

## DE LA PREVENTION EN SANTE MENTALE AUX IMPENSES DE LA POLITIQUE EN PSYCHIATRIE

Intervention du Dr Jean louis Place au Séminaire de Printemps de L' Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé le samedi 27 avril 2002 à Toulouse

### ARGUMENTAIRE :

Il est certainement plus facile de parler de prévention en santé mentale qu'en psychiatrie. Peut-on aujourd'hui interpréter ce fait comme résultant de l'amélioration de la condition des malades mentaux ?

Si nous devons décliner l'offre dans son articulation aux registres de la demande, du besoin et du désir, la politique de soins actuelle répond-elle à la spécificité des maladies mentales ?

### INTRODUCTION :

Notre discipline n'a jamais été autant en question que depuis que la Santé Mentale s'est substituée à la Psychiatrie dans le discours des décideurs. Nombreux sont les praticiens de terrain, médecins et paramédicaux en contact permanent avec les malades qui ressentent confusément des stratégies de désappropriation, de disqualification et des effets d'autocensure dans cette opération discursive.

La critique en est d'autant plus délicate que le niveau manifeste du discours est rempli de bonnes intentions ; qu'il est fait appel aux citoyens, aux malades devenus usagers, aux familles partenaires de soins et à l'ensemble des professionnels de santé acteurs, décideurs et contrôleurs mélangés.

Etre en contact permanent avec la réalité de la maladie mentale ne nous assure pas d'être les meilleurs observateurs des phénomènes de régulation sociale qui conduisent à une politique de planification en psychiatrie a priori légitime. Convaincus que nous devons laisser à d'autres professionnels de santé, dont les « experts », le soin de traiter avec les planificateurs, nous avons perdu toute vigilance.

Et nous sommes aujourd'hui, à la même enseigne que les malades, usagers d'un système avec des difficultés et des contraintes que nous n'avions pas auparavant.

Ceci conduisant à cela, tout laisse à penser qu'une catégorie de patients, présentant des formes graves de névrose ou de psychose, est plus mal soignée aujourd'hui qu'il y a 15 ans.

Je travaille à la Clinique de Chailles, établissement appartenant au mouvement de la psychothérapie institutionnelle depuis sa création. Nous avons dû ces dernières années nous adapter à une montée en puissance des règlements et des contraintes qui rendent de plus en plus complexe le fonctionnement de tous les établissements de santé. Mais cette épreuve de réalité qui mobilise la dynamique institutionnelle dans des opérations de transgression et de récupération de la réglementation au service de la thérapeutique ne doit pas se confondre avec les effets spécifiques d'une politique sur certains dispositifs de l'appareil de soins en psychiatrie.

Si nous sommes encore, à la clinique, et pour le moment, relativement épargnés par ces orientations de la politique en santé mentale, nous en ressentons indirectement les effets dans les relations avec nos correspondants et plus particulièrement avec les services de secteur avec lesquels nous collaborons.

#### PRESENTATION DE L'INTERVENTION :

Dans la première partie de cette intervention, je me propose de décliner les différentes définitions possibles de la Santé mentale et d'en tirer quelques premières interprétations. Je poserai ensuite la question de l'existence ou non d'une politique de santé en psychiatrie en France et, en la supposant, je m'interrogerai sur ses initiateurs, ses moyens et ses effets. Parmi les moyens, je retiendrai les techniques de communication pour promouvoir une stratégie de prévention en santé mentale. Parmi les effets, ceux de la poursuite de la désinstitutionalisation et les processus d'exclusion des malades mentaux. Je terminerai par quelques considérations sur les besoins en psychiatrie, la demande des malades et le désir des soignants.

#### DEFINITIONS DE LA SANTE MENTALE :

L'approche d'une définition de la santé mentale peut commencer par celles de ses différents composants.

Il n'existe pas une seule définition de la santé. La plus commune, la plus consensuelle est celle de l'OMS :

« Etat complet de bien être physique, mental et social. »

Mais c'est aussi la plus critiquable car si l'état de bien être physique peut se concevoir comme l'absence de maladie exprimée et du bon usage de l'ensemble des appareils constitutifs du corps humain, l'expression : « bien être » appliquée au mental et au social apparaît hors toutes considérations rationnelles.

De plus, si la santé mentale constitue la part psychique de la santé, l'état complet de bien être mental se rapproche d'une représentation beaucoup plus idéologique que scientifique du bonheur.

