la place qui doit être la sienne : un moyen à la prise en charge des patients.

Les idées des acteurs

Loin d'être une proposition purement utopiste, formulée par un rédacteur en retrait de ces activités, la psychiatrie sous article 51 pourrait être une véritable occasion de réinventer ce secteur, ô combien essentiel, de notre système de santé.

Un secteur d'avenir, exemplaire, où l'innovation et l'initiative de terrain n'attendent que le droit et les moyens pour s'exprimer au service de la population !



LA PÉDOPSYCHIATRIE EN TANT QUE DISCIPLINE AUTONOME NE DOIT PAS DISPARAÎTRE !



PAR

LÉNIO RIZZO

PÉDOPSYCHIATRE & ANCIEN CHEF DE SERVICE
À L'HÔPITAL DE TRÉVISE (ITALIE)

Pour une psychopathologie dynamique et plurielle dans la perspective d'une pédopsychiatrie ouverte et transdisciplinaire

Je tiens avant tout à remercier le comité scientifique du CRAPS de m'avoir invité à contribuer à ces échanges sur le présent et le futur de la psychiatrie en France : étant donné le domaine de mes activités scientifiques et professionnelles, mes réflexions se référeront tout particulièrement au champ de la pédopsychiatrie, terrain de ma pratique en Italie depuis plus de 40 ans. Formé en pédiatrie à l'université de Padoue, spécialiste ensuite en neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (et plus tard aussi en psychiatrie adulte), j'ai exercé dans différents services, hospitaliers et territoriaux, ayant été pendant les onze dernières années de ma carrière, chef de service à Trévise.

J'ai été, dès mes études, intéressé par la production scientifique des pédopsychiatres psychanalystes français (Lebovici, Diatkine, Misès, Soulé, Jeammet, Braconnier, Marcelli, Hochmann, Golse...) qui a marqué la théorie et la pratique de notre discipline en Europe pendant la deuxième moitié du XX^e siècle. Cela m'a conduit à faire des stages dans plusieurs services parisiens, où j'ai pu découvrir et connaître l'organisation française du secteur infanto-juvénile ainsi que les différentes offres d'hospitalisation complète et partielle

destinées aux enfants et aux adolescents, mises en place sous l'impulsion de ces mêmes maîtres. J'ai pu alors vérifier l'efficacité de ces différents dispositifs institutionnels ainsi que la grande richesse de l'élaboration qui se poursuivait en France au fil des générations de médecins et de psychologues. Ces modèles d'organisation et les productions scientifiques, à travers les revues et les traductions des livres, ont inspiré les théorisations et les pratiques de maints collègues partout en Europe et ont longtemps représenté la pointe avancée d'une « voie européenne » en faveur des soins psychiques des plus jeunes et des plus souffrants. Beaucoup d'étudiants et de spécialistes dans ce domaine ont choisi la France pour approfondir leurs études ou pour enrichir leurs formations professionnelles. Moi-même j'ai contribué à ces parcours par des invitations de conférenciers et d'enseignants français pour la formation, ainsi que par la traduction de plusieurs ouvrages. En désaccord avec la persistance en Italie de la réunion de la psychiatrie infantile et de la neurologie au sein d'une seule spécialité et dans une même société, j'ai choisi de devenir membre de la Société française de psychiatrie

**BEAUCOUP
D'ÉTUDIANTS ET DE
SPÉCIALISTES DANS
CE DOMAINE ONT
CHOISI LA FRANCE
POUR PERFECTIONNER
LEURS ÉTUDES OU
POUR ENRICHIR
LEURS FORMATIONS
PROFESSIONNELLES.**

de l'enfant et de l'adolescent. Je suis aussi membre de l'AEPEA (Association européenne de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent), fondée à Paris en 1994. Je garde donc depuis quelques dizaines d'années un regard attentif sur les événements qui concernent en France la pédopsychiatrie.

Le dispositif du secteur introduit en France en pédopsychiatrie dans les années 70 avec ses équipes multidisciplinaires et ses multiples structures, ambulatoires, à temps partiel et plein-temps, représente un modèle adéquat d'organisation à référence médicale incluant les différentes professions associées. Ce qui, malheureusement, n'a pas toujours eu lieu en Italie, où on est en train de payer cher un manque d'organisation, dont je ne signale que quelques effets : des professionnels pour l'enfance placés dans des services territoriaux qui difficilement communiquent entre eux, sans une direction claire et cohérente qui indique des actions prioritaires et des méthodes communes ; qui échouent à organiser des prises en charge adaptées notamment pour les cas plus lourds (« troubles du spectre autistique » !) ; des familles qui, dans une opposition au service public, s'adressent aux spécialistes privés ou à des groupes qui proposent des méthodes non validées ; la carence de lits d'hospitalisation pour les adolescents à temps complet ainsi qu'à temps partiel qui conduit les professionnels à des parcours de soins partiels et très risqués pour eux et

surtout pour les patients, obligeant les familles à des confinements opposés à toute orientation rationnelle.

**IL FAUT VALORISER
LES APPORTS DE LA
PÉDOPSYCHIATRIE AUX
AUTRES DISCIPLINES
MÉDICALES.**

À partir de ma pratique dans ce domaine central de l'organisation sociosanitaire publique d'un pays quant à l'importance, sur les plans éthique et thérapeutique, de la mise en place d'une offre véritable au niveau de prévention, de thérapie et de réhabilitation à l'égard de troubles qui affectent un pourcentage important de la population allant du premier âge jusqu'à l'adolescence (avec notamment, les troubles précoces du développement, les troubles du comportement à l'âge scolaire, jusqu'aux dangereux troubles des conduites qui amènent tant d'adolescents à mettre leurs vies en danger), je formule quelques suggestions que je considère comme incontournables :

1. La pédopsychiatrie en tant que discipline autonome ne doit pas disparaître! Tout au contraire, il faut valoriser ses apports aux autres disciplines médicales avec lesquelles elle doit participer à la mise en place des systèmes de soins. Sans renoncer aux spécificités de ses modèles dans la cure et dans l'interprétation des troubles de ses jeunes patients.

2. Seul son modèle polyfactoriel, qui réunit causalités physique, interactive et épigénétique, appuyé sur une recherche épidémiologique (qui ne soit pas reléguée aux seuls généticiens), est susceptible de parvenir à démembrer des catégories actuellement trop inclusives. La recherche, tant en biologie qu'en psychopathologie, pourra s'en trouver plus efficace, notamment pour des syndromes (« spectre autistique » et « TDH ») qui demandent des traitements spécifiques, intensifs et de longue durée.

3. Le propre de notre spécialité consiste à soutenir l'importance du monde interne de nos jeunes patients, de leurs affects et leurs fantasmes, pour aboutir, à travers une clinique diachronique (histoire du symptôme dans l'histoire du sujet) à côté des observations et des évaluations, à une vision unifiée de l'individu dans ses rapports avec son environnement.

4. Il nous faut bien considérer la richesse d'une psychopathologie qui sait intégrer composantes internes et externes pour arriver à un diagnostic qui ne soit pas réducteur et à une stratégie thérapeutique spécifique.

5. Il nous faut des enseignements et des formations adéquats à ces enjeux : à l'encontre de toute pensée unique, je plaide pour un travail transdisciplinaire afin

Les idées des acteurs

d'aider les jeunes, les plus fragiles et leurs familles à repérer leur place dans une société plus inclusive.



**EN 1960, C'EST LA
PSYCHIATRIE QUI
A MONTRÉ LA VOIE
DU PROGRÈS POUR
L'ORGANISATION
DES SOINS. ELLE NE
PEUT PAS, EN 2021,
ÊTRE LE FREIN À UN
NOUVEAU PROGRÈS**



PAR

ÉDOUARD COUTY

ANCIEN DGOS & CONSEILLER MAÎTRE HONORAIRE À LA COUR DES COMPTES

Procrastiner encore ou agir enfin

Les alertes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont connues. Dans les pays développés, les maladies mentales se classent au 3^e rang en termes de prévalence et sont responsables d'1/4 des invalidités. Parmi les dix maladies les plus préoccupantes pour le XXI^e siècle, cinq sont des maladies mentales : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépressions et troubles obsessionnels compulsifs. Une augmentation de 50 % de la part des maladies mentales dans la charge de morbidité due à l'ensemble des maladies est annoncée. On vérifie actuellement que la pandémie aggrave considérablement ce terrible constat.

En France, les pathologies psychiatriques touchent 25 à 30 % de la population. Elles sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide, génératrices d'exclusion sociale, et d'invalidité qui détériorent la qualité de vie pour les patients et leur entourage, il s'agit bien d'un enjeu majeur de santé publique. La mauvaise santé mentale accroît les coûts économiques sociaux et de santé, les maladies psychiatriques et les traitements par psychotropes coûtent plus de 22 milliards d'euros soit 15 % des soins remboursés et près de 8 % des dépenses d'Assurance maladie pour l'hospitalisation, plus que le cancer et plus que les maladies cardio-neuro-vasculaires. Les coûts économiques et sociaux ont

été évalués à 109 milliards avant l'impact de la crise sanitaire actuelle.

À la priorité de santé publique, s'ajoute un enjeu économique et social très lourd.

La psychiatrie concerne les professionnels de santé (psychiatre, psychologues et paramédicaux) qui ont pour missions de soigner les maladies mentales et de promouvoir la santé mentale. Leur pratique s'inscrit dans une relation individuelle avec le malade. La santé mentale s'inscrit dans une approche populationnelle. Outre les professionnels spécialisés, elle concerne les médecines préventives (travail et scolaire), mais aussi les élus, les travailleurs sociaux, les patients et leurs familles, les responsables des politiques publiques (santé, logement, culture, enseignement, emploi, justice...). Pour tous, l'action doit se situer dans les champs sanitaires, sociaux et médicosociaux. La seule absence de maladie mentale ne suffit pas. Dans ce domaine, la définition de l'OMS prend tout son sens : état de bien-être physique, psychologique, social, économique...

Les tentatives pour promouvoir une politique en matière de santé mentale et de psychiatrie ont été nombreuses depuis 20 ans.

Depuis Bernard Kouchner, en 2001, presque tous les ministres de la Santé ont annoncé des plans pour la psychiatrie et la santé mentale ou défendu des lois portant des mesures sur ce thème. Ces réformes ont été précédées de travaux avec les acteurs, de nombreux rapports ont été remis aux ministres.

Tous proposent :

- De mieux connaître l'état de santé de la population pour mieux prévenir.
- D'associer les patients, leur famille et leur entourage à la conception et à la mise en œuvre de cette politique.
- De former les professionnels à l'accueil des malades et à la prise en charge de leur maladie, notamment les médecins généralistes et les paramédicaux avec la création d'une spécialité d'infirmiers en santé mentale et en psychiatrie.

TOUTES LES ÉVALUATIONS DES PLANS MINISTÉRIELS SUCCESSIFS RÉALISÉES PAR DES MISSIONS PARLEMENTAIRES, LA COUR DES COMPTES, L'IGAS, LE HAUT CONSEIL DE SANTÉ PUBLIQUE CONSTATENT QU'ILS N'ONT PAS ATTEINT TOUTS LES OBJECTIFS ANNONCÉS ET QUE LES GRANDES QUESTIONS N'ONT PAS ÉTÉ RÉSOLUES.

- De décloisonner les activités sanitaires et médicosociales, la ville et l'hôpital spécialisé par l'ouverture du secteur psychiatrique sur son environnement (monde du travail, de l'école, de l'université, de la culture...) par la constitution de réseaux, et de centres de référence.
- De développer la recherche.
- De réformer le mode de financement pour mieux prendre en compte les parcours, l'accompagnement et le maintien au domicile.

En somme, tous tendent à structurer une approche plus globale de la santé mentale et plus intégrée de l'organisation des soins psychiatriques.

Des actions ont été menées, des dispositions législatives prises et pourtant la question d'une politique en matière de santé mentale et de psychiatrie reste posée aujourd'hui avec plus d'acuité.

Toutes les évaluations des plans ministériels successifs réalisées par des missions parlementaires, la Cour des comptes, l'IGAS, le Haut Conseil de la santé publique constatent qu'ils n'ont pas atteint tous les objectifs annoncés et que les grandes questions n'ont pas été résolues.

La feuille de route Santé mentale et psychiatrie présentée en 2018 a l'ambition de traiter les questions de prévention, d'organisation des soins, de formation, de recherche, et d'impliquer concrètement les patients et leur entourage. Un délégué ministériel a été nommé ainsi qu'un comité associant tous les acteurs.

EN 1960, C'EST LA PSYCHIATRIE QUI A MONTRÉ LA VOIE DU PROGRÈS POUR L'ORGANISATION DES SOINS. ELLE NE PEUT PAS, EN 2021, ÊTRE LE FREIN À UN NOUVEAU PROGRÈS.

La crise sanitaire n'a pas permis d'actions déterminantes, alors qu'elle a considérablement aggravé la situation.

Devant le constat de l'ampleur des dégâts sur l'état de santé mentale de la population générale et de certaines populations spécifiques (étudiants), le président de la République a annoncé la tenue d'assises nationales de la santé mentale « avant l'été 2021 » et le ministre de la Santé a nommé une nouvelle commission.

Alors que l'on sait que la santé mentale est un enjeu de santé publique et un enjeu économique et social qui concerne tous les citoyens, alors que l'on a depuis longtemps des propositions pour bâtir une politique

ambitieuse, deux questions se posent : pourquoi toutes les tentatives précédentes n'ont pas totalement abouti ? Et comment dépasser la frilosité et la résistance des professionnels qui entendent bien que ces questions restent exclusivement dans le seul champ sanitaire ?

La politique en matière de santé mentale doit être pensée comme une politique de santé publique globale s'appuyant sur les trois volets sanitaire, médicosocial et social mais aussi sur d'autres déterminants : qualité de vie au travail, logement, activités sociales et culturelles, formation, emploi, justice, sécurité publique.

La vision interministérielle est essentielle, elle conditionne la réussite.

L'approche transversale, interministérielle, intersectorielle et interprofessionnelle doit guider la réforme.

C'est la seule méthode qui permette de surmonter les résistances corporatistes. Pour que les usagers soient des acteurs à part entière, comme c'est le cas dans beaucoup d'autres pays, pour développer l'évaluation des structures, des activités et des pratiques, pour retrouver l'esprit de la réforme de 1960 et affirmer l'existence d'un secteur ouvert sur son environnement associant élus, professionnels de la prévention et du soin et usagers, cette approche transversale est nécessaire. Le

secteur psychiatrique d'aujourd'hui est hospitalo-centré alors qu'il devrait être en osmose avec la cité sur son territoire. Médecine scolaire, médecine du travail, secteur psychiatrique, hôpital général, médecine libérale, établissements sociaux et médicosociaux et collectivités territoriales doivent tisser ces liens pour assurer la continuité entre la prévention, les soins, le suivi, et la réinsertion sociale. Enfin, tous doivent agir pour que les malades, les professionnels qui les prennent en charge et les familles qui les accompagnent ne soient plus stigmatisés comme ils le sont encore. En 1960, c'est la psychiatrie qui a montré la voie du progrès pour l'organisation des soins, elle ne peut pas en 2021 être le frein à un nouveau progrès.

À l'heure des annonces au plus haut niveau de l'État pour l'élaboration d'une politique publique forte, espérons, pour les malades, leur entourage, pour les professionnels et pour la qualité de la vie ensemble dans la cité que la volonté politique permettra l'action d'ampleur attendue depuis longtemps.



LES SOINS PSYCHIATRIQUES MODERNES DOIVENT RESPECTER TROIS FONDEMENTS



PAR

PR NICOLAS FRANCK

PSYCHIATRE, CHEF DE PÔLE CENTRE RIVE GAUCHE AU CHS LE VINATIER &
RESPONSABLE DU CENTRE RESSOURCE DE RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE À
L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Généralités

Des soins psychiatriques modernes doivent respecter trois fondements : (1) offrir aux personnes concernées de co-construire avec les professionnels de santé mentale un projet de soins qui soutienne au mieux leur processus de rétablissement, la réussite de leurs projets propres et leur inclusion sociale ; (2) respecter leur autodétermination ; et (3) donner la priorité aux prises en charge ambulatoires, en réduisant autant que possible le recours à l'hospitalisation et à la contrainte. Nous allons considérer quelle organisation de l'offre de soins est favorable à l'application de ces trois principes dans le domaine de la psychiatrie publique. Un secteur de psychiatrie générale doit répondre à des enjeux qui peuvent paraître contradictoires. Parmi eux, notons entre autres un accès rapide à un diagnostic et à une évaluation, la possibilité de bénéficier d'une prise en charge parfaitement appropriée à ses troubles et d'un parcours de soins lisible et personnalisé en adéquation avec ses besoins propres, une durée de prise en charge optimisée de telle sorte que chaque séquence de soins permette d'atteindre un objectif défini au préalable au lieu de s'étirer dans le temps faute d'en avoir défini l'issue au préalable. Il est important que le recours à des moyens sanitaires ne constitue pas une fin en soi mais soit destiné à permettre aux personnes concernées par les troubles d'atteindre ce qu'elles ont elles-mêmes

défini comme étant les critères de leur rétablissement. Pour ce faire, il faut pouvoir s'appuyer sur des professionnels formés et engagés et disposer d'un plateau technique varié conçu à l'échelle d'un pôle ou d'un établissement, ce qui implique de pouvoir regrouper au sein de plus grosses structures les services de petite taille qui préexistaient. En pratique, une première étape consiste à fusionner les secteurs qui cohabitaient au sein d'un même pôle, en définissant dorénavant le secteur à l'échelle du pôle. Ce décloisonnement permet la libération des moyens humains nécessaires à une meilleure efficacité et à la création de nouvelles lignes de diagnostic, d'évaluation et de soin. Le pôle est ainsi à même de porter un projet médical intégratif et ambitieux plutôt que d'avoir une fonction essentiellement administrative.

Ce nouveau modèle d'organisation du secteur psychiatrique est tourné vers la prévention, le développement de l'extrahospitalier et la prise en charge des personnes dans leur contexte de vie - c'est-à-dire dans la communauté. Son inscription dans une approche centrée sur ses usagers soutiendra l'espoir et la modernité des pratiques. La décision médicale partagée avec le patient et les outils de soins centrés sur la personne, dont la ré-

**IL FAUT POUVOIR
S'APPUYER SUR DES
PROFESSIONNELS
FORMÉS ET ENGAGÉS.**

habilitation psychosociale, sont au cœur des pratiques. Des pairs-aidants contribuent à cette évolution. Leur action favorise l'engagement des personnes accompagnées dans leurs soins et elle rend la psychoéducation plus pertinente et plus efficace. L'hospitalisation doit faire l'objet d'une attention particulière en ce qui concerne la qualité des soins qui y sont déployés et des durées de séjour afin que l'hospitalisation ne soit qu'une étape du parcours dont la durée doit être la plus réduite possible. Des alternatives à l'isolement et à la contention doivent être développées.

Organisation générale

Outre le fait qu'il doit répondre aux souhaits de la population et respecter les principales recommandations de bonnes pratiques, le secteur de psychiatrie générale doit adopter certaines caractéristiques pour être pertinent. Parmi les particularités les plus importantes, retenons les suivantes :

- Lisibilité du dispositif et premier entretien médical à courte échéance, favorisant l'accès aux soins ;
- Gradation des soins priorisant les prises en charge extra-hospitalières, afin de limiter les institutionnalisations ;

- Décloisonnement, favorisant la fluidité des parcours ;
- Intensification du travail avec les partenaires (aidants familiaux, médecins généralistes, psychiatres libéraux, structures sociales et médicosociales, etc.) ;
- Systématisation du soutien des aidants ;
- Création de lignes de soins spécifiques (premier épisode psychotique, schizophrénie, trouble bipolaire, trouble du spectre de l'autisme, psychotraumatisme, trouble anxieux sévère, addiction et dysrégulation émotionnelle) s'appuyant sur les centres de recours en lien avec chaque pathologie (centre expert, centre support, centre référent ou centre ressource).

Permettre un accès aux soins rapide

Il faut que les personnes qui en ont besoin puissent accéder rapidement aux soins. Afin de raccourcir les délais, les demandes de première consultation ne doivent pas entrer en compétition avec les suivis. Or, la structuration habituelle favorise justement une telle compétition, dans la mesure où chaque centre médico-psychologique doit jusqu'à présent faire face à ces deux missions. La création d'un nouveau type de structure, le Centre d'accueil, d'évaluation et d'orientation en

santé mentale (CAdeO)¹, constituant l'entrée dans le dispositif, permet d'éviter cet écueil et de raccourcir le délai d'accès aux soins. Les besoins de soins concernant les nouvelles demandes de soins ou les patients en rupture de soins y sont évalués par un psychiatre ou un binôme psychiatre-infirmier ou psychiatre-psychologue. Le CAdeO oriente chaque usager vers le dispositif le plus approprié à ses besoins - au sein du pôle auquel il appartient ou à l'extérieur de ce pôle - dans le cadre d'une gradation des soins permettant que l'intensité de la prise en charge soit proportionnelle à celle des manifestations cliniques et au risque encouru.

**AFIN DE RACCOURCIR
LES DÉLAIS,
LES DEMANDES
DE PREMIÈRE
CONSULTATION NE
DOIVENT PAS ENTRER
EN COMPÉTITION AVEC
LES SUIVIS.**

Créer des équipes mobiles

Des équipes mobiles peuvent être créées par redéploiement, afin que des prises en charge soient délivrées au domicile des personnes. Celles-ci peuvent constituer des alternatives à l'hospitalisation, prendre le relais d'hospitalisations qui sont ainsi raccourcies ou jouer

¹ La première structure de cette nature a été créée au sein du pôle Centre rive gauche en juin 2020. En quelques mois, elle a permis de réduire le délai d'un premier rendez-vous de quelques mois à 48 heures.

un rôle de prévention des hospitalisations en étant proposées au long cours à des personnes qui sont incapables de s'investir activement dans les soins qui leur sont nécessaires et de se rendre à des consultations. La formation (au case management et à l'entretien motivationnel en particulier) des professionnels exerçant dans ces équipes est indispensable.

Nature des soins

Le déploiement de l'approche orientée rétablissement implique :

- La construction d'un projet de suivi individualisé (PSI) pour toute personne prise en charge ; ce PSI soutient le plan de rétablissement, propre à la personne ;
- La rédaction systématique de directives anticipées en psychiatrie (ou plan de crise conjoint) ;
- La possibilité de bénéficier de l'intervention du pair-aidant (la pair-aidance favorise l'engagement dans les soins ; elle est indispensable à toute action de psychoéducation) ;
- Le renforcement du pouvoir de décision et d'action grâce au recours aux outils de soin de la réhabilitation psychosociale (psychoéducation, entraînement des

compétences sociales, remédiation cognitive et accompagnement vers la réussite des projets socioprofessionnels).

Communication et partenariats

- Mise en valeur de la nouvelle organisation du pôle par une communication large en direction de la population desservie et des partenaires ;
- Construction d'un groupe de travail psychiatres-médecins généralistes destiné à jeter les bases d'un partenariat structuré ;
- Actions de prévention, en articulation avec les partenaires dont la médecine de ville, afin de développer les alternatives à l'hospitalisation et de réduire la DMS et la DMH.



**L'APPROCHE
ORIENTÉE VERS LE
RÉTABLISSEMENT, ET
LA RÉHABILITATION
PSYCHOSOCIALE,
OFFRE AU PATIENT LA
POSSIBILITÉ DE SE
RÉAPPROPRIER SA
PROPRE CONSCIENCE**



PAR

FLORENCE SCHWARZEL

CADRE SUPÉRIEURE DE SANTÉ À LA DIRECTION DES SOINS
AU CHS LE VINATIER

Vers une approche humaniste et dynamique des soins aux usagers de la psychiatrie

Nous avons été sollicités, de notre place de professionnelle de santé exerçant en EPSM, à produire une réflexion personnelle sur l'avenir de la psychiatrie.

Sachant qu'il n'y a pas d'avenir sans Histoire, nous choisissons, afin de pouvoir nous projeter dans un futur proche, de revenir sur celle de cette discipline, en cadrant notre propos sur ses fondements législatifs et théoriques. Nous verrons ainsi que de l'enfermement à la psychiatrie institutionnelle et à la mise en place de la sectorisation, nous nous tournons aujourd'hui vers une psychiatrie communautaire où le rétablissement et l'inclusion des patients porteurs de troubles psychiques devront constituer le socle des prises en soins.

La loi de 1838 pose les bases d'une politique publique organisant l'accueil et le traitement des aliénés en obligeant les départements à se doter d'un établissement dédié à cet effet. Le texte stipule en outre les moyens d'internement sans consentement du patient, placement volontaire et placement d'office. Bien que, comme le dit Esquirol, « Une maison d'aliénés est un instrument de guérison, entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent le plus puissant contre les maladies mentales » (1822), l'asile n'en demeure pas moins un

moyen de protection d'une communauté contre des insensés potentiellement dangereux et menaçant l'ordre public, en qui le citoyen ne se reconnaît pas et qu'il faut isoler. Le destin des aliénés, à la fois considérés et oubliés, sera immanquablement marqué du sceau de la stigmatisation et de peur de la différence.

Dans les années cinquante, l'arrivée d'une pharmacopée active sur les symptômes les plus bruyants des troubles mentaux modifiera la perception de la maladie et du malade, et permettra de penser les soins ouverts sur la cité, et non plus seulement sous l'unique mode de l'enfermement. Dans cette perspective, la circulaire du 15 mars 1960 vient structurer un dispositif offrant au patient la possibilité d'être traité au plus près de son environnement, et « l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure ». Ainsi, se créent au cœur de la cité des dispositifs d'alternatives à l'hospitalisation proposant au patient de recevoir des soins in situ, permettant ainsi de lutter contre l'exclusion et l'isolement. « La logique, [...] est de traiter les malades dans leur milieu de vie et de lutter contre toute forme d'aliénation entraînée par la mise à l'écart du monde et l'isolement que constitue une hospitalisation. »

Peu à peu, la politique publique va réunir le champ de la psychiatrie et celui de la santé mentale et s'intéresser de plus près aux droits et aux libertés des patients. Cent cinquante-deux ans après la loi de 1838, celle du 27 juin 1990, bien qu'encore trop hospitalo-centrée, vient selon nous poser les bases légiférées d'une éthique des soins aux patients porteurs de troubles psychiques. La notion de placement (sujet-objet) fait place à celle d'hospitalisation (sujet-sujet), le droit, la protection et les conditions d'hospitalisation des personnes en constituent le socle, ce qui, de principe, constitue une immense avancée. Celle-ci est renforcée par celle du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, qui vient ériger en principe la recherche systématique du consentement aux soins auprès du patient.

Puis, plus près de nous, (2011, 2016), le législateur renforce encore les droits du patient (représentation et défense des intérêts des usagers acteurs de la politique de soins des établissements en matière d'accueil et de prise en charge notamment), et donne une place

LE GRAND COURANT DE LA PSYCHIATRIE INSTITUTIONNELLE N'A PAS CONTRIBUÉ À INFLUER POSITIVEMENT LES REPRÉSENTATIONS DE LA SOCIÉTÉ SUR LA FOLIE NI À REDONNER AU PATIENT UNE RÉELLE INSCRIPTION DANS LA COMMUNAUTÉ.

centrale aux soins ambulatoires (virage ambulatoire), y compris sans consentement, (programmes de soins).

Est ainsi définie en 2016 autour de soins de proximité et du renforcement des droits du patient, « une politique de santé mentale, qui comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale ».

Il nous semble posées aujourd'hui les bases réglementaires qui pourront, parallèlement à un développement du paradigme de rétablissement du patient porteur de troubles psychiques, permettre l'avènement d'une réelle psychiatrie à la fois communautaire et intégrative.

Constat est fait que l'absence de vision et de projection vers l'idée qu'un patient puisse se rétablir d'une maladie psychique fit défaut aux seuls cadrages législatifs et aux approches théoriques qui se sont succédé depuis 1960, quand bien même celles-ci prônaient déjà, à travers la pensée de médecins d'avant-garde, « un système de soins entièrement nouveau [...] promouvant des programmes susceptibles d'améliorer le sort de ceux qui font appel à nous [...] et qualifiait l'institution psychiatrique d'isolat culturel ». (Hochmann J., *Pour une psychiatrie communautaire*, pp. 228, 229, Seuil 1971). Force est de constater que le fonctionnement des microstructures de secteur, à vocation de soins intra-cité

(CMP, CATTP, HDJ), s'est malheureusement, tout au long de ces années, sclérosé et rigidifié, compromettant la fluidité et l'agilité des suivis et des parcours de soins escomptés par le dispositif.

Le grand courant de la psychiatrie institutionnelle, aussi novateur et encourageant qu'il fut, n'a pas contribué à influencer positivement les représentations de la société sur la folie ni à redonner au patient une réelle inscription dans la communauté. La psychothérapie institutionnelle, en ce qu'elle a concouru à désaliéner les patients et à prendre en compte leur souffrance psychique (patient sujet), n'a malheureusement pas évité la transformation de l'asile en lieu de vie, abritant des patients isolés et exclus, au destin brisé. Lorsque nous y sommes rentrée comme élève infirmière en 1984, bon nombre d'entre eux y étaient hospitalisés depuis dix, quinze, vingt ans. Certains y étaient même nés. De jeunes patients y arrivaient aussi, que nous croisons encore aujourd'hui dans les allées de l'hôpital, trente-sept ans plus tard.

Aussi, nous réjouissons-nous à l'idée de voir se transformer les

**RÉJOUISSONS-NOUS
À L'IDÉE DE VOIR
SE TRANSFORMER
LES FONDEMENTS
THÉORIQUES ET LES
PRATIQUES DE SOINS
VERS UNE PSYCHIATRIE
D'AVENIR, CELLE DE
LA RÉHABILITATION
PSYCHOSOCIALE ET DU
RÉTABLISSEMENT.**

fondements théoriques et les pratiques de soins vers une psychiatrie d'avenir, celle de la réhabilitation psychosociale et du rétablissement, et déplorons ceux qui la contestent, au motif qu'elle ferait disparaître la dimension du sujet au profit d'une approche déshumanisante faisant rentrer le patient dans des cases en lui proposant de simples programmes de réentraînement. Car cette approche orientée vers le rétablissement, et à travers elle la réhabilitation psychosociale, offre au patient la possibilité de se réappropriier sa propre conscience, de laquelle son désir, ses capacités préservées et son autodétermination sous-tendent les bases et l'orientation de sa prise en soins.

Oui, c'est bien ainsi que nous entrevoyons l'avenir de la psychiatrie, centrée autour du concept de rétablissement, défini par Patricia Deegan comme « un processus dont le but n'est pas l'absence de symptôme ou le fait de devenir normal. Le rétablissement est une façon de vivre, une attitude et une façon de relever les défis de la vie de tous les jours. Ce n'est pas un processus linéaire mais une trajectoire qui comprend des reculs et des avancées [...] c'est l'aspiration à vivre, à travailler, à aimer, et ce, dans une communauté à laquelle il est possible de prendre sa place pleine et entière ».

Puisse cette approche dynamique, résolument éthique, bénéficier au plus grand nombre de citoyens usagers de

la psychiatrie et de la santé mentale dans les années à venir.



LE RÉTABLISSEMENT EST AU CENTRE D'UNE ÉVOLUTION MAJEURE DES PRATIQUES



« Notre rétablissement est un chemin individuel de transformation non linéaire qui nous conduit à vivre une vie qui nous satisfait, riche et pleine de sens. On accueille notre nouvelle réalité, on apprend à se connaître. On apprend à prendre soin de nous, à nous entourer, à trouver les activités qui nous correspondent. On accepte aussi nos limites et on découvre en nous-mêmes tout un potentiel de nouvelles possibilités. On identifie nos besoins et aspirations et on retrouve le pouvoir d'agir dans le monde, vers ce qui est bon pour nous. [...] ». Témoignage de pairs aidants de Nantes.

Le rétablissement est une évolution des troubles psychiques qui diffère des notions de guérison, de rémission clinique ou fonctionnelle. Il fut d'abord défini par des personnes concernées par des troubles psychiques comme un processus dans lequel la personne gagne en espoir, élargit son engagement social et contrôle ses soins et sa vie¹. C'est une reconstruction des normes vitales, un chemin qui s'appuie sur les besoins, les aspirations mais aussi les limites de la personne plutôt que sur des références extérieures.

Les éléments constitutifs du rétablissement sont :

¹ Evidence-Based Processes in an Era of Recovery: Implications for Rehabilitation Counseling and Research [Internet]. [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/96284700/evidence-based-processes-era-recovery-implications-rehabilitation-counseling-research>

PAR

DR MARION ESPITALIER

PSYCHIATRE AU CRESERC DU CHU DE NANTES, CREHAB'S ET CREHPSY DES PAYS DE LA LOIRE

- espoir et optimisme,
- affermissement d'une identité positive,
- reconstitution du sens,
- restauration d'un pouvoir d'agir,
- l'importance fondamentale des relations humaines.

Il comporte plusieurs étapes, de la phase de moratoire - déni, colère et désespoir - à celle de croissance - bien-être et redéfinition de soi². Le processus n'est pas linéaire ; une personne peut se considérer en rétablissement malgré la persistance de certains symptômes³.

Un nouveau paradigme pour les soins

Progressivement reconnu par les professionnels comme possible, voire largement accessible, le rétablissement est au centre d'une évolution majeure des pratiques.

Si seules les personnes concernées peuvent réaliser ce cheminement, il est clair que pour le soutenir, ou au

² Andresen R, Caputi P, Oades L. Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. Aust N Z J Psychiatry. déc 2006; 40(11-12): 972-80.

³ Shepherd G, Boardman J, Slade M. Faire du rétablissement une réalité: 29.

moins ne pas l'entraver, le rôle des soignants est déterminant. Il s'agit de mettre en œuvre des conditions propices à son développement. La compréhension et l'appropriation du paradigme, l'ajustement de la posture et l'engagement dans de nouvelles modalités d'accompagnement sont un enjeu majeur.

Un changement d'objectifs pour soutenir l'espoir

Les soins sont traditionnellement axés sur l'amélioration des symptômes et la prévention des rechutes. Si ces objectifs restent importants dans les soins orientés rétablissement, les cibles principales y sont la qualité de vie et les objectifs propres de la personne.

Il s'agit de susciter et renforcer l'espoir : que le rétablissement existe, qu'il est potentiellement accessible pour tous. Cet espoir, partagé par tous, devient un objectif commun. Les aspirations des usagers sont considérées comme primant celles jugées « réalistes » par les professionnels, qui n'ont pas plus d'expertise que le

**LES SOIGNANTS
PASSENT D'UN STATUT
D'EXPERT LÉGITIMANT
UN POUVOIR À
UNE POSTURE
DE PARTENARIAT
COLLABORATIF,
METTANT À
DISPOSITION LEURS
COMPÉTENCES
PROFESSIONNELLES,
OUTILS, RÉSEAUX,
AU SERVICE DE LA
PERSONNE.**

sujet lui-même sur ce qu'il serait en capacité de réaliser à l'avenir. Seule l'évaluation objective avec la personne de ses capacités et des obstacles à surmonter permet d'éviter un irréalisme naïf.