Par une autre voie, en ne faisant plus l'analyse des deux termes qui la composent, la santé mentale peut être définie dans son expression entière. Une sélection de ces définitions met en évidence qu'appliquée à un individu, la notion de santé mentale s'éloigne de toute connotation idyllique.

Dès 1957, Henri DUCHÊNE (1) disait de la santé qu'elle devait « être considérée à chaque moment de l'histoire d'un individu et en fonction à la fois de son milieu et de son histoire antérieure, comme une résultante de forces contradictoires dont nous apprécions non

*seulement le caractère positif ou négatif, mais encore la direction par rapport à des objectifs futurs fixés par les jugements de valeur »*

*Pour le groupe sur les indicateurs de santé en Angleterre, mis sur pied par le Mental health authority (2) « la santé mentale est définie comme la capacité à gérer les changements, à reconnaître et à communiquer des sentiments tant négatifs que positifs, à établir et à maintenir des relations, à réagir au stress et/ou à modifier les environnements ou les relations qui causent ces stress. La santé mentale est un équilibre, mais c'est aussi la capacité de ressentir des sentiments extrêmes, d'être heureux et malheureux, plein d'espoir et désespéré ».*

Plus proche, pour une personne, de sa capacité à supporter les épreuves de réalité que d'être heureux, la santé mentale peut aussi être entendue comme la part de la santé publique s'intéressant à la dimension psychique (3), c'est à dire comme l'ensemble des actions et prescriptions prévues par l'administration pour promouvoir des facteurs de santé (4) favorisant un état de bien être psychique et social pour une population.

Au contraire de ce qui s'applique au niveau somatique, la santé mentale n'a alors plus les mêmes références selon qu'elle concerne un individu ou une population. Etre en bonne santé, bénéficier d'un système qui donne les moyens de soigner ou de se prémunir contre les maladies, sont des propositions congruentes qui n'impliquent pas immédiatement de débat idéologique. Alors que - sentiment d'exister pour un individu - et - politique pour rendre les gens heureux - n'apparaissent pas de même nature et implique pour la seconde une politique de l'Etat bienveillante, voire paternaliste.

Cette ambiguïté, sur le fondement de la souffrance psychique, se redouble d'un processus métonymique, bien connu dans notre discipline de confusion entre la cause, ou l'objet, et sa réponse qui aboutit à substituer véritablement au mot « psychiatrie » l'expression « santé mentale », de la même façon que nous entendons assez souvent des malades dire qu'ils ont fait de la psychiatrie plutôt que de dire qu'ils ont été malades, et que nous repérons de plus en plus le terme « professionnel de santé » (5) comme ersatz de celui de soignants, dans une vaste entreprise de vulgarisation des objets de la médecine.

Grâce à la vaste catégorie des professionnels de santé et aux amateurs éclairés, la santé mentale appartient à tout le monde. Mais accéder plus ou moins vite à une vulgarisation du corpus psychiatrique, manier les termes de schizophrénie, dépression et inter-subjectivité avec la foi et l'intensité des bons sentiments, de la morale et de la chose citoyenne ne peut remplacer la formation et l'expérience au contact des maladies mentales d'un soignant en psychiatrie.

Avec tous ces professionnels de santé et leurs collaborateurs, il faut remettre de l'ordre. Certains métiers sont plus adaptés que d'autres pour pouvoir le faire. Il existe même des formations spécifiques comme les différentes écoles d'administration. Associés à des experts et des chercheurs en épidémiologie, les administrateurs professionnels de santé élaborent aujourd'hui l'organisation des soins en psychiatrie en n'ayant jamais vu un malade – entendez en n'ayant jamais pris le risque de supporter la responsabilité d'une – dans le plein sens du mot – prise en charge psychiatrique.

Ce qui n'aurait jamais pu être fait dans une autre discipline médicale, l'a été en psychiatrie et on imagine ce que penseraient aujourd'hui les BALVET, TOSQUELLES, DAUMAIZON, SIVADON, EY, ...et bien d'autres de cette situation.

La question est maintenant :

EXISTE-T-IL UNE POLITIQUE DE SANTE EN PSYCHIATRIE même si cela doit s'appeler politique en santé mentale ?

L'impression est parfois qu'il n'y en a pas – ce qui est dans une certaine mesure en contradiction avec mes propos précédents – qu'il n'y a plus de responsable, que le bateau n'est plus gouverné ou qu'il l'est avec des grands coups de barre qui ne peuvent que nuire à son allure et à son cap, et le mettre sérieusement en difficulté par gros temps.

La réponse ne peut être univoque.

Il semble bien qu'il existe une ligne qui définit la politique de santé mentale en France.

Mais son texte n'est pas écrit initialement en français.

La France n'a pas à renier en quelques décennies tout ce qu'elle a pu apporter depuis deux siècles à la psychiatrie dans le monde. Même si elle ne l'a pas faite seule, elle a su s'enrichir des travaux de ses proches voisins en Europe et constituer un savoir que le Manuel d'H. EY avait rassemblé en son temps. Aujourd'hui encore, la pratique psychiatrique dans le monde lui doit beaucoup en particulier pour avoir su résister dans les années 70 aux sirènes de l'anti-psychiatrie, par le développement, qui aurait du encore rester longtemps la preuve de ses capacités d'innovation et la marque de sa singularité ; je veux parler du secteur.

Je passerai rapidement sur la qualité du système de santé français qui en a fait ou en faisait le meilleur au monde grâce à l'invention de la sécurité sociale, organisme finançant d'une façon presque impartiale les deux secteurs d'exercice public et privé ; système qui a permis à une psychiatrie libérale de venir compléter le travail en réseau du service public.

Pourquoi la France devrait-elle aujourd'hui, comme n'importe quel état démuné en matière de politique de santé prendre ses ordres d'un organisme international au nom d'une conception de la liberté qui fait des ravages par la méconnaissance de ce qui est l'ennemi même de cette liberté : la maladie mentale ?

Pourquoi, plus précisément, doit-on retrouver les mêmes expressions, les mêmes consignes dans le rapport de l'OMS, le plan Santé Mentale du ministère de la santé, les missions d'expertise de ce même ministère, les documents de travail de la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) et plus localement les Contrats d'Objectifs et de Moyens que tous les établissements de santé publics et privés en France doivent signer?

L' APPEL AUX TECHNIQUES DE COMMUNICATION :

Derrière la notion de santé mentale se radicalise une organisation des soins directement influencée par les conceptions anglo-saxonnes érigées en modèle universel comme pour tous les autres problèmes de société.

A la politique hospitalière réputée iatrogène se substitue enfin, nous dit-on, une politique de prévention, prévention qui n'hésite pas d'ailleurs à utiliser les techniques de communication pour assurer sa promotion.

Les priorités de cette politique sont choisies parmi celles proposées par les organismes internationaux au mépris de toute réflexion sur les problèmes nationaux spécifiques.

Quand l'OMS, l'année dernière, conseille à tous les pays de « *mener des campagnes d'éducation et de sensibilisation du grand public portant sur la santé mentale* » afin de « *réduire les obstacles au traitement et aux soins en informant l'opinion de la fréquence des troubles mentaux* », de « *faire reculer la stigmatisation et la discrimination des malades mentaux* » (6), le ministère dans les mois qui suivent reprend à son compte les mêmes ordonnances.

Dans l'axe I de ce plan daté de novembre 2001 (7) édité par le ministère délégué à la santé, les principales actions envisagées pour lutter contre la stigmatisation attachée aux maladies mentales sont :

*Une campagne de communication à destination des professionnels de santé somaticiens pilotée par le CFES, en lien avec la CNAM, les associations d'usagers et les professionnels de la santé mentale*

*L'impact de cette campagne fera l'objet d'une évaluation approfondie et sera ensuite adapté aux finalités d'une campagne de communication grand public. Elle comportera un volet relatif aux thérapeutiques mises en œuvre pour les pathologies mentales les plus fréquemment rencontrées en population générale (dépression ...)*

*D'ores et déjà, une étude est lancée au sein de l'Union européenne pour évaluer l'impact d'une démarche de formation et d'information auprès des médecins généralistes sur la question de la prévention du suicide et les représentations attachées à la souffrance psychique.*

...

*Une réflexion sera entreprise avec les représentants des familles et des usagers et les organismes du secteur social et de l'insertion professionnelle, en vue d'actions de communications relatives à l'insertion professionnelle des personnes souffrant de troubles mentaux.*

*Cette préoccupation rejoint la volonté du gouvernement de développer des actions destinées à changer le regard sur les personnes en situation de handicap ...*

## UNE POLITIQUE DE COMMUNICATION POUR UNE POLITIQUE DE PREVENTION

Grâce à la notion de santé mentale, il semble enfin possible de parler de prévention primaire en psychiatrie.