Un changement de posture pour soutenir le pouvoir d'agir et l'autodétermination

La prise en considération du savoir « expérientiel » est centrale, l'individu étant considéré comme détenteur d'un savoir d'expérience, acteur, capable de décider pour lui-même en dehors des situations aiguës de mises en danger. Les soignants passent d'un statut d'expert légitimant un pouvoir, à une posture de partenariat collaboratif, mettant à disposition leurs compétences professionnelles, outils, réseaux, au service de la personne. Celle-ci, placée au centre de ses soins et des décisions qui la concernent, acquiert un sentiment de contrôle et de responsabilité. La valeur de ce savoir d'expérience est incarnée par la pratique de la pair-aidance, incluant au sein des services de soins des personnes concernées par les troubles et l'expérience du rétablissement.

« Tout service, traitement, intervention ou soutien doit être jugé en fonction du critère qui suit - dans quelle

mesure me permet-il de mener la vie que j'ai choisi de mener?⁴ »

Une attention portée à la personne pour accompagner la reconquête d'une identité nouvelle

Patricia Deegan, psychologue et chercheuse américaine souffrant de schizophrénie, a publié de nombreux travaux sur le rétablissement⁵. Elle décrit l'expérience de la maladie comme la perte d'une identité multiple, riche et intégrée, pour une identité restreinte et occluse de « malade mentale ». Le rétablissement est la reconquête d'une identité nouvelle, comportant des limitations comme de nouvelles possibilités.

Les accompagnants, soignants, aidants ont possiblement leur place dans l'accompagnement de ce cheminement : par la recherche obstinée des ressources propres, de l'humain au-delà des troubles, de l'expérience au-delà

**LES SOCIÉTÉS
ACTUELLES
RENCONTRENT DES
DIFFICULTÉS À ÊTRE AU
SERVICE DU « VIVANT »
DE MANIÈRE PÉRENNE.**

⁴ Repper J, Perkins R. Social Inclusion and Recovery: A Model For Mental Health Practice [Internet]. undefined. 2003 [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: /paper/Social-Inclusion-and-Recovery-%203A-A-Model-For-Mental-Repper-Perkins/d4c-b6ec531714b2979e3660dfe81809562e65ba0

⁵ Deegan PE. Recovery as a Self-Directed Process of Healing and Transformation. Occupational Therapy in Mental Health. sept 2001 ;17(3/4):15.

des symptômes. Par le non-renoncement au « vivant » chez chacun, au potentiel de rétablissement de tous.

« Je voudrais que tous les gens qui sont dans cette situation se souviennent que quoi qu'il leur soit arrivé dans leur vie, une part d'eux-mêmes demeure intacte. Accompagner les personnes qui souffrent d'un trouble psychique dans la reconquête de cette part d'eux-mêmes qui est intacte, pourrait être une très belle définition du rétablissement. » Philippa Motte, parlons psy, 9 décembre 2019.

Vers un rétablissement sociétal ?

Ainsi, les pratiques orientées rétablissement constituent un changement de taille : mettant la personne et son projet de vie au cœur des soins, la relation d'aide collaborative comme paradigme d'accompagnement, elles préservent et nourrissent la vie chez chaque personne malade. Cette horizontalisation de la relation d'aide contribue en soi à la déstigmatisation et la normalisation des pathologies psychiques, reconnaissant en chaque humain l'existence d'une santé mentale potentiellement fragilisée par des facteurs de stress ou de vulnérabilité.

Les sociétés actuelles rencontrent des difficultés à être au service du « vivant » de manière pérenne... Promou-

voir des soins orientés rétablissement n'est-il pas une nécessité dans ce contexte ? N'ouvrent-ils pas ainsi un champ des possibles, vers un rétablissement sociétal ?



**OUTRE L'IMPACT DE
LA SOLITUDE SUR
LA SANTÉ MENTALE,
CERTAINES ÉTUDES
ONT SUGGÉRÉ QUE
LA SOLITUDE EST
SUSCEPTIBLE D'AVOIR
UN IMPACT SUR LA
SANTÉ**



PAR

D^R DAVID GOURION
PSYCHIATRE LIBÉRAL À PARIS

L'épidémie de solitude chez les jeunes : une réalité méconnue aggravée par la pandémie

« Il y a dans chaque cœur un coin de solitude que personne ne peut atteindre. » Albert Camus.

La solitude chez les jeunes : situation avant la pandémie

La solitude chez les jeunes adultes est une réalité déjà bien documentée, comme l'avait montré en 2017, bien avant la pandémie COVID, une étude du CREDOC¹ qui remettait déjà en cause un cliché tenace : être jeune n'est pas toujours synonyme de bonheur et de vie sociale bien remplie, loin de là... Cette étude, publiée sous l'égide de la Fondation de France, montrait que 24 % des jeunes adultes dans notre pays éprouvaient déjà régulièrement un sentiment de solitude. L'évaluation objective de leur support social montrait que 12 % des 15-30 ans étaient en situation d'isolement relatif (c.-à-d. n'ayant qu'un unique réseau social : le plus souvent la famille) et 6 % étaient en situation d'isolement absolu (strictement aucun réseau social). Parmi les facteurs favorisant l'émergence de la solitude, se trouvaient en premier chef le départ du domicile parental, la solitude sentimentale, la précarité professionnelle, les mauvaises conditions de logement et les problèmes de santé.

¹ <https://www.credoc.fr>

La partie qualitative de l'étude mettait en évidence la part subjective du sentiment de solitude et l'importance des facteurs psychologiques qui conduisent au repli sur soi : manque de confiance en soi, complexes physiques, situations de harcèlement, sentiment de rejet familial ou social, méfiance (deux jeunes sur trois pensent qu'on ne peut pas faire confiance aux autres) et sentiment d'inutilité sociale.

La pandémie, catalyseur de vulnérabilités

Après deux confinements et de longs mois sans accès à leurs universités, de nombreux étudiants lassés, démoralisés et précarisés sont descendus dans la rue le 20 janvier 2021 à travers la France pour dénoncer les effets dévastateurs de la crise sanitaire sur leur existence quotidienne. Au sentiment de solitude et de précarité que partageaient la plupart des étudiants présents, pour qui la fac était « le seul lieu de socialisation », s'ajoutait un sentiment d'injustice lié à cet étrange paradoxe qui fait que les jeunes, c'est-à-dire ceux qui sont statisti-

LES ÉTUDIANTS NE BÉNÉFICIENT PAS, CONTRAIREMENT AUX SALARIÉS, DE DISPOSITIFS ENCADRANT RÉELLEMENT LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX.

quement les moins vulnérables vis-à-vis de la Covid, sont aussi ceux qui en payent le plus lourd tribut, tant dans le bouleversement de leur vie de jeunes adultes, que dans le fait d'être à long terme comptables de la monstrueuse facture (et fracture) économique à venir, sans véritable prise en compte ni reconnaissance sincère de leurs sacrifices par leurs aînés. L'apparition du mot-dièse « #etudiantsfantomes » sur les réseaux sociaux témoignait de cette souffrance.

Le gouvernement a alors exprimé sa préoccupation et annoncé les repas à un euro et des chèques permettant de financer les consultations chez des psychologues et un renfort de psychologues et d'assistants sociaux pour les étudiants en difficulté. Ces dispositifs sont-ils et seront-ils suffisants ? Nous avons malheureusement de fortes raisons d'en douter, ne serait-ce qu'au regard de l'insupportable retard déjà pris par la France dans la prise en charge médico-psychologique des étudiants. En effet, une étude publiée dans JAMA en 2020² et portant sur près de 70 000 étudiants évalués en France durant le premier confinement montrait, parmi ceux présentant des signes de souffrance psychique, que seuls 12,4 % avaient déclaré avoir consulté un professionnel pour des raisons de santé mentale et qu'une infime minorité d'entre eux (2,7 %) avaient demandé de l'aide auprès

² JAMA Network Open. 2020; 3(10):e2025591. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.25591

des services de santé universitaire. Ajoutons qu'en France, les étudiants ne bénéficient pas, contrairement aux salariés, de dispositifs encadrant réellement la prévention et la prise en charge des risques psychosociaux. Une première étape serait a minima leur évaluation, c'est-à-dire l'obligation pour chaque établissement universitaire de mieux suivre la santé de leurs étudiants, notamment en publiant régulièrement des mesures d'indices de souffrance psychique, comme cela se fait depuis plusieurs décennies ailleurs dans le monde. Cela permettrait, notamment aux futurs étudiants prenant connaissance de ces indices, de mieux choisir l'université dans laquelle ils souhaitent consacrer plusieurs années de leur vie en meilleure connaissance de cause.

Le sentiment subjectif de solitude: des causes aux conséquences sur la santé mentale et physique

« Il y a dans chaque cœur un coin de solitude que personne ne peut atteindre. » Albert Camus l'écrivait, la pratique clinique le montre, et l'étude le confirme, on constate que c'est souvent plus le sentiment subjectif de solitude que la solitude réelle qui amène les jeunes à se sentir malheureux, rejetés et sans intérêt. En effet, les plus fragiles - isolés ou socialement vulnérables - ne se sentent pas nécessairement beaucoup plus seuls que les autres : dans l'étude du CREDOC, 28 % éprouvent régulièrement un sentiment de solitude versus 24 %

pour l'ensemble des 15-30 ans. Et l'exacerbation de ce sentiment de solitude pouvait aussi conduire à se sentir menacé par le monde extérieur et à adopter une position paranoïaque de repli sur soi et de sensibilité émotionnelle exagérée conduisant à se comporter de façon agressive. La question des liens entre isolement (réel et/ou subjectif) et augmentation de la consommation d'alcool et de drogue est également une question de santé publique chez les jeunes, qu'il nous appartient de mieux objectiver en utilisant une approche suffisamment fine tant les profils de consommateurs sont hétérogènes (consommations occasionnelles et festives avec *binge drinking*, consommations quotidiennes et associées à des comorbidités, etc.).

Une autre façon d'appréhender l'ampleur du phénomène et ses dynamiques, à côté des études cliniques, concerne l'exploration des réseaux sociaux et d'Internet. Déjà, l'étude du CREDOC avait analysé des milliers de requêtes de recherches exprimées par mots-clés par les jeunes isolés sur les moteurs de recherche tels Google : « pas d'amis », « trouver

**LE CLICHÉ RÉMANENT
DU TANGUY,
« ADOLESCENT »
IMMATURE,
AUTOCENTRÉ SUR UNE
VIE SOCIALE RICHE ET
FUTILE ET COUVÉ PAR
UNE FAMILLE AIMANTE,
NE CONCERNE QU'UNE
MINORITÉ DES JEUNES
ISSUS DES CLASSES
LES PLUS FAVORISÉES.**

des amis », « toute seule » etc., et montrait que les forums de discussion sont les tristes antichambres de sombres confidences : dépression, misère affective et sexuelle, échec scolaire... Il n'est pas rare que les idées de suicide y soient exprimées de façon directe avec la demande explicite et technique des différents moyens pour en finir.

Enfin, outre l'impact de la solitude sur la santé mentale (faible estime de soi, dépression, anxiété, irritabilité, insomnie, addictions, risque suicidaire plus élevé), certaines études ont suggéré que la solitude est susceptible d'avoir un impact sur la santé, avec l'obésité, les modifications du système immunitaire et les troubles cognitifs (mémoire, attention, concentration), avec un excès de mortalité toutes causes confondues mis en évidence par différentes méta-analyses. Par comparaison, l'excès de mortalité attribuable à l'isolement social est, selon certaines de ces études, trois fois plus élevé que celui lié à l'obésité et quinze fois plus que celui lié à la pollution de l'air³...

En conclusion, si la cécité et le déni de notre société face à la solitude, la misère affective et sexuelle des jeunes est si profonde, c'est sans nul doute à cause du mythe rémanent de la jeunesse comme étant l'âge d'or

³ *La Fragilité psychique des jeunes adultes : 15-30 ans : prévenir, aider et accompagner.* David Gourion. Éditions Odile Jacob. 2015.

d'une vie. Le cliché rémanent du Tanguy, « adulescent » immature, autocentré sur une vie sociale riche et futile et couvé par une famille aimante, ne concerne qu'une minorité des jeunes issus des classes les plus favorisées.

Il est désormais urgent de trouver les bonnes solutions : le combat contre le chômage et la précarité des jeunes, l'insertion par l'éducation, la culture, le sport, la lutte contre toutes les formes de stigmatisations et un meilleur accès aux soins psychiques en particulier à l'université.



LA SANTÉ MENTALE ET LA PSYCHIATRIE REGORGENT DE TRAVAUX À MENER EN PARTENARIAT, ET EN LIEN AVEC LES INSTITUTIONS



PAR

THIBAUD BERTRAND

CHARGÉ DE PROJETS RELATION ACTEURS ET TERRITOIRE AU DÉPARTEMENT
PARCOURS DES PERSONNES ÂGÉES À LA DIRECTION DE L'OFFRE DE SANTÉ ET
EN FAVEUR DE L'AUTONOMIE AU SEIN D'UNE AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

Problématique : durant des décennies, le versant sanitaire de la psychiatrie a pris le dessus dans la perception de l'opinion publique de nos sociétés contemporaines des sujets liés aux enjeux de santé mentale. Pourtant, l'OMS définit bien la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La crise Covid met également en exergue que s'il existe un sujet lié à la prise en charge des malades de ce virus, les conséquences de la pandémie créent même pour certains une épidémie dans l'épidémie. Cela nécessite donc encore plus de mettre en avant les moyens et dispositifs créés en France pour décroiser les secteurs sanitaire et médicosocial, d'affirmer les enjeux de prévention, pour faire face aux enjeux de la santé mentale.

Ces dernières années, des mouvements législatifs majeurs sont intervenus à mesure que les acteurs étaient en capacité d'entreprendre les démarches des pouvoirs publics.

Les Projets territoriaux de santé mentale : un tournant espéré dans le travailler-ensemble

La mise en place des PTSM a été instituée en 2016 par la loi de modernisation du système de santé, mais s'est véritablement déroulée sur la phase 2019/2020 dans la

grande partie du territoire national. Le PTSM a vocation de permettre une certaine harmonisation et à englober l'ensemble du territoire départemental dans sa mise en œuvre d'actions pluri partenariales. Ce qui est principalement attendu ici, c'est de renforcer la coordination des acteurs, de faciliter la recherche de solutions graduées et complémentaires dans le parcours de l'usager.

Plusieurs cloisons existent : celle du secteur psychiatrique public avec le secteur privé, celle du secteur médicosocial avec le secteur sanitaire, celle des soignants avec les représentants des usagers. Pourtant, le constat est simple et partagé par l'intégralité des acteurs y compris les autorités de tutelle : il faut déjà apprendre à se connaître et à déconstruire parfois des stigmates du passé, faire table rase des clivages, dans le souci de fluidifier les prises en charge, faciliter le recours à l'urgence et/ou l'expertise, déployer des dispositifs « hors les murs », et aller plus loin dans les enjeux de

**PLUSIEURS CLOISONS
EXISTENT : CELLE
DU SECTEUR
PSYCHIATRIQUE
PUBLIC AVEC LE
SECTEUR PRIVÉ,
CELLE DU SECTEUR
MÉDICOSOCIAL
AVEC LE SECTEUR
SANITAIRE, CELLE DES
SOIGNANTS AVEC LES
REPRÉSENTANTS DES
USAGERS.**

déstigmatisation, de la peur face aux maladies mentales et à la souffrance psychique.

La démarche PTSM a permis, sans nul doute, sur les territoires, de répondre à quelques problématiques par sa méthode d'élaboration. Est mis en place un comité de pilotage gageant de la plus grande représentativité des acteurs et secteurs, une chefferie de projet : ces éléments sont bien évidemment échangés auprès des ARS qui sont en appui dans la méthodologie par le relais des outils de l'ANAP également. Les acteurs élaborent alors un autodiagnostic du territoire sur les enjeux de santé, l'état de l'offre, la cartographie des besoins, ce qui est déployé. Cette étape de plusieurs mois est fondamentale et peut être un franc succès avant même le rendu du document au DGARS : souvent, les acteurs apprennent ainsi à travailler ensemble, les directions se rencontrent dans un cadre commun, les représentants des usagers y ont aussi leur place. Ce travail accompli est soumis ensuite à échanges auprès des instances de démocratie sanitaire avant décision de validation du DGARS. Dans la réalité, il a pu être constaté sur un exemple que j'ai suivi, que si les acteurs jouaient le jeu à 100 %, que les pilotes du projet étaient engagés, il se dégageait en commun chez tous les acteurs le sentiment de fierté et d'accomplissement valorisant ainsi déjà une évolution dans les pratiques professionnelles : cela a permis de développer une vision territoriale auprès des

établissements parfois trop centrés sur ce qui se passe in situ. Aussi, la deuxième étape d'élaboration d'une feuille de route sur le déploiement des PTSM est en réalité plus compliquée qualitativement à résoudre. Les autorités de tutelle ont des attentes légitimes, les acteurs eux-mêmes également, cependant l'exercice est difficile. Comment se projeter sur des actions innovantes sans pleine visibilité des décisions politiques pouvant impacter des systèmes dont les réformes sont jugées nécessaires ou encore récentes (Grand âge, Politique inclusive sur le champ du handicap, réforme du financement de la psychiatrie, et bien évidemment l'impact de la Covid plus récemment).

Les PTSM ont ainsi permis à des acteurs à un instant T de se parler sur un projet commun, mais malheureusement dont le déploiement des feuilles de route sera très hétérogène en réalité. Force est de constater que bien souvent ces travaux peuvent ne pas être mis en exergue, y compris dans les démarches d'appel à projets instituées a posteriori dans certaines régions.

L'enjeu aujourd'hui des établissements et services sur les prises en charge est

**IL EST AINSI
REGRETTABLE QUE LES
DISPOSITIFS COMME
LE SONT LES CONSEILS
LOCAUX DE SANTÉ
MENTALE NE SOIENT
PAS DÉVELOPPÉS DE
MANIÈRE ÉGALE SUR LE
TERRITOIRE NATIONAL.**

celui de valoriser les réussites partenariales et de les engager à l'échelle territoriale, si ce n'est pas le cas. Les effets de la suppression du numerus clausus, le temps de former de nouveaux professionnels médicaux ou paramédicaux, prendront du temps mais la prise en charge et la nécessité de travailler ensemble sont des besoins immédiats. Si les besoins de travailler ensemble subsistent, il faut aussi faire face aux enjeux liés de déstigmatisation avec les pouvoirs politiques locaux et comprendre aussi que des enjeux peuvent dépasser une situation médicale.

La cristallisation des enjeux liés aux prises en charge des personnes : la santé face à la sécurité ?

La réforme de 2011 sur les hospitalisations sous contraintes a été un tournant majeur dans l'affirmation des droits et libertés des patients, l'affirmation du rôle prépondérant du juge des libertés et de la détention aussi. Ces éléments sont d'autant plus prégnants que nous vivons dans un monde où les amalgames par les médias sont simples dans les faits divers. Les enjeux liés à la sécurité existent néanmoins. Il faut donc à la fois accompagner la formation des élus locaux sur les pouvoirs de police mais aussi les inciter encore plus fortement à prendre conscience qu'une personne même atteinte d'un trouble mental sur sa commune

(nécessitant des soins avec ou sans son consentement), demeure un citoyen.

Il est ainsi regrettable que les dispositifs comme le sont les conseils locaux de santé mentale ne soient pas développés de manière égale sur le territoire national. Ces CLSM peuvent être déployés depuis plus longtemps que les PTSM et ont un cadre territorial plus restreint, mais ont toutes leur place en lien avec les PTSM. Or, quel agent d'ARS travaillant sur les missions liées aux enjeux de santé mentale sur un département n'a jamais été appelé par un DGS d'une commune ou le maire lui-même demandant comment interner une personne ? Ces questions, dont on imagine le fondement, montrent encore en 2021 l'enjeu de sensibiliser et d'expliquer que la santé mentale ne se résume pas à la psychiatrie, et que si des situations d'urgence peuvent exister, il n'en demeure pas moins important de s'assurer d'un bien-fondé juridique et médical. Il y a aussi un travail à mener sur le vocabulaire en lien avec la santé mentale.

Dans le champ des soins sans consentement, les missions sont effectuées par les ARS pour le compte du préfet de département qui a, lui, connaissance d'éléments propres à sa fonction sur les enjeux liés à la tranquillité, salubrité et au respect de l'ordre public. Les ARS participent à la formation et à la sensibilisation des enjeux de santé mentale à chaque prise de poste dans le corps

préfectoral qui peut, par exemple, se montrer très strict sur le volet sécuritaire lors des demandes de sorties de patients SDRE, dans les prises de poste notamment.

IL N'Y A PAS SUFFISAMMENT DE LIEN ENTRE LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS ET LE CORPS PRÉFECTORAL.

Si le corps préfectoral est amené à rencontrer les établissements accueillant des personnes en soins sans consentement, qu'il dispose de beaucoup de bonne volonté pour mettre en œuvre des rencontres avec la Justice, les forces de l'ordre, les établissements et l'ARS : ces discussions ont souvent un tournant sécuritaire sur les enjeux liés aux fugues, aux sorties, aux transferts de détenus. Il n'y a pas suffisamment de lien entre les représentants des usagers et le corps préfectoral.

Les ARS assurent le secrétariat des commissions départementales en soins psychiatriques. Les usagers diront que le fonctionnement de ces CDSP est perfectible (cf. dernier rapport UNAFAM). Ces commissions souffrent d'un déficit de visibilité et si les prérogatives de la CDSP permettent de saisir le préfet, en réalité, il peut manquer un dialogue informel entre cette commission et le corps préfectoral en y associant les ARS : on pourrait imaginer que le bilan de l'année soit

échangé chaque année par une rencontre avec le préfet du département par un amendement législatif ?

Conclusion : la santé mentale et la psychiatrie regorgent de travaux à mener en partenariat, et en lien, avec les institutions. Les enjeux liés à la reconnaissance de la pair-aidance doivent aussi permettre à l'avenir de participer à l'installation d'une politique aussi inclusive en santé mentale. Les prises en charge hors les murs des hôpitaux sont aussi à valoriser. L'expérimentation menée dans des départements par les CPAM sur les remboursements des consultations de psychologue a aussi mené des effets bénéfiques. Les prochaines années doivent permettre de valoriser et faciliter les parcours des usagers dans le souci d'une politique d'inclusion dans la vie de la cité. La crise sanitaire laisse déjà des séquelles mentales, auxquelles nous nous devons d'apporter des réponses.



LES PSYCHOLOGUES SONT DE FERVENTS DÉFENSEURS DU RESPECT DU TEMPS PSYCHIQUE ET DE L'ÉLABORATION



PAR

DR OPHÉLIE SÉGADE-BOURGEOISET

DOCTEUR EN PSYCHOLOGIE & PSYCHOLOGUE CLINICIENNE DANS LE SERVICE DE
PÉDOPSYCHIATRIE DE L'HÔPITAL NECKER ENFANTS MALADES

Plaidoyer pour le temps psychique

Le rôle du psychologue en santé mentale est pluriel et la place qu'il occupe dépend pleinement du cadre dans lequel il travaille (à l'hôpital, en libéral, en association, etc.). Les professionnels du soin et les patients s'interrogent aussi souvent eux-mêmes sur la distinction entre le psychologue, le psychanalyste et le psychiatre. Le psychologue assure un travail de consultation, de psychothérapie (individuelle, familiale, groupale), il fait du psychodrame, organise des groupes thérapeutiques, il anime des formations, fait de la recherche. Le psychologue, contrairement au psychiatre, n'est pas médecin ; pourtant, son rôle dans le soin psychique peut parfois être comparable en ce qu'il agit en thérapeute. À la différence du médecin, il ne s'occupe pas directement de la dimension somatique, mais parfois indirectement tant on sait que le corps et l'esprit sont indissociables. Il aide aussi à travailler sur l'inconscient, en fonction de son obédience et à l'instar du psychanalyste. Le psychanalyste propose toutefois une méthode d'investigation de l'inconscient à part entière, incluant notamment le fait « d'être allongé sur un divan ».

Il y aurait tant à dire sur la place du psychologue en santé mentale aujourd'hui. Il est souvent sollicité dans ses multiples représentations : oreille bienveillante et espace d'écoute neutre - ce qui est une singularité pré-

cieuse - espace d'introspection et de changement, le psychologue est aussi recherché pour sa qualité d'expert dont on attend

un avis ou des conseils. Il peut aussi être mandaté dans une position d'évaluateur, le bilan psychologique étant aujourd'hui en France l'apanage du psychologue. Les tests psychométriques et projectifs sont les seuls outils objectifs à la disposition des psychologues, les autres outils étant l'écoute et la parole et toute la part de subjectivité que cela implique. Cette subjectivité est elle aussi utilisée comme un outil. À ce titre, les psychologues sont souvent dans une démarche constante d'élaboration et sont eux-mêmes analysés, supervisés ou en formation, gage précieux pour une éthique professionnelle.

Cette question de l'évaluation est devenue centrale en santé mentale, l'air du temps est au diagnostic. La santé mentale a toujours été le reflet de la société. Aujourd'hui, nous ne prenons plus le temps, il faut agir vite, et avoir des résultats quantifiables. L'évaluation est bien sûr nécessaire et permet de donner une direction au soin. Pourtant, la santé mentale impose de prendre du temps pour penser, s'interroger, échanger, donner du sens. Le soin psychique est une clinique du temps. Le temps nécessaire au patient pour la rencontre, pour

**LE SOIN PSYCHIQUE
EST UNE CLINIQUE DU
TEMPS.**

l'après-coup, pour l'introspection, pour l'élaboration et pour le changement.

On oublie trop souvent que le travail psychique prend du temps. Prenons l'exemple du deuil. Avant de pouvoir faire le deuil d'un être proche, il faut d'abord avoir le temps de le pleurer. Les différentes étapes du deuil sont toutes importantes et le temps de la souffrance fait aussi partie du processus de guérison. C'est donc ce « travail », qui se déroule dans une logique du temps incompressible, qui permet de retrouver un équilibre psychique. Le temps de la peine et de la tristesse est effectivement nécessaire pour dire au revoir, pour transformer la présence en souvenir, pour sublimer l'absence en histoires. Quelqu'un qui ne prendrait pas son temps pour pleurer son défunt serait suspect. On l'accuserait de « ne pas avoir fait son deuil ». Ainsi, les patientes enceintes qui perdent leur bébé et à qui l'entourage, se voulant réconfortant, leur suggère : « ne t'inquiète pas, tu en feras vite un autre... », disent souvent la maladresse de ces mots : « c'est bien trop tôt ! ». Ces patientes expriment bien leur besoin d'être tristes d'abord et cette absolue nécessité de la temporalité psychique pour aller mieux.

On voudrait donner des médicaments, aller vite, être rentable en économisant ce temps. Mais être rentable n'est pas nécessairement être rapide. Être efficace en

soins psychiques impose de prendre du temps pour permettre ce nécessaire travail d'élaboration, qui va amener le patient à résoudre ses difficultés. Et c'est aussi donner leur place légitime à des émotions telles que la tristesse, la haine, la colère ou l'angoisse. C'est pour cela qu'il est parfois important de pouvoir être accompagné par un psychologue ou un psychiatre à l'écoute. Permettre ce temps de l'élaboration, c'est aussi prévenir les passages à l'acte, les somatisations et toute autre manière indirecte d'exprimer une souffrance.

Après le temps du patient, il est nécessaire de s'arrêter sur le temps que les professionnels doivent impérativement s'accorder. Pour offrir au patient ce temps psychique, ce temps du soin, il est toutefois absolument nécessaire au psychologue de prendre lui-même ce temps pour penser la prise en charge : penser ses hypothèses, les résonances, la dimension transférentielle, avoir des pistes de travail. Le temps FIR du psychologue (Formation-Information-Recherche) est un espace incontournable du soutien de la pensée et se doit d'être préservé.

Un des atouts majeurs de l'institution va se trouver dans la force que représente la pluridisciplinarité qui va permettre une réelle qualité du soin, renforcée par les différentes expertises. La confrontation des différents avis et compétences peut réellement permettre de pro-

poser une prise en charge d'autant plus riche et efficace que les professionnels auront pu prendre le temps de se concerter, de se réunir en équipe, de confronter les avis pour faire avancer la pensée. Le temps du soin psychique manque cruellement en institution et d'autres espaces de pensée sont ainsi en danger : les temps de « penser ensemble ». Le travail de réflexion avec les collègues autour du patient, psychologues, psychiatres, somaticiens est trop souvent ce qui passe à la trappe. On se réunit pour se répartir les tâches, pour « savoir qui fait quoi », mais rares sont les espaces où les professionnels vont penser ensemble la démarche de soin. Or, ce qui fait la richesse de l'institution, pour le professionnel comme pour le patient, c'est ce regard complémentaire : pouvoir s'appuyer sur l'angle de vue et sur l'expérience des autres, pouvoir se décentrer, pouvoir accompagner un patient, d'autant plus solidement que la réflexion a pu être portée par les pairs, est un indéniable apport pour l'institution.

En effet, en institution, comme à l'hôpital, le psychologue est aussi souvent appelé comme « pompier » dans les situations d'urgences où il faut bien quelqu'un pour accueillir les larmes et la détresse,

**IL EST URGENT DE
REDONNER SA DIGNITÉ
À LA DIMENSION
AFFECTIVE ET
ÉMOTIONNELLE DE
L'ACCOMPAGNEMENT
DES PATIENTS.**

avec lesquelles les autres professionnels ne sont pas à l'aise, pas formés, « pas de place pour l'émotion à l'hôpital », « pas le temps »... Heureusement, les psychologues sont de fervents défenseurs du respect du temps psychique et de l'élaboration. Il faut saluer leur travail militant pour que soient toujours préservés cet espace et ce temps de la pensée.

L'hôpital devient donc un lieu de « l'évaluation » et la prise en charge des soins psychiques (la psychothérapie) relève alors bien souvent du secteur au sein des CMP, CAMPS, libéral, etc. Mais le secteur est lui-même débordé ! Il faut souvent un temps d'attente bien trop long et néfaste au patient pour trouver une place ou une structure de soin. On peut aussi déplorer que le secteur ne bénéficie pas de ressources financières suffisantes pour proposer des soins au moment où la demande est formulée par le patient et pour pouvoir répondre à l'urgence lorsqu'elle existe (tentatives ou menaces suicidaires, violences intrafamiliales par exemple). Le temps manque à tous points de vue : pas le temps pour la temporalité psychique mais parfois pas non plus le temps pour l'urgence.

La place du psychologue a toujours été incontournable en santé mentale : le psychologue est celui qui offre un espace de respect et de protection de l'intériorité, de la vie psychique et de l'intimité, qui permet l'éla-

boration des mouvements émotionnels, inconscients, souvent douloureux, parfois paradoxaux. Le temps de la pensée et celui de l'échange pluridisciplinaire se doivent d'être au cœur de nos pratiques de soins. Il est urgent de redonner sa dignité à la dimension affective et émotionnelle de l'accompagnement des patients, et de donner au soin psychique une place de choix comme un élément déterminant de la prise en charge globale de l'individu.

“

**LA « VAGUE »
PSYCHIATRIQUE
COMMENCE À
DÉFERLER ET EST
AMENÉE À PERDURER
DANS LE TEMPS**

”

La crise sanitaire liée à la Covid-19 interroge et met à l'épreuve des notions essentielles du soin en psychiatrie. La rencontre à l'autre est limitée, la reconnaissance des émotions d'autrui est rendue difficile par le port du masque, les sentiments d'anxiété et de morosité sont aujourd'hui généralisés et les restrictions de liberté partagées. Cette situation inédite a peut-être permis de rapprocher la population générale des patients en psychiatrie : peu de personnes sont assurées de ne pas franchir leur seuil de vulnérabilité, de ne pas « basculer » de l'autre côté. Une nouvelle prise en compte de la santé mentale des populations est aujourd'hui d'actualité. Là où la rencontre est devenue limitée, voire prohibée, les sentiments se rejoignent et se partagent : la peur d'être contaminé, la réduction des projections et un éventuel sentiment coercitif face aux restrictions des libertés individuelles.

L'offre de soins en psychiatrie s'est déjà largement adaptée à la crise sanitaire avec le déploiement des téléconsultations, l'émergence de dispositifs d'orientation en ligne ou à distance, l'anticipation des situations de crises afin d'éviter le recours à l'hospitalisation à temps complet. Deux grands principes du soin en psychiatrie sont d'autant plus sollicités : la prévention primaire (ou secondaire) et la réhabilitation, réinsertion dans la cité des patients atteints de troubles psychiques sévères.

PAR

FRANÇOIS FLOTTES

INFIRMIER ŪPRM AU PÔLE SMAUP AU CHS LE VINATIER

Depuis les urgences psychiatriques, où j'exerce en tant qu'infirmier depuis deux ans et demi, nous constatons de nombreuses nouvelles demandes de consultations depuis le mois de mars 2020. Des personnes qui méconnaissaient totalement les hôpitaux psychiatriques auparavant sont amenées à franchir leur seuil de vulnérabilité en raison des bouleversements engendrés par la crise sanitaire sur nos modes de vie et nos défenses psychiques. L'entrée dans les soins est parfois difficile, a fortiori si elle doit s'effectuer en intra-hospitalier où la cohabitation avec des patients plus « chronicisés » est souvent source d'anxiété. La prévention en amont de la crise pourrait parfois éviter d'en arriver à ce stade. L'impact sur la santé mentale des étudiants est préoccupant. Un déploiement plus massif de professionnels de santé formés et sensibilisés à la prévention des troubles psychiques sur les établissements scolaires, dès le secondaire et jusqu'à l'université, me semble primordial à ce jour. Afin de parvenir à un dispositif efficace, il s'agirait de pouvoir former davantage les personnels, notamment paramédicaux, aux enjeux de santé publique auxquels nous sommes confrontés. L'encouragement à la démarche de recherche en soins infirmiers, la valorisation des domaines d'expertise via l'expérience du terrain doivent être mis en avant. Une

**L'IMPACT SUR LA
SANTÉ MENTALE
DES ÉTUDIANTS EST
PRÉOCCUPANT.**

impulsion en ce sens tend à se répandre dans les hôpitaux psychiatriques de France. L'accès à la formation continue, l'arrivée d'infirmiers de pratiques avancées ou de recherche clinique ou encore les « cases managers », autant de possibilités de rencontrer plus efficacement les patients et de maintenir le contact ainsi que l'accès aux soins.

Le modèle des soins par secteur, censé favoriser l'accès aux soins psychiatriques à proximité de son lieu d'habitation et une meilleure insertion dans la cité, tend à être reconfiguré afin de répondre au mieux aux besoins de la population. Parmi les axes proposés, l'accent est mis sur la mobilité des équipes de soins et la coopération avec le réseau de santé en ville, la participation des usagers aux décisions et l'anticipation de la survenue des situations de crise amenant à des hospitalisations et la réinsertion dans la cité. La professionnalisation de la pair-aidance permet, elle aussi, de « communautariser » le soin et de pouvoir déstigmatiser les personnes atteintes de troubles psychiques. Elles aussi détiennent un savoir précieux, à condition de pouvoir le transmettre à d'autres en étant accompagnées par des professionnels de santé. Le fonctionnement pyramidal du système hospitalier traditionnel tend à s'estomper. Les savoirs et connaissances sont partagés, l'autonomisation via la formation et la professionnalisation doivent être encore plus encouragées afin de permettre

une mobilité. Car c'est sans doute ce qui fait encore douter beaucoup de professionnels : la possibilité qu'a un patient de pouvoir sortir de l'hôpital, de déambuler dans un couloir, d'être hors-cadre puis hors des murs. Mais également la possibilité offerte aux équipes de pouvoir prendre soin à l'extérieur, de se faire confiance et de capitaliser sur les ressources des patients.

Malgré tous les efforts déjà consentis pour réhabiliter les patients à pouvoir s'insérer dans la cité, la maladie chronique conserve sa part d'incertitude et de potentielle rechute. Lorsqu'elles ne sont pas anticipées, ces situations amènent les accompagnants, les familles mais aussi les soignants à des positions inconfortables. Les urgences psychiatriques révèlent toute la dramaturgie de la maladie mentale, sans filtre et dans un condensé de situations diverses. Les états de crises aiguës existeront toujours. Mais comment pouvoir les traiter convenablement ? Certaines villes françaises ont déjà pris le parti d'intégrer des professionnels de la santé mentale dans les équipes du Samu, d'autres ont pu créer leur propre « Samu psy » afin de pouvoir répondre rapidement aux situations qui le nécessitent. Lorsque la capacité du patient à reconnaître ses troubles est altérée, les proches, famille ou voisinage se retrouvent dans l'obligation de faire appel aux forces de l'ordre, secours mobile, SOS Médecins pour prévenir d'un danger imminent. Ces professionnels volontaires mais peu formés font

de leur mieux pour (re) accompagner le patient à l'hôpital ou parfois simplement pour garantir une consultation par un médecin spécialisé en psychiatrie. Ils sont parfois amenés à « contraindre »

le patient physiquement, afin qu'il puisse bénéficier d'une consultation physique aux urgences. Le plus large déploiement d'équipes mobiles spécialisées permettrait d'éviter cette contrainte éthique pour les soignants et souvent délétère pour le patient. Pourquoi ne pas imaginer l'émergence d'équipes de liaison mobile de ville, sollicitables 24 h/24 pour des avis spécialisés avec des outils permettant d'orienter le patient en fonction de l'évaluation clinique.

Dans tous les cas, l'offre de soin psychiatrique doit rester accueillante et ouverte à la parole des patients et encourager le dialogue entre professionnels. La « vague » psychiatrique en lien avec la crise sanitaire et ses retentissements commence à déferler et est amenée à perdurer dans le temps. L'absence de professionnel de la santé mentale dans la composition du conseil scientifique chargé d'orienter les décisions gouvernementales liées à la crise sanitaire a de quoi interroger. Encore plus aujourd'hui, les enjeux de santé mentale nous

**L'ABSENCE DE
PROFESSIONNEL DE
LA SANTÉ MENTALE
DANS LA COMPOSITION
DU CONSEIL
SCIENTIFIQUE A DE
QUOI INTERROGER.**

Les idées des acteurs

concernent tous. La tendance actuelle visant à favoriser le soin hors des murs de l'hôpital, au plus près des patients et de leur environnement grâce à la mobilité des équipes doit être plus que jamais encouragée.



**IL FAUT
DÉSTIGMATISER LA
PSYCHIATRIE AU SEIN
DE LA POPULATION
GÉNÉRALE MAIS
AUSSI DE LA
POPULATION
SOIGNANTE**



PAR

BAPTISTE GAUDELUS

INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE AU PÔLE
CENTRE RIVE GAUCHE AU CHS LE VINATIER

Le rétablissement des usagers comme concept organisateur de la psychiatrie

Le regard porté sur le devenir des personnes présentant des troubles psychiatriques sévères a considérablement changé ces 20 dernières années.

Ce changement, amorcé dès les années 70, n'a pas été induit par les soignants, tant s'en faut. L'idée d'un rétablissement possible de la schizophrénie a été d'abord défendue par les usagers, le plus souvent en opposition au système de santé psychiatrique.

Le rétablissement peut se définir comme un parcours personnel qui permet à la personne de mener une vie satisfaisante, pleine et entière au regard de ses propres critères en étant libre de symptômes invalidants. Le rétablissement se distingue donc du concept médical de guérison ou de rémission, dans la mesure où il est axé sur des critères relevant du bien-être et de la qualité de vie, et non de réduction ou d'absence de symptômes.

Dans les années 1980, la réhabilitation psychosociale, modèle d'intervention né outre-Atlantique dans le contexte de la désinstitutionalisation, est venue soutenir l'idée d'un rétablissement possible des usagers. Ce mouvement, resté très discret en France jusqu'au début du XXI^e siècle, a pris un essor important, accom-

pagnant notamment le développement de nouvelles pratiques issues des neurosciences.

La réhabilitation psychosociale part du principe que tous les usagers peuvent acquérir des compétences pour améliorer leur autonomie et leur qualité de vie subjective. Elle intègre l'ensemble des interventions de soins ayant fait la preuve empirique de leur efficacité pour favoriser le rétablissement personnel en plaçant la priorité des interventions sur l'amélioration de la qualité de vie subjective des usagers et des capacités de fonctionnement psychosocial.

Cependant, cette transformation du regard sur l'évolution au long cours des personnes présentant une maladie psychiatrique n'est pas totalement accomplie et nombre de soignants restent largement marqués par l'idée d'une incurabilité et d'une évolution chronique et délétère des troubles. L'organisation de l'institution psychiatrique elle-même a été conçue sur ce principe, et nous proposons ici notre réflexion sur son évolution possible.

En termes d'organisation et de structure, il paraîtrait intéressant de conserver le découpage territorial en secteurs et pôles pour garder la proximité, la facilité d'accès aux structures de soins ambulatoires, et le

partenariat étroit entre les différentes structures qu'apporte l'organisation du secteur.

En revanche, cette organisation ne devrait plus être « pilotée » depuis un centre hospitalier, a fortiori spécialisé. En effet, le passé asilaire de la plupart des hôpitaux psychiatriques peut constituer un frein important pour l'accès aux soins dans la mesure où ils restent fortement stigmatisés. Du point de vue des soignants, le fait que la structure centrale de l'organisation des soins demeure l'hôpital psychiatrique continue insidieusement d'en faire un lieu central dans le parcours de soins, alors qu'il ne devrait plus être aujourd'hui que le lieu de traitement de la crise.

Pour autant, la structure organisationnelle actuellement représentée par les directions, les instances décisionnaires et de représentations des personnels des hôpitaux psychiatriques d'un département devrait être maintenue afin de garantir une cohérence et une équité dans l'offre de soins. La crise sanitaire actuelle nous aura au moins appris que l'unité de lieu n'est pas stric-

LA CRISE SANITAIRE ACTUELLE NOUS AURA AU MOINS APPRIS QUE L'UNITÉ DE LIEU N'EST PAS STRICTEMENT NÉCESSAIRE À LA TENUE DES DIFFÉRENTES RÉUNIONS ET INSTANCES.

tement nécessaire à la tenue des différentes réunions et instances.

Au sein de ces instances, la place accordée aux représentants des usagers devrait être largement renforcée afin qu'ils puissent se prononcer et peser sur la définition d'une offre de soins correspondant à leurs besoins et leurs attentes, et participer aux organes de contrôle des institutions.

Ainsi, les services d'hospitalisation et les services administratifs et de direction de chaque pôle géographique gagneraient à être localisés au sein des hôpitaux généraux du territoire, facilitant ainsi l'accès aux soins de la population, le travail de liaison entre soins généraux et soins psychiatriques et la déstigmatisation de la psychiatrie. Au sein des unités d'hospitalisation, une logique de non-recours à la contrainte devrait primer, avec, pour les situations où une contrainte sera restée nécessaire, la prise en compte rapide et systématique du trauma lié à l'exercice de cette pratique. La proposition systématique de rédaction de directives anticipées quant aux interventions et traitements que l'utilisateur accepte ou refuse en cas d'hospitalisa-

LE PROJET DE SOINS DE L'USAGER DEVRAIT ÊTRE INDIVIDUALISÉ ET TOURNÉ VERS LES OBJECTIFS ET LES ATTENTES QUI LUI SONT PROPRES.

tion, rédigées à distance de la crise, devrait permettre de limiter la fréquence de la nécessité de contraindre les usagers aux soins. De même, la présence d'ex-usagers devenus pairs-aidants professionnels au sein des équipes de soins constituerait une plus-value en termes de qualité des soins et une garantie quant à leur orientation vers le rétablissement.

En termes d'offre de soins, l'une des limites de l'organisation actuelle du secteur est de ne pas pouvoir proposer à tous une offre diversifiée en termes d'approches. En effet, chaque secteur est marqué par une culture qui lui est propre, ce qui constitue certes une richesse, mais ce qui détermine aussi des axes de prises en charge, non en fonction de l'utilisateur et de sa problématique, mais en fonction de la localisation de son habitation.

Il serait donc important de garantir une offre de soins diversifiée et accessible parmi les différents modèles thérapeutiques ayant fait la démonstration de leur utilité et de leur efficacité dans l'accompagnement des personnes en souffrance, permettant aux usagers d'exercer un réel choix concernant les méthodes et les soignants qui leur conviennent. Quelle que soit la méthode thérapeutique proposée, le projet de soins de l'utilisateur devrait être individualisé et tourné vers les objectifs et les attentes qui lui sont propres, en lui accordant le même « droit au risque » d'échouer ou de réussir dans

ses projets que tout autre citoyen.

En parallèle des structures de proximité de première ligne, il paraîtrait important de bénéficier de structures transversales spécialisées dont le rôle sera de proposer les interventions spécifiques qui ne peuvent être présentes sur l'ensemble des secteurs parce que trop onéreuses ou nécessitant des compétences très spécifiques, et d'assister les équipes de première ligne dans le choix des thérapeutiques pour les usagers qui ne répondent pas aux traitements habituels. Ces structures, en lien étroit avec les services universitaires et les associations d'usagers, devraient aussi participer à l'élaboration et l'évaluation de pratiques innovantes en psychiatrie.

Enfin, le recours à la psychiatrie publique devrait être pensé comme une étape dans le parcours de soins et de santé des usagers, avec, dès le début des soins, la perspective d'un relais vers la médecine de ville (générale et/ou spécialisée) une fois les objectifs de soins de l'usager atteints, avec la possibilité d'un recours rapide aux équipes spécialisées en cas de nécessité. Dans cette perspective, le développement actuel des infirmières de

**UN TRAVAIL
IMPORTANT RESTE
AUSSI À MENER
SUR LA FORMATION
DES SOIGNANTS
EN GÉNÉRAL ET
DES SOIGNANTS EN
PSYCHIATRIE**

pratique avancée en santé mentale (IPA) constituerait un atout important en termes d'offre de suivi pour les personnes présentant des formes chroniques de maladies psychiatriques; toutefois, cette possibilité est actuellement limitée par l'impossibilité, dans le champ de la psychiatrie, d'un partenariat entre le médecin traitant et l'IPA (l'IPA ne peut suivre un usager que sur orientation d'un psychiatre) contrairement à ce qui est proposé pour l'ensemble des autres maladies chroniques.

L'ensemble de ces propositions poursuit un objectif central de déstigmatisation de la psychiatrie, au sein de la population générale, mais aussi de la population soignante. Cette « réhabilitation » de la place de citoyens des personnes vivant avec des maladies psychiatriques engendrerait aussi une amélioration de l'efficacité des soins et une diminution du handicap associé aux troubles en permettant des interventions plus précoces. Afin d'avancer dans cette direction, un travail important reste aussi à mener sur la formation des soignants en général et des soignants en psychiatrie, avec, là aussi, une large place faite à la transmission directe du vécu de leur expérience et de leur savoir par les usagers.



LES ACQUISITIONS VIENNENT DU DEDANS, LES APPRENTISSAGES DU DEHORS



PAR

PR BERNARD GOLSE

PÉDOPSYCHIATRE-PSYCHANALYSTE, ANCIEN CHEF DU SERVICE DE PÉDOPSY-
CHIATRIE DE L'HÔPITAL NECKER-ENFANTS MALADES & PROFESSEUR ÉMÉRITE DE
PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT À L'UNIVERSITÉ RENÉ DES-
CARTES

*Apprendre à parler ou acquérir le langage ? L'inanité
des programmes du type « Parler-bambin »*

Les programmes d'enrichissement surtout quantitatif
du langage entendu par les bébés dans leurs différents
lieux d'accueil ne peuvent être qu'un leurre et une pure
illusion :

- parce que l'enfant entre qualitativement dans le lan-
gage par le biais de la musique du langage et du plaisir
partagé avec l'adulte,
- parce que l'avènement du langage est plus le fruit
d'une acquisition que d'un apprentissage,
- parce qu'enfin certains de ces programmes ont d'ores
et déjà fait la preuve de leur inefficacité.

*L'entrée de l'infans dans le langage verbal via la mu-
sique du langage*

Contrairement à ce que F. Dolto (1987) et d'autres ont
pu soutenir en leur temps, le bébé n'entre sans doute
pas dans le langage par la partie symbolique et digitale
(proprement verbale) de celui-ci, mais plutôt par sa
partie affective et analogique (préverbale).

Le bébé semble en effet beaucoup plus sensible, tout d'abord, à la musique du langage et des sons (ceux qu'il entend et ceux qu'il produit) qu'à la signification des signes en tant que tels (l'intégration du lien entre signifiant et signifié étant sans doute davantage le fait d'un apprentissage que d'une sorte de révélation transcendante immédiate).

Pour entrer dans l'ordre du langage (et du symbolique verbal), le bébé a besoin – non pas de savoir – mais d'éprouver et de ressentir profondément que le langage de l'autre (et singulièrement de sa mère) le touche et l'affecte, et que celle-ci est affectée et touchée en retour par ses premières émissions vocales à lui.

C'est pourquoi, dans le champ du développement précoce, la linguistique structurale saussurienne nous est sans doute d'un moindre apport qu'une linguistique pragmatique plus dynamique et subjectale (J.-L. Austin, 1970 ; J.-S. Bruner, 1983, 1987), car nous avons, me semble-t-il, plus besoin dans ce champ d'une

**L'ENFANT S'APPROPRIE
L'OUTIL-LANGAGE ET IL
DEVIENT UN LOCUTEUR
DE SA LANGUE À
PARTIR D'UN ÉLAN
INTERNE, D'UN DÉSIR
DE COMMUNIQUER
QUI LE POUSSE
INTENSÉMENT VERS
L'AUTRE.**

linguistique de l'énonciation que d'une linguistique de l'énoncé.

Dans cette perspective, on comprend bien, dès lors, l'impact possible des carences sur l'instauration et le développement du langage chez l'enfant, dans la mesure où ces carences affectent parfois profondément les qualités de la voix et de la musique du langage de ses différents caregivers.

Si la voix de ceux-ci ne lui fait rien, et si les émissions vocales du bébé ne leur font rien, trop absorbés qu'ils soient dans leurs difficultés internes, alors, du point de vue du bébé : « À quoi bon parler ? ».

L'enfant n'apprend pas à parler, il acquiert le langage

L'enfant n'apprend pas à parler, il acquiert le langage et, d'une manière générale, les premières acquisitions ne sont pas des apprentissages.

On n'apprend pas à un enfant à dire « je » ou à dire « oui », le « je » et le « oui » surgissent de l'intérieur quand la maturation développementale le permet.

Les acquisitions viennent du dedans, les apprentissages viennent du dehors.

Autrement dit, l'enfant s'approprie l'outil-langage et il devient un locuteur de sa langue à partir d'un élan interne, d'un désir de communiquer qui le pousse intensément vers l'autre.

L'apprentissage proprement dit ne concerne au fond que l'énonciation, le vocabulaire et certains aspects de la syntaxe, mais il ne concerne en rien le vouloir-parler en tant que tel.

Dans un petit livre remarquable, N. Chomsky et M. Foucault (2007) ont réfléchi ensemble à ce qu'il en est de la nature humaine.

À partir de disciplines différentes et d'horizons théoriques fort distincts, ils en viennent à l'idée qu'une des composantes de celle-ci serait peut-être la capacité tout à fait remarquable de pouvoir remonter du particulier au général.

Ainsi en va-t-il de l'accès au langage puisque chaque enfant n'a accès qu'à des échantillons très partiels de sa langue (actualisée dans la parole de ses partenaires relationnels) – même pour les enfants vivant dans des milieux socioculturels favorisés – et pourtant, chaque enfant va pouvoir découvrir et intégrer le code général de sa langue de référence.

**DE NOMBREUX
DISPOSITIFS À
DESTINATION DE
JEUNES ENFANTS
ONT ÉTÉ CONÇUS
DANS L'OBJECTIF
DE DÉVELOPPER
LEURS COMPÉTENCES
LANGAGIÈRES ET
DE PRÉVENIR LES
DIFFICULTÉS SOUS-
JACENTES, LIÉES
NOTAMMENT À
L'ORIGINE SOCIALE DES
ENFANTS.**

La question n'est donc en rien de savoir si chaque bébé entend ou n'entend pas 1 000 ou 1 500 mots de plus !

La question est de faire vivre à l'enfant un plaisir partagé qui le motive à entrer dans la communication.

Les programmes dits de stimulation du langage

À partir d'un rapport dit « Rapport Terra Nova », qui a fait beaucoup de bruit en 2017¹, toute une réflexion s'est développée sur la manière de réduire le plus précocement possible l'impact des inégalités socioculturelles chez les bébés, et ceci dès leur accueil en crèche notamment.

Comment faire, par exemple, pour que les disparités du bain de langage dans lequel ils se développent, n'aient pas de retentissement à long terme sur leur accès au langage qui conditionne en partie, on le sait, leur plus

¹ <https://tnova.fr/rapports/investissons-dans-la-petite-enfance-l-egalite-des-chances-se-joue-avant-la-maternelle>

ou moins grande réussite scolaire ultérieure voire, à plus long terme encore, la qualité de leur intégration socioprofessionnelle.

Dans cette perspective, et sur le modèle de certains programmes nord-américains, de nombreux dispositifs à destination de jeunes enfants ont été conçus dans l'objectif de développer leurs compétences langagières et de prévenir les difficultés sous-jacentes, liées notamment à l'origine sociale des enfants.

Le programme « Parler-bambin » a ainsi eu son heure de gloire en France, programme fondé sur l'enrichissement quantitatif du nombre de mots entendus par les enfants en crèche (P. Ben Soussan et S. Rayna, 2018).

L'évaluation des résultats de ce programme implanté dans des contextes monolingues pour des enfants de 0 à 6 ans s'avère aujourd'hui en grande partie décevante (I. Nocus, A. Florin, F. Lacroix, A. Lainé et Ph. Guimard, 2016).

Un certain nombre de dispositifs développés en contextes plurilingues à l'école maternelle et élémentaire ont également été proposés.

Les enjeux de ces différents programmes doivent aujourd'hui être soigneusement discutés ainsi que les

précautions à prendre dans la généralisation des résultats issus de ces différentes études, compte tenu de la complexité des processus du développement langagier et de la diversité des voies d'acquisition.

Conclusion

Le programme « Parler-bambin » est un exemple certes particulier toutefois paradigmatique en ce qu'il témoigne de la vanité de tout programme de stimulation du langage des enfants qui se voudrait purement quantitatif.

Tout programme de ce type qui ne prendrait pas en compte la motivation endogène à la communication et la dimension d'appropriation de l'outil-langage au sein d'un partage émotionnel, ne saurait être en effet que profondément réducteur et stérile.



ÉDUQUER À LA SANTÉ MENTALE, C'EST EXERCER UNE PART DE NOTRE RESPONSABILITÉ COMMUNE



PAR

ÉMILIE DE FOS

PSYCHOLOGUE CLINICIENNE ET COORDINATRICE DU CLSM DE NANTERRE

La crise sanitaire a la vertu de faire émerger le terme santé mentale dans le discours politique. Nous pourrions nous réjouir de cette soudaine popularité du mot. Toutefois, ce que chacun met derrière cette locution reste au mieux flou au pire complètement erroné, autant chez les professionnels que dans le grand public, et parfois même chez les soignants.

En effet, de vieux stéréotypes demeurent : la santé mentale, c'est l'affaire de la psychiatrie ; ceux qui souffrent d'un trouble psychique sont nécessairement des faibles ou pire des dangers pour la société, en tout cas, ils ont bien dû faire quelque chose pour mériter leur sort. Voilà un petit florilège des idées reçues les plus brutes. Certaines sont plus insidieuses, mais toutes ont la vie dure. Pourquoi ? Parce qu'elles nous rassurent en utilisant le vieux ressort du « eux et nous ». Les psychotiques, les dépressifs, les borderlines, les paranos (la liste est tristement longue) tous coupables de leur déraison et nous. Aujourd'hui, on parle et on sollicite des « pysys » à tout bout de champ, mais sait-on vraiment ce qu'implique une bonne santé mentale ?

Pourtant, un nombre certain de publications s'accordent sur les déterminants de santé mentale, ainsi pour n'en citer que quelques-uns : emploi, genre, pauvreté, niveau d'éducation jouent un rôle crucial dans notre équilibre psychique. En d'autres termes, si vous

êtes chômeur, peu instruit et issu d'une minorité, vous risquez bien plus de souffrir d'un trouble psychique que le reste de la population. De quoi accentuer un peu plus les inégalités.

Il est alors aisé de comprendre que les questions de santé mentale dépassent largement les murs ceints des hôpitaux ou les cabinets des psys et relèvent d'une responsabilité commune.

Ainsi, les Conseils locaux en santé mentale (CLSM) répondent à cette nécessité de responsabilité partagée. Ces dispositifs ont pour vocation l'élaboration de politiques locales de santé mentale en associant l'ensemble des acteurs d'un territoire à la réflexion (élus, soignants, usagers, bailleurs, travailleurs sociaux, etc.). Et celle-ci se doit d'être pragmatique pour répondre aux problématiques concrètes des habitants et des professionnels.

En outre, les CLSM ont participé à l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale. Ces projets, fruits d'un travail commun des acteurs de terrain, contiennent suffisamment d'idées pertinentes qui, si elles sont généralisées, peuvent grandement améliorer les soins : développer l'aller-vers, ouvrir des structures d'accueil de crise en ville, favoriser la participation des usagers, renforcer les partenariats inter-institutions, etc.

**SENSIBILISER À LA
SANTÉ MENTALE NE
PRÉSENTE QUE DES
BÉNÉFICES.**

Nombreuses sont les formidables actions mises en œuvre par les CLSM à travers la France en matière de logement, d'inclusion sociale ou d'accès aux soins pour les personnes en souffrance psychique. Nous connaissons la route : créer plus de CLSM, décloisonner les institutions, impliquer les élus et les citoyens. Mais nombreuses sont encore les résistances et mon expérience de coordination d'un CLSM m'amène à penser que celles-ci sont dues en partie à tous les préjugés énumérés plus haut.

Ainsi, il faut faire évoluer les représentations communes et pour cela je crois indispensable d'éduquer à la santé mentale. Je suis convaincue qu'elle doit être enseignée aux enfants dès la primaire. La pédagogie est évidemment notre meilleure arme. La folie, la mort, la sexualité, les questions fondamentales de nos existences sont rarement abordées avec les enfants. Or, il est préférable de dire aux enfants les choses comme elles sont, aurait dit Dolto. Je ne suis pas psychanalyste, mais j'adhère profondément à sa vision selon laquelle les enfants pressentent intuitivement les grandes questions humaines. Nous nous devons d'être à la hauteur de leurs interrogations, sinon ils adoptent des réponses prêtes à penser.

Sensibiliser à la santé mentale ne présente que des bénéfices : les enfants modifient leurs représentations et au fil du temps les idées reçues s'érodent, diminuant de fait la stigmatisation et l'autostigmatisation dont souffrent les patients de psychiatrie. Les enfants prennent conscience de leur pouvoir d'agir pour se maintenir en bonne santé mentale. Ils deviennent plus compétents à identifier leur souffrance psychique (ou celle d'un proche) et à y faire face. Trop nombreux sont les patients qui ignorent tout de leur fonctionnement psychique, de leurs émotions, ce qu'elles signifient et comment elles fonctionnent. Leur jugement est sans appel : ils sont nuls, stupides ou faibles. Tout un monde de représentations à déconstruire pour commencer le travail thérapeutique.

Il nous paraît aujourd'hui évident d'apprendre aux enfants comment fonctionne le cœur, la digestion, la puberté, pourquoi ne pas leur apprendre le fonctionnement de leurs émotions, de leur cognition, etc., leur expliquer que leur santé englobe le corps et l'esprit, leur permettre de mieux se connaître en tant qu'être humain.

Éduquer à la santé mentale, c'est exercer une part de notre responsabilité commune.



RÉFLÉCHISSONS À UNE RÉPARTITION DES STRUCTURES DE PROXIMITÉ SELON LES BASSINS DE POPULATION ET NON PLUS EN FONCTION DES FRONTIÈRES DÉPARTEMENTALES



PAR

D^R NATHALIE SALOMÉ

PCME AU CH D'ESQUIROL-LIMOGES

Organisation des soins par le Centre hospitalier Esquirol de Limoges au-delà des barrières du secteur

La loi du 31 décembre 1970 a défini les bases de la sectorisation en psychiatrie. Sa mise en place est considérée comme une véritable révolution en regard de l'asile du XIX^e siècle, fondé sur un principe hospitalocentriste. La politique de psychiatrie de secteur permet ainsi de développer la prise en charge « hors les murs » de la santé mentale. Elle est basée sur une organisation géographique des soins, tenant compte de la démographie.

On ne peut qu'admettre l'apport indéniable de cette réforme pour organiser au plus près de la population des soins ambulatoires de qualité, avec notamment la mise en place de structures telles que les Centres médico-psychologiques. Le virage ambulatoire ne fait que renforcer leur rôle clé.

Cependant, ce cadre de sectorisation a pu aussi s'avérer rigide et n'est pas sans inconvénient. Qui n'a pas connu ces problèmes d'orientation de patients vers un service ou un autre pour des raisons de lieu d'habitation (parfois même parce que le patient habitait du côté pair de la rue et non du côté impair) ? Combien de patients se sont trouvés en difficulté après un déménagement y compris dans la même ville parce que le fonctionnement

en secteurs les obligeait à changer d'équipe de soins ?
Et combien de ruptures de soins en ont découlé ?

Avec la sectorisation, chaque secteur s'est organisé pour recevoir tout type de pathologie avec le risque de dilution des moyens, de multiplication de structures identiques ou d'hétérogénéité dans l'accueil des patients en hospitalisation.

En outre, on sait aussi que certaines pathologies requièrent des prises en charge spécialisées qui nécessitent une concentration des moyens. Pour un accès à tous de ces soins spécialisés, se sont mises en place des structures « intersectorielles ».

Comme dans beaucoup d'autres hôpitaux, c'est ce que nous avons commencé par faire au Centre hospitalier Esquirol de Limoges avec notamment une prise en charge intersectorielle de la Psychiatrie de la personne âgée dans un premier temps.

Mais il y a plus de dix ans déjà, nous avons fait le choix d'aller encore plus loin.

En effet, nous avons totalement réorganisé notre offre de soins. Et celle-ci ne se fonde plus du tout sur le découpage géographique, mais se définit par la notion de parcours de soins du patient.

De manière globale, les soins intra ou extra-hospitaliers s'organisent autour de trois départements : Hospitalisation, Réhabilitation et Ambulatoire au sein desquels se définissent des parcours tels que celui des troubles de l'humeur et des émotions, celui des troubles psychotiques ou des troubles addictifs.

**NOUS TRAVAILLONS
POUR ESSAYER
DE FLUIDIFIER LE
PARCOURS DE NOS
PATIENTS, POUR
FAVORISER AUTANT
QUE FAIRE SE PEUT
LA CONTINUITÉ DES
SOINS.**

Nous y avons vu plusieurs avantages :

En hospitalisation, cette organisation permet une prise en charge de groupes homogènes de patients favorisant des soins adaptés et spécifiques par des équipes soignantes qui deviennent expertes dans leur domaine.

Il existe une plus grande harmonisation des pratiques qui fait qu'un même patient peut être éventuellement hospitalisé dans des unités différentes au sein d'un même parcours sans difficulté particulière. D'où une plus grande souplesse.

Selon le stade de sa maladie et son évolution, le patient va donc être pris en charge par une équipe différente,

certes, mais qui s'est spécialisée. Bien évidemment, ce changement doit se préparer.

Cette tendance à l'hyperspécialisation au sein du parcours psychiatrique peut aussi avoir ses travers. Il faut être attentif à ne pas trop rigidifier les parcours. On sait bien que les patients peuvent avoir des comorbidités ou des pathologies qui évoluent. On peut aussi avoir besoin d'un temps d'évaluation avant de définir le parcours « idéal » pour un patient. Cela nécessite une forte concertation.

Actuellement, nous travaillons pour essayer de fluidifier le parcours de nos patients, pour favoriser autant que faire se peut la continuité des soins. Cela passe, par exemple, par des staffs de parcours ou de département.

Mais il est très important aussi de comprendre que cet abandon de la sectorisation ne veut pas dire abandon des soins de proximité.

Les soins « hors les murs » s'organisent autour de Centres de proximité en santé mentale répartis en

**NOUS SAVONS QUE
LES BESOINS DE
LA POPULATION NE
PEUVENT PAS SUIVRE
PARFAITEMENT LE
DÉCOUPAGE DE NOTRE
DÉPARTEMENT.**

fonction des bassins de population au sein du département de la Haute-Vienne.

Là encore, nous savons que les besoins de la population ne peuvent pas suivre parfaitement le découpage de notre département. Le phénomène de désertification médicale accentue encore ce fait. Mais, quel que soit son lieu d'habitation, la population doit pouvoir avoir accès à des soins de proximité y compris dans un milieu rural. Elle doit pouvoir aussi se référer à des soins d'expertise si nécessaire. Les moyens matériels et humains ne peuvent pas non plus se multiplier.

Cela nécessite donc d'être inventif au-delà de son département. C'est le cas, par exemple, avec la création de services interétablissements entre le Centre hospitalier Esquirol et le Centre hospitalier de La Valette de Saint-Vaury en Creuse. C'est le cas aussi, avec une collaboration étroite entre notre établissement et l'hôpital d'Angoulême, pour des consultations en Haute-Vienne de patients charentais.

Et il est peut-être temps de réfléchir à une répartition des structures de proximité selon les bassins de population et non plus en fonction des frontières départementales.

Dix ans d'expérience dans cette organisation « déséctorisée » nous confortent dans cette voie. Nous y voyons

Les idées des acteurs

un moyen de répondre au mieux aux besoins des patients dans une logique de parcours de soins. Dans un contexte de pénurie médicale, c'est aussi une voie de mutualisation. Et aussi probablement d'attractivité pour les jeunes praticiens.



LAISSONS LES PROFESSIONNELS DE LA PSYCHIATRIE CONSTRUIRE LES FILIÈRES ET LES PARCOURS DANS LES TERRITOIRES



PAR

BRUNO DAUNIZEAU

PSYCHANALYSTE - PSYCHOLOGUE CLINICIEN, EXPERT PRÈS LA COUR D'APPEL DE VERSAILLES, EXPERT AGRÉÉ PAR LA COUR DE CASSATION, EXPERT PRÈS LA COUR PÉNALE INTERNATIONALE

Expertise « psy » : vers une nécessaire uniformisation

Les dysfonctionnements révélés régulièrement en matière de justice mettent au premier plan la complexité de l'expertise « psy », l'importance de ses enjeux quant aux décisions judiciaires qui en découlent et la réforme nécessaire de ce type d'expertise.

Un des axes de cette réflexion porte sur la distinction qui est faite entre l'expertise « psychiatrique » et l'expertise « psychologique », distinction qui semble aujourd'hui obsolète et qui pose la question de la formation et du recrutement des experts. De nombreux professionnels demandent que ces 2 modes d'expertise soient abandonnés au profit d'une seule et unique expertise, qui sera qualifiée de « médico-psychologique », et qui pourrait être réalisée indifféremment par des psychiatres ou des psychologues. Ces professionnels devront au préalable être formés dans le but de fournir des expertises de qualité. Cette formation harmonisée devra également prendre en compte l'expérience professionnelle de chacun des experts, le temps passé pour réaliser cette expertise, sans parler de la revalorisation des actes d'expertise.

Cette harmonisation de la formation permettrait également d'éclairer plus objectivement la dimension humaine dans ces procédures, elle permettrait la mise en

place d'une réelle avancée dans l'art difficile de rendre la justice, en évitant de mettre à mal tant le justiciable que la victime, tant la justice que les experts eux-mêmes. Ces formations seront particulièrement axées sur la criminologie, la victimologie, la délinquance, ainsi que sur les techniques d'expertise et les méthodologies à respecter.

Quelle que soit la bonne qualité de bon nombre d'expertises psychiatriques et d'expertises psychologiques réalisées tous les jours, ces expertises « pys » sont souvent dénigrées et considérées comme une source de complications, ce qui ne correspond pas à la mission confiée aux experts. Le devoir d'objectivité des experts et de la justice ne peut accepter les positionnements personnels et idéologiques, sources de conséquences négatives. La justice doit pouvoir prendre en compte tous les éléments de la vie et de la personnalité des personnes expertisées et ne peut pas se satisfaire d'évaluations approximatives ou erronées. Ces erreurs sont généralement constituées par des évaluations cliniques partielles ou erronées, par positionnements personnels ou idéologiques nuisibles au devoir d'objectivité des experts.

La nécessité de cette réforme est d'autant plus impérative que les demandes d'expertises ne cessent d'augmenter : face à cette demande, nous constatons régulièrement

le manque d'experts psychiatres, situation s'aggravant d'année en année. Il s'agit également de prendre en compte le contenu de la formation et l'expérience professionnelle des psychiatres et des psychologues experts. Il n'est pas de faculté qui ne crée son propre diplôme universitaire en matière d'expertise amenant ainsi une pléthore d'offres de formation mais sans cohérence véritablement commune. Cette harmonisation de la formation se révèle nécessaire ne serait-ce que dans la mesure où les psychologues et les psychiatres sont amenés à expertiser différents types de populations (enfants, préadolescents, adolescents et adultes), différents types de statuts (auteurs ou complices, victimes directes ou indirectes, témoins), différents types de cultures (ethniques, religieuses, culturelles), pour différents comportements conduisant devant le juge des enfants, le juge aux affaires familiales, ou le juge d'instruction, le tribunal correctionnel ou la cour d'assises. Il faut admettre que tant les psychiatres que les psychologues n'ont pas reçu au cours de leur cursus universitaire initial de formation concernant la psychologie des auteurs d'infractions, la psychologie des victimes, les spécificités de l'expertise. Sur

**NOUS CONSTATONS
POUR CE QU'IL EN EST
DES PSYCHIATRES
UNE DIMINUTION
TRÈS IMPORTANTE
DE LEUR EFFECTIF
PROFESSIONNEL, ET
CE, DEPUIS PLUSIEURS
ANNÉES.**

un autre plan, les formations initiales des psychologues sont très différentes d'une faculté à l'autre, peuvent se révéler très disparates et souvent peu en phase avec les attentes des différents acteurs et consommateurs de la justice.

Aujourd'hui, la distinction entre « expertise psychiatrique » et « expertise psychologique » semble de moins en moins se justifier. Différentes raisons conduisent à ce constat : des raisons liées à l'effectif actuel et futur des experts potentiels et des raisons liées à la nature des questions posées aux experts.

Dans un premier temps, nous constatons pour ce qu'il en est des psychiatres une diminution très importante de leur effectif professionnel, et ce, depuis plusieurs années, sans parler des déserts médicaux et des départs à la retraite, ce qui amène à entendre les magistrats se plaindre de façon récurrente du manque d'experts psychiatres. Au contraire, le nombre de psychologues augmente d'année en année, ce qui constitue ainsi pour les magistrats une ressource d'experts potentiels.