Vous savez qu'il existe trois niveaux de prévention, qui en psychiatrie peuvent se résumer à :

La prévention primaire qui se préoccupe de la phase pré-morbide

La prévention secondaire, du traitement de la phase prodromique, du 1<sup>er</sup> épisode psychotique si psychose il y a

Et la prévention tertiaire, des rechutes

...

*Les causes des maladies mentales n'étant pas connues, la prévention primaire a longtemps été considérée comme relativement inaccessible en psychiatrie. Cette position a récemment été révisée et l'on propose maintenant une prévention non spécifique plurifactorielle, à composante psychologique et sociale. (8)*

Pour la prévention universelle, les exemples donnés dans l'ouvrage sur la Planification et évaluation des besoins en santé mentale sont la prévention contre l'alcool et le tabac et la promotion de l'exercice physique

Pour la prévention sélective, la sélection de sous-groupes présentant un risque plus élevé que la normale comme les personnes âgées isolées ou les adolescentes enceintes

Les interventions spécifiques s'adressent à des groupes à haut risque comme les enfants de parents schizophrènes ou les victimes de catastrophes.

A part les cellules d'écoute très appréciées par les médias, je reste assez réservé sur cette promotion d'une prévention primaire qui vient, avec un retard parfois considérable et sans remise en cause, réinventer ce que de nombreuses associations ont mis en place au nom du bon sens, de l'esprit de solidarité et de l'entraide. Je pense en particulier à la prévention du suicide assurée par l'ensemble des associations travaillant dans le cadre de la téléphonie sociale (9).

Mais je suis sceptique également quant à l'extension large de l'appellation « troubles psychiques », à leur dilution, au détriment des missions électives de la psychiatrie.

Ceci dit, si le domaine d'application élargi de la santé mentale permet une politique moderne de prévention primaire, le dispositif sanitaire peut s'appuyer sur l'aphorisme habituel des pays riches : qui peut le plus, peut le moins.

Si l'argent dépensé pour l'idée que l'on se fait de la recherche aujourd'hui ou pour une sensibilisation de la population à la problématique de la santé mentale n'enlève pas aux soignants directement ou indirectement des moyens pour assurer le traitement des maladies mentales, nous pouvons rester vigilants sur les différents effets des messages de la politique de dé-stigmatisation de la maladie mentale, sans avoir à nous irriter outre mesure. Dans le cas contraire, une question éthique doit être posée à l'état : a-t-il pris toutes les dispositions pour que sa stratégie n'ait pas d'effets collatéraux et plus clairement que l'espérance de vie des malades mentaux ne baissent pas dans notre pays ?

Je pense particulièrement à la pénurie des psychiatres et des infirmiers, aux problèmes de l'hospitalisation en psychiatrie, à la situation d'exclusion des malades mentaux objectivable dans la réalité et singulièrement absente dans les discours officiels sur la prévention en santé mentale.

## LA PENURIE DE SOIGNANTS EN PSYCHIATRIE

Il y a trop de psychiatres en France dit le ministère sur un seul argument : notre pays est parmi les mieux dotés en nombre de psychiatres. Il nous faudrait dit-on rester au niveau de la fourchette haute des normes.

Dans le cadre du meilleur système de santé au monde, tout laisse à penser que la psychiatrie tenait son rang parmi les autres disciplines médicales.

Pourquoi doit-on lui enlever ses moyens, participer à une harmonisation avec les autres pays en nivelant par le bas ?

Là où nous dépensons sans compter pour assurer de confortables bénéfices aux laboratoires en majorité étrangers, pourvoyeurs d'anti-dépresseurs et de neuroleptiques de nouvelle génération à des prix de plus en plus élevés, nous devrions faire des économies en maintenant, à l'université et dans les centres de formation, des quotas de psychiatres et d'infirmiers insuffisants pour le bon fonctionnement du service public et depuis peu des établissements privés.

En 1999, 583 postes de psychiatres étaient vacants dans le public ; il n'y en avait que 384 en 1996 (10). Le service public a embauché ces dernières années pour compenser le déficit en psychiatres des centaines de spécialistes formés à l'étranger. Pour la pénurie d'infirmiers, ce sont également des centaines d'infirmiers de la CEE et de médecins étrangers hors CEE qui remplacent les infirmiers dans le public – mesure étendue aux cliniques en août 2001.