Dans un second temps, nous pouvons également constater que la plupart des questions posées dans les 2 missions d'expertise se révèlent souvent semblables et cette redondance n'apporte pas nécessairement plus de clarté quant à l'évaluation de la personnalité

des personnes expertisées mais bien plutôt offre le flanc à la critique mettant en évidence des conclusions ou des points de vue parfois contradictoires, souvent subjectifs et/ou idéologiques.

LA FORMATION DOIT PORTER SUR LA CRIMINALITÉ, LA PSYCHOLOGIE DES AUTEURS, LA NOTION DE RÉCIDIVE ET LA DÉLINQUANCE.

La qualité des prestations en matière d'expertise sera d'autant plus grande que la justice disposera d'un grand nombre d'experts bien formés et expérimentés, dans l'ensemble du territoire. Il est donc important, dans le but d'obtenir une pratique expertale de bonne qualité, d'homogénéiser les connaissances pour répondre aux besoins de la justice. Il est difficile de prétendre au statut d'expert quand on n'a pas reçu et validé une formation spécifique qui n'est pas comprise dans le cursus initial de formation. La formation doit porter sur la criminalité, la psychologie des auteurs, la notion de récidive et la délinquance. Une bonne part du temps de la formation doit également être consacrée à la connaissance de la victimologie, à la prise en charge des victimes, à la cotation des préjugés selon les nomenclatures en vigueur, aux enjeux de la sexualité. De plus, des connaissances doivent être acquises en droit pénal, sur le système judiciaire et ses acteurs, ainsi que sur les pratiques de l'expertise.

Quant aux questions d'éthique et de déontologie, il est nécessaire de réfléchir à l'impartialité et à l'indépendance de la situation de l'expert, ainsi qu'à la représentativité de l'expert dans le procès de justice.

Enfin, il sera nécessaire de mettre en place une formation, non négligeable, à l'oralité, c'est-à-dire la soutenance du rapport d'expertise aux assises. Il arrive que l'expert ait à se confronter à l'hostilité a priori des avocats et/ou des magistrats. Il n'est pas évident alors de ne pas céder à la pensée dominante, il n'est pas facile de résister aux assauts de certains ténors du barreau qui ont fait de la déstabilisation des experts une spécialité, ne serait-ce qu'en opposant dans un même dossier le rapport de l'expert psychiatre à celui de l'expert psychologue. Nombre d'experts ont démissionné du fait de pas avoir su faire face à ces attaques.

Rappelons que, plus que d'objectivité (idéal impossible), l'expert doit faire preuve d'impartialité, il convient qu'il soit indépendant au regard de l'autorité de l'État et neutre à l'égard des parties, faisant si possible abstraction de ses préjugés et facteurs personnels, conscients ou inconscients, pour mettre en évidence ses capacités à

**LA RÉMUNÉRATION DE
L'EXPERT DEMEURE
UNE PROBLÉMATIQUE
RÉCURRENTÉ.**

s'adapter aux particularités propres à chaque personne expertisée. Son analyse sera fondée sur des données de fait, il doit évaluer les situations et écouter les dires de chacun dans une totale ouverture : « Écouter quelqu'un, c'est entendre sa voix. Écouter la voix d'un autre, c'est écouter dans le silence de soi une parole qui vient d'ailleurs... laisser résonner la parole d'un autre implique nécessairement le suspens de tout raisonnement. » (Denis Vasse, *L'ombilic et la Voix*, Seuil 1974). La possibilité d'établir un portrait psychologique d'un individu dépend, dans un premier temps, des questions qui lui seront posées ainsi que de l'assurance prise à bien les lui faire comprendre. Dans un second temps, de la qualité de l'écoute qui sera apportée à ses réponses.

Il y a un réel intérêt d'abandonner cette distinction entre « expertise psychiatrique » et « expertise psychologique », et de mettre à la disposition de la justice un groupe uniforme d'experts professionnellement expérimentés et bien formés à la pratique de l'expertise « médico-psychologique » sur l'ensemble du territoire national.

Enfin, la rémunération de l'expert demeure une problématique récurrente. Tous s'accordent à dire que les barèmes sont trop bas, ne tiennent pas compte du travail fourni et du temps passé, ce qui n'incite pas les psychiatres et les psychologues à s'inscrire sur les listes

d'experts. La rémunération de l'expert devrait être proportionnelle à la fois aux exigences de qualification, de formation initiale et continue, des prestations demandées aux experts, et en même temps à la réalité de l'expertise, à la nécessité éventuelle de plusieurs entretiens, aux nombreuses heures d'analyse de dossier et de recherches bibliographiques, voire de déplacements en maison d'arrêt.

Conclusion

Pour mettre en place une uniformisation de l'expertise « psy », il convient d'harmoniser la formation sur l'ensemble du territoire national afin d'obtenir un contingent d'experts professionnellement expérimentés, au préalable formés à la pratique expertale en général et à l'expertise mentale en particulier. Impartialité et neutralité permettront alors d'effectuer des évaluations fiables, se rapprochant au plus près d'une objectivité nécessaire limitant ainsi les demandes de contre-expertises, qui engendrent incontestablement des frais judiciaires et des procédures dont la durée devient insupportable tant pour le justiciable que pour une bonne administration de la justice.

Certes, il y aura toujours une part humaine qui ne pourra être substituée et laissera une trace d'imprévisibilité. Elle ne pourra pas être substituée, dans une tentation

de justice prédictive, par un outil d'intelligence artificielle qui aboutirait à des décisions judiciaires prévues en fonction de tel ou tel délit et/ou crime. Pour conserver leur place et leur rôle dans ce procès humain, les experts psychiatres et psychologues doivent souscrire à une telle réforme, peut-être difficile à accepter, mais indispensable à une justice de qualité.



**88 % DES EXPERTISES
PSYCHIATRIQUES
SONT RÉALISÉES
PAR DES PRATICIENS
HOSPITALIERS**



PAR

NIDAL NABHAN ABOU

PSYCHIATRE EXPERT À LA COUR D'APPEL DE RENNES

Expertise judiciaire psychiatrique : de nouveaux défis ou une bataille perdue d'avance ?

L'expertise psychiatrique judiciaire représente une évaluation essentielle, permettant aux magistrats d'orienter au mieux le justiciable auteur d'une infraction pénale.

Effectivement, si l'Expert met en lumière que le prévenu est atteint d'un trouble mental, il pourra être orienté vers une prise en charge sanitaire plutôt que vers une sanction pénale de droit commun.

Cette protection des patients constitue un pilier humaniste de notre démocratie.

L'auxiliaire de justice qu'est l'expert psychiatre doit éviter les « préjugés », il porte la discussion médico-légale et explique la démarche médico-psycho-criminologique qui constitue un temps fort du procès pénal.

L'Expert psychiatre se voit ainsi projeté dans l'interface entre justice et santé, entre détention et hôpital.

Pratiquant cet art depuis plus d'une vingtaine d'années, je tenterai de partager à travers ces lignes, ma passion, mes coups de gueule et surtout mes craintes d'un avenir sombre que je voudrais conjurer.

Focus sur cet exercice si particulier ...

Tout commence par une rencontre, une fascination et voilà mes yeux grands ouverts, une passion est née, mon rhésus sanguin se transforme et devient psychiatrie légale. Circule alors dans mes veines une envie de découvrir, d'apprendre, de forger, de passer des heures sur les bancs des tribunaux, à écouter déposer mes maîtres.

Combien de week-end et de soirées sacrifiés ?

Combien de kilomètres parcourus ?

Combien d'heures d'attente devant les portes lourdes des maisons d'arrêt et devant les portiques de sécurité ?

Le pas sûr, le sourire affiché, j'examine, j'interroge, je m'interroge, je dicte, je relis, je signe, je dépose aux assises à mon tour et je deviens addict à cette adrénaline de la barre.

Les années passent, je me lâche de plus en plus et je me surprends, amusée, là où j'étais terrorisée des années auparavant.

**49 148 EXPERTISES
PSYCHIATRIQUES
EN 2020 POUR
UNIQUEMENT
356 EXPERTS**

Les années passent et le constat est inquiétant : 88% des expertises psychiatriques sont réalisées par des praticiens hospitaliers (PH), dont je fais partie ; mais quel est le statut de l'Expert ? Cette question, je l'ai posée il y a plus de vingt ans et toujours pas de réponse claire.

Les années passent et j'assiste à de multiples exclusions, par différents gouvernements, du statut des collaborateurs occasionnels du service public, des rattachements au régime des indépendants puis, des retours à la case départ.

Les années passent, je m'exclame devant les chiffres : 49 148 expertises psychiatriques en 2020 pour uniquement 356 experts.

Les années passent et nous sommes de moins en moins nombreux.

Le suintement devient saignement, 800 experts en 2007, alors que le nombre de sollicitations judiciaires ne cesse d'augmenter.

Plus de délinquance ? Plus de criminalité ? Certainement, mais pas seulement...

Les demandes d'examen en garde à vue se multiplient, des expertises systématiques pour les majeurs vulné-

rables, je vois arriver en 2019 les cours criminelles, en 2000 la chambre de l'instruction et les demandes d'expertises post-sentencielles, avec évaluation du risque de récidive, explosent.

Trouver un Expert devient mission impossible. L'hémorragie devient cataclysmique.

Je m'interroge : l'expertise fait-elle peur à nos jeunes collègues ? La psychiatrie légale serait-elle moins attirante ?

Le gouvernement reste sourd devant les multiples demandes de nos professeurs pour organiser l'enseignement de psychiatrie légale dans le cadre d'une option spécifique ou une FST, qui donnerait une base de connaissance incontournable, associée à un compagnonnage par un expert senior chevronné.

Les années passent et les missions parlementaires, sénatoriales donnent des conclusions, des recommandations. La dernière date de mars 2021 et a été conduite par deux sénateurs qui ont acquis une certitude : une réforme profonde de l'expertise psychiatrique est nécessaire, car il y a de moins en moins d'Experts et de plus en plus d'expertises.

Et si on sortait de l'expertocentrisme ?

Certains juges d'instruction ont recours aux experts, parce qu'il le faut en matière criminelle et abrègent ainsi certaines instructions. En correctionnelle, il est plus rare de recourir à l'expertise alors que bien des profils demanderaient cet éclairage, plus qu'en cas de crime...

Les familles qui croient à la vertu explicative d'un procès sont souvent déçues, elles le sont encore plus si on prête au procès une vertu réparatrice.

L'expert doit dire : à poursuivre pas d'irresponsabilité pénale ou bien à envoyer en psychiatrie.

Les missions s'ajoutent au fil des décennies, notamment celle de l'évaluation de la dangerosité. Mais quelle évaluation ? Même la dangerosité individuelle est très difficilement évaluée, car influencée par des paramètres externes trop nombreux et aléatoires.

Le psychiatre dit : c'est passionnant mais le juge à l'instruction, en jugement, en post-sentenciel il n'a pas le temps pour cela.

**OUI, IL Y A URGENCE,
À NOUS D'AUGMENTER
LA QUALITÉ DE NOS
RAPPORTS PAR
LA CLARTÉ ET LA
PROFONDEUR DE NOTRE
QUESTIONNEMENT QUI
DOIT SURTOUT RESTER
HUMBLE.**

On s'accroche, il y a toujours des affaires exceptionnelles bien sûr, mais là c'est souvent le prévenu accusé qui déçoit.

L'objet humaniste de l'expertise est devenu inapplicable, et par indisponibilité des experts elle devient en plus un frein à la clôture rapide des dossiers aux yeux des magistrats.

Oui, il y a urgence, à nous d'augmenter la qualité de nos rapports par la clarté et la profondeur de notre questionnement qui doit surtout rester humble.

Écartons les algorithmes en laissant la place à l'appréciation clinique et humaine.

Soyons engagés :

- Pour une option d'enseignement de psychiatrie légale.
- Pour une valorisation du statut de l'Expert.
- Pour des expertises de qualité et non de quantité.
- Pour une dualité d'Experts nécessaire à une discussion psycho-médico-criminologique argumentée.

- Pour une augmentation de l'attractivité par une réévaluation de la tarification des actes et des dépositions aux assises.

- Pour une amélioration des conditions de réalisation des expertises.

Oui, soyons engagés, transmettons cet héritage précieux, soyons engagés encore et toujours pour la défense de nos malades aliénés.

« Sans la reconnaissance de la valeur humaine de la folie, c'est l'homme même qui disparaît. » François Tosquelles.



MA PROPOSITION D'ACCOMPAGNEMENT DE MÉDIATEURS DE SANTÉ-PAIRE EST RAREMENT REFUSÉE



PAR

JULIETTE VAILLANT

MÉDIATRICE DE SANTÉ-PAIRE À L'EPS BARTHÉLEMY DURAND &
FORMATRICE EN SANTÉ MENTALE À L'AFAR

En tant que Médiatrice de Santé-Paire (MSP), professionnelle de santé, mes compétences premières sont : mon vécu de la maladie psychique, de l'hospitalisation en Psychiatrie et mon parcours de rétablissement en santé mentale. Ce socle de savoirs expérientiels est étayé par une formation, une 3^e année de licence à l'université Paris Sorbonne Nord. J'ai intégré une équipe de psychiatrie hospitalière, il y a 3 ans (intra-hospitalier, CMP, ETP).

Mon statut de salariée de l'hôpital à temps plein a pour vocation de favoriser les pratiques orientées rétablissement, l'empowerment des usagers via un accompagnement et une vision qui sont complémentaires à celles apportées par les autres professionnels de l'équipe. Mes thèmes d'intervention : le déni de la maladie, l'adhésion aux traitements, la compréhension de la maladie et sa gestion au quotidien, l'orientation au sein du système de soin, les projets (lieu de vie, emploi, socialisation...), l'Éducation thérapeutique du patient...

Très rapidement, les personnes hospitalisées m'attendaient le matin à la porte du service, elles avaient saisi que j'avais du temps pour elles, que je pouvais être sollicitée tout au long de la journée sans nécessairement prendre un rendez-vous ou patienter plusieurs heures. En intra-hospitalier, au CMP ou à l'ETP, le dévoilement de mon statut a un impact notoire sur les personnes. Il

s'ensuit parfois un temps de latence puis un écarquillement des yeux, des questions, des remarques, des félicitations même. Ma proposition d'accompagnement est rarement refusée, même si je souligne le caractère facultatif de celui-ci. Cet engouement devient de temps à autre une projection, ex : « Juliette, comment fait-on pour devenir Médiateur de Santé-Pair ? J'aimerais bien faire ça, plus tard, quand j'irai mieux. Je pourrais aider les autres... »

Si la présentation de mon métier et de ce qu'il implique a un effet notable quasi immédiat chez la plupart des usagers, l'impact de cette annonce me semble plus important encore lorsqu'il s'agit des proches, des familles. Au-delà de l'espoir que le MSP peut apporter en termes de rétablissement, de qualité de vie, sa présence dans une structure rassure, comme s'il garantissait une bienveillance de l'institution, une sorte de garde-fou. On lui attribue volontiers la compétence qui semble faire défaut à l'entourage, celle de mieux comprendre la personne souffrante et, de fait, lui accorder un meilleur

**AU-DELÀ DE L'ESPOIR
QUE LE MSP PEUT
APPORTER EN TERMES
DE RÉTABLISSEMENT,
DE QUALITÉ DE VIE,
SA PRÉSENCE DANS
UNE STRUCTURE
RASSURE, COMME S'IL
GARANTISSAIT UNE
BIENVEILLANCE DE
L'INSTITUTION, UNE
SORTE DE GARDE-FOU.**

soutien. Ex : « On peut partir en vacances tranquilles, on sait que vous veillez sur elle et vous la comprenez mieux que nous. »

Alors que les usagers se sont très vite saisis de cette opportunité d'échanger avec moi, de travailler sur leur propre chemin de rétablissement, cela est moins évident pour une équipe qui a toujours fonctionné sans MSP et qui s'interroge sur les apports potentiels de ce nouveau métier au sein de leur service. Ex : « Juliette, toi on t'a bien intégrée, par contre pour ton métier on ne sait pas encore... » L'assimilation est plus lente, car les enjeux ne sont pas les mêmes. On se demande si des postes d'infirmiers vont être à terme remplacés par des postes de MSP. S'ajoute à cela la question des territoires d'exercice. Ainsi, le délai nécessaire pour démontrer que le MSP a des apports qui lui sont spécifiques et qu'il n'empiète pas sur les tâches de ses collègues, peut s'avérer long surtout si l'équipe n'a pas été préparée à son arrivée.

Pour qu'un maximum d'usagers puissent bénéficier de ce type d'accompagnement, il me semble nécessaire de former davantage de MSP mais aussi leur permettre de s'intégrer facilement dans une équipe et de se projeter vers l'avenir via des perspectives d'évolution de poste et de salaire.

Afin de tendre vers une pérennisation et une démocratisation de ce type de postes, dans les services de psychiatrie, la formation préalable des équipes est décisive. Formation qui a trait aux pratiques orientées rétablissement, à l'empowerment, à la réhabilitation psychosociale, à l'inclusion sociale, et qui nécessite une réflexion profonde. Ces formations sont proposées aux équipes par le CCOMS (Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale), qui porte le projet. Ces formations sont systématiquement co-animées par un ou plusieurs MSP.

De manière empirique, j'ai découvert qu'en présentant mon métier à des étudiants infirmiers, aides-soignants, internes de mon service, j'éveillais un intérêt qui était plus difficile à obtenir de la part de professionnels déjà bien installés dans leurs fonctions. Ainsi, la pluridisciplinarité et les pratiques innovantes, si elles sont enseignées ou simplement discutées durant les études, permettraient d'amenuiser les réticences qui sont souvent liées à la méconnaissance du métier, au statut qui peut paraître ambigu de professionnel de santé concerné par la maladie psychique, à la question du territoire d'exercice...

Malgré les difficultés rencontrées au cours de ma période d'intégration, et malgré le chemin qu'il reste encore à parcourir avant que ce métier trouve pleinement

sa place en Psychiatrie, je me sens à ma juste place. Je ne pourrais pas être plus utile aux autres, à la société et à moi-même que dans cette fonction. Aussi longtemps que ce sentiment m'habitera, je mettrai tout en œuvre pour continuer dans cette voie et participer à son développement.

IL EST DIFFICILE DE TROUVER UN INTERLOCUTEUR QUI SACHE ÉCOUTER, SIMPLEMENT ÉCOUTER POUR POUVOIR PROPOSER ENSUITE ET ORIENTER SI NÉCESSAIRE.

En situation : Juliette, MSP - Nicolas, usager

Nicolas - « Les souvenirs de ma première rencontre avec Juliette sont flous et à la fois très précis. Elle avait de grands yeux et une coquetterie dans son sourire. »

Juliette - « Nicolas sortait de chambre d'isolement suite à une décompensation. »

Nicolas - « Elle est venue dans ma chambre et elle a pris le temps de se présenter, prendre le temps à l'hôpital c'est important. »

Juliette - « Je me suis assise à sa hauteur, je lui ai expliqué la particularité de mon métier. »

Les idées des acteurs

Nicolas - « J'étais dans un grand état de confusion et d'angoisse. »

Juliette - « Je lui ai parlé du rétablissement, l'ai rassuré sur le caractère transitoire de son état actuel et ai souligné ses avancées. »

Nicolas - « Elle a réduit mon angoisse et de cette discussion, l'espoir est apparu. Depuis ma sortie de l'hôpital, nous nous voyons régulièrement, de cette première rencontre un dialogue est né, une parole et un espoir. »

Juliette - « Aujourd'hui, de façon très horizontale, nous travaillons à poursuivre son parcours de rétablissement, nous échangeons nos trouvailles : livres sur la psychiatrie, conférences, recherches scientifiques... »

Nicolas - « Il est difficile de trouver un interlocuteur qui sache écouter, simplement écouter pour pouvoir proposer ensuite et orienter si nécessaire. »



LA PRISE EN CONSIDÉRATION DU CORPS EST IMPORTANTE POUR COMPRENDRE LA PLUPART DES PROBLÉMATIQUES



PAR

MARIE ORIEUX

D.U. SOCIO-ESTHÉTIQUE, UFR DE PHARMACIE À NANTES, UNITÉ ESPACE
PSYCHIATRIE 5 À L'HÔPITAL SAINT-JACQUES DE NANTES

Par l'instauration des mesures sanitaires et pour éviter toute propagation du virus, nous ne nous touchons plus. Plus de poignées de main, plus de tapes affectueuses, plus d'accolades, d'embrassades. Or, le « toucher » comme nos autres sens est vital pour nous tous. Et encore davantage pour les personnes en souffrance physique et/ou psychique.

L'histoire de la socio-esthétique commence dans les années 1960 avec deux esthéticiennes, Jenny Lascar au sein d'un service psychiatrique à l'hôpital du Vinatier de Lyon et Renée Roussière au sein du CHU de Tours. Toutes deux pratiquent des soins esthétiques auprès de patients hospitalisés. Elles se rendent compte du bien-fondé de cette expérience. Ce furent les prémices de la socio-esthétique.

« *Coup de cœur* »

La socio-esthétique est une approche innovante en psychiatrie. En complémentarité avec les autres soins, elle semble apporter une véritable plus-value à l'accompagnement proposé. C'est une démarche favorisant l'alliance thérapeutique globale et l'état général de santé, notamment l'estime de soi, la prévention des conduites auto-agressives, la réassurance dans les relations sociales. Les retours des patients sont largement

positifs, c'est un soin facilement accepté, non invasif, facile à mettre en place.

Une recherche clinique débute afin de confirmer scientifiquement ces observations, de valider leur pertinence, afin d'appuyer la démarche de pérenniser la socio-esthétique en psychiatrie.

L'unité Espace propose un accès aux soins à de jeunes adultes et adolescents (15-25 ans) qui présentent différentes conduites de « mise en danger de soi » et/ou une crise suicidaire, sans pathologie psychiatrique avérée.

La socio-esthétique à Espace ne se limite pas à la pratique d'une technique, c'est une approche relationnelle pour instaurer une relation de confiance, un lien apaisant, sécurisant. Cet accompagnement spécifique, par le biais des produits cosmétiques, a pour but d'améliorer la qualité de vie du patient en étant attentif aux émotions, à la souffrance, dans la compréhension et le ressenti des besoins des patients, qu'ils soient exprimés ou non.

La prise en considération du corps est importante pour comprendre la plupart des problématiques chez ces jeunes. Le corps est autant symptôme que langage, géographie singulière d'événements biographiques, lieu visible et sensible de leur souffrance. Il est ma-

nifestation de soi autant qu'il participe à la prise de conscience de soi.

De nombreuses années durant, imaginer qu'on puisse toucher le corps des adolescents pour les aider à aller mieux était en totale contradiction avec les idées thérapeutiques institutionnelles. Or, actuellement, le travail thérapeutique corporel devient une alternative de soin envisagée de plus en plus fréquemment. Concernant ces jeunes, qui sont dans l'agir et ont souvent des difficultés à mettre en mots cette souffrance, les médiations thérapeutiques corporelles vont servir de supports à l'expression verbale.

Divers ateliers thérapeutiques à médiation corporelle sont développés comme les soins en socio-esthétique.

Ceux-ci se déclinent de deux façons :

- des séances individuelles dans une pièce dédiée, il s'agit là d'un accompagnement autour du corps, d'un soin sur mesure qui vise le bien-être, la détente, l'apaisement (soin du visage, des mains, maquillage, modelage...);

LA SOCIO-ESTHÉTIQUE RÉPOND À UN BESOIN DE RESTAURER UNE IMAGE DE SOI PERTURBÉE PAR DES AGRESSIONS QUI PEUVENT ÊTRE SEXUELLES, PHYSIQUES, VERBALES.

- des séances collectives pour valoriser l'image de soi, améliorer son apparence et donc la représentation que l'on a de soi et que l'on offre aux regards des autres.

La socio-esthétique permet de stimuler une envie de se réapproprier son corps, le goût de s'occuper de soi, le toucher révélant à la conscience la matérialité du corps.

J'ai pu constater combien et comment ce corps était en souffrance : mis de côté, pas aimé, maltraité, ignoré, abusé. La socio-esthétique répond à un besoin de restaurer une image de soi perturbée par des agressions qui peuvent être sexuelles, physiques, verbales. Elle permet aussi de ressentir le corps autrement qu'au travers de gestes invasifs comme les brûlures ou les scarifications.

Toucher au corps, c'est rencontrer l'autre, ce contact communique une intentionnalité, celle d'établir une relation empathique et le toucher devient une présence corporelle et un langage. Ce toucher peut provoquer, réveiller des sensations. Bienveillant, il est aussi vecteur de renforcement de confiance et de lâcher-prise.

Cette approche nécessite d'instaurer une relation de confiance, d'apporter de l'apaisement, de la sécurité. Elle est appréciée des patients. Des émotions peuvent

se libérer, elles peuvent être travaillées en complémentarité avec l'équipe.

« *Coup de gueule* »

Ce métier ne s'improvise pas !

C'est un savoir-être et un savoir-faire. Il est temps d'établir un cadre pour garantir aux bénéficiaires ainsi qu'aux structures qu'ils ont affaire à une professionnelle dûment qualifiée. Cette pratique particulière est destinée à des personnes fragilisées, nous sommes formées pour prendre soin d'elles. Nous leur conseillons des produits cosmétiques adaptés à leurs problématiques, nous sommes aussi en mesure de repérer les composants allergisants et/ou irritants (Cosmétologie UFR Pharmacie, Nantes).

D'où l'importance d'une formation de qualité, assurée par des professionnels qualifiés dans la discipline concernée et d'un cadre de formation reconnu par le ministère des Solidarités et de la Santé, le diplôme d'État de socio-esthétique.

“

LE VÉRITABLE DÉFI DE LA PSYCHIATRIE SERA D'INTÉGRER L'ENSEMBLE DES INNOVATIONS MÉDICALES

”

PAR

DR JEAN-YVES PÉROL

PSYCHIATRE LIBÉRAL À CLERMONT-FERRAND, ANCIEN INTERNE DU CHRU DE CLERMONT-FERRAND & ANCIEN MÉDECIN ATTACHÉ DES HÔPITAUX & ANCIEN CHARGÉ DE COURS, D.U. SOMMEIL ET PSYCHIATRIE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

« Quelques remarques à propos d'une nouvelle relation entre médecine et psychiatrie ? »

Ancien interne CHU (formation en médecine interne, neurologie et psychiatrie) puis exercice professionnel en cabinet de groupe libéral et en clinique psychiatrique mais également attaché au CHU et au centre anticancéreux, je suis amené, au terme d'une carrière de près de 50 ans de prise en charge de patients psychiatriques, à formuler quelques pistes concernant l'évolution et la prise en charge de la santé mentale au sein de la médecine.

Dans un livre récent (2018), Lionel Naccache écrit « Esprit et cerveau ne sont en réalité que deux aspects d'une même réalité »...

Médecine et Psychiatrie...

Ce couple est nécessaire et doit être complémentaire ; il faut mieux ancrer l'exercice de la psychiatrie au sein de l'ensemble des activités médicales. Cette collaboration suppose, surtout dans la formation des psychiatres, au niveau des huit semestres de l'internat, qu'un semestre soit consacré à la médecine interne et qu'en parallèle un semestre de psychiatrie soit intégré dans la maquette de formation du médecin généraliste.

Dans les études médicales actuelles, il a été acté l'intérêt et la connaissance des notions de psychologie médicale ce qui constitue déjà un progrès par rapport aux états antérieurs ; de même, la perspective humaniste incluant la relation clinique, la parole et l'histoire du patient, les contextes sociaux et culturels doivent être pris en compte.

Les études statistiques montrent néanmoins que la réponse au niveau de la médecine générale des éléments de souffrance psychique entraîne de façon beaucoup trop fréquente la prescription de psychotropes (consommation totalement atypique des benzodiazépines en France) ainsi que la consommation, là encore très interrogante, des antidépresseurs.

On peut se poser la question dérangeante mais indispensable de réserver aux psychiatres la primo-prescription de ces médicaments psychotropes qui présentent des avantages considérables mais dont on sait qu'elles ont des conséquences tout à fait néfastes et mal connues de la plupart des médecins.

LA FRANCE A LA PARTICULARITÉ D'AVOIR LE PLUS GRAND NOMBRE DE PSYCHIATRES DES PAYS INDUSTRIALISÉS (À POPULATION IDENTIQUE, LA FRANCE A PRESQUE LE DOUBLE DE PSYCHIATRES QUE LE ROYAUME-UNI.)

Cette primo-prescription contrôlée déboucherait sur une collaboration avec l'ensemble des autres praticiens ; cet aspect serait probablement facilité par le dossier médical partagé informatisé qui va se mettre en place ; les erreurs de diagnostic seraient moindres, le mésusage des psychotropes diminuerait, la connaissance de l'importance des comorbidités dans la pathologie psychiatrique s'imposerait et cela permettrait aussi l'ouverture de plus en plus nécessaire vers les aspects récents de la connaissance psychiatrique comme la neuro-immunologie par exemple.

L'utilisation plus fréquente dans le contexte psychiatrique des IRM cérébrales modernes devrait petit à petit s'imposer (cette pratique permettrait de découvrir des lésions jusqu'alors complètement ignorées comme la fréquence des lésions de la substance blanche dans la bipolarité).

Médecine, Psychiatrie et Psychothérapie

La France a la particularité d'avoir le plus grand nombre de psychiatres des pays industrialisés (à population identique, la France a presque le double de psychiatres que le Royaume-Uni) ; le résultat au sens large du terme de la prise en charge psychiatrique n'apparaît pourtant

pas meilleur en France que dans les pays voisins similaires sur le plan socio-économique.

Se pose donc la question de l'exercice de la psychiatrie et pour un certain nombre de psychiatres de la prédominance des prises en charge psychothérapeutiques.

Pour un très grand nombre de troubles anxieux (c'est-à-dire des patients présentant une inquiétude pénible à vivre s'accompagnant plus ou moins de symptômes phobiques et obsessionnels), il est de plus en plus évident que l'on note des améliorations par la pratique de techniques relativement simples de type hypnose, sophrologie, relaxation, méditation de pleine conscience, voire pratique de techniques comme le taï-chi, le yoga, etc.

L'explication scientifique est maintenant bien connue, c'est-à-dire que les centres de la vigilance d'Homo sapiens (principalement l'amygdale cérébrale) sont modifiés dans le sens d'une diminution d'activité par ces techniques simples dont il faut simplement comprendre qu'elles doivent être répétitives et poursuivies tout au long de la vie ; est-il néanmoins nécessaire d'avoir fait dix ou onze années d'études de médecine pour pratiquer ce type de prise en charge psychothérapeutique ? Dans la plupart des pays similaires à la France, ces attitudes psychothérapeutiques sont pratiquées en

général par des praticiens paramédicaux (ce qui pose bien entendu le problème de leur rémunération par les organismes sociaux...).

Actuellement, l'extraordinaire efficacité des psychothérapies utilisant la réalité virtuelle commence à être mieux connue et donc mise en place ; et là

encore, des praticiens paramédicaux, formés en général aux thérapies cognitives et comportementales et à la réalité virtuelle seraient d'un grand secours.

Enfin, l'efficacité des groupes de psychoéducation (bipolarité, états délirants, etc.) devrait entraîner leur pratique quasi obligatoire dans le système de santé psychiatrique français.

On peut donc imaginer, au niveau des principales psychothérapies au sens large du terme, la nécessité d'un bilan psychiatrique afin de permettre un diagnostic et une orientation sur ces diverses psychothérapies.

Psychiatrie et innovations médicales

**L'EFFICACITÉ
DES GROUPES DE
PSYCHOÉDUCATION
(BIPOLARITÉ, ÉTATS
DÉLIRANTS, ETC.)
DEVRAIT ENTRAÎNER
LEUR PRATIQUE QUASI
OBLIGATOIRE DANS LE
SYSTÈME DE SANTÉ
PSYCHIATRIQUE
FRANÇAIS.**

La particularité de mon exercice professionnel (précédemment décrit) et mon intérêt pour les conceptions darwiniennes m'ont amené à intégrer à ma pratique des notions un peu atypiques :

Homo sapiens est un être vivant comme les autres avec le même ADN que tous les êtres vivants fabriqués au cours de l'évolution pendant plusieurs centaines de millions d'années, par le hasard et la nécessité adaptative...

Depuis les années 2000, les connaissances scientifiques et neuroscientifiques s'accumulent : analyse du génome en 2002, neuroradiologie de plus en plus fine, neuro-immunologie, compréhension des comorbidités, tout ceci confirme que le cerveau est bien le lieu de la création de la pensée et de la conscience (*L'Erreur de Descartes* par Damasio 2006) ; il faut donc que les innovations médicales tiennent compte de l'ensemble de ces nouvelles conceptions.

Le dossier médical partagé informatisé va certainement permettre un très grand progrès à ce niveau avec une meilleure appréciation des comorbidités ; mais l'intelligence artificielle utilisée sur le plan

**LA PSYCHIATRIE DOIT
DE PLUS EN PLUS
S'INSCRIRE DANS
UNE CONCEPTION
MÉDICALISÉE.**

de la surveillance des patients compte tenu de leur pathologie va certainement aussi jouer un rôle de plus en plus important même si cela constitue une façon tout à fait nouvelle pour les psychiatres de travailler (entraînant bien sûr des « résistances » de la part d'un grand nombre d'entre eux actuellement...).

La stimulation magnétique transcrânienne (TMS), découverte il y a une quinzaine d'années, bien utilisée dans un contexte médical, apporte de plus en plus de réponses à des problèmes comme les hallucinations résistantes chez les patients délirants ; malheureusement, très peu de centres sont actuellement équipés et surtout très peu de psychiatres s'intéressent de façon précise à cette technique ; on peut parler des techniques un peu semblables qui sont en cours de validation.

L'utilisation de techniques comme la photothérapie (qui nécessite une collaboration avec nos confrères ophtalmologistes) devrait là aussi être développée compte tenu de son incontestable efficacité.

Les techniques modernes de possibilité de surveillance de l'activité cardiovasculaire et cérébrale pendant le sommeil permettront de donner une nouvelle impulsion pour gérer le problème des « fameuses insomnies françaises »... Ces techniques simples montrent que le seul fait de se lever tous les matins, tous les jours avant

7 heures, permet de retrouver très rapidement un sommeil physiologique mais au prix d'une modification du mode de vie « occidental... » (télévision, vie nocturne, etc.).

L'importance évidente dans la pathologie psychiatrique des phénomènes héréditaires impose une collaboration entre psychiatres et généticiens ; le développement et l'analyse du génome confronteront la Psychiatrie moderne à des éléments inquiétants qui ne pourront pas être éludés.

La Psychiatrie doit de plus en plus s'inscrire dans une conception médicalisée : le véritable défi de la Psychiatrie sera d'intégrer l'ensemble des innovations médicales et de construire une réponse médicale à une demande sociétale de plus en plus présente.



**LE MOT « BURN-
OUT » EST DEVENU
UN « MOT-VALISE »
AU CONTENU
MULTIFORME**



PAR

D^R FRANÇOIS CAROLI

PSYCHIATRE HONORAIRE DES HÔPITAUX &
ANCIEN CHEF DE SERVICE À L'HÔPITAL SAINTE ANNE À PARIS

Du conflit de bureau à la dépression hostile

On a longtemps considéré qu'être agressif envers autrui éloignait la dépression et le risque suicidaire. En fait, agressivité contre soi-même ou contre autrui font toutes deux courir un risque dépressif à partir de la manipulation de l'idée de mort qui peut conduire à une tentative de suicide ou un suicide comme en témoigne le suicide-appel (amoureux), ou le suicide-témoignage (sur le lieu du travail). On peut repérer, associées au fléchissement de l'humeur, des ruminations, de la colère avec irritabilité, de l'agressivité ; cet ensemble constitue la dépression hostile qui peut prendre plusieurs formes, notamment en fonction de la personnalité. Bien que « délaissée des classifications internationales, la dépression hostile n'en prend pas moins une place de plus en plus importante en médecine psychiatrique et somatique¹ ».