Sur le principe surexploité de la régulation de la demande par l'offre, nous voyons aujourd'hui une surenchère de l'offre par les pouvoirs publics eux-mêmes (avec la politique de prévention, la psychiatrisation de la société, au corps plus ou moins défendant des psychiatres) et, grâce aux mécanismes universellement utilisés de l'annulation et de la projection, la mise en place de son traitement : la diminution des soignants seuls capables de pouvoir y répondre.

Le service public reconnaît ainsi une activité en augmentation pour la psychiatrie adulte de 46% entre 1989 et 1997 avec plus d'1 million de patients suivis et de 48% pour les enfants et adolescents entre 1991 et 1997 avec un suivi de 415 770 enfants (rapport PIEL et ROELANDT).

Pendant que le secteur privé attend qu'on lui donne les moyens de vérifier son estimation d'assurer des soins à plus de 2 millions de français.

Sans compter la psychiatrie salariée du secteur associatif actuellement complètement disqualifiée.

#### LA POLITIQUE DE DESINSTITUTIONNALISATION :

Dans son rapport, la Cour des Comptes (11) constate l'augmentation de 45% des hospitalisations à la demande d'un tiers en 7 ans « *ce qui mériterait – dit-elle – de faire l'objet d'investigations approfondies, afin de déterminer si le système prévu par la loi de 1990 est adapté, sous réserve que les règles soient appliquées, et s'il ne permet pas des dérives préjudiciables aux droits des personnes* »

La manipulation des chiffres par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité est un modèle du genre et exportable à toute personne ayant à s'expliquer d'une situation délicate.

Je livre le paragraphe concerné dans son intégralité (p. 436) :

*« La question du consentement du patient atteint de maladie mentale à son hospitalisation reste très préoccupante, même s'il convient de rappeler qu'en 1997 la part relative des hospitalisations sans consentement rapportée au nombre d'hospitalisations effectuées en*

*psychiatrie générale n'est que de 13%. La part des hospitalisations d'office (HO) est encore plus faible, 8000 en 1997 sur 60 000 hospitalisations sans consentement, étant indiqué que les équipes de secteur de psychiatrie générale ont suivi un million de personnes. En outre, dans ces chiffres le même individu peut être comptabilisé plusieurs fois au cours de la même année s'il a fait l'objet de plusieurs mesures d'hospitalisations d'office. Il est à noter également que bien que relevant juridiquement d'une hospitalisation d'office, un certain nombre de malades ne sont plus hospitalisés mais bénéficient d'une sortie d'essai, souvent à domicile. Néanmoins, cette question a fait l'objet de nombreux débats dans le cadre de la préparation du projet de loi relatif aux droits des malades qui sera intégré au projet plus vaste de modernisation du système de santé. Ainsi, les dispositions relatives aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux inscrites au livre II du code de la santé publique devraient être prochainement révisées afin de renforcer les droits des patients et de leur famille ou proche »*

Au début de son argument, le rédacteur prend juste le temps de reconnaître sa préoccupation devant l'augmentation des HDT pour pondérer immédiatement ce pourcentage en augmentation par un autre pourcentage non analysé des hospitalisations en HDT sur l'ensemble des hospitalisations. Cet autre chiffre ne pouvait être intéressant qu'à la condition de donner son évolution sur la période de 91 à 97. Tout laisse à penser que si cela n'a pas été fait c'est que cela aurait confirmé l'augmentation dénoncée.

Il est ensuite fait mention des hospitalisations d'office, part infime des hospitalisations – ne faisant l'objet d'aucune critique de la part de la Cour des Comptes. Enfin, il est demandé de prendre en compte les patients pouvant faire l'objet de plusieurs mesures d'HDT dans la même année (ce qui implicitement réduirait le nombre de patients en HDT sur l'année) comme si cela ne pouvait pas avoir été le cas avant 1990.

Après avoir relativisé les chiffres significativement parlant, pour qu'un lecteur distrait ou un interlocuteur déjà averti s'en satisfasse, le rédacteur ne propose qu'une seule interprétation : l'insuffisance de la loi pour protéger la personne  
Entendez : avec la refonte de la loi de 1838 le 27 juin 1990, nous avons augmenté les contraintes administratives et rajouté des sécurités pour éviter les hospitalisations abusives. Cela n'a pas été suffisant. Il faut poursuivre notre effort.