Avec tout ce que j'ai fait pour cette boîte, voilà comment ils me traitent, raconte Lydia, en arrêt maladie, depuis 6 mois ; je faisais partie de la famille, le couple de patrons me considérait comme leur fille ; je ne comptais pas mes heures, je m'occupais de leurs courses, de leurs chiens. Ils ont cédé l'affaire à leur fils et tout a changé : il a vérifié mes horaires, m'a imposé des congés, changé le système informatique, refusé une formation, trouvé

¹ A. Lagodka, W. de Carvalho. Dépression hostile, Lavoisier, 2010.

mon travail médiocre et exigé que « je m'arrange pour recevoir la clientèle » ; moi qui travaille dans cette société comme assistante depuis 12 ans, je m'en veux d'avoir été aussi bête. Du coup, j'ai la boule au ventre ; je dors tout le temps, je fais des cauchemars, j'ai pris 9 kg, je mange beaucoup. Je reste chez moi sans bouger ; des fois, je veux y retourner et me jeter de la fenêtre de mon bureau pour leur apprendre ; heureusement, ma fille me retient.

Mon mari, poursuit Lydia, me dit qu'il faut que je démissionne, mais je perds tous mes droits, y compris le chômage, c'est pas normal, et à mon âge (42 ans), c'est pas facile de se recaser. Mon généraliste m'a fait un certificat : « Elle est suivie pour burn-out et nécessite une inaptitude : traitement : Seroplex, alprazolam. » Le médecin du travail me dit que je ne suis pas traitée par un spécialiste. Je ne veux pas, c'est moi la victime. J'ai vu, une fois, une psychologue de la souffrance au travail ; elle a écrit au patron pour lui dire que j'étais maltraitée et qu'il fallait que ça cesse, il ne reconnaît rien. Je veux aller aux prud'hommes pour harcèlement, mais je n'ai pas de preuve.

Lydia, comme bien d'autres, se trouve dans une impasse avec sa dépression de plus en plus hostile, encouragée par les errements thérapeutiques : un traitement antidépresseur inefficace reconduit tel quel pendant

6 mois ; un verbatim de la psychologue qui enjoint à l'employeur de faire cesser un dysfonctionnement qu'il ne reconnaît pas ; un certificat médical empathique, voire de complaisance, avec un traitement non congruent : le verbe burn-out² est connu du grand public à partir de la vague de suicides en 2006 à France

Télécom. « Il est devenu un « mot-valise » au contenu multiforme : souffrance au travail, “bore-out”, fatigue simple, désinvestissement, conflit interpersonnel, harcèlement moral... Il inclut, souvent à tort, la dépression hostile³. » Tous ces errements ne peuvent que renforcer l'enfermement dans une bulle cognitive et la rancœur vers le désespoir (Lydia n'a pas l'opportunité d'intégrer un groupe de survie tel que les gilets jaunes).

Même si elle survient dans le contexte professionnel, la dépression hostile nécessite une investigation : antécédents personnels/familiaux de troubles de l'hu-

SEULS DES SOINS BIEN CONDUITS PERMETTENT AU MÉDECIN DU TRAVAIL, AU CENTRE DU RÉSEAU PROFESSIONNEL D'ADOPTER UNE POSITION QUANT À UN AMÉNAGEMENT DES CONDITIONS DE TRAVAIL OU UNE INAPTITUDE.

² V. Kovess, L. Saunder. *Burn-out : historique, mesures et controverses*, Elsevier, 2016.

³ F. Caroli. *Dépression hostile et contexte professionnel*, à paraître, Raison Présente, 2021.

meur unis ou bipolaires ; apparition de symptômes particuliers (hypersomnie, hyperphagie, sensation de « jambes lourdes », culpabilité excessive)⁴. Quant au traitement : une molécule inefficace doit être modifiée, associée à un anxiolytique, voire à un antipsychotique régulateur de l'humeur. Une psychothérapie adaptée conduit le patient à décoder comment ses difficultés professionnelles décompensent sa personnalité (dépendante, sensitive, obsessionnelle...) et la signification de son désir fixé de reconnaissance et de réparation d'un préjudice (souvent non quantifiable).

Seuls des soins bien conduits permettent au médecin du travail, au centre du réseau professionnel (employeur, médecins traitant, médecin de la sécurité sociale, inspecteur du travail...), d'adopter une position quant à un aménagement des conditions de travail ou une inaptitude. Sans cela, il risque de prendre une décision à caractère social plus que médical. Si l'employeur conteste cette décision... c'est le conseil des prud'hommes qui arbitre, ce qui ne satisfait personne.

⁴ M. Parneik. « L'irritabilité dans le spectre des troubles de l'humeur ». Thèse, Limoges, 2012.



**IL NE FAUT PAS
CONSIDÉRER LA
TECHNOLOGIE COMME
OBLIGATOIREMENT
DÉSHUMANISANTE**



PAR

DR VICTOR SOUFFIR

PSYCHIATRE, ANCIEN MÉDECIN-DIRECTEUR DE L'HÔPITAL DE JOUR DE L'ASM 13,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS ET
PRÉSIDENT DE PSYWAY

Le numérique dans l'accompagnement thérapeutique

La main forcée par l'épidémie Covid, les psychiatres et de nombreux services de psychiatrie ont fait un pas décisif vers les nouvelles technologies. Conscients de la nécessité absolue de ne pas laisser les patients dans l'isolement voire la déréliction, ils ont osé introduire dans leur vie professionnelle ce dont ils se servent couramment dans leur vie personnelle. Un tabou est peut-être tombé... Il était temps. Ce progrès de la civilisation qu'a été la psychiatrie humaniste, basée sur la relation interpersonnelle et l'approche empathique de la conflictualité psychique, semblait ériger des barrières infranchissables entre la pratique psychiatrique et le monde environnant déjà transformé par le numérique.

La téléconsultation n'est pas utilisée dans toutes ses possibilités dans les services de psychiatrie. Certes, la téléconsultation a commencé à s'installer mais c'est surtout l'usage du téléphone qui a permis le maintien du contact avec les patients. Or, il était très clair dans l'esprit et la lettre de l'arrêté du 1^{er} août 2018, autorisant la télémédecine et son remboursement, que l'établissement du contact visuel est essentiel. En aucun cas, la téléconsultation ne pouvait être réduite à une conversation téléphonique. De fait, il est essentiel de voir le visage du patient : c'est un élément de sécurité mais aussi une source d'informations cliniques absolument

considérables, surtout en psychiatrie : (expression du visage qui renseigne sur l'humeur, soin corporel et physique, établissement d'une relation visuelle qui renforce le lien, capacités pragmatiques du moment, ponctualité, regard possible sur l'environnement du malade...). Donc, c'est bien la téléconsultation stricto sensu qu'il faut promouvoir dans les services avec ce que cela nécessite de formation, d'équipement informatique (encore faible dans nombre de CMP) et de notions d'éthique.

**C'EST BIEN LA
TÉLÉCONSULTATION
STRICTO SENSU QU'IL
FAUT PROMOUVOIR
DANS LES SERVICES
AVEC CE QUE
CELA NÉCESSITE
DE FORMATION,
D'ÉQUIPEMENT
INFORMATIQUE ET DE
NOTIONS D'ÉTHIQUE.**

Un autre aspect de cette loi, c'est la création de la notion de téléexpertise. Les médecins généralistes, en cabinet et en Ehpad, la réclament aux psychiatres. Ils souhaitent pouvoir coopérer avec les spécialistes dans l'évaluation de la situation des patients qu'ils suivent en ville. Au lieu de chercher à « joindre quelqu'un au CMP ou à l'hôpital », ils souhaitent des rendez-vous précis avec le médecin responsable de leurs patients, lorsqu'il y en a un, ou avec un autre intervenant. Mais aussi avec la possibilité d'échange sécurisé de documents cliniques. Il est probable qu'un certain nombre

de rechutes et de réhospitalisations pourrait être évité, si nous avons une liaison facile et organisée avec les médecins généralistes. Ceci nécessite une volonté, une organisation, une infrastructure, une prise de conscience par les services de soins de l'importance du lien avec la médecine de ville.

Autre aspect : avec les séjours hospitaliers trop courts, des sorties parfois prématurées, la mise en place d'un système de téléconsultations instauré, dès avant la sortie de l'hôpital avec un interlocuteur soignant stable, pourrait faciliter considérablement la transition et la sécurité de la sortie, qui est un moment particulièrement risqué. Une infirmière expérimentée peut aider beaucoup un patient et sa famille à affronter la nouvelle vie qui doit reprendre, dans de nouvelles coordonnées matérielles, familiales et psychiques à la sortie de l'hôpital. Là aussi, la prévention des rechutes et des réhospitalisations ferait un progrès. Le télésoin, autorisé pour les professions paramédicales, pourrait constituer un autre développement intéressant. Signalons le remarquable dispositif de veille post-hospitalière des suicidants développé par Vigilans qui utilise des rappels par SMS. Plusieurs applis sont à l'étude, dont celle du Centre hospitalier Sainte-Marie au Puy-en-Velay adaptée aux états schizophréniques et labellisées par l'ARS).

L'accompagnement dans la prise de conscience des troubles

Plusieurs équipes de qualité ont mis au point des applications gratuites pour smartphone, dont nos patients sont largement équipés comme 75 % des Français. Leur utilisation est un premier pas dans la prise de conscience souvent difficile de certains troubles : anxiété, dépression, insomnie, mais également pensées étranges, troubles du comportement alimentaire, idées suicidaires, addictions. Elles permettent au sujet d'objectiver sans recours à un spécialiste, un vécu qui le trouble, de mesurer ses différences d'état d'un jour à l'autre, ou ses consommations sur un mode d'autant plus acceptable qu'elles ne sont nourries que par ses apports personnels. Citons :

- Mon suivi psy (Dr Lya Pedron - Centre Barthélémy Durand - ARS Île-de-France) ;
- Stopblues (Pr Karine Chevreul - Inserm) pour la dépression ;
- Mon Coach Sommeil (Réseau Morphée) pour l'insomnie ;

LE NUMÉRIQUE A SES DANGERS QU'IL FAUT REPÉRER ET COMBATTRE. CELA NE DOIT PAS NOUS EMPÊCHER DE VOIR CE QU'IL PEUT Y AVOIR D'UTILE DANS LES PRATIQUES ISSUES DU NUMÉRIQUE TOUT EN LES ENCADRANT, CE QUI EST DÉJÀ LE CAS EN FRANCE.

- Stop-alcool et Stop-cannabis (Hôpitaux universitaires de Genève) ou Blue Buddy - (Centre TCA de l'hôpital Sainte-Anne - Paris) pour les troubles des conduites alimentaires.

Certaines proposent un premier moyen thérapeutique auto-administré, sans médicament : exercices respiratoires, méditation, relaxation, mise en condition pour le sommeil, etc. Très souvent, ces applications mettent à disposition des informations sur le trouble, indiquent des possibilités de contact, des conseils d'orientation.

Car il est clair pour tout le monde que la phase suivante sera une consultation et un suivi par un(e) praticien(ne) ou une équipe. L'utilisation de ces applis pourrait être potentialisée par l'organisation de visioconférences réunissant des personnes concernées par le trouble avec toutes les possibilités d'échange, de réassurance, de reconnaissance mutuelle que permet le groupe, d'apports réciproques. Sans concurrencer des modules d'éducation thérapeutique, il peut s'agir d'un premier pas, économe en moyens pour les équipes et dont l'efficacité doit être évaluée.

Ici, encore, revient le leitmotiv de l'équipement, de la formation, de l'adhésion des soignants qui ne pourra être que progressive, à ce genre d'actions. On peut penser qu'ils y trouveront de nouvelles motivations

pour un travail de prévention, en amont de l'écllosion des troubles graves et de leurs conséquences catastrophiques. Dans cette perspective, des objets connectés pourront aussi être utilisés.

Le numérique a ses dangers qu'il faut repérer et combattre. Cela ne doit pas nous empêcher de voir ce qu'il peut y avoir d'utile dans les pratiques issues du numérique tout en les encadrant, ce qui est déjà le cas en France. Mais, avant d'en avoir peur et de les fuir, il faut les décrire, en parler, échanger sans préjugés et ne pas considérer la technologie comme obligatoirement déshumanisante.

C'est pour accompagner la prise de conscience par les professionnels, les usagers et leurs aidants de ce gisement important de possibilités que nous avons créé en 2017 le site Psyway.fr, site totalement indépendant de tout intérêt commercial.



**UNE UAU
PERMETTRAIT DANS
NOMBRE D'HÔPITAUX
DE RÉDUIRE
CONSIDÉRABLEMENT
LES MISES EN CSI OU
EN CONTENTION DES
PATIENTS**



PAR

DR GILLES VIDON

PSYCHIATRE ET ANCIEN CHEF DE SERVICE AUX HÔPITAUX DE SAINT-MAURICE

En France, plus de 500 000 lits médicaux ou médico-sociaux sont situés dans des espaces fermés à clé où les malades sont parfois également attachés : Ehpad, Services de réanimation ou de gériatrie, MAS, Foyers, etc. Il n'y a qu'à observer dans les couloirs des Services d'urgence des hôpitaux le nombre de malades allongés sur des brancards, où ils sont maintenus par des liens et ceci pour des périodes prolongées.

En psychiatrie, il est absolument indispensable devant certains états pathologiques (agitation, violences, agressivité) de recourir à l'isolement ou à la contention : MAIS nous avons le privilège d'être stigmatisés et les seuls à bénéficier d'une loi encadrant ces pratiques ainsi que de l'attention soutenue du Contrôleur général des lieux de privation de liberté...

Éloge de la sectorisation psychiatrique

La Sectorisation psychiatrique, développée à partir des années 70 en France, constitue un territoire délimité confié à une équipe pluridisciplinaire qui va prendre en charge tous les patients de ce territoire (et ceci gratuitement !) : jeunes, vieux, toutes pathologies psychiatriques sans distinction (maladies légères ou graves, aiguës ou chroniques avec ou sans trouble des conduites – agitation, agressivité ou menaces suicidaires, etc.).

Elle réalise une entité reconnue internationalement, qui a pour mérite de permettre une prise en charge complète des patients et proche de leur domicile tout en leur assurant une continuité des soins intra/extra-hospitalière – par la même équipe et sur le long terme, ce qui est absolument unique dans le monde entier – et qui convient parfaitement aux affections psychiatriques dans la mesure où l’alliance thérapeutique qui est indispensable dans ce champ nécessite du temps et des soins variés pour pouvoir s’instaurer.

IL EST CLAIR QUE LE MÉLANGE DE TOUS LES MALADES, DE TOUTES LES PATHOLOGIES, EN INTRAHOSPITALIER CONDUIT DIRECTEMENT À LA CONTENTION OU À L’ISOLEMENT.

Limites de la sectorisation psychiatrique

1. La grande hétérogénéité des tableaux cliniques présentés par les malades va imposer aux équipes de secteur de développer des modes de prises en charge variés avec des acteurs (AS, psychologues, ergothérapeutes, éducateurs, etc.) et des lieux de soins également bien différenciés en intra comme en extrahospitalier (équipes mobiles, CAC, soutien au domicile, hospitalisations séquentielles, de jour, CATTP, etc.). Or, les réductions budgétaires drastiques de ces dernières décennies ne

permettent plus cette diversité pourtant indispensable dans l’offre de soins.

2. En particulier, la baisse ahurissante du nombre de lits hospitaliers de chaque secteur ayant réduit le nombre et la diversité des unités de soins, conduit à des situations ubuesques (quand elles ne sont pas dramatiques...) : un malade agité qui arrive dans le service à 3 h du matin et qui hurle ou chante et qui pénètre dans toutes les chambres... alors qu’il n’y a qu’une infirmière et une aide-soignante présentes ! Cela peut aussi bien être un malade délirant, persécuté, qui risque d’en venir aux mains à tout moment et qui arrive attaché sur le brancard de l’ambulance directement dans le service où tout le monde dort...

Il est clair que le mélange de tous les malades, de toutes les pathologies, en intrahospitalier, conduit directement à la contention ou à l’isolement par défaut de lieu approprié pour recevoir ce type de patients qu’il faut absolument isoler des autres patients dans l’attente d’un retour à un comportement à peu près adapté.

Solution proposée

1. L’isolement et/ou la contention (sur décision médicale) peuvent s’avérer nécessaires en cas de troubles du comportement ou des conduites menaçant le patient

ou son entourage ; dans tous les cas, ils sont à considérer comme une étape, un moment, une transition vers, pour aider à l'émergence et créer l'alliance thérapeutique, indispensable à l'instauration des soins.

2. Seul un infime pourcentage de patients de la file active d'un secteur est concerné par ces mesures : il faut, néanmoins, construire pour eux un espace où ils pourront être accueillis lors de leurs crises aiguës – pour quelques heures ou jours – dans l'intérêt de tous.

3. Une Unité d'accueil et d'urgence (UAU) de quelques lits pour chaque hôpital psychiatrique et s'adressant donc à plusieurs secteurs (intersectorialité), permettrait :

- d'isoler ces patients du reste de la population des malades hospitalisés dans chaque secteur ;
- de construire l'UAU selon un plan sécurisé, ce qui permettrait de ne pas systématiquement mettre en chambre d'isolement ces malades : un espace correctement organisé et doté de personnels expérimentés en nombre suffisant constituerait un lieu d'apaisement adapté où la contention (ou l'isolement) en chambre sécurisée n'interviendrait plus que de manière extrêmement rare ;

- Certains hôpitaux (une infime minorité) en France ont déjà constitué de telles unités qui s'avèrent pleinement satisfaisantes.

4. L'argument habituellement opposé à ce type de solution dérive directement de la philosophie sectorielle : on ne veut pas que « ses » malades soient accueillis par d'autres services... Or, malheureusement, aujourd'hui, compte tenu de la fermeture des lits, de l'augmentation des situations d'exclusion, de la propagation des addictions et de la paupérisation d'une partie de la société amenant à un accroissement colossal des SDF, on assiste à une forte augmentation, lors des admissions, de crises comportementales majeures : les services sectoriels étant souvent débordés, ces malades sont accueillis dans les chambres d'isolement des autres secteurs, au hasard des places disponibles... (ce qui n'empêche pas d'aller les y rencontrer dès le lendemain...).

Quelques précisions sur l'UAU

Bien entendu, l'architecture de l'UAU est à adapter en fonction des locaux

**UNE UNITÉ D'ACCUEIL
ET D'URGENCE
PERMETTRAIT DANS
NOMBRE D'HÔPITAUX
DE RÉDUIRE
CONSIDÉRABLEMENT
LES MISES EN
CHAMBRE DE SOINS
INTENSIFS OU EN
CONTENTION DES
PATIENTS.**

existants, néanmoins, quelques prérequis s'imposent, il faudra prévoir :

- Des espaces de déambulation protégés ; un mobilier fixé au sol ; vaisselle et couverts sécurisés ; chambres pouvant être fermées mais ne l'étant pas systématiquement, etc. ;
- L'UAU devra se situer proche de la chambre de garde du médecin ;
- Le personnel présent, en nombre suffisamment important (pour pouvoir être très disponible), devra comporter des hommes ; il pourra facilement fait appel à l'équipe de sécurité de l'établissement ;
- L'intersectorialité va autoriser – éventuellement – des changements d'équipes étalés sur le temps, etc. ;
- Chaque malade continuera d'être référé à son secteur d'origine, dont les soignants pourront venir lui procurer des soins à l'UAU et décider du jour du retour dans les locaux du secteur propre...

Conclusion

Une UAU permettrait, dans nombre d'hôpitaux, de réduire considérablement les mises en CSI ou en conten-

tion des patients au moment même où l'article 84 de la loi du 14/12/20 vient encore plus compliquer les conditions de travail pour les équipes de soins. Elle réaliserait un lieu spécifique adapté aux besoins de certains malades qui y seraient accueillis dans des conditions plus confortables tout en rendant la vie plus facile aux autres malades, ainsi qu'aux équipes soignantes.



L'EXERCICE DU TUTORAT DOIT SE RÉAFFIRMER COMME UN MOYEN DE MIEUX ACCOMPAGNER LES JEUNES PROFESSIONNELS



PAR

BENOÎT CHALANCON

INFIRMIER DE RECHERCHE CLINIQUE AU PÔLE URGENGE PSYCHIATRIQUE CENTRE
PRÉVENTION SUICIDE/VIGILANS/PSYMOBILE AU CHS LE VINATIER

Cultiver l'attractivité de l'exercice infirmier en santé mentale et psychiatrie par le tutorat

Éléments de contexte :

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a fait de 2020 l'année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier ayant pour but de mettre à l'honneur le rôle central de ces professionnels dans les systèmes de santé dans le monde. Le résumé d'orientation¹ qui en découle construit 10 actions clés en faveur du personnel infirmier dans l'objectif d'investir dans la formation, l'emploi et le leadership.

La pénurie d'infirmiers dans le monde est évaluée à près de 6 millions de soignants (OMS). Le contexte de recrutement est plus que jamais sous tension. À une échelle beaucoup plus locale, la Fédération hospitalière de France² (FHF) pointe également des difficultés de recrutement identifiant, dans une enquête auprès de 350 établissements de santé, une difficulté de recrutement pour 93 % d'entre eux.

En psychiatrie, l'attractivité de l'exercice infirmier est en berne ces dernières années, une récente revue de la

¹ « La situation du personnel infirmier dans le monde », 2020, OMS.

² Amélie Roux (DREES), 2019, « Attractivité paramédicale et difficultés de recrutement », Enquête, Drees, octobre.

littérature (Bujold³; 2020) propose trois champs d'actions pour renverser ce phénomène: 1) valoriser l'expertise infirmière en santé mentale et psychiatrie 2) innover en matière de formation et 3) mieux comprendre les perspectives stigmatisantes des futurs infirmiers.

COMMENT FAVORISER ET CONSERVER UNE ATTRACTIVITÉ DE L'EXERCICE INFIRMIER EN PSYCHIATRIE ?

Ces chiffres inquiètent à juste titre, la pénurie de personnel et la stigmatisation de l'exercice infirmier en psychiatrie laissent imaginer que la santé mentale et la psychiatrie soient les premières victimes d'un manque de recrutement avec des conséquences néfastes sur les conditions d'exercice et la qualité de soins.

Comment favoriser et conserver une attractivité de l'exercice infirmier en psychiatrie ?

Si bien des enjeux nous dépassent dans cet avant-propos, j'ose croire que des leviers d'action, « à portée de main », existent pour redonner le goût de la psychiatrie aux nouvelles générations d'infirmiers. Le tutorat des

infirmiers nouvellement arrivés en psychiatrie peut en être un.

Un tutorat à recréer :

Le plan Psychiatrie et santé mentale 2005/2008, construit un dispositif post-formation à l'exercice en psychiatrie. Il se compose d'un volume de formation complémentaire de 140 h et d'un accompagnement par du tutorat favorisant la transmission des savoirs au moyen d'un partage d'expériences entre pairs. Une circulaire d'application est éditée pour définir les modalités d'application.

Quinze ans après, peu d'institutions parviennent à faire (sur)vivre ce dispositif. Entre nécessité budgétaire et perte d'intérêt des nouveaux professionnels, ce dispositif se réduit d'année en année. Aujourd'hui, 88 heures d'enseignement théorique, et 10 h 30 d'accompagnement tutoral de groupe (3 séances de groupe de 3 h 30 par an et par tutoré), contre 24 heures initialement prévues de manière individuelle (deux heures/quinzaine) pour une durée initiale de six mois, soit 24 heures.

L'exercice soignant en psychiatrie, lui, ne cesse d'évoluer ces dernières années, résolument tourné vers les notions de rétablissement et des soins en réhabilitation,

³ Bujold, A., Pariseau-Legault, P. & de Montigny, F. (2020). « Exploration de l'impopularité des milieux de santé mentale/psychiatrie auprès de la relève infirmière : une revue systématique des écrits ». Recherche en soins infirmiers, 141(2), 17-37. <https://doi.org/10.3917/rsi.141.0017>

le paradigme de l'exercice soignant en psychiatrie s'en retrouve profondément bouleversé.

Dans ces dynamiques inverses, l'exercice du tutorat doit se réaffirmer comme un moyen de mieux accompagner les jeunes professionnels, en étant à l'écoute des besoins des nouveaux infirmiers arrivants, et en s'adaptant à la nouvelle dynamique de la psychiatrie.

1. Caractériser et uniformiser l'exercice du tutorat

Caractériser l'exercice infirmier du tutorat d'aujourd'hui est un enjeu pour la qualité des soins, nous devons le redéfinir, en nous appuyant sur près de 15 années d'exercice, et avec la volonté de répondre aux enjeux de la psychiatrie actuelle, et aux nouvelles attentes de ces professionnels.

2. Rapprocher le tutorat des instituts de formation

Le cursus de formation en sciences infirmières n'a cessé d'évoluer ces dernières années, et le tutorat doit s'appuyer sur les nouvelles compétences développées. Afin de mieux les identifier, je suggère un

**LE TUTORAT DOIT
TENDRE VERS UNE
SPÉCIALISATION
DE SES OUTILS
PAR DES SAVOIRS
PÉDAGOGIQUES AYANT
FAIT LEURS PREUVES.**

rapprochement des tuteurs avec les institutions de formation en soins infirmiers. Au-delà d'un partage de savoirs sur l'actualité de la formation en soins infirmiers, c'est l'occasion de rapprocher la formation initiale et le milieu professionnel. Le tutorat doit tendre vers une spécialisation de ses outils par des savoirs pédagogiques ayant fait leurs preuves.

Les analyses de la pratique réflexive et pédagogique de type GEASP (Groupe d'entraînement à l'analyse d'une situation professionnelle), de plus en plus en vogue dans les établissements de formations sanitaires et sociales, pourraient trouver dans le tutorat groupal un nouveau lieu d'exercice, et les tuteurs y développer une compétence spécifique, et identifiée.

3. Créer et entretenir une veille de la profession

Enfin, une veille sur l'actualité particulièrement dynamique de l'exercice infirmier en psychiatrie/santé mentale pourrait se traduire par la constitution d'un groupe de revue professionnelle. Ainsi, la lecture et le partage des récits viendraient nourrir la curiosité des néo-infirmiers. Des compétences acquises en formation initiale telles que la recherche d'articles professionnels, la lecture critique et la présentation d'article seraient ainsi mobilisées et cultivées dans le milieu professionnel.

4. Être à l'écoute des nouveaux professionnels

La solution à la question de l'écoute des besoins des nouveaux professionnels nous est suggérée par J. de Miribel qui, dans son travail de thèse dédié aux dynamiques de professionnalisation des infirmières en psychiatrie et santé mentale⁴, suggère la création d'un observatoire à la professionnalisation. Un projet régional serait l'occasion de faire collaborer les établissements spécialisés et de mutualiser les pratiques.

Conclusion :

Si le référentiel de l'exercice professionnel en psychiatrie évolue, les modules d'accompagnement à la pratique professionnelle doivent également évoluer dans ce sens. Les pistes de réflexions abordées invitent à un travail conjoint des équipes de tutorat, et des équipes pédagogiques des institutions de formation. À la croisée d'enjeux internationaux, et d'autres beaucoup plus locaux, l'attractivité de la profession infirmière, et plus particulièrement son exercice en psychiatrie, mérite un engagement des institutions dans une finalité qui servira la qualité des soins.

⁴ « L'expérience infirmière en psychiatrie et santé mentale – Enquête sur les dynamiques de professionnalisation et de construction du rapport au métier », J. de Miribel (2007).

“

**LE MODÈLE
CLUBHOUSE DEVRAIT
TROUVER UN ESSOR
CONSIDÉRABLE DANS
UN FUTUR PROCHE,
TANT LES BESOINS
SONT IMMENSES**

”

PAR

FABIENNE HUBERT

COORDINATRICE DU CLUBHOUSE DE NANTES

Bienheureux les fêlés, car ils laisseront passer la lumière. (Michel Audiard)

J'aime cette idée qu'avait développée Michel Foucault, cette idée de redonner au fou la parole, afin que ce soit lui qui fasse un autre discours sur la raison. Mais nous n'en sommes pas là, la parole des personnes souffrant d'un trouble psychique grave n'étant que rarement écoutée. Nombre d'entre elles subissent donc une double peine, insupportable : celle d'une fracture interne, liée à une perception singulière du réel ; doublée d'un fossé, telle une réplique sismique, avec l'institution familiale, sociétale, culturelle. Ce rejet massif est aussi teinté de peur, (en écho peut-être à la peur qui habite chacun d'entre nous de vivre un jour une telle fracture). Marquées d'opprobre, les personnes souffrant de schizophrénie, de bipolarité ou de dépression grave se retrouvent donc souvent dans un état d'isolement effrayant.

C'est dans cet état d'esprit que l'idée de créer un Clubhouse à Nantes s'est progressivement dessinée, afin d'ouvrir une alternative au rejet et à la déchéance sociale. Le modèle Clubhouse, né aux États-Unis dans les années 1945, est un lieu d'accueil de jour, non médicalisé, créé par et pour les personnes souffrant d'un trouble psychique grave (schizophrénie, bipolarité, dépression sévère). C'est à la fois une maison fondée

sur des principes d'entraide entre pairs et de cogestion avec des salariés, encadrés par une méthode standardisée et adaptée aux spécificités françaises. C'est aussi un Club, où l'on n'est ni usager ni patient, mais membre. Cadrant et souple, le rythme de la journée de travail organisée (pierre angulaire du modèle) permet de retrouver une sécurisante scansion du temps.

L'idée qu'il manque un sas entre l'hôpital et le retour à une vie sociale et professionnelle ayant du sens commence à germer en 2015-2016 au CHU Saint-Jacques dans le service du docteur Bocher, plus précisément dans la salle commune du service où nous jouons aux cartes, au baby-foot, et où nous discutons avec les patients. Cette aire de jeu, sans blouses blanches, ravive la lumière du regard et libère la parole : on se sent plus confiant pour parler lorsqu'on est entre pairs dans cet « espace potentiel » (Winnicott).

Alors, ici et là, des besoins émergent des fêlures, notamment celui, vital, de reprendre une activité ou un travail, afin de se sentir utile, ne plus être seul, avoir un rythme, lorsqu'on sera de nouveau dans le

LA NOTION DE RYTHME REVIENT SOUVENT, COMME UN CADRE SÉCURISANT APRÈS CE TEMPS DILUÉ DANS CES LIEUX HORS DU TEMPS QUE SONT CEUX DU MONDE DES SERVICES DE L'HÔPITAL, CEUX DE LA PSYCHIATRIE EN PARTICULIER.

monde « ordinaire ». La notion de rythme revient souvent, comme un cadre sécurisant après ce temps dilué dans ces lieux hors du temps que sont ceux du monde des services de l'hôpital, ceux de la psychiatrie en particulier. Car, finalement, s'impliquer dans une activité, salariée ou non, c'est avoir le pouvoir de transformer son environnement et d'être transformé, à son tour, par cette activité. C'est être reconnu par les autres comme étant capable de construire sa vie.

La crainte et l'espoir cohabitent, car oui, les idées fusent mais en est-on capable? Comment s'y prendre? Comment oser reprendre la parole sans avoir honte des tremblements, des trous de mémoires et ceux d'un CV parfois vieux de 20 ans? Comment se former aux beaux-arts, par exemple, quand l'Art Brut jaillit de la main mais que la peur d'être jugé par les autres, ceux du monde ordinaire, est chevillée au ventre? Qui va faire confiance quand on n'a plus l'habitude de se faire confiance depuis, parfois, toute une vie? En un mot, comment reprendre un peu de pouvoir sur soi?

Et puis, arrive un jour où l'on se sent mieux, « stabilisé » grâce au séjour en psychiatrie, marchant d'un pas mal assuré sur le chemin du rétablissement. Mais hélas trop souvent, après quelque temps hors les murs, le chemin se transforme en un fossé trop insécurisant pour le franchir seul. La fragile confiance s'est brisée

sur le regard de l'autre, des autres, ceux de l'extérieur qui n'ont pas ces grandes fêlures intérieures. Et la famille, épuisée, ne sait pas, ne sait plus comment faire pour aider. Et l'on revient à l'hôpital.

Alors, en 2017, après la lecture d'un article sur le modèle Clubhouse dans un quotidien national, l'impérieuse nécessité de créer ce lieu à Nantes s'est fait sentir. Enfin, un sas entre le monde ordinaire et celui de l'hôpital qui permet progressivement la réinsertion psychosociale des personnes souffrant d'un trouble psychique grave.

Démarré fin 2017, le Clubhouse de Nantes a ouvert en 2020, soutenu par l'Association Clubhouse France et porté par un comité de pilotage dynamique et solide. C'est ainsi que le docteur Bocher, premier soutien dynamique de ce Club, nous a permis de nous réunir rapidement avec les docteurs Denis Leguay et Patricia Saraux, ainsi que Marie-Annick Benâtre et l'ARS des Pays de la Loire. Grâce à ce portage fort, la dynamique de création a trouvé un formidable écho à la fois dans la générosité privée du tissu des entreprises et des fondations en Pays de la Loire, mais aussi du côté de l'état et des collectivités territoriales. Mais l'essentiel de cette construction est l'implication sans failles des membres fondateurs, c'est-à-dire des personnes souffrant de troubles psychiques. Grâce à la dynamique de

ce groupe restreint, fondée sur les travaux d'Anzieu, Festinger, Kurt Lewin, et ceux de Bion, l'ouverture du Club s'est faite dans les meilleures conditions qui soient.

Ce modèle devrait trouver un essor considérable dans un futur proche, tant les besoins sont immenses.

“

**VALORISONS L'IDÉE
QUE CE SONT LES
FEMMES ET LES
HOMMES QUI FONT
LA PSYCHIATRIE, PAS
LES MURS**

”

PAR

D^R FRANÇOIS OLIVIER

PSYCHIATRE PRATICIEN HOSPITALIER, COORDINATEUR DE L'HAD PSYCHIATRIQUE DE MONTAUBAN & VICE-PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES SERVICES DE SOINS PSYCHIATRIQUES INTENSIFS À DOMICILE (ASPIAD)

Hospitalisation en psychiatrie : Il faut déplacer l'axe des soins vers le domicile

Pourquoi, alors que la psychiatrie française avait été si novatrice en mettant en place le secteur, a-t-elle autant de difficulté à poursuivre le développement du concept ambulatoire de soin de proximité centré sur le domicile, et a toujours la tentation de maintenir ou de revenir à un hospitalo-centrisme ?

Pourtant, la première demande des usagers de la psychiatrie en prévision des situations de rechute est de rester au domicile le plus longtemps possible. Nous savons que l'admission hospitalière psychiatrique peut générer des traumatismes et que l'hospitalisation par elle-même peut induire une perte des compétences sociales et relationnelles et être source de stigmatisation et de chronicisation. Le passage d'un système hospitalo-centré à un dispositif intégré dans le milieu de vie naturel des usagers est également recommandé par l'OMS.

Après la deuxième guerre mondiale, sont apparues les premières expériences de « *home care* », aboutissant, à partir des années 60, en France, au développement de services médicaux d'Hospitalisation à domicile (HAD). En psychiatrie, quelques tentatives éparses d'HAD émergent alors ponctuellement mais sans soutien des

pouvoirs publics. Il faudra attendre la circulaire du 4 février 2004 de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) pour que soient définies les modalités de l'HAD en psychiatrie.

Nous avons recensé en 2015 (Navarro et collaborateurs) 21 HAD psychiatriques en France (pour adultes), représentant, en 2009, 1,1 % des prises en charge à temps complet pour 990 places dédiées. Dans le rapport du plan « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2010, il était mis en exergue le manque de développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein et il était déjà préconisé de déplacer le centre de gravité des prises en charge de l'hôpital à la ville.

Malgré l'absence de référentiels théoriques spécifiques, à côté de l'hospitalisation classique, se développent encore timidement ces unités de soins psychiatriques aigus et intensifs à domicile : HAD psychiatrique, dispositifs de soins intensifs de particulière intensité à domicile... Le constat général réalisé par ces équipes éclaire l'intérêt et la pertinence de ces structures mobiles qui recouvrent un territoire spécifique. Elles montrent

DANS LE RAPPORT DU PLAN « PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE » 2005-2010, IL ÉTAIT MIS EN EXERGUE LE MANQUE DE DÉVELOPPEMENT DES ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION TEMPS PLEIN.

de nombreuses qualités : adaptabilité, flexibilité, réactivité, facilitation de l'accès aux soins, déstigmatisation. La pandémie du SARS-CoV-2 a été l'occasion de confirmer leur disponibilité et leur efficacité en ces temps difficiles. Elles fluidifient les parcours de soins des usagers de la psychiatrie, ainsi que l'organisation hospitalière et facilitent l'accompagnement des proches et des familles (nous proposons parfois qu'une partie de l'équipe accompagne spécifiquement ces derniers).

La circulaire DHOS du 4 février 2004 oriente l'HAD en psychiatrie vers « des soins coordonnés d'une intensité particulière » (ce qui la distingue des visites à domicile (VAD) habituellement proposées par les Centres médico-psychologiques), visant à « préparer, raccourcir, prendre le relais, éviter ou remplacer une hospitalisation classique ». Elle propose également les modalités de la prise en charge permettant de garantir l'intensité, la continuité et la structuration des soins.

L'HAD s'adresse à des patients dont l'état clinique nécessite une hospitalisation, ne présentant pas de potentiel marqué hétéro ou auto-agressif nécessitant une surveillance continue ou de nécessité manifeste de quitter leur domicile, et en accord pour être suivis et soignés à leur domicile ou sur leur lieu de vie par l'équipe de soins pluridisciplinaire. Elle propose des soins programmés, contractualisés avec la personne hos-

pitalisée et s'intègre naturellement dans les dispositifs déjà existant en psychiatrie : hospitalisation complète intra-muros, hôpitaux de jour, structures ambulatoires (CMP, CATTP...).

Elle permet, par ailleurs, de proposer des soins à des personnes en souffrance n'accédant pas aux filières habituelles de soin. Un des constats de notre unité fut de remarquer qu'elle s'adressait à la fois à une population déjà connue et suivie par les services de psychiatrie mais aussi qu'elle intégrait dans le parcours de soins psychiatrique une population qui, pour diverses raisons, ne pouvait pas ou ne souhaitait pas être traitée en hospitalisation classique (usagers des urgences ayant peur d'aller dans un service de psychiatrie, parent isolé avec enfant(s), personne dans l'incapacité de quitter son domicile du fait de l'obligation de s'occuper d'une personne âgée, d'animaux ou du fait d'obligations professionnelles..., patients souffrant de phobies ou de TOC sévères...) Environ 25 % des personnes admises dans notre service intègrent la filière de soins en psychiatrie pour la

**C'EST LE PATIENT
QUI ACCUEILLE LE
PROFESSIONNEL
DANS SON CADRE
DE VIE ET NON
L'USAGER QUI DOIT
SE PLIER AUX RÈGLES
DE L'INSTITUTION
HOSPITALIÈRE PARFOIS
RIGIDES ET SOURCES
DE TENSIONS ET DE
CONFLITS.**

première fois, et pour environ 1/3, c'est la première hospitalisation en psychiatrie.

Deux dimensions majeures doivent être précisées : c'est le patient qui accueille le professionnel dans son cadre de vie et non l'usager qui doit se plier aux règles de l'institution hospitalière parfois rigides et sources de tensions et de conflits. Cela modifie et facilite la rencontre thérapeutique, la relation soignant/soigné et l'alliance. Le lieu de soin est le lieu de vie, quel que soit celui-ci (domicile, foyer, EHPAD, famille d'accueil...) et le patient peut parfois solliciter des rencontres hors de son domicile (lieu de travail, parc, café...).

De fait, l'intervention de ces unités intensives à domicile peut se décliner sur 3 temps différents pour les usagers de la psychiatrie :

- En amont d'une hospitalisation en cas de décompensation débutante ou de fort risque de décompensation : patient suivi en CMP, patient à risque (PMI, maternité, foyer...)..., avec une option de prévention et d'évitement de l'hospitalisation classique sous contrainte.
- En alternative à l'hospitalisation classique selon le choix du patient ou si cette dernière est refusée ou impossible pour la personne en besoin de soins intensifs

(en dehors des situations de contre-indication déjà évoquées).

- En aval d'une hospitalisation, pour faciliter le retour à domicile et coordonner les soins d'aval, pour faciliter l'intégration dans une structure (foyer, EPAHD...), pour permettre des retours plus rapides au domicile si le patient le souhaite et si c'est compatible avec son état de santé, pour raccourcir la durée d'hospitalisation classique.

Il est également possible de réaliser des sevrages à domicile en partenariat avec les CSAPA et les équipes d'addictologie.

La souplesse de ce type d'unité permet par ailleurs un ajustement clinique fin, de proposer des temps d'hospitalisation intra-muros en cas de situation de crise, d'aggravation clinique (notamment des idéations suicidaires), avec retour en suivi à domicile dès que la situation clinique s'améliore. Une étude rétrospective réalisée en 2019 dans notre service (Randrianaivo et collaborateurs) portant sur 10 ans de fonctionnement montrait que sur les 1 386 usagers admis durant cette période, 141 avaient été réorientés vers les unités psychiatriques classiques, et plus de la moitié d'entre eux repris ensuite en HAD dès l'amélioration clinique. L'objectif étant de limiter autant que possible les durées

d'hospitalisation classique et de rechercher le plus rapidement le retour à domicile, dans le milieu de vie au sein de la société, avec le support des structures ambulatoires (qui malheureusement demeurent en manque cruel de moyens).

70/80 % DES PATIENTS HOSPITALISÉS POURRAIENT BÉNÉFICIER D'UN TRAITEMENT À DOMICILE SOIT DÈS L'ADMISSION, SOIT QUELQUES JOURS APRÈS.

Différentes études internationales ont évalué l'impact des « *home-treatment teams* » (souvent associées à des équipes de résolution de crise), mettant en évidence la diminution des admissions et des hospitalisations, la satisfaction des usagers (confirmé dans notre expérience personnelle), moins de burn-out chez les soignants et un moindre coût in fine que les soins standards.

Selon différents auteurs dans la littérature internationale, 70/80 % des patients hospitalisés pourraient bénéficier d'un traitement à domicile soit dès l'admission, soit quelques jours après.

Bien sûr, quelques difficultés sont à dépasser : besoin d'un projet de soins bien défini, adapté à la personne, et d'une équipe bien formée à la clinique et capable d'autonomie (il n'y a pas la sécurité du cadre institution-

nel), nécessité de bien évaluer les risques du maintien à domicile (notamment auto-agressifs), attention particulière portée aux enjeux systémiques et importance d'une bonne coordination avec les réseaux sanitaires, médicosociaux, sociaux et associatifs du territoire.

Peut également se discuter la pertinence de garder pour ces équipes de soins intensifs à domicile le « label HAD », qui associe plus d'inconvénients que d'avantages en psychiatrie.

Dans leur dimension intrinsèque « d'aller vers », les interventions à domicile s'inscrivent dans une dynamique de facilitation psychosociale, de lutte contre les ruptures des parcours de soins, de valorisation de l'autonomie et de restauration de la capacité d'agir. Véritable alternative à l'hospitalisation classique, lorsque le maintien à domicile est possible, leur intervention précoce peut permettre d'éviter l'aggravation des troubles, de réduire le risque de rechute, d'éviter ou de raccourcir les hospitalisations, de lutter contre la chronicisation, de faciliter le retour à domicile après une hospitalisation, de réinscrire l'utilisateur dans une filière de soins, de participer aux actions de réhabilitation psychosociale et au rétablissement.

Innovantes mais actuellement hétérogènes, ces unités thérapeutiques qui enrichissent l'intervention am-

bulatoire de proximité au sein d'un territoire défini, doivent être mieux repérées et reconnues, davantage développées, leur articulation aux autres services renforcée et leur coordination améliorée.

De notre point de vue, les soins intensifs à domicile n'entrent pas en compétition avec l'hospitalisation classique qui garde ses spécificités, mais propose une alternative intéressante et complémentaire, une approche éthique et une transformation passionnante du paradigme des soins en psychiatrie, en déplaçant le curseur du soin sur le domicile.

En référence et hommage à Lucien Bonnafé, valorisons l'idée que ce sont les femmes et les hommes qui font la psychiatrie, pas les murs.

“

**LES SOINS
PSYCHIQUES À
DOMICILE M'ONT
CONFORTÉ DANS
MA PHILOSOPHIE
MÉDICALE CENTRÉE
SUR UNE RENCONTRE
HUMAINE INDIVIDUÉE**

”

PAR

BAPTISTE MOUSQUES

INTERNE EN PSYCHIATRIE AU CHU DE NANTES

DR JULIEN PEIGNET

PÉDOPSYCHIATRE AU CHU DE NANTES

Chez mon patient

Nous sommes tous les trois assis en cercle les uns en face des autres sur de soyeux fauteuils en rotin, que notre hôte a disposés spécialement pour nous accueillir. Je suis alors interne en médecine spécialisée en psychiatrie et accompagné de ma collègue infirmière en psychiatrie, nous commençons un entretien médical avec notre patient.

En face de nous, un jeune homme d'une vingtaine d'années partage souffrir de la séparation avec sa mère depuis son premier emménagement autonome dans son appartement. En entretien, en cabinet de consultation ou à l'hôpital, nous accompagnons régulièrement des jeunes dans ces problématiques de séparation et d'autonomisation. La différence, aujourd'hui, c'est qu'alors qu'il nous raconte sa relation avec sa mère, nous constatons la présence d'un tableau au-dessus de lui.

La peinture représente une mère embaumant d'un linge son enfant précieux comme s'il faisait partie d'elle. Je questionne le jeune homme sur cette peinture :

« Dites-moi, vous avez un tableau remarquable accroché sur ce mur. »

« En effet, j'y suis très attaché, me répond-il en se retournant pour le regarder. »

« Il représente une mère et un jeune enfant très attachés l'un à l'autre. Qui vous l'a offert? »

« C'est ma grand-mère qui l'a offert à ma mère et qui me l'a offert en retour pour mon emménagement. »

La différence, aujourd'hui, c'est que nous ne sommes pas dans un cabinet de consultation, nous ne sommes pas à l'hôpital, nous sommes chez notre patient qui nous a invités à son domicile. Je découvre alors dans cette peinture l'héritage familial de ce jeune homme.

J'étais en stage sur l'unité EQUIPAD, une structure de soins pour des patients en souffrance psychique aiguë qui intervient à domicile dans l'agglomération nantaise. L'équipe pluridisciplinaire est composée d'infirmiers, de médecins psychiatres, d'une psychologue et d'une assistante sociale.

Dans les représentations communes, on imagine la relation médicale dans le cadre du cabinet de consultation ou dans un service à l'hôpital, c'est-à-

CHEZ MON PATIENT, JE DÉCOUVRE UN NOUVEAU REGARD CLINIQUE, UNE ANALYSE SÉMIOLOGIQUE PLUS PERSONNELLE.

dire « chez » le médecin. Or, ce lieu de rencontre n'est pas le seul possible.

Classiquement, dans l'histoire de la médecine avant le développement de l'institution hospitalière, c'est le médecin qui se déplaçait chez le patient pour le soulager de ses maux. Parfois même, ni le médecin ni le patient ne se déplaçaient, ils échangeaient à distance; au XVI^e siècle, s'étaient développées et répandues les relations médicales épistolaires comme l'en témoigne le précieux recueil de lettres ou consilia du médecin Italien Jean Fernel (1497-1558).

Aujourd'hui, ces pratiques perdurent avec les visites à domicile de SOS médecin, l'hospitalisation à domicile, l'utilisation de la télémédecine et de consultations en visioconférence.

Pour certains patients, l'hospitalisation fait peur, bien qu'elle soit parfois inévitable, dans d'autres cas, des soins psychiatriques intensifs peuvent être pensés au domicile du patient.

Quelle peut être la place de la psychiatrie dans l'intervention à domicile? Dans cette discipline, où pourtant la relation fait particulièrement soin, les soins ont généralement lieu « chez » le médecin. EQUIPAD m'a

Les idées des acteurs

fait découvrir qu'en psychiatrie, aussi, la relation thérapeutique peut avoir lieu chez le patient.

Chez mon patient, je découvre un nouveau regard clinique, une analyse sémiologique plus personnelle. La rencontre thérapeutique se déroule différemment, c'est le médecin qui est accueilli avec convivialité chez son patient. Le patient peut parler de ses maux dans un milieu qu'il connaît et qui le rassure.

Chez mon patient, je peux : échanger pendant une promenade dans le parc voisin, découvrir sa collection de CDs de musique, ses photos de famille ou d'amis affichées sur le mur ou son talent pour la peinture avec la toile exposée dans le salon.

Les soins psychiques à domicile m'ont conforté dans ma philosophie médicale centrée sur une rencontre humaine individualisée.

“

LA PEA : UNE SPÉCIALITÉ MÉDICALE EN REPLI, VOIRE EN DANGER !

”

PAR

D^R STÉPHANE GRISICHEF DU SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT
AU CHS LE VINATIER

Coup de cœur

L'exercice en secteur public m'a permis d'avoir une pratique exclusive en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA), ce qui n'est pas l'habitude de nos collègues installés en libéral qui doivent régulièrement associer pratique avec les adultes et pratique avec les enfants. Et, depuis 10 ans, j'ai même pu développer une sur-spécialisation en Petite enfance, focalisant mon activité sur les enfants entre 0 et 6 ans. Ce qui permet de développer une expertise du fait d'un champ d'activité restreint. De cette place, j'ai particulièrement apprécié la progression des connaissances en psychologie et en psychiatrie du jeune enfant et la stimulation que cela a produit dans les pratiques. Contrairement à mes débuts, une théorie (à l'époque, la psychanalyse) n'a plus le monopole de la compréhension de la clinique et de l'inspiration des thérapies. Grâce à l'arrivée des approches comportementales, cognitives, développementalistes, familiales ou attachementistes, les repères se sont multipliés et les pratiques se sont diversifiées pour s'adapter avec plus de pertinence à la variété des situations cliniques rencontrées. Durant ces 25 années, j'ai également eu la satisfaction de voir la PEA s'autonomiser de plus en plus de la psychiatrie adulte, par exemple, en ne s'occupant plus presque exclusivement du patient porteur des symptômes : la place des parents dans les dispositifs de soins et la prise en compte de leur

action au quotidien a considérablement évolué, ce qui a renforcé l'alliance thérapeutique et significativement augmenté notre efficacité thérapeutique.

Coup de gueule

Quel paradoxe que tous ces éléments positifs et l'attention grandissante aux besoins des enfants n'empêchent pas aujourd'hui la PEA d'être une spécialité médicale en repli, voire en danger ! Les effectifs de psychiatres d'enfants sont en baisse de façon dramatique alors que les dispositifs de service public ou libéral sont unanimement débordés par les demandes. Cela tient notamment à la dissolution de notre identité de spécialistes qui ne devraient intervenir qu'en deuxième ligne sur orientation par des professionnels de l'enfance de première ligne. Le recours à la PEA est abusif, parce que toutes les souffrances psychologiques lui sont adressées et qu'il y a un manque d'identification des souffrances pathologiques, qui devraient être les seules indications de recours à nos compétences. Nous subissons là les conséquences d'années d'indifférenciation entre les « psys » (psychiatres,

**LE RECOURS À LA
PSYCHIATRIE DE
L'ENFANT ET DE
L'ADOLESCENT
(PEA) EST ABUSIF,
PARCE QUE TOUTES
LES SOUFFRANCES
PSYCHOLOGIQUES LUI
SONT ADRESSÉES.**

psychologues, psychanalystes, psychothérapeutes...), de résistances à la nécessité d'une démarche diagnostique et d'opposition au besoin d'évaluation de l'efficacité de nos pratiques. Enfin, on peut se plaindre aussi de l'instrumentalisation de notre discipline comme « cache-misère » et pansement dérisoire sur le retentissement psychique de situations de vie non influencées en amont par l'action politique.

“
**LA RÉPARTITION
DES PSYCHIATRES
SUR L'ENSEMBLE
DU TERRITOIRE
NATIONAL EST TRÈS
CONTRASTÉE**
”

PAR

D^R SAMAN SARRAM

ADDICTOLOGUE À L'HÔPITAL CHARLES PERRENS

De la psychiatrie désertée aux déserts psychiatriques

Depuis quelques décennies, on assiste à une dévalorisation de la psychiatrie alors qu'elle constitue une des disciplines les plus fondamentales de la médecine, car s'intéressant au bon fonctionnement de l'esprit humain. Cette situation est d'autant plus paradoxale qu'on constate un recours de plus en plus important de nos concitoyens auprès des acteurs de la santé mentale. Parallèlement, les médias et les pouvoirs publics n'hésitent pas à impliquer la psychiatrie dans des domaines qui touchent la société et la justice comme la prise en charge et la prévention des récidives des délinquances sexuelles, des violences faites aux femmes et aux enfants, de la radicalisation... Et pourtant, la situation de la psychiatrie continue à se dégrader inexorablement.

Le premier niveau de cette dégradation est observable auprès des étudiants en médecine quand ils sont amenés à choisir une spécialité après un examen classant national (ECN) qui se déroule à la fin de six années d'étude. Chaque année, une centaine de places en psychiatrie reste non pourvue alors que toutes les places en médecine générale sont prises. Pour pallier la pénurie, il ne suffit donc plus d'augmenter le nombre de places en internat de psychiatrie, puisque celles-ci ne seront pas prises par les personnes concernées.

Ce désintérêt pour la psychiatrie se traduit mécaniquement sur le terrain par l'apparition de déserts psychiatriques dans certains territoires, au sein des hôpitaux publics comme en ville. Nous pouvons citer en exemple la Dordogne et son hôpital Vauclaire, à Montpon-Ménéstérol, parmi tant d'autres en France. Mais plus inquiétant encore, cette pénurie de psychiatres hospitaliers gagne des territoires de plus en plus proches des grandes métropoles. Localement, notre inquiétude est grande concernant les effectifs médicaux de l'hôpital de Garderose, situé à Libourne, à 30 km de Bordeaux. Cela donne ainsi l'impression d'un effondrement, sur le principe de la théorie des dominos, de proche en proche, de la psychiatrie publique hospitalière.

Pour mettre en lumière cette pénurie et identifier son impact sur les patients soignés dans les hôpitaux ainsi sinistrés, nous aurions pu espérer pouvoir compter sur le processus de certification, censé évaluer et garantir la qualité des soins prodigués dans les établissements de santé. Malheureusement, cette démarche semble avoir été conçue pour être complètement aveugle sur la situation de l'offre de soins en termes de temps médical spécialisé disponible pour les patients. Or, la qualité des soins doit être appréciée principalement à partir de la disponibilité et de la qualité des soignants (formation adaptée et spécialisée, le temps moyen disponible pour chaque patient et le temps effectif consacré aux

soins pour chaque médecin, les moyens mis au service des patients comme l'accès à une consultation ou une hospitalisation programmée ou en urgence...). Autant d'indicateurs qui sont absents dans ce processus chronophage de certification. Ainsi, des hôpitaux psychiatriques totalement dépourvus de psychiatres titulaires d'un DES et ne fonctionnant qu'avec des médecins généralistes ont été certifiés sans difficulté !

Un médecin formé pour pratiquer la médecine générale ne peut pas fournir des soins psychiques et psychiatriques de la même qualité qu'un psychiatre. Le recours massif à des médecins formés hors Union européenne ou formés dans l'Union européenne mais peu francophones pose le même problème de qualité dans une spécialité telle que la psychiatrie, avant tout basée sur le langage en tant que moyen d'accès au sujet.

En résumé, les critères actuels de ce processus sont trop technocratiques et ne sont manifestement pas bien adaptés à la psychia-

**LA PERSISTANCE DE
CETTE PÉNURIE DE
PSYCHIATRES DANS
CES TERRITOIRES AURA
POUR CONSÉQUENCE
L'INSTALLATION
D'UNE INADÉQUATION
ENTRE LES EXIGENCES
RÉGLEMENTAIRES
ET L'EFFECTIF
DES COLLÈGUES
SUSCEPTIBLES
D'ASSUMER LA
RESPONSABILITÉ QUI
EN DÉCOULE.**

trie. Pire encore, ces procédures ont tendance même à aggraver la situation en consommant beaucoup de temps soignant tout en constituant un écran de fumée sur la situation de démographie médicale de ces hôpitaux qui restent certifiés sans souci, avec un « compte qualité » bien fourni.

La répartition des psychiatres sur l'ensemble du territoire national est cependant très contrastée. À côté de ces déserts psychiatriques, on assiste à un boom du secteur II (à honoraires libres) et du salariat privé dans d'autres territoires comme les grandes villes universitaires.

Le temps ne serait-il pas venu de réglementer avec des mesures plus contraignantes l'accès au secteur II au profit des déserts médicaux ? Ne serait-il pas opportun de conditionner l'octroi d'une installation en secteur II non pas à deux années d'assistantat dans n'importe quel service mais à une période minimale d'exercice plus correctement rémunérée dans des services, pôles, hôpitaux ou territoires sous tension ?

Il est évident que ces mesures à elles seules ne vont pas régler tous les problèmes d'une discipline en crise. Mais la persistance de cette pénurie de psychiatres dans ces territoires aura pour conséquence l'installation d'une inadéquation entre les exigences réglementaires

(toujours plus nombreuses, comme nous le montre l'exemple récent de l'article 84 du PLFSS) et l'effectif des collègues susceptibles d'assumer la responsabilité qui en découle. Cette situation devient insupportable pour ceux, de moins en moins nombreux, qui « résistent » (jusqu'à quand?) dans ces territoires désertés. Il est donc urgent d'agir !

“

LA RECHERCHE ET L'INNOVATION DOIVENT ÊTRE AU CŒUR DU COMBAT CONTRE LES MALADIES PSYCHIATRIQUES

”

PAR

PR MARION LEBOYER

DIRECTEUR MÉDICAL DU DMU IMPACT AU DÉPARTEMENT MÉDICO-UNIVERSITAIRE
D'ADDICTOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DES HÔPITAUX HENRI MONDOR
DIRECTRICE DE LA FONDATION FONDAMENTAL ET RESPONSABLE DU DHU PEPSY

La psychiatrie : un enjeu de santé publique majeur

Avec 20 % de la population touchée par des troubles psychiatriques, une réduction de l'espérance de vie de 10 à 20 ans et un coût complet estimé à 109 milliards d'euros en France, dont 22,5 milliards d'euros de dépenses pour la seule assurance maladie, les maladies psychiatriques constituent pour la France un enjeu majeur de santé publique, avec un impact socio-économique très important (Chevreul et al, 2013). Ces maladies représentent la première cause de handicap en 2020 en France comme dans le monde. Chaque année, le nombre de personnes touchées augmente d'environ 5 %, principalement à partir du début de l'âge adulte. Cette situation déjà très préoccupante va encore s'aggraver dans le contexte de la pandémie Covid-19, en raison des impacts psychologiques, économiques et infectieux qu'elle a induits. Pour relever ce défi, la recherche et l'innovation en psychiatrie doivent être soutenues.

Forces et faiblesses de la recherche en psychiatrie française

Héritière d'une histoire prestigieuse, la recherche française en psychiatrie a régressé et n'occupe plus aujourd'hui que le 9^e rang mondial avec 3,4 % des publications mondiales. Ce résultat est à mettre en re-

gard du faible nombre de chercheurs dans ce domaine, du faible nombre de psychiatres formés à la recherche en France et des très faibles ressources budgétaires dévolues à la recherche en psychiatrie.

Il existe cependant un petit nombre de pépites qui rivalisent avec les meilleures équipes au niveau international. La cartographie des publications internationales montre également à quel point la recherche française s'est structurée révélant que, contrairement aux idées reçues, il existe un maillage serré entre les différents groupes de chercheurs. Témoin d'une communauté scientifique qui s'est structurée en réseaux que sont le Groupe de recherche en psychiatrie, l'Association française de psychiatrie biologique et neuropsychopharmacologie (AFPBN), le GIS Autisme ou le réseau des centres experts de la Fondation FondaMental. Les efforts de coordination de recueil de données, de constitution de bases de données et de biobanques partagées, créées notamment grâce au programme d'investissements d'avenir, ont permis d'améliorer la coordination

CE SONT LES ÉQUIPES FRANÇAISES DE L'INSTITUT PASTEUR ET DE L'INSERM QUI, AU DÉBUT DES ANNÉES 2000, METTENT EN ÉVIDENCE LES PREMIÈRES MUTATIONS FONCTIONNELLES DES GÈNES IMPLIQUÉS DANS LE DÉVELOPPEMENT DE LA SYNAPSE.

de la recherche clinique et de soutenir une intégration transdisciplinaire et transnosographique.

Des résultats scientifiques et médicaux importants ont été obtenus en France ces dernières années

Les quelques exemples suivants, qui ne se prétendent pas être exhaustifs, donnent un exemple du travail des dix dernières années de notre équipe de recherche qui a contribué à la mise en évidence de données prometteuses.

Découverte du terrain génétique et épigénétique pour les maladies psychiatriques les plus sévères

Ce sont les équipes françaises de l'Institut Pasteur et de l'Inserm qui, au début des années 2000, mettent en évidence les premières mutations fonctionnelles des gènes impliqués dans le développement de la synapse (Jamain et al, 2003). Ils ont également montré que cette machinerie synaptique jouait un rôle dans le développement des troubles bipolaires et de la schizophrénie (Etain et al, 2010 ; Houenou et al, 2017) et ont identifié d'autres mécanismes moléculaires expliquant certains symptômes caractéristiques comme les troubles du sommeil (Etain et al, 2012 ; Geoffroy et al, 2014) ou des rythmes circadiens (Geoffroy et al., 2015). Ces équipes ont également contribué, dans le

cadre de grands consortiums internationaux, à la mise en évidence d'une vulnérabilité génétique commune à plusieurs troubles psychiatriques (Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium), mais différente de celle impliquée dans les maladies neurologiques (Brainstorm consortium, 2018) et ont identifié des signatures biologiques qui pourront être utiles pour prédire la réponse au traitement (Troudet et al, 2020).

Identification des facteurs de risque environnementaux

Les facteurs de risque environnementaux ont également fait l'objet de nombreux travaux permettant, par exemple, dans les troubles psychotiques, de montrer le rôle de traumatismes psychologiques infantiles (Baudin et al. 2017), de l'âge paternel avancé (Schürhoff et al. 2020), de la consommation de cannabis (Baudin et al. 2016), et de la migration (Tortelli et al. 2018).

Actuellement, le lien entre urbanité et troubles psychotiques génère de nombreux travaux et suggère l'implication de facteurs sociaux ou psychosociaux tels que le niveau socioéconomique,

**CES FACTEURS
DE RISQUE
ENVIRONNEMENTAUX
RESTENT POUR L'HEURE
INSUFFISAMMENT
EXPLORÉS ET
NÉCESSITENT DES
INVESTIGATIONS PLUS
POUSSÉES.**

le surpeuplement des logements, les inégalités sociales, le capital social (Pignon et al. 2016), mais aussi un rôle de la pollution de l'air (Schürhoff et al. sous presse ; Pignon et al. 2020). Ces facteurs de risque environnementaux restent pour l'heure insuffisamment explorés et nécessitent des investigations plus poussées, et ce, d'autant que contrairement aux facteurs de risque génétique, la plupart d'entre eux peuvent être accessibles à des interventions et des mesures de prévention susceptibles de réduire l'incidence des maladies psychiatriques.

Le terrain immuno-inflammatoire

L'immunopsychiatrie, lancée par Robert Dantzer et Lucile Capuron à Bordeaux dans les années 1980, s'est ensuite poursuivie par l'obtention d'un certain nombre de résultats innovants : mise en évidence de l'importance du terrain immunogénétique à l'œuvre dans une moins bonne capacité des personnes bipolaires à se défendre face aux agents infectieux (Oliveira et al, 2014), rôle de l'immunité adaptative dans les anomalies microgliales sous-tendues par des associations avec les gènes du système HLA (Tamouza et al, 2020). Persistance d'une inflammation de bas niveau, à l'origine de l'activation des rétrovirus humains endogènes (Perron et al, 2008, 2013) et de l'apparition d'autoanticorps dirigés contre des récepteurs cérébraux (Jezequel et al, 2017, 2020).

Les études de suivis de cohorte ont permis de mettre en évidence l'importance des comorbidités somatiques, en particulier le syndrome métabolique (Godin et al, 2014, 2015, 2020) ou encore la stéatose hépatique non alcoolique (NASH) (Godin et al., 2021) qui, comparées à la population générale, sont deux fois plus présentes dans les maladies psychiatriques et insuffisamment dépistées et traitées. Les équipes françaises de recherche ont également montré que ces comorbidités n'ont pas qu'un impact sur la santé physique des individus mais sont également associées à un risque de rechute plus important, ainsi qu'à une altération cognitive et fonctionnelle (Godin et al. 2020) (Godin et al. 2018).

Imagerie cérébrale

Les études d'imagerie cérébrale ont permis de mettre en évidence des différences entre des sujets contrôles et des patients souffrant de schizophrénie (Laidi et al. 2019), de trouble bipolaire (Sarrazin et al. 2014) ou encore des individus avec un trouble du spectre autistique (d'Albis et al. 2018). Actuellement, ces études n'ont pas permis de mettre en évidence des marqueurs de ces pathologies psychiatriques à l'échelle individuelle, mais seulement à l'échelle d'un groupe de patients. La constitution de larges cohortes internationales de patients (Favre et al. 2019), le développement d'IRM cérébrales à très-haut

champ magnétique ou encore l'imagerie cérébrale de certaines molécules comme le lithium (Stout et al. 2020) proposé dans le trouble bipolaire pourraient permettre d'améliorer le pronostic de la maladie et d'aider les cliniciens dans leur choix thérapeutique.

Le coût de la santé mentale en France

Sur le plan médico-économique et de l'organisation des soins, des travaux récents (Laidi et al. 2018, Laidi et al. en préparation) confirment l'influence du coût des hospitalisations à temps complet sur le coût direct de la schizophrénie et du trouble bipolaire. Ces travaux suggèrent que toutes les interventions (comme la psychoéducation) susceptibles de diminuer la fréquence des hospitalisations pourraient permettre de réduire les coûts associés aux pathologies psychiatriques et d'améliorer la qualité de vie des patients. De même, la prise en charge par des centres de recours, permettant de formuler des recommandations personnalisées pour chaque patient, semble permettre de diminuer les hospita-

LA RECHERCHE FRANÇAISE EN PSYCHIATRIE REPRÉSENTE SEULEMENT 2 À 4 % DU BUDGET DE LA RECHERCHE BIOMÉDICALE (SOIT 27,60 M€).

lisations et in fine le coût direct du trouble bipolaire (Laidi et al. en préparation).

Les recherches françaises sont le fruit de multiples collaborations au plan national : INSERM, CNRS, CEA, INRIA, INRAE, établissements universitaires... Les hôpitaux psychiatriques, qui ont été jusqu'à présent peu investis dans le domaine de la recherche, ont également fait part de leur intérêt pour ces champs de recherche émergents.

Cependant, les nombreux rapports sur la psychiatrie en France font tous état des mêmes freins au développement de la recherche dans ce domaine : masse critique insuffisante de chercheurs statutaires et d'hôpitalo-universitaires (2,4 % du total des PU-PH), déficit de formation de la nouvelle génération de chercheurs et de médecins (insuffisance des bourses de recherche et des postes d'accueil en laboratoires), absence de statut de psychologues chercheurs, trop peu d'appels d'offres dédiés à la recherche préclinique et clinique en psychiatrie (étude de cohortes, recherche de biomarqueurs, études des mécanismes étiologiques, études épidémiologiques...), accès complexe aux infrastructures nationales, manque d'experts pour évaluer les projets de recherche, collaborations public/privé innovantes difficiles à monter...

Au global, la recherche française en psychiatrie représente seulement 2 à 4 % du budget de la recherche biomédicale (soit 27,60 millions d'euros), ce qui est insuffisant au regard du fardeau social et économique (~0,12 % du coût des soins ; ~0,025 % des coûts indirects), des enjeux nationaux et de la compétition internationale (Chevreul et al, 2012b). Elle souffre aussi d'importants besoins de structuration et d'émulation de la communauté scientifique, que la coordination par un PPR serait à même de résoudre.

LES MALADIES MENTALES REPRÉSENTENT DES ENJEUX ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX QUI JUSTIFIENT UN RENFORCEMENT VOLONTARISTE DE LA RECHERCHE EN PSYCHIATRIE FRANÇAISE, QUI A DES ATOUTS MAIS AUSSI DE RÉELLES FAIBLESSES.

Promouvoir une médecine préventive et de précision en psychiatrie

Les maladies mentales représentent des enjeux économiques et sociaux qui justifient un renforcement volontariste de la recherche en psychiatrie française, qui a des atouts mais aussi de réelles faiblesses. Devant l'urgence de la situation et en particulier pour faire suite aux conséquences de l'épidémie de Covid-19,

un soutien fort de la recherche nous semble être une priorité.

Plusieurs études internationales ont contribué à la définition des grands axes de recherche qui doivent être soutenus dans les années à venir. C'est en particulier le travail du groupe de recherche européen ROAMER qui a établi, en lien avec des partenaires et des usagers européens, la feuille de route de la recherche en psychiatrie européenne (Wykes et al, 2015).

Parmi les grandes questions scientifiques qui se posent aujourd'hui, on peut citer :

- Mieux comprendre les processus physiopathologiques à l'œuvre dans les mécanismes étiologiques des maladies mentales ;
- Identifier les facteurs de risques environnementaux individuels et populationnels (polluants, infections, drogues, migration, traumatismes...) et comprendre l'interaction avec les facteurs de susceptibilité génétique ;
- Rechercher et valider des biomarqueurs pour faciliter le diagnostic précoce et stratifier en sous-groupes homogènes de patients ;

- Pérenniser et étendre des cohortes évaluées cliniquement de manière standardisée mais aussi caractérisées de manière approfondie grâce aux outils omics ou d'imagerie cérébrale, afin de contribuer à construire des bases de données multimodales analysables avec les grands opérateurs de calcul permettant le développement d'algorithmes décisionnels ;
- Développer des outils connectés permettant la mesure continue, écologique de paramètres cliniques, mais aussi la mise à disposition d'outils psychosociaux (psychoéducation, remédiation et thérapie cognitive...);
- Démontrer l'efficacité et déployer des stratégies thérapeutiques innovantes (immuno-modulation, biothérapies, thérapies psychosociales...);
- Promouvoir les recherches permettant une psychiatrie préventive, identifiant de nouvelles stratégies capables de modifier l'évolution des troubles et de limiter le risque de chronicité.