Mais le ministère a-t'il vraiment l'intention de s'interroger sur l'évolution du chiffre des HDT avant 1990 et après 1997 ?

Avons-nous vu des études et des questionnaires sur ce sujet dans nos établissements et auprès des médecins prescripteurs d'HDT ?

Lorsque plusieurs causes apparaissent au même moment, n'est-il pas pertinent de rattacher un effet dénoncé à la pluralité de ses causes et non à celle politiquement correcte ?

Ce que nous pouvons dire à la Chesnaie, dans notre exercice de ces dernières années, c'est que nous avons été contraints d'augmenter le nombre d'HDT pour imposer aux services – parfois à leur initiative – la reprise d'un patient que nous jugions, comme nous avons pu le faire auparavant pour d'autres, devoir bénéficier de soins en alternance ou d'une prise en charge de secteur pour une hospitalisation préparatoire à une entreprise de re-sociabilisation. Et ceci, devant l'accroissement considérable des refus de ré-accueil faute de places.

Ce que nous avons remarqué – mais nous ne sommes certainement pas les seuls – c’est que ce n’étaient pas les droits et la protection des personnes qui étaient atteints depuis que le processus de déshospitalisation s’est radicalisé ces dernières années, mais le droit de la personne d’être soignée avec les moyens qu’un médecin responsable lui a indiqués – en accord dans la majorité des cas avec le patient lui-même et avec la famille.

Nous avons été amenés ainsi à hospitaliser en HDT un patient qui acceptait le principe de se faire soigner à l’hôpital.

Si la façon dont l’Etat traite la question des HDT paraît assez désinvolte, il faut se demander quelle part de responsabilité peuvent avoir les médecins et les soignants qui, dans leur grande ambivalence, semblent avoir définitivement accepté le processus de désinstitutionnalisation.

Participant à la lecture du pré-rapport du livre blanc sur la psychiatrie les 15 et 16 mars de cette année, je me suis permis de signaler que l’hospitalisation ne faisait l’objet d’aucun groupe de travail spécifique.

Sur le problème que pose la diminution importante et régulière du nombre de lits d’hospitalisation en psychiatrie, nous avons le choix entre le satisfecit du ministère de la santé, le silence des psychiatres dans leurs réunions professionnelles et leur plainte dans les espaces médiatiques.

Si la France a eu à une certaine époque un excédent de lits, personne n’a contesté la politique qui devait permettre une meilleure adéquation des besoins dans le cadre de la montée en puissance du dispositif de secteur à partir des années 1970 – 80. Mais depuis le milieu des années 80, cette politique a fonctionné sans frein, prenant de vitesse les structures et les soignants.

Entre 1991 et 1997 – cité dans le rapport de la Cour des Comptes – le nombre de lits d’hospitalisation temps plein est passé de 86 398 à 68 807 – soit 17 591 lits en moins pendant que dans la même période le nombre de places de structures alternatives n’augmentaient que de 1 847 places, atteignant le chiffre de 23 881 places.

Dans le livre blanc des partenaires de Santé Mentale France, à l’initiative de l’UNAFAM, le Dr A. Pidolle, président de la conférence nationale des CME des CHS écrit (12) :  
*« On peut accuser la psychiatrie publique de rester frileusement repliée sur elle-même, de n’être pas assez présente sur le terrain, de ne pas innover. A moyens constants, nous avons, dans les dix dernières années, multiplié par deux le nombre de patients pris en charge ; la diminution importante du nombre de lits a permis l’implantation d’un système de prévention et de soins au plus près de la population ainsi que la déshospitalisation et l’insertion dans la cité de nombreux patients dont la maladie évolue au long cours. Mais cette évolution qui a été initiée par une logique purement comptable continue, et bientôt, la pénurie en places d’hospitalisation en temps plein se manifesterà sur l’ensemble du territoire comme elle existe déjà dans certaines régions. ... »*

Si l’OMS (12), dans le rapport déjà cité, met en garde tardivement les planificateurs *de ne pas fermer les hôpitaux sans prévoir de solutions de rechange communautaires et, inversement, de créer des structures communautaires sans fermer les hôpitaux* – seconde

option dont la crainte qu'elle se réalise semble infime et qui paraît inutile à mentionner sauf à minimiser le premier conseil.

S'il est systématiquement fait mention dans les textes officiels des besoins en santé mentale – j'y reviendrai à la fin de cette intervention - ne serait-il pas utile de promouvoir certaines statistiques ou leur diffusion tels que :

- le nombre de patients qui devraient être ou rester à l'hôpital ou en clinique et la moyenne des délais d'attente ;
- le nombre de patients en attente de pouvoir bénéficier d'une structure intermédiaire de type appartement associatif, foyer, hôpital de jour, CAT, placement familial – et là encore, les délais d'attente.

Il me semble que ces évaluations devraient être faites d'une manière honnête, ouverte et devraient bénéficier de la même diffusion que certaines études ou nouveautés de dispositifs en santé mentale. Cela compléterait les questionnaires de satisfaction remplis directement par les patients.

Car, seuls les gens de terrain sont bien persuadés que les propos d'un patient, sa capacité de jugement et de critique, diffèrent selon qu'il est ou non pris en charge – selon l'expression consacrée. Il ne peut donner une appréciation sur le dispositif de soins qui lui a été proposé que s'il retrouve sa capacité d'en juger.

On ne demande pas à quelqu'un en train de se noyer s'il est satisfait du dispositif de prévention ou de traitement contre la noyade auquel il n'a pas eu accès ou qui paraîtrait à des observateurs peu complaisants comme la famille et les amis, peu efficace.

Pour filer la métaphore, les noyés de la psychiatrie sont ceux que nous croisons aujourd'hui dans les rues des grandes villes, dans le métro à Paris, en prison, dans certaines communautés, dans les services d'urgence, dans les CHRS et dans certainement bien d'autres endroits complètement étrangers au traitement et à la prévention en santé mentale.

## **DESINSTITUTIONNALISATION OU TRANSINSTITUTIONNALISATION ?**

Convaincu que les générations futures jugeront notre ère psychiatrique par ses conséquences, et non par ses intentions, Sussman, en 2001, fait un rappel historique de la question au Canada et aux USA. En 1773 un gouverneur de Virginie affirmait qu'il était forcé à autoriser le confinement de personnes atteintes de maladie mentale dans la prison, faute de place dans des services appropriés. En 1999 le *Bureau of Justice Statistics* estimait que près de 16% de la population des prisons américaines étaient des sujets gravement atteints de troubles mentaux. Il avance alors qu'on a confondu désinstitutionnalisation et déshospitalisation.

Alors que la première peut être vue comme une réaction philosophique ou théorique aux conséquences négatives de la vie en institution, la déshospitalisation n'est qu'une des différentes politiques possibles. La "transinstitutionnalisation" est par contre la réalité de milliers d'individus atteints de schizophrénie ou psychose maniaco-dépressive. Si les intentions du mouvement étaient de libérer les sujets pour qu'ils vivent librement dans leur communauté, nombreux sont ceux qui restent emprisonnés par les symptômes non traités de leur maladie. Ces individus ont été "transinstitutionnalisés" aux prisons et rues de la ville.

Près de 40% de la totalité des individus souffrant de troubles mentaux ne reçoivent aucun soin. Et alors qu'ils constituent moins de 1% de la population des Etats Unis, ils fournissent au moins 10% de la population carcérale, 33% des *homeless*, 4 à 5% sont impliqués dans des meurtres et se suicident à un taux 10 à 15 fois plus élevé que la population générale. Alors, la désinstitutionnalisation : « *myth or mistake* » ? (14)

Dans le cadre de l'affaire Richard Durn, psychiatres et policiers sont interrogés. C'est l'occasion pour le Professeur Rouillon, dans le Quotidien du médecin du 2 avril 2002 (15), de se plaindre des restrictions de nature matérielle et morale qui augmentent les limites purement médicales de l'exercice de la psychiatrie : « *Durant les trois dernières décennies 75 000 lits de psychiatrie ont été supprimés en France – dit-il. Dans un service comme le mien, on compte 20 lits pour hospitalisés contre leur gré, soit 1 pour 10 000 habitants. Cette pénurie entraîne une sur occupation, avec fréquemment une quarantaine de patients pour un personnel débordé. L'an dernier, nous avons ainsi déploré 35 accidents du travail pour violences de malades. Or, en France, les personnes qui présentent un profil mental du type de celui de Richard Durn sont des millions. Et on ne peut pas les hospitaliser tous, avec un coût de journée psychiatrique s'élevant à 3000 F par jour* ».