Comme cela a été fait pour le cancer, le Sida, les

**UNE STRATÉGIE
NATIONALE SUR LA
PSYCHIATRIE POURRAIT
ÊTRE MISE EN PLACE
POUR DÉFINIR UNE
VISION COORDONNÉE
DE LA RECHERCHE
FRANÇAISE ET RELEVER
PLUS EFFICACEMENT
LES DÉFIS ASSOCIÉS À
CET ENJEU MAJEUR DE
SANTÉ PUBLIQUE.**

maladies neurodégénératives et maintenant la Covid, la recherche et l'innovation doivent être au cœur du combat contre les maladies psychiatriques. Une stratégie nationale sur la psychiatrie pourrait être mise en place pour définir une vision coordonnée de la recherche française et relever plus efficacement les défis associés à cet enjeu majeur de santé publique. À terme, cette stratégie devrait permettre d'atteindre une masse critique de chercheurs, cliniciens et cliniciens-chercheurs dans le domaine de la psychiatrie et d'augmenter significativement les collaborations entre acteurs. Couvrant l'intégralité du continuum de la recherche fondamentale à la recherche appliquée, cette stratégie aurait comme objectif de :

- Faire des campagnes d'information qui pourraient contribuer à l'évolution des stéréotypes concernant la maladie mentale ;
- Définir et hiérarchiser les champs de recherche à soutenir, compte tenu des besoins et des forces en présence ;
- Soutenir les réseaux de recherche nationaux, les articuler avec les plateformes de recherche clinique et faciliter leur intégration dans les réseaux européens et internationaux ;

- Mettre en œuvre des actions de déploiement des résultats des recherches permettant un transfert efficace vers la pratique clinique au bénéfice des patients.



LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE PRENNENT EN CHARGE DES PATIENTS À VALENCE SOCIALE DE PLUS EN PLUS LOURDE



PAR

D^R ALAIN MERCUEL

PSYCHIATRE DES HÔPITAUX, CHEF DU PÔLE « PSYCHIATRIE-PRÉCARITÉ » DU GHU
PARIS PSYCHIATRIE ET NEUROSCIENCES

Les Équipes mobiles psychiatrie-précarité : voitures-balais du Secteur

Un « coup de gueule » sous forme de fiction, bien sûr...

« Cher Ami,

Je vous remercie de recevoir en consultation Monsieur CRA... Do... que j'ai eu l'occasion de rencontrer en rue lors de mon activité de psychiatre hospitalier. Il est originaire de RDC et vit sur le territoire national depuis bientôt une décennie. Vous retrouverez certainement son dossier puisque sa dernière consultation au CMP, après plusieurs hospitalisations, date de deux ans et 9 mois. Son aire d'errance actuelle est restée la même depuis qu'il a rompu le suivi thérapeutique : de façon étonnante, il persiste depuis plusieurs mois à se déplacer en journée entre la rue du CMP et celle de l'hôpital de jour. Je pense qu'il s'agit peut-être d'une demande de soins implicite...

Il présente, il est porteur, il manifeste, ... une psychose chronique de type schizophrénique et est en rupture de soins. Ses troubles du comportement peuvent laisser penser à une psychopathie mais la bizarrerie, le détachement et l'impénétrabilité évoquent plutôt une schizophrénie pseudo-psychopathique s'épuisant dans les comportements dyssociaux. Le délire persécutif sous-jacent fait écho aux persécutions subies dans son pays

d'origine. Après une petite dizaine de « consultations » en rue, il a fini par accepter de reprendre contact avec ceux qui s'étaient occupés de lui. L'indication d'hospitalisation peut se poser devant le délire à bas-bruit et un état dépressif d'épuisement lié aux stratégies lassantes de survie à la rue, mais sans caractère d'urgence. Dans le contexte actuel de la pandémie, une toux m'inquiétait et nous l'avons conduit au SAU de proximité où nous avons découvert qu'il était très connu de tous les services d'urgence. Un clinicien craignait même une radiodermite induite par des radiographies pulmonaires trop fréquentes. En effet, pour trouver un abri nocturne régulier, il fait le tour des urgences parisiennes et la toux fait prescrire une radio... L'absence de signe d'atteinte somatique pertinent fait qu'il est récusé et doit quitter les urgences quelques heures après y avoir été admis.

Le test PCR réalisé hier était négatif. Il en est resté affligé, car espérait qu'en contractant le virus il aurait plus de chance d'être hospitalisé. C'est d'ailleurs dans ce contexte de refus de distanciation physique (et non seulement sociale qu'il connaît depuis longtemps), de port de masque très aléatoire et très sale, de difficulté à se procurer du gel hydroalcoolique, qu'il se met en danger. Il banalise ce comportement en invoquant « sa » solution hydroalcoolique, en substance : du vin en bouteille plastique. À ce sujet, il est à noter qu'il

ne peut jamais rencontrer le psychiatre de garde des différents services d'urgence car toujours un peu alcoolisé, en tout cas suffisamment pour que les psychiatres ne puissent (ou ne s'autorisent à) le rencontrer « dans de telles conditions ».

**LA PANDÉMIE NOUS
EMPÊCHE TOUTE
FORME D'ADMISSION
À CARACTÈRE
SOCIAL, L'HÔPITAL
N'ÉTANT PLUS UN
ASILE AU SENS DE
L'HÉBERGEMENT.**

Merci, donc, de lui proposer un rendez-vous par notre intermédiaire. L'Équipe mobile psychiatrie-précarité est prête à se mobiliser pour l'accompagner au CMP.

Bien confraternellement. »

« Cher Ami,

Je vous remercie de votre confiance de nous adresser ce patient sur le CMP, voire d'envisager une hospitalisation. Le plus simple est qu'il se présente au CMP, pour un premier contact, entre 9 heures et 17 heures. Ainsi, il pourra lui-même formuler sa demande dans le respect de l'autonomie de chacun. Cependant, nous ne pourrions le recevoir avant plusieurs mois et je crains alors que le délai de réadressage sur le secteur soit dépassé. Il serait plus opportun que ce patient puisse

passer par le service de régulation de la sectorisation des sans domicile fixe.

Par ailleurs, malencontreusement, nous ne retrouvons pas le dossier de ce patient.

Cependant, je me souviens de ce patient et nous avons discuté clinique autour de ses comportements : psychopathie pseudo-schizophrénique ou schizophrénie pseudo-psychopathique ? En fait, nous passons notre temps à rectifier des diagnostics et nombre de supposés schizophrènes ressortent du service avec le diagnostic de psychopathie. Et, comme vous le savez, nous n'avons pas de possibilité thérapeutique pour ces personnes qui n'ont pas intégré la loi.

Quoi qu'il en soit, je ne sais pas s'il pourra trouver des soins adaptés à sa situation car les différents secteurs s'organisent maintenant vers des prises en charge plus spécifiques et complémentaires entre elles. Le nôtre s'est orienté récemment vers la prise en charge quasi exclusive des Syndromes de dysconnexion fortuits (SDF). Peut-être serait-il plus opportun de l'orienter vers les secteurs de notre collègue qui gère le service des Troubles différentiels antisociaux et hypoactivité (TDAH), qui pourra le traiter certainement plus efficacement que nous. Mais rien n'est moins sûr, car son équipe se plaint de recevoir trop de migrants et de ne

pas pouvoir soigner « nos » SDF.

Enfin, actuellement, la pandémie nous empêche toute forme d'admission à caractère social, l'hôpital n'étant plus un asile au sens de l'hébergement.

Bien confraternellement. »

Toute ressemblance avec des personnes existantes ou ayant existé, avec un nom de personnage ou de dispositif, avec des situations existantes ou ayant existé, serait purement fortuite ou simple coïncidence.

Les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), même si elles ne portaient pas ce nom lors de leurs premières créations, fin des années 90, sont venues combler les difficultés du Secteur psychiatrique à soigner et à maintenir dans le soin le public en exclusion et/ou très précaire ET présentant des troubles psychiatriques. Depuis cette époque, ce public très précaire n'a cessé de croître, tandis que les moyens des équipes classiques d'« aller vers », telles les hospitalisations à

LA PERTINENCE DE CES ACTES ÉTAIT ALORS QUESTIONNÉE EN CE QUI CONCERNAIT LES SANS DOMICILE FIXE, PUISQU'ERRANTS BIEN AU-DELÀ D'UN TERRITOIRE GÉOGRAPHIQUE COUVERT PAR LES LIMITES DU SECTEUR : LE PATIENT ÉTANT « RELIÉ » À SON SECTEUR PSYCHIATRIQUE PAR SON DOMICILE...

domicile ou plus simplement les visites à domicile, s'évaporaient doucement. La pertinence de ces actes était alors questionnée en ce qui concernait les sans domicile fixe, puisqu'errants bien au-delà d'un territoire géographique couvert par les limites du Secteur : le patient étant « relié » à son secteur psychiatrique par son domicile... De fait, les établissements ont peu à peu mis en place des EMPP, leur déléguant cette dynamique d'aller à la rencontre des « SDF », psychotiques ou pas, afin de préparer un accès ou un retour aux soins psychiatriques, préparer une hospitalisation, faciliter les liens avec les structures sociales ou médicosociales venant appuyer le projet de soins. Une autre de leurs missions est d'intervenir en appui et en soutien aux structures d'accueil, qui reçoivent de plus en plus de patients sortant d'hospitalisation.

Les secteurs de psychiatrie prennent en charge des patients à valence sociale de plus en plus lourde. L'évolution est très nette depuis quelques années. Comme l'illustre l'échange ci-dessus, il devient maintenant malaisé aux EMPP, une fois la rencontre réalisée et le consentement aux soins obtenu, de faire admettre en soins les patients très précaires alors qu'ils devraient bénéficier de ces soins autant que ceux vivant en domicile fixe.



**SORTIR DES
ADDICTIONS, C'EST
AUSSI PRENDRE
EN CHARGE
SIMULTANÉMENT
LES PATHOLOGIES
ADDICTOLOGIQUES
ET PSYCHIATRIQUES
ASSOCIÉES**



PAR

PR ALAIN DERVAUX

PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE ET ADDICTOLOGIE
AU CHU D'AMIENS

Addictions : ce qui doit changer

En France, d'après l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT, 2019), 27 % des 18-75 ans consomment quotidiennement du tabac, 10 % de l'alcool, 3 % du cannabis, à quoi il faut ajouter 350 000 usagers problématiques d'opiacés, cocaïne ou amphétamines. Les troubles liés aux addictions, notamment à l'alcool, sont une des premières causes d'hospitalisation en France. Un fumeur de tabac sur 2 meurt précocement de son tabagisme (75 000 personnes par an). L'espérance de vie des fumeurs est réduite de 10 ans par rapport aux non-fumeurs et 41 000 individus meurent précocement d'une consommation excessive d'alcool.

Ce qui doit changer : les représentations des addictions

Les addictions sont encore uniquement perçues d'un point de vue moral, notamment comme des comportements répréhensibles qu'il suffit d'arrêter pour rentrer dans la norme. Or, ce sont des maladies complexes qui résultent de l'interaction de nombreux facteurs qui ne sont pas modifiables par la seule action de la volonté :

- Facteurs génétiques multiples qui comptent pour plus de 50 % de leur origine.

- Facteurs environnementaux, en particulier les maltraitances précoces et la précocité des premières consommations.
- Troubles psychiatriques (anxieux, dépressifs, psychotiques...) et troubles de personnalité très fréquemment associés.

Beaucoup de progrès en neurobiologie ont été réalisés ces dernières années dans la compréhension de la genèse des addictions. Celles-ci modifient la structure et le fonctionnement du cerveau à plusieurs niveaux :

- Au niveau du système limbique, cerveau des émotions, « reptilien », dans les circuits de la récompense favorisant les sujets à privilégier les consommations au détriment des autres sources de plaisir.
- Au niveau cortical, l'organisme réagit à la consommation chronique de substances par une diminution de la densité des récepteurs sur lesquels elles se fixent : récepteurs GABAergiques pour l'alcool, récepteurs cannabinoïdes pour le cannabis, récepteurs opioïdes pour l'héroïne... Ceci a pour conséquence d'activer le système de stress hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien qui s'active lorsque les sujets sont en manque et pousse les patients à consommer.

- Au niveau des cortex frontaux, préfrontaux et cingulaires, qui sont de plus en plus défaillants dans le contrôle des comportements d'excès, aboutissant à des fonctionnements automatiques de consommation.

**L'AVENIR, C'EST
D'ABORD DÉVELOPPER
LA PRÉVENTION,
BALBUTIANTE DANS
NOTRE PAYS, TROP
FONDÉE SUR DES
INITIATIVES LOCALES.**

Une fois installées, les addictions deviennent des maladies chroniques, mais pas reconnues comme telles en raison de leur stigmatisation. Comme l'hypertension artérielle ou le diabète, les addictions sont caractérisées par des rechutes fréquentes. Les budgets qui y sont consacrés doivent aussi être préservés. Comme les autres pathologies, les sociétés sans drogues n'existent pas.

Changer aussi les modèles thérapeutiques des addictions

Pour sortir des addictions, ce qu'il faut d'abord comprendre, c'est que les acteurs principaux du changement sont les patients. Les thérapeutes vont les aider à réaliser leurs objectifs d'arrêt ou de diminution des consommations à l'aide d'interventions thérapeutiques, médicamenteuses et psychothérapeutiques, notam-

ment des approches dites « motivationnelles ». Cette médecine comportementale est différente des modèles médicaux traditionnels proposant des interventions extérieures aux patients.

Sortir des addictions, c'est aussi prendre en charge simultanément les pathologies addictologiques et psychiatriques associées, ce qu'on appelle des prises en charge « intégrées ». Trop souvent, en effet, les structures de soins psychiatriques et addictologiques se renvoient les patients comme des patates chaudes, ce qui aboutit malheureusement trop souvent à une évolution défavorable.

L'avenir

- L'avenir, c'est d'abord développer la prévention, balbutiante dans notre pays, trop fondée sur des initiatives locales. Elle doit être plus systématique et la plus précoce possible. À l'adolescence, il est déjà trop tard. Elle doit aussi s'appuyer sur des données probantes. De nombreuses études nationales et internationales ont notamment montré l'efficacité de certaines interventions visant à améliorer les compétences psychosociales des jeunes et de leur entourage familial, le démarketing et des programmes d'interventions telles que « Unplugged » ou « MAAD ».

- L'avenir, c'est aussi développer la reconnaissance et la prise en charge, très insuffisante actuellement, des troubles cognitifs très fréquemment induits par les addictions à l'alcool (environ 80 % des patients) et au cannabis.
- L'avenir, c'est aussi développer l'intelligence artificielle (IA) qui a un fort potentiel en Addictologie. L'IA pourrait faciliter la compréhension de tableaux cliniques complexes, difficiles à appréhender par un seul médecin d'une seule spécialité, et faciliter des prises en charges individualisées.
- L'avenir, c'est enfin développer des politiques publiques sur les addictions basées sur les sciences comme l'a suggéré John Strang du King's College London. Le but est d'aider les politiques à tenir compte des dernières avancées de la science pour pouvoir prendre les meilleures décisions dans l'intérêt des populations.



**CET EFFORT POUR
LA PSYCHIATRIE
PUBLIQUE NOUS
PARÂÎT ÊTRE UNE
VÉRITABLE URGENCE
RÉPUBLICAINE !**



PAR

DR MICHEL TRIANTAFYLLOU

CHEF DE PÔLE PSYCHIATRIE ET NEUROSCIENCES
AU GHU PARIS

Le débat sur l'isolement et la contention : un piège ou une opportunité pour la psychiatrie publique ?

Le monde de la Psychiatrie est secoué depuis plusieurs mois par une crise fortement médiatisée : celle induite par l'adoption de l'Article 84 dans la Loi de financement de la Sécurité sociale. Cet article inscrit une durée maximale de 6 heures pour le renouvellement de la Contention et de 12 heures pour la mise en chambre d'Isolement, le tout ne pouvant pas excéder 48 heures. Ces renouvellements doivent obligatoirement être décidés - de jour comme de nuit, même si le patient dort - par un psychiatre et être adressés sans délai au Juge des libertés et de la détention. Ces mesures concernent, selon les estimations des rapports de 2019, des Commissions départementales de soins psychiatriques publiés par la Direction générale de la santé (DGS), 37 % des patients hospitalisés sans leur consentement, soit 10 % de l'ensemble des patients hospitalisés en Psychiatrie publique et en ESPIC.

Le paradoxe est que cet article de loi entraîne une très forte agitation, alors que le principe d'encadrement et de réduction des pratiques d'isolement et de contention recueille l'assentiment de tous. Cet article est à l'origine de crispations, de controverses et de polémiques qui se répandent dans la presse et suscitent un malaise profond. Face aux reproches d'« archaïsme », de

« dérapages » quasi-continus, parfois de « traitements inhumains » et de « défaillance généralisée », qui se répandent dans des médias et chez nombre d'acteurs publics, les professionnels de la Psychiatrie ont le sentiment d'être méconnus, méprisés, déconsidérés et humiliés...

Cette crise polarise toute l'attention des acteurs et risque de piéger la Psychiatrie publique dans ce seul enjeu « de droit », alors qu'elle est simultanément confrontée à des difficultés majeures et à des enjeux cruciaux qui s'accumulent depuis des années :

Une croissance exponentielle des Files Actives et des besoins

En effet, le nombre des patients suivis et pris en charge a augmenté de plus de 40 % en moins de 10 ans. En même temps, de nouveaux besoins émergent et de nouvelles missions sont dévolues à la psychiatrie : la prise en charge des personnes en situation de grande précarité, celle des migrants, les psychotraumatismes, le suivi des agresseurs (sexuels ou auteurs d'autres violences), la crise de la COVID+ et les COVID longs, pour ne citer que quelques-uns. Sans oublier les personnes radicalisées, dont la prise en charge psychiatrique a suscité de vives oppositions faute d'évidences scientifiques

sur le sujet, mais qui revient malgré tout à intervalles réguliers...

L'effondrement démographique

Plus de 1 200 postes de praticiens hospitaliers, soit 20 % des effectifs budgétés, sont vacants au sein des Établissements publics de psychiatrie avec une forte disparité territoriale. Le nombre des internes qui choisissent la spécialité décroît d'année en année. Le nombre des infirmiers est insuffisant et le recours à l'intérim est fréquent.

Une crise budgétaire

Un sous-financement chronique : le taux de progression de la Dotation annuelle de financement (DAF) de la Psychiatrie publique s'est situé entre 0,7 et 1,1 % de 2010 à 2018, alors que la progression de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a progressé de 2,5 à 3 % pour la même période. Il s'ensuit des coupes sévères dans

LE NOMBRE DE LITS N'A CESSÉ DE DIMINUER POUR PASSER DE 118 000 EN 1981 À MOINS DE 60 000 EN 2014, DONT UN PEU PLUS DE 40 000 POUR L'HOSPITALISATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS.

les investissements et le renouvellement des matériels et des équipements. Les locaux d'hospitalisation, des hôpitaux de jour et des Centres médicopsychologiques (CMP) sont ainsi de plus en plus vétustes. La Psychiatrie est manifestement le parent pauvre de la Médecine.

Une évolution capacitaire défavorable

Le nombre de lits n'a cessé de diminuer pour passer de 118 000 en 1981 à moins de 60 000 en 2014 dont un peu plus de 40 000 pour l'hospitalisation dans les Établissements publics. Cet énorme travail de désinstitutionnalisation ne s'est pas accompagné par un redéploiement équivalent des moyens et des ressources vers l'ambulatoire, contrairement aux promesses maintes fois réitérées par les gouvernements successifs. La logique de « l'hôpital entreprise » l'a emporté et la Psychiatrie se trouve ainsi malmenée.

Et pourtant, elle manifeste une créativité et une adaptation organisationnelle exceptionnelles : malgré la pénurie, elle met en place de nouveaux dispositifs (VigilanceS pour les crises suicidaires, Conseils locaux en santé mentale pour l'ancrage dans la Cité, équipes dédiées aux Urgences des hôpitaux généraux, services au sein des établissements pénitentiaires, équipes mobiles précarité, pour ne citer que quelques-uns...). Elle a pu s'organiser avec une rapidité et une souplesse re-

marquables face à la crise sanitaire actuelle pour continuer à suivre l'ensemble de ses 2 200 000 patients, en ambulatoire et en hospitalisation libre et/ou sans consentement, tout en ouvrant en un temps record plus de 1 000 lits COVID Psy à moyens constants...

PLUTÔT QUE DE S'ENFERMER DANS DES CONFLITS À L'ISSUE INCERTAINE OU DES DÉNONCIATIONS MÉDIATIQUES SANS RÉELLE CONNAISSANCE DES ENJEUX, UN PLAN AMBITIEUX EN FAVEUR DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE EST NÉCESSAIRE.

Plutôt que de s'enfermer dans des conflits à l'issue incertaine ou des dénonciations médiatiques sans réelle connaissance des enjeux, un plan ambitieux en faveur de la Psychiatrie publique est nécessaire :

- Une progression de 4,5 % de la DAF sur 10 ans pour compenser la disette imposée depuis de trop nombreuses années.
- Un plan massif d'investissement pour la rénovation du parc immobilier trop vétuste.
- Un plan pluriannuel de remédicalisation, de recrutement des personnels, d'attractivité et de formation.

Les idées des acteurs

Cet effort pour la Psychiatrie publique nous paraît être une véritable Urgence républicaine !

Quelques chiffres-clés

- Environ 400 000 patients hospitalisés en Psychiatrie publique et en ESPIC, dont 85 000 en Soins sans consentement, soit 21,5 % du total des hospitalisations, pour environ 15 000 000 des journées d'hospitalisation.
- Plus de 2 200 000 patients suivis par les secteurs de Psychiatrie publique, dont 87 % exclusivement en ambulatoire, soit plus de 1 900 000 patients pour environ 21 500 000 actes ambulatoires.



**LE BILAN DE CE
SYSTÈME MET
EN ÉVIDENCE
DES INÉGALITÉS
INSUPPORTABLES
DANS UN PAYS QUI
INVESTIT AUTANT
D'ARGENT DANS SA
PROTECTION SOCIALE
ET DANS SA SANTÉ**



PAR

DR JEAN-LUC ROELANDT

PSYCHIATRE & ANCIEN DIRECTEUR DU CCOMS (CENTRE COLLABORATEUR DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ POUR LA RECHERCHE ET LA FORMATION EN SANTÉ MENTALE)

18 propositions pour tout changer en mieux

La santé mentale du futur : quelles perspectives ?

Les représentations sociales de la folie, de la maladie mentale et de la dépression restent stables dans notre société. Le balancier entre surveiller et/ou soigner et/ou punir est toujours à l'œuvre et les forces en présence dans ce domaine restent contradictoires.

Mais cela change. La question de la santé mentale est passée au premier plan du fait de la crise sanitaire de la Covid. Il est maintenant plus évident que nous avons toutes et tous une santé mentale, qui doit être préservée. Et que la santé n'est pas que physique, mais aussi psychique et sociale, comme l'a défini l'OMS. L'épidémie agit tel un effet grossissant de la grandeur et la misère des prises en soins psychiatriques et des besoins en santé mentale de la population. Les inégalités sociales de santé se creusent à la faveur de la crise et il devient évident aussi que les déterminants sociaux de la santé doivent être pris en compte à tous les niveaux de l'organisation sociale. En effet, 80 % des déterminants de la santé (et de la santé mentale) ne sont pas directement liés aux soins, mais à l'environnement dans lequel les individus vivent.

Les réponses aux difficultés de santé mentale qui peuvent toucher tout le monde sont toujours mal, voire non coordonnées, fractionnées, morcelées, centrées sur les institutions hospitalières, sociales et médicosociales. Ceci alimentant la stigmatisation et le non-respect des droits humains. Le bilan de ce système met en évidence des inégalités insupportables dans un pays qui investit autant d'argent dans sa protection sociale et dans sa santé - y compris sa santé mentale - et qui a un des taux de psychiatres et de lits pour 100 000 habitants les plus élevés au monde.

Rien de neuf, donc, sauf des ajouts de dispositifs à l'infini pour rafistoler le système et le rendre encore plus illisible pour les citoyens et les citoyennes.

La réforme ne peut être portée que par le politique, au plus haut niveau, en interministériel tant les forces en présence sont fragmentées, contradictoires et corporatistes.

LA RÉFORME NE PEUT ÊTRE PORTÉE QUE PAR LE POLITIQUE, AU PLUS HAUT NIVEAU, EN INTERMINISTÉRIEL TANT LES FORCES EN PRÉSENCE SONT FRAGMENTÉES, CONTRADICTOIRES ET CORPORATISTES.

Après 60 ans de réformes, que reste-t-il à faire? Très peu de choses :

Réduire les inégalités de santé

- Assurer toit, travail et éducation pour toutes et tous.
- Créer un revenu universel décent (supérieur au seuil de pauvreté) pour toute personne, en situation de handicap ou non.
- Mettre en œuvre les 17 critères de développement durable 2030 de l'ONU, dont 12 impliquent la santé mentale.

Passer d'une culture de soin à une culture de prévention

- Promouvoir la santé mentale dès les premières années d'école et tout au long de la vie.
- Utiliser les technologies de l'information pour prévenir, soigner et informer.

Garantir l'accès aux soins psychologiques de toute la population

- Embaucher 10 000 psychologues dans les secteurs publics pour répondre aux besoins de suivi psychothérapeutique de la population.
- Les mettre à disposition des cabinets de groupe médicaux et paramédicaux, et dans les centres pluriprofessionnels de santé.
- Permettre la prise en charge de ces soins en intégrant les psychologues dans le Code de la santé publique en tant que professionnels de santé.

Coordonner les réponses aux problèmes de santé mentale dans la Cité

- Créer des conseils locaux de santé mentale sur tout le territoire, pour permettre les synergies de proximité entre tous les acteurs de la cité, élus, services sanitaires et sociaux, éducatif, de justice, associatifs, usagers, citoyens concernés et entourage et familles.
- Impliquer la médecine générale pour réduire la mortalité et la morbidité liées au handicap qui résulte des troubles psychiques sévères.
- Impliquer ces acteurs de proximité dans la gestion des structures de soins et sociales.

- Déployer l'ensemble des établissements de soins en santé mentale dans la communauté (non plus à l'hôpital ou dans les établissements de vie médicosociaux).
- Développer 1 100 équipes mobiles de soins aigus à domicile, en lien avec les soins primaires (820 adultes et 300 enfants et adolescents).
- Interdire l'installation des psychiatres dans le privé, tant que les postes du service public ne sont pas tous pourvus. Revaloriser le service public et rendre obligatoires pour le privé des temps d'intérêt général dans le public.

Garantir les droits fondamentaux des personnes soignées en psychiatrie

- Supprimer l'obligation de soins psychiatriques.
- Interdire l'isolement et la contention des personnes soignées en psychiatrie.
- Reconnaître le savoir expérientiel des usagers et personnes concernées.
- Intégrer des médiateurs de santé pairs dans toutes les équipes psychiatriques et sociales.

Les idées des acteurs

En bref, passer à l'action, afin de mener à son aboutissement la merveilleuse révolution psychiatrique inscrite depuis si longtemps dans les textes fondateurs de la sectorisation psychiatrique française. Voire la dépasser, en impliquant toute la société et plus particulièrement les villes, dans la promotion et la préservation de la santé mentale des citoyens et des citoyennes. Le reste n'est que bavardage.



IL EST NÉCESSAIRE DE POUVOIR IMAGINER DES MODALITÉS GLOBALES D'ACCUEIL, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN AUX POPULATIONS VIEILLISSANTES



PAR

DR CÉCILE HANON

PRATICIEN HOSPITALIER AU CENTRE RESSOURCE RÉGIONAL DE PSYCHIATRIE DU
SUJET ÂGÉ À L'AP-HP

DR RENAUD DAVID

PSYCHIATRE ET PRATICIEN HOSPITALIER AU SERVICE DE PSYCHIATRIE DE LA
PERSONNE ÂGÉE AU CHU DE NICE

Psychiatrie de la personne âgée : les enjeux de la médecine numérique et connectée à l'ère du post-Covid

Le vieillissement de la population mondiale n'est pas un mythe... En effet, depuis 2015, au niveau mondial, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans a dépassé celui des moins de 5 ans et cet écart tendra à se creuser davantage chaque année. Avec une telle évolution démographique, on observe, au niveau médical et médicosocial, une augmentation des demandes de soins et des besoins de prises en charge pour les personnes âgées, y compris dans le champ de la santé mentale. De plus, les soins psychiatriques chez le senior sont complexes, en raison des intrications neuro-cognitives multiples, des comorbidités plus fréquentes, de la polymédication habituelle (l'ordonnance moyenne d'un senior de plus de 85 ans comporte en France au moins 7 médicaments par jour...).

La présence plus fréquente de troubles cognitifs et fonctionnels entraîne un risque de perte progressive de l'autonomie pour les actes du quotidien, et un épuisement des proches aidants.

Cette demande accrue en soins et en accompagnements spécifiques revêt un coût humain et sociétal important, qu'il est difficile de supporter : manque de structures adaptées, manque de moyens disponibles, manque de

personnels, professionnels insuffisamment formés et impossibilité pour les proches aidants d'assumer l'intégralité des aides nécessaires et des dépenses y afférentes.

Fort de ce constat, il est nécessaire de pouvoir imaginer des modalités globales d'accueil, d'accompagnement et de soutien aux populations vieillissantes dans ce contexte démographique évolutif, notamment pour les aînés présentant en plus un trouble en santé mentale.

L'actualité de la pandémie de Covid-19 a mis en lumière plusieurs constatations :

- Les dispositifs de santé se sont retrouvés en situation de saturation et d'engorgement, imposant à plusieurs reprises, une déprogrammation des soins, des interventions chirurgicales, des protocoles de chimiothérapies anticancéreuses, afin de permettre une prise en soin spécifique des malades de la Covid. L'impact pour les soins non liés à la prise en charge de la Covid a été rapidement évident et délétère, notamment pour les seniors, classiquement polypathologiques. De nombreuses prises en charge à domicile (infirmier à domicile, auxiliaire de vie, accompagnants dans le médicosocial) ont ainsi été interrompues et ont accentué la perte de chance pour ces personnes.

- Les mesures de confinement, imposées par le gouvernement, ont accentué l'isolement des populations, et d'autant plus celui des seniors, déjà en temps normal fortement affectés par l'isolement social et familial, à l'origine d'une souffrance psychologique indéniable (épisodes anxio-dépressifs, tentatives de suicide).

De plus, nombre des activités de socialisation au sein des Ehpad ou d'associations locales en ville ont été interrompues, majorant d'autant le vécu de solitude et d'abandon relationnel.

Dans le même mouvement, la pandémie a ouvert la voie à un développement et une accélération sans précédent des modes de communication à distance via l'accès décuplé aux nouvelles technologies :

- Le développement ultra-rapide des solutions de télé-médecine et téléconsultation a permis à la fois un accès rapide et facilité aux spécialistes en santé mentale dans un contexte de confinement, majoré pour les seniors qui souhaitaient limiter leurs déplacements (limitation

**CHAQUE
BOULEVERSEMENT
SOCIÉTAL PEUT AVOIR
DES CONSÉQUENCES
TRAGIQUES, COMME
EN TÉMOIGNE LA
PANDÉMIE DE
COVID-19, MAIS PEUT
ÉGALEMENT ÊTRE
DÉCLENCHÉUR DE
PRISES DE CONSCIENCE
ET D'OPPORTUNITÉS
EXPÉRIENTIELLES.**

des contacts pour limiter le risque de contamination, autonomie diminuée et utilisation moins aisée des moyens de transport...), mais a également permis de rompre une certaine forme d'isolement social. Ces développements rapides de solutions ont également eu pour effet de faciliter l'accès aux soins des populations, seniors ou non, des zones géographiques sous-médicalisées.

- Le développement du télétravail, qui a permis aux aidants de rester auprès de leurs proches (enfants, conjoints, fratries...).
- L'accélération de la prise de conscience du « virage numérique » et la nécessité pour les seniors de se former aux outils numériques, afin de garantir le maintien de leurs liens sociaux, familiaux et médicosociaux.
- L'accélération de la recherche industrielle et scientifique sur les solutions distancielles en santé : téléconsultation, cabines médicalisées permettant de transmettre aux praticiens l'information médicale, objets connectés, robotique, réalité virtuelle, etc.

Chaque bouleversement sociétal peut avoir des conséquences tragiques, comme en témoigne la pandémie de Covid-19, mais peut également être déclencheur de prise de conscience et d'opportunités expérientielles.

C'est le cas, sans aucun doute, pour l'accès aux soins en santé mentale pour les populations seniors, isolées et fragilisées.

“
**SI LA PSYCHIATRIE
 EST UNE DISCIPLINE
 MÉDICALE, LA SANTÉ
 MENTALE EST UNE
 QUESTION DE SANTÉ
 PUBLIQUE**
 ”

PAR

D^R RACHEL BOCHERPSYCHIATRE, CHEF DE SERVICE AU CHU DE NANTES
& PRÉSIDENTE DE L'INPH*La psychiatrie de demain**Définition*

La psychiatrie est une discipline médicale où la pression sociale est très forte : la période Covid-19 et les confinements nous le prouvent.

Notre discipline se trouve confrontée à une double préoccupation, d'une part les prises en charge personnalisées, d'autre part, la nécessité d'intégrer les problématiques sociétales de la vie collective, sans oublier les facteurs d'environnement. Si la psychiatrie est une discipline médicale, la santé mentale est une question de santé publique. 50 ans après la sectorisation, il est nécessaire de continuer d'évoluer en poursuivant l'intégration des différentes contraintes liées aux facteurs d'environnement, aux facteurs économiques, aux facteurs sociétaux pour poser la psychiatrie de secteur qui, loin d'être un concept à revisiter, doit remettre en avant une logique de parcours et une culture en réseau.

Psychiatrie de pointe, discipline d'avenir

A - Plus que tout autre discipline médicale, la psychiatrie est concernée par la santé publique (adolescents, addictions, suicide, personnes âgées, etc.) : plus de 10 % des dépenses de santé y sont consacrées.

B - Les données épidémiologiques confortent son avenir, l'OMS estime que 5/10 des maladies les plus préoccupantes sont des maladies mentales (schizophrénie, TOCs, maladies bipolaires, addictions, états dépressifs). En prévalence, un individu sur 5, sur sa vie entière, développera une maladie mentale (en période de Covid : un individu sur 4). Un quart des invalidités sont en lien avec une maladie mentale.

C - À l'horizon 2030, le bilan s'alourdira de 50 % de la contribution des maladies mentales, si rien n'est fait.

D - En plus, n'oublions pas le changement sociétal du XXI^e siècle qui entraîne chez les individus un hyperindividualisme contemporain, un repli sur soi, le primat de l'individu avec en face une société en perte de lien social avec une faiblesse des valeurs et des normes sociales : les individus sont en quête de nouveaux repères.

Psychiatrie, discipline condamnée à investir

A - Aucun dispositif de soin n'abolira la souffrance psychique ; bien entendu, en aucun cas cette souffrance ne doit s'enraciner dans la psychiatrie au risque d'être instrumentalisée au niveau politique sous la forme d'un contrôle social.