« *En vérité, dit Richard LISCIA - dans le même Quotidien du Médecin le lendemain (16) : c'est l'Etat qui est coupable. C'est l'état tentaculaire et déresponsabilisant, l'Etat qui veut tout faire et donc ne fait rien à la perfection, l'Etat qui envahit la vie des citoyens, mais demeure incapable de leur apporter le service public et minimal pour lequel ils paient des impôts.* »

## LES BESOINS EN SANTE MENTALE

Les besoins en santé mentale ne semblent pas faire l'objet d'une évaluation par les soignants en psychiatrie eux-mêmes pour au moins 3 raisons :

- L'évaluation des besoins en santé mentale fait appel aujourd'hui à des sciences et des techniques qui sélectionnent les acteurs de cette évaluation
- ce que les soignants observent et dénoncent au niveau de leur pratique n'est pas remonté et repris – il faut que je pondère mes propos – n'est pas assez repris par les instances syndicales et les sociétés qui les représentent ; à cause de la multiplication des syndicats et des intérêts corporatistes divergents – et malgré la création du Comité d'Action Syndicale de la Psychiatrie (CASP) qui a créé une unité par ailleurs incomplète, malgré la Fédération Française de Psychiatrie boycottée par certains pour des considérations parfois uniquement personnelles – à cause de cet éparpillement des représentations, la profession ne s'est pas donnée les moyens et la compétence de recenser ses propres besoins
- enfin, quel intérêt y aurait-t-il à participer à des enquêtes, des études, à rédiger des rapports si la conviction est déjà là, si les décideurs savent déjà ce dont les soignants en psychiatrie ont besoin.

## LA DEMANDE DES PATIENTS

Il a été 1 ou 2 fois question dans cette intervention des demandes, de l'attente des usagers et des familles – mais aussi implicitement d'une réduction de l'offre pour que cette demande soit limitée.

En psychiatrie, limiter l'offre ne pose pas de problème à la maladie mentale – je dis bien à la maladie et non au sujet malade.

Ce qui est particulier dans l'exercice de la psychiatrie, c'est qu'il faut créer la demande, que l'offre existe ou non.

Si malgré tous les efforts de ceux qui n'ont jamais eu à soigner la maladie mentale, la loi de 38 ripolinée en 90 existe encore, c'est qu'il faut dans un nombre significatif de cas – indépendamment du biais de restriction à l'hospitalisation développé tout à l'heure – il faut qu'un tiers fasse la demande à la place du patient. Dans la plupart des cas ce tiers peut convaincre le patient de porter lui-même la demande.

Se soigner, c'est retrouver un peu sa liberté – un peu – personne n'est libre – sa liberté de pouvoir juger de son état et faire une demande au médecin, aux soignants, d'aide et d'accompagnement, selon les expressions consacrées du jour.

## LE DESIR DES SOIGNANTS

Enfin, il est beaucoup trop souvent et trop rapidement dit que le malade mental n'avait pas de désir.

Ca n'a évidemment pas de sens. Ce qui peut être dit, c'est qu'il n'est pas toujours ou pas suffisamment sujet de son désir – à cause de cette liberté perdue.

Ce qui fait l'essence même du travail d'un soignant en psychiatrie, surtout lorsqu'il peut exercer dans un milieu institutionnel, que ce soit dans un service de secteur ou dans une communauté de soins, c'est que le malade aura besoin – mais il n'en fera pas la demande – du désir d'être du soignant.

Le désir d'être n'est pas le désir de soigner – celui-ci nécessite toujours une analyse immédiate ou plus longue et payante – mais le désir de faire des choses. C'est sur ce désir qu'une greffe est possible pour cet autre désir, défaillant, inconstant, fragile, difficilement assumé.

Avec la santé mentale, Canada dry de la Psychiatrie, les pouvoirs publics mettent en place une planification qui risque, par la disqualification des discours qui portent la psychiatrie depuis 200 ans et par la disqualification des soignants eux-mêmes, de mettre en grand danger le désir des soignants d'être et de faire avec les patients.

## NOTES

1 : Henri DUCHÊNE : *Qu'est ce que l'hygiène mentale* (Cahiers Laennec, 1957,17, n°1, pp.2-11 – cité par R.H. AHRENFELDT dans son article sur : *La notion de Santé Mentale*, EMC 37960 A10, p1)

2 : Groupe sur les indicateurs de Santé en Angleterre, mis sur pied par le Mental Health Authority