B - L'originalité de la psychiatrie publique tient beaucoup à la qualité de ses acteurs, d'où l'importance de la formation et de la culture qui restent la condition première d'une identité décisive dans la socialisation des professions.

**OSONS REDÉFINIR LE
CHAMP PSYCHIATRIQUE
AVEC SES FORCES
ET SES FAIBLESSES,
SANS TOMBER SUR UNE
LISTE À LA PRÉVERT.**

C - La psychiatrie doit rester une pratique au carrefour de la médecine et des sciences sociales ; il s'agit d'une théorisation des pratiques critiques et transformatives qui requiert un projet pour notre société. Rappelons que seuls, les psychiatres ne peuvent pas résoudre tous les problèmes actuels comme l'inégalité d'accès aux soins, la morbidité, la démographie.

D - Osons redéfinir le champ psychiatrique avec ses forces et ses faiblesses, sans tomber sur une liste à la Prévert...

1 - Tout le monde se dit en souffrance, mais quelle est la limite de nos actions thérapeutiques y compris pour les groupes à risque, les avatars de la normalité... (les migrants, les exclus). Va-t-on vers une société aseptisée ?

2 - Le service public hospitalier ne peut pas répondre à tout, les priorités restent bien l'inégalité d'accès aux soins dans le cadre d'une territorialisation. Il s'agit de mettre en œuvre et promouvoir des alternatives à l'hospitalisation dans le cadre d'une médecine de parcours (dont la rançon de la gloire est 300 % de soins psychiques en 20 ans).

3 - Redéfinir l'hospitalisation temps plein et souligner le poids de l'offre de soins avec les familles et les usagers. Il y a un déséquilibre attesté, puisque trois quarts des moyens sont utilisés à l'hospitalisation temps plein qui ne concerne qu'un quart des patients.

4 - La réflexion sur la prise en charge de la crise doit être réaffirmée, si l'on compare avec d'autres pays tel le Royaume-Uni. Mais, le NHS finance à 90 % les équipes mobiles, le constat restant clair : pour 100 000 habitants en France nous avons 1 000 admissions et 100 lits, en Angleterre pour 100 000 habitants, 300 admissions et 20 lits.

5 - Il faut préciser les centres de référence régionaux et interrégionaux pour les grandes orientations de santé

LA RÉFLEXION SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA CRISE DOIT ÊTRE RÉAFFIRMÉE SI L'ON COMPARE AVEC D'AUTRES PAYS TEL LE ROYAUME-UNI.

publique et les groupes-cibles de pathologie en cas de résistance.

6 - Renforcer les liens entre la culture de la prévention et la culture des soins, autrement dit entre la psychiatrie et la santé mentale.

7 - Favoriser la culture psychiatrique autour des concepts de crise, d'alternatives à l'hospitalisation ou de médecine de parcours, permettra une diversification plus large d'alternatives à l'hospitalisation comme l'HAD, l'UHCD, les soins intensifs en ambulatoire ou les hôpitaux de jour de crise.

8 - Rééquilibrer les réponses entre l'ambulatoire, l'hospitalisation publique, le système libéral favorisera des réorganisations diversifiées et complémentaires, notamment en incluant le médicosocial et le social.

Quels enjeux pour les 5 ans à venir ?

1 - La formation initiale et le développement professionnel continu avec la question : aujourd'hui jusqu'où la psychiatrie soigne et doit soigner ?

N'oublions pas que l'enveloppe des symptômes marque une époque donnée (le tout sécuritaire ou même de l'addictologie), au risque d'insister beaucoup trop sur

les troubles du comportement, sur la pathologie de l'agir avec des déterminants neurogénétiques.

2 - Indissociables de la formation et du domaine de la recherche... Formation à quoi ? Pour quelles recherches ? Avec quelle ligne budgétaire ? Il est important de cibler une double formation chercheur et médecin. Quel type de centre expert en recours ?

3 - Bien entendu, aux rendez-vous doivent être présents les moyens financiers et politiques afférents, à l'heure où de nombreuses annonces sont attendues autour des assises de la psychiatrie, cet été.

4 - L'ouverture du secteur doit se faire par le développement d'une culture partagée de réseaux qui doit permettre l'accès aux soins précoces et une sensibilisation des intervenants de première ligne.

5 - La psychiatrie française a toujours été évolutive et inventive, soutenue par un militantisme professionnel qui a toujours lutté pour une meilleure organisation des soins adéquats au projet de soins, il s'agit d'un travail de convictions et d'engagement qui repose sur la capacité des acteurs

**IL N'Y A PAS DE PLACE
POUR L'ÉCHEC, IL N'Y A
PAS DE PLACE POUR LA
DÉPRESSION.**

à faire émerger un problème, à trouver des solutions et à les mettre en acte.

L'hybridation féconde des différents courants (pharmacologie, politique de sectorisation, psychanalyse, psychothérapie institutionnelle, neurosciences) a permis et continue de permettre à la psychiatrie française d'innover. Pour ce faire, ce travail bouscule autant les frontières interprofessionnelles que la représentation sociétale et même les collaborations inédites telles au sein du médicosocial avec les collectivités territoriales, voire aussi les médiations dans ses collaborations avec le milieu artistique et citoyen.

6 - Le vrai levier de changement sera la démocratie participative avec la mise en relief de nos valeurs communes (autonomie, respect, innovations, reconnaissance) sous-tendant la déstigmatisation de la maladie mentale.

7 - Le numérique sera, bien sûr, largement contributeur de cette transversalité et de ces innovations.

Conclusion

Projetons-nous sur une nouvelle étape avec Elsa Triolet, « L'avenir n'est pas une amélioration du présent mais bien autre chose » : il s'agit d'aller vers une authentique

Les idées des acteurs

culture de santé publique et de psychiatrie innovante, posant la question du lien psychiatrie/santé mentale avec les réorientations nécessaires pour l'avenir. Il n'y a pas de place pour l'échec, il n'y a pas de place pour la dépression.

ANALYSE

Prenant en charge en hospitalisation 424 000 patients et plus de deux millions en ambulatoire les 552 structures psychiatriques publiques et privées sont au cœur d'un débat dont l'actualité de la Covid a démontré l'ampleur. Comment assurer l'équilibre - par définition dynamique - entre une offre qui se spécialise, une demande qui s'étend aux frontières du social et du sanitaire et ceci dans un contexte sécuritaire marqué par le développement des procédures face à des moyens qui ne suivent pas l'évolution de la demande ? Avec 15 milliards de dépenses par an, la problématique ne peut pas s'exprimer uniquement en termes de moyens, mais plutôt en termes d'organisation : comment imaginer un dispositif de soins, où, par exemple, 20 % des postes de praticiens hospitaliers sont vacants ? Ce défi est au cœur des 40 contributions reçues, où chacun a pu donner sa part de vérité.

Faire la synthèse de ces contributions soulève l'éternelle question de la légitimité de la grille de lecture des experts. Ainsi, nous avons fait le pari de laisser la

parole libre, ou plus exactement l'écrit, face au défi majeur qui consiste à donner de l'unité dans une pluralité des expériences, des témoignages, mais également des projets.

La crise actuelle a démontré que la psychiatrie est à la fois une discipline d'avenir et une action qui engage toute notre société dans une dimension politique qui concerne aussi bien la place des malades dans la démocratie sanitaire que celle des élus locaux dans une politique territoriale.

En publiant en juin 2021 cet ouvrage, le CRAPS a pour objectif non pas de définir une doctrine, ni de rajouter un rapport supplémentaire, mais de fournir des éléments de réflexion où chacun puisera pour une action en santé mentale adaptée à sa pratique, sans oublier la nécessaire articulation avec les pratiques des autres. Chacun a sa place, mais dans une interdisciplinarité pensée et construite.

Les propositions issues des contributions sont nombreuses et variées. Bien que les approches soient extrêmement différentes au sein des contributions, ces dernières restent marquées par les axes de travail suivants :

Le champ de la santé mentale : une nécessaire clarification

Un domaine vaste aux frontières incertaines

Le champ de la psychiatrie et de la santé mentale reste vaste comme le font constater de nombreux auteurs. On peut, à juste titre, s'interroger si nous ne sommes pas passés d'une fascination esthétique de la maladie mentale donnant lieu à une polyphonie peu soucieuse de réinsertion sociale à une réinsertion sociale privée du discours éclairant les éléments constitutifs du sujet qui en fondent la nécessité. La psychiatrie a toujours oscillé entre une identité non médicale, philosophique, sociale ou psychologique, et une identité médicale. Tout se passe aujourd'hui comme si la référence conceptuelle biomédicale était d'autant plus accentuée que les pratiques et les objets cliniques se démedicalisent. Le besoin identitaire des psychiatres de s'assurer d'une référence théorique scientifique et médicale semble d'autant plus fort que celle-ci s'affaiblit dans la pratique. Car, de manière paradoxale, plus la psychiatrie se démedicalise dans les faits, comme pratique sociale et rééducative prédominante, plus elle renforce ses références théoriques aux sciences biomédicales : génétique et neurosciences. Une chose est certaine la psychiatrie, par définition discipline médicale, entretient avec les autres disciplines

médicales (à l'instar de l'addictologie) mais également sociales et médicosociales, des frontières qu'il faut tracer sans tomber dans un brouillard de connaissances et une méconnaissance du rôle des acteurs. L'analyse du champ de la psychiatrie conduit à la détermination de ses forces et de ses faiblesses comme à la place de chacun.

PROPOSITION 1 : ÉLABORER UN DOCUMENT SUR LES FRONTIÈRES DE LA PSYCHIATRIE AU SEIN DE LA SANTÉ MENTALE EN PRÉCISANT LES ARTICULATIONS NÉCESSAIRES AVEC LES CHAMPS SOCIAUX ET MÉDICAUX

Une spécificité du lien avec le social : la psychiatrie la violence et le social

Depuis son origine, la psychiatrie est confrontée à sa relation avec l'organisation de la société. Le débat récent sur l'irresponsabilité des malades mentaux comme celui sur la violence interroge les acteurs. La négation de l'irresponsabilité de certains malades mentaux et de l'abolition de leur discernement au moment de commettre un crime ou un délit, sous prétexte du droit à réparation des victimes et pour satisfaire le besoin de vengeance ou tout autre mouvement passionnel

de l'opinion, représenterait une régression sociale considérable. La loi de 2008 a apporté un progrès en instituant un procès devant la chambre d'instruction où la matérialité et la nature du crime ou délit sont prises en compte et où le degré de responsabilité, après audition des experts, fait l'objet d'un jugement... Mais aussi, si le danger est réel, de faire de l'hospitalisation psychiatrique un moyen de pallier le manque de places en prison. Le danger est également réel de condamner à la prison et de laisser sans soins d'authentiques malades dont l'acte délictueux ou criminel a échappé à leur discernement.

Par ailleurs, la violence des méthodes d'internement ne peut être niée et doit être contrôlée, avec, pour corollaire, la question de la liberté. Mais il est également dangereux de nier ce volet de la prise en charge des patients violents. Le secteur ou des structures intersectorielles doivent répondre à ce besoin dans le cadre d'un cahier des charges précisant qui fait quoi et pour quelles pathologies.

De la même façon, plus le besoin du sécuritaire pousse à la psychiatrisation de la violence, plus la société par des procédures de plus en plus complexes se méfie de la psychiatrie.

Le tout exigeant plus de temps et donc plus de moyens en personnel mais également en capacitaire, thématique qui sera reprise ultérieurement dans le débat budgétaire.

PROPOSITION 2 : DEMANDER À CHAQUE TERRITOIRE DE SANTÉ DE PRÉCISER SON DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS VIOLENTS ET DE DÉCLINER L'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF

Pour reprendre une formule d'une contribution, la psychiatrie relève bien de la santé mais la santé mentale dépend de l'action publique par définition interministérielle.

PROPOSITION 3 : FAIRE DU CHAMP DE LA SANTÉ MENTALE LE DOMAINE DE L'INTERMINISTÉRIEL

Des acteurs multiples, des pratiques diversifiées

La problématique des acteurs est à la base de tout projet médical : comment construire un projet sans que des

acteurs s'engagent et portent le dispositif ? Comment gagner un combat sans combattant ? La question des moyens (voir supra) ne doit pas cacher un débat de l'articulation des compétences.

La spécialisation en psychiatrie, renforcée par la séparation entre la psychiatrie libérale ou publique et les différentes modalités de prise en charge à temps plein, à temps partiel ou en ambulatoire, explique la multiplicité des outils mais également des références. Ainsi, avec le développement des approches cognitives, comportementales, développementalistes, familiales ou attachementistes, les repères se sont multipliés et les pratiques se sont diversifiées pour s'adapter avec plus de pertinence à la variété des situations cliniques rencontrées. Une place pour chaque acteur dans un domaine caractérisé par la pluridisciplinarité est souhaitée par tous. L'unité de l'action dans la pluralité des approches s'étend aussi à l'interministérialité des politiques nationales mais également territoriales. Mais comment concilier l'unité et la diversité des approches ? Le point commun de nombreux textes tient dans la nécessité de repenser le travail : comprendre, agir et évaluer ensemble pour prévenir ensemble. Le succès du parcours du patient repose autant dans la complémentarité travaillée entre les acteurs que dans l'optimum de chaque intervenant.

PROPOSITION 4 : LAISSER AUX ACTEURS DE TERRAIN L'ORGANISATION DE LA COMPLÉMENTARITÉ DE LEUR TRAVAIL, EN CONTREPARTIE, EXIGER UNE VISIBILITÉ DANS LE PARCOURS DE SOINS

Un paradoxe : une reconnaissance qui ne se traduit pas dans les faits

La question des moyens

Alors que les dispositifs de service public ou libéral sont unanimement débordés par les demandes, alors que les enjeux économiques et sociétaux s'expriment avec une acuité liée à la crise actuelle, on ne peut que constater une réduction importante des effectifs. Alors que l'on sait que la santé mentale est un enjeu de santé publique ainsi qu'un enjeu économique et social qui concerne tous les citoyens, alors que l'on a depuis longtemps des propositions pour bâtir une politique ambitieuse, deux questions se posent : pourquoi toutes les tentatives précédentes n'ont pas totalement abouti ? Et comment dépasser la frilosité et la résistance des professionnels qui entendent bien que ces questions restent exclusivement dans le seul champ sanitaire ou inversement veulent englober la psychiatrie dans un ensemble flou ? Ce qui, par définition, suscite la crainte des décideurs

dans l'affectation des moyens qu'ils apportent. La lisibilité des moyens est au cœur de la problématique budgétaire.

PROPOSITION 5 : DANS LES EPS GÉNÉRAUX, DISPOSANT DE SOINS PSYCHIATRIQUES, ÉLABORER UN BUDGET ANNEXE INDIVIDUALISANT LES MOYENS CONSACRÉS

La question du territoire ou le débat du secteur

C'est la psychiatrie française qui a inventé la sectorisation, consacrant le concept de territoire. Un débat apparaît néanmoins dans un tiers des contributions : le secteur n'est pas remis en cause en tant qu'organisation territoriale mais interroge sur sa taille et donc sa capacité à fédérer et regrouper des compétences. Les questions portent autant sur la lisibilité du dispositif, l'accès aux soins, la gradation de ceux-ci, comme sur la création de lignes de soins spécifiques s'appuyant sur les centres de recours en lien avec chaque pathologie (centre expert, centre support, centre référent ou centre ressource).

En ce sens, l'approche en niveaux d'accès avec trois échelons territoriaux n'est pas spécifique à la psychia-

trie à l'exemple de la cancérologie ou plus largement de la médecine avec :

- le premier niveau des soins primaires, celui du médecin généraliste ou la réponse aux besoins de proximité ;
- le deuxième niveau, celui de la spécialité qui pose la question de l'accessibilité et donc de la collaboration entre secteurs ;
- le troisième niveau, celui de la référence, la plupart du temps universitaire, où sont adressés les patients les plus complexes, c'est-à-dire ceux résistant aux traitements ou présentant un ensemble de problèmes difficiles à gérer (comme les patients atteints de comorbidités).

Ce schéma ternaire n'est pas applicable totalement en psychiatrie, même si les centres de référence et d'expertise dépendant ou pas des services universitaires constituent cet échelon. Le secteur doit rester le maître d'œuvre ouvert aux différents niveaux du territoire afin que l'accès aux différents types de soins soit plus lisible. Faire du secteur le creuset (la marmite) de tout projet de soins n'exclut pas le développement des structures intersectorielles afin de garantir une prise en charge des patients diversifiée.

PROPOSITION 6 : DANS LE CAHIER DES CHARGES DE CHAQUE SECTEUR DEMANDER QUE SOIT PRÉCISÉE L'ARTICULATION AVEC LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE ET CONTRACTUALISER LE PARCOURS DU PATIENT ENTRE ACTEURS ET STRUCTURES INTERSECTORIELLES

Investir dans la recherche

La recherche est traditionnellement tournée vers les sciences fondamentales dites dures et l'attrait récent de la psychiatrie pour ces sciences, comme le recours à des plateaux techniques, ne doit pas faire oublier la spécificité de la psychiatrie française tournée sur la clinique, la pratique de la relation, l'engagement relationnel mais également l'articulation avec des domaines aussi variés que sont l'anthropologie, la sociologie, la philosophie.

Comme cela a été fait pour le cancer, le Sida, les maladies neurodégénératives et maintenant la Covid, la recherche et l'innovation doivent être au cœur du combat contre les maladies psychiatriques. Une stratégie nationale sur la psychiatrie pourrait être mise en place pour définir une vision coordonnée de la recherche française et relever plus efficacement les défis associés à cet enjeu majeur de santé publique. À terme, cette stra-

tégie devrait permettre d'atteindre une masse critique de chercheurs, cliniciens et cliniciens-chercheurs dans le domaine de la psychiatrie et d'augmenter significativement les collaborations entre acteurs. Comment y parvenir ? L'idée d'un ou deux IHU, séduisante en somatique, se heurte à deux réalités cliniques propres à la psychiatrie. La première est l'existence de structures comme l'Institut du cerveau, qui permet aux chercheurs psychiatres de participer avec d'autres chercheurs à la recherche fondamentale et de ne pas s'isoler dans une structure exclusivement psychiatrique. La deuxième tient à la nécessité de rapprocher la recherche de la clinique en facilitant la création de structures de recherche dans les hôpitaux disposant d'une masse critique de chercheurs (médicaux comme soignants) et fédérés par l'Inserm dans une structure propre à la psychiatrie. Autrefois, l'Institut national d'hygiène qui a précédé l'Inserm avait une très importante section de « Santé mentale ». Aux débuts de l'Inserm, la recherche psychiatrique tenait encore une grande place avec des unités un peu partout et dans toutes sortes d'orientations : épidémiologique, recherche clinique, ethnopsychiatrique, psychopathologique, sociologique, études sur le développement de l'enfant, etc. Progressivement, la psychiatrie s'est fondue avec les neurosciences, les sciences cognitives et la neurologie dans un seul département et seules ont été prises en compte les recherches d'orientation neurobiologique. Tout en poursuivant

les recherches fondamentales en neurosciences, en sciences cognitives ou en génétique, qui peuvent avoir des retombées sur la psychiatrie, il conviendrait d'autonomiser à l'Inserm un département autonome de psychiatrie, comme il y a un département du cancer, et de relancer des projets de recherche plus larges en refaisant une place aux sciences humaines avec des unités de recherche pluridisciplinaires décentralisées, collaborant avec des services cliniques pour développer la recherche clinique, épidémiologique, psychologique, psychodynamique, sociologique, ethnologique et l'évaluation des pratiques.

PROPOSITION 7: CRÉER UN DÉPARTEMENT PSYCHIATRIE AU SEIN DE L'INSERM QUI FÉDÉRERAIT LES UNITÉS DÉCENTRALISÉES ASSOCIÉES AUX SERVICES CLINIQUES

Reconnaître la diversité des approches ou le défi de la pluridisciplinarité

À la différence des autres spécialités médicales, la psychiatrie utilise surtout la relation interpersonnelle comme outil principal. La clinique de la psychiatrie est faite de relations, chaque signe ne devient symptôme que dans un cadre relationnel et s'insère dans une histoire,

histoire de vie des soignés, histoire de la relation qu'ils entretiennent avec leurs soignants et éventuellement de l'institution qui abrite les interactions entre soignants et soignés. Même si la psychiatrie a recours à d'autres instruments ou à des médicaments, ceux-ci tirent une large part de leur efficacité de l'investissement mutuel de ces interactions. Pour cela, les contributions mettent en avant trois propositions :

- Le besoin de formation est présenté comme une exigence pour apprendre des techniques nouvelles, mais aussi pour se spécialiser dans des volets multiples de la psychiatrie.
- S'ouvrir aux technologies de l'information et de la communication afin de faciliter les échanges.
- Faire du tutorat un moyen d'améliorer l'attractivité des métiers comme enrichir la formation continue autour des concepts d'apprentissage, de compagnonnage et d'analyse de la pratique.

PROPOSITION 8: AUGMENTER LES CRÉDITS DE FORMATION ET D'ANALYSE DE LA PRATIQUE DANS LES DOTATIONS DES SECTEURS. INDIVIDUALISER PAR SECTEUR LES CRÉDITS NÉCESSAIRES AU TRAVAIL TRANSVERSAL.

INSÉRER DANS LE DISPOSITIF DE LA FORMATION CONTINUE L'APPRENTISSAGE, LE COMPAGNONNAGE COMME L'ANALYSE DE LA PRATIQUE.

Admettre la diversité des apports

Ce qui sort de l'analyse des contributions, c'est d'abord la richesse et la diversité des propositions : le CAdeO, le ClubHouse, l'UAU, l'intervention à domicile et la spécificité de l'HAD. Toutes ces innovations laissent entendre qu'il faut avoir l'esprit libre pour bien soigner. Admettre des expériences différenciées suppose que la vision traditionnelle descendante soit abandonnée au profit d'une liberté des expériences.

Ces innovations, qui enrichissent l'intervention ambulatoire de proximité au sein d'un territoire défini, doivent être mieux repérées et reconnues, davantage développées, leur articulation aux autres services renforcée et leur coordination améliorée...

PROPOSITION 9 : CRÉER AU NIVEAU RÉGIONAL UN FORUM DES INNOVATIONS OUVERT AUX ÉQUIPES AFIN DE PERMETTRE LES RENCONTRES ET LES ÉCHANGES, SANS IMPOSER

UN MODÈLE UNIQUE SUR LES INITIATIVES PRISES

Pluralité et unité

Face à cette pluralité des apports, il semble que le projet de suivi individualisé soit une des réponses à la complémentarité des acteurs dans une approche clinique. Dans une vision institutionnelle et pour reprendre une idée souvent émise, la mise en place des secteurs avait permis d'innover dans un cadre en libérant les initiatives et les créations diversifiées et fécondes. Pourquoi ne pas faire du secteur un nouveau cadre de cette liberté dans une réflexion ouverte et plurielle alors que nous sommes globalisés dans un contexte de normalisation économique et de mise au pas de la pensée par le biais de normes et de procédures ?

PROPOSITION 10 : ADMETTRE LA DIVERSITÉ DES APPROCHES DANS LA DÉFINITION DES PROJETS EN FAISANT CONFIANCE AUX ACTEURS SOUS RÉSERVE D'ÉVALUATION. EN PARALLÈLE RENDRE LISIBLE (AFFICHER DANS CHAQUE SERVICE) LE PROJET DE SOINS

Une méthode : la confiance et la liberté

Dès lors, laissons la liberté de renverser la table de notre méthode de régulation. Laissons les professionnels de la psychiatrie construire les filières et les parcours dans les territoires, pour répondre aux besoins de santé de la population, en tenant compte des outils et des structures existants et de ceux qui seraient nécessaires. Ces projets pourraient dès lors être portés par une pluralité d'acteurs : publics, privés, hospitaliers, ambulatoires, médicosociaux, etc. Autant d'acteurs qui peuvent être aujourd'hui enfermés dans une logique de concurrence dans le cadre de la régulation de l'offre, et qui seraient alors appelés à s'inscrire dans une démarche partenariale, si ce n'est contraints de le faire. Laissons-les, avec les patients, proposer ces projets aux agences régionales de santé, assortis d'une demande de financement ad hoc correspondant à des éléments factuels et objectivables. Aux agences de réaliser leur travail de régulateur : vérifier la corrélation du projet avec les besoins de santé identifiés dans ses outils de planification, dialoguer avec les porteurs du projet sur les moyens financiers à allouer, proposer des pistes d'amélioration à la proposition initiale, faciliter les coopérations, etc. Cela suppose que les agences se dotent de compétences mais également tissent des liens d'expertise avec les acteurs de terrain.

PROPOSITION 11 : ENRICHIR LE CONTENU DES CONTRATS PLURIANNUELS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS CONCLUS AVEC L'ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS D'UN SOCLE D'INDICATEURS RELATIFS AUX PARCOURS DES PATIENTS; Y INTÉGRER, POUR LES ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS À CET EFFET, UN VOLET RELATIF À LA MISSION D'ACCUEIL DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT ET À LA MISSION DE SECTEUR (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ)

Une dernière réflexion tourne autour du thème du besoin d'horizontalité dans la définition d'une action publique. Ce besoin de participation d'adhésion des acteurs ne signifie pas unanimité ni contournement des instances comme des corps intermédiaires, mais exige une ouverture dans la définition du projet. Ainsi, les contributions des représentants des malades comme des élus rappellent qu'à travers le savoir scientifique, le savoir traditionnel, l'innovation, le savoir populaire, la santé mentale est l'affaire de tous, une action qui se structure autour d'une discipline médicale mais dans une horizontalité des apports. Encore faut-il accepter que le modèle se construise en marchant, l'instabilité de l'équilibre du modèle est le garant d'une recherche sans cesse renouvelée.

***PROPOSITION 12 : DEMANDER QU'À TOUS
LES ÉCHELONS TERRITORIAUX, COMMUNAL,
DÉPARTEMENTAL, RÉGIONAL ET NATIONAL,
LA SANTÉ MENTALE FASSE L'OBJET D'UNE
POLITIQUE TERRITORIALISÉE PRÉCISANT
POUR CHACUN DES ÉCHELONS LES ENGAGE-
MENTS PLURIANNUELS DES COLLECTIVITÉS
TERRITORIALES CONCERNÉES. À CHAQUE
ÉCHELON TERRITORIAL, ASSOCIER LES RE-
PRÉSENTANTS DES USAGERS.***

LES MEMBRES DU COMITÉ D'EXPERTS

D^R RACHEL BOCHER
PSYCHIATRE
PRÉSIDENTE DE L'INPH
CHEF DE SERVICE AU CHU DE NANTES

D^R YVES BOUDART
PSYCHIATRE
ANCIEN CHEF DE SERVICE AU CHS LE VINATIER

P^R JACQUES HOCHMANN
PU-PH
ANCIEN CHEF DE SERVICE AU CHS LE VINATIER

JEAN-PAUL SÉGADE
PRÉSIDENT DU CRAPS
ANCIEN DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AP-HM

D^R GILLES VIDON
PSYCHIATRE
ANCIEN CHEF DE SERVICE
AUX HÔPITAUX DE SAINT-MAURICE

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE P. 9

PRÉAMBULE P. 17

CONTRIBUTIONS P. 31

HISTORIQUE

P^R JACQUES HOCHMANN P. 32

POLITIQUE

JOHANNA ROLLAND P. 40

D^R ÉMILE-ROGER LOMBERTIE P. 50

SOPHIE LABROSSE & ANNETTE BERTELSEN ARBES P. 56

DOCTRINE

P^R NICOLAS GEORGIEFF P. 64

ROBIN MOR P. 74

LÉNIO RIZZO P. 82

ÉDOUARD COUTY P. 90

P^R NICOLAS FRANCK P. 98

FLORENCE SCHWARZEL P. 106

D^R MARION ESPITALIER P. 114

D^R DAVID GOURION **P. 122**

THIBAUD BERTRAND **P. 130**

PRATIQUE

D^R OPHÉLIE SÉGADE-BOURGEOISET **P. 140**

FRANÇOIS FLOTTES **P. 148**

BAPTISTE GAUDELUS **P. 156**

P^R BERNARD GOLSE **P. 164**

ÉMILIE DE FOS **P. 172**

D^R NATHALIE SALOMÉ **P. 178**

BRUNO DAUNIZEAU **P. 186**

NIDAL NABHAN ABOU **P. 196**

JULIETTE VAILLANT **P. 204**

MARIE ORIEUX **P. 212**

D^R JEAN-YVES PÉROL **P. 218**

D^R FRANÇOIS CAROLI **P. 228**

PROPOSITIONS

D^R VICTOR SOUFFIR **P. 234**

D^R GILLES VIDON **P. 242**

BENOÎT CHALANCON **P. 250**

FABIENNE HUBERT **P. 258**

D^R FRANÇOIS OLIVIER **P. 264**

BAPTISTE MOUSQUES & D^R JULIEN PEIGNET **P. 274**

D^R STÉPHANE GRISI **P. 280**

D^R SAMAN SARRAM **P. 284**

P^R MARION LEBOYER **P. 290**

D^R ALAIN MERCUEL **P. 304**

P^R ALAIN DERVAUX **P. 312**

D^R MICHEL TRIANTAFYLLOU **P. 318**

D^R JEAN-LUC ROELANDT **P. 326**

D^R CÉCILE HANON & D^R RENAUD DAVID **P. 334**

D^R RACHEL BOCHER **P. 340**

ANALYSE P. 351

PARTENAIRES

Airinspace
www.airinspace.com

Avenir Mutuelle
www.avenirmutuelle.com

Bioméga Services
www.biomega.fr

Cegedim Insurance Solutions
www.cegedim-insurance.com

Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
www.chicreteil.fr

Caisse des Français de l'Étranger
www.cfe.fr

Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM)
www.cmim.ma

CPAM de Paris
www.ameli.fr

CPAM des Hauts-de-Seine
www.ameli.fr

Enedis
www.enedis.fr

Fédération Hospitalière de France (FHF)
www.fhf.fr

GMF
www.gmf.fr

Groupe nehs
www.nehs.com

Groupe Vyv
www.groupe-vyv.fr

Gustave Roussy
www.gustaveroussy.fr

Hôpital Foch
www.hopital-foch.com

La France Mutualiste
www.la-france-mutualiste.fr

Mutuelle Civile de la Défense (MCDef)
www.mcdef.fr

Mutualité de la Fonction Publique Services (MFP Services)
www.mfpservices.fr

Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes (MAEE)
www.maee.fr

Mutuelle Générale de la Police (MGP)
www.mgp.fr

Mutualité Sociale et Agricole (MSA)
www.msa.fr

Novo Nordisk
www.novonordisk.fr

Organisation Internationale du Travail (OIT France)
www.ilo.org

Santé Mobilité Services
www.santemobilite.com

Syndicat des Biologistes
www.sdbio.eu

Unéo
www.groupe-uneo.fr

Union Nationale des Professions Libérales (UNAPL)
www.unapl.fr

Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO)
www.uspo.fr

YCE Partners
www.yce-partners.fr

PUBLICATIONS

OUVRAGES

Penser le social : 5 nouvelles leçons
Mars 2021

Les mutuelles, les syndicats, l'État dans la Protection sociale
complémentaire des agents de l'État
Mars 2021

Tous solitaires, tous solidaires
Septembre 2020

5 leçons pour penser le social au XXI^e siècle
Juillet 2020

Qui veut tuer les mutuelles ?
Juin 2020

Nouveau monde, nouvelle Protection sociale !
Mai 2017

La Protection sociale en 500 mots - Dictionnaire Passionné
Octobre 2015

Le Livre Blanc
Novembre 2012

CAHIERS

La Protection sociale de la communauté Sécurité-Défense : les
#idées des acteurs
Mars 2021

Hôpital : les #idées des acteurs
Juillet 2020

L'intelligence artificielle : un défi pour la Protection sociale - Début
d'une réflexion
Mars 2020

Territoires de santé : de nouvelles frontières
Juin 2019

Formation professionnelle : du marché à l'individu
Février 2019

Retraite : un patrimoine collectif
Décembre 2018

Une question de méthode [Dialogue social]
Avril 2017

Big data et nouvelles technologies, la Protection sociale à l'heure
de la révolution numérique
Mars 2017

Un quinquennat pour retrouver une ambition française contre le
tabagisme
Mars 2017

Quelle politique mener ? [Addiction à l'alcool]
Mars 2017

Quatre stratégies pour maîtriser la dépense [Assurance maladie]
Février 2017

Quelques vérités pour la pérennité d'un patrimoine commun
[Financement de la Sécurité sociale]
Février 2017

L'emploi : un défi européen
Janvier 2017

Une bombe à mèche longue [Chômage, formation, accompagnement
et indemnisation]
Décembre 2016

Huit pistes pour relever les défis de l'hôpital public
Décembre 2016

Pour structurer la médecine du XXI^e siècle : la télémédecine
Décembre 2016

CRAPSLOGS

Séjour de la santé
Novembre 2020

CRAPSLOG Spécial Covid-19
Juin 2020

Retraite : déchiffrer le point
Mars 2020

PLFSS sur fond de crises
Décembre 2019

Le Danemark, les enseignements d'une réforme aboutie
Octobre 2019

Plaidoyer pour une Europe sociale !
Mai 2019

Heur et malheur de l'assurance chômage
Février 2019

L'Organisation Internationale du Travail : une utopie en marche !
Octobre 2018

Quelques vérités sur le médicament !
Mai 2018

Quelle nouvelle réforme du système de santé avant la crise ?
Février 2018

Le modèle mutualiste dans les pays en voie de développement :
quelle implantation ?
Novembre 2017

Le grand appareillage orthopédique
Novembre 2017

La santé à l'épreuve des territoires
Juillet 2017

Les mutuelles au cœur de notre avenir
Janvier 2017

Une épidémie nommée tabac
Mai 2016

Le numérique au chevet de la médecine...
Mars 2016

L'enjeu du vieillissement sur la population
Mai 2015

Emploi : nécessaire mais pas suffisant
Janvier 2015

Démographie médicale
Avril 2013

ÉDITION & CRÉATION

DIRECTEURS DE PUBLICATION

Jean-Paul Ségade & Fabien Brisard

PRÉSIDENT DU COMITÉ ÉDITORIAL

Hervé Chapron

CONCEPTION & RÉALISATION

Fabien Brisard, Pierre-Maxime Claude & Anaïs Fossier

RELECTURE

RédacNet - Karen Platel

CRAPS

45, rue Boissy d'Anglas, 75008 PARIS
accueil@thinktankcraps.fr

© CRAPS 2021

Tous droits réservés.

Toute reproduction ou transmission, même partielle, sous quelque forme que ce soit, est interdite sans autorisation écrite du détenteur des droits.

Imprimerie CHIRAT - Saint-Just-la-Pendue 42540

Dépôt légal

Juin 2021

ISBN : 978-2-492470-09-7



LA PSYCHIATRIE ET LA SANTÉ MENTALE

LES #IDÉES DES ACTEURS

La santé mentale et plus précisément la psychiatrie sont au cœur de la réflexion sur la Protection sociale en raison de ses dimensions médicales, sociales, psychologiques mais également économiques et sociétales. À tous les échelons territoriaux, à travers toutes les actions entreprises, la santé mentale doit clarifier son champ, définir ses outils, développer sa pluridisciplinarité afin de relever les défis de prise en charge dont la crise de la Covid-19 a montré son actualité. En donnant la parole à 40 acteurs de terrain, le CRAPS ouvre le débat via des recommandations, des axes de réflexion et des propositions pour cette discipline d'avenir.

ISBN 978-2-492470-09-7
Imprimé en France 06.2021

**CRAPS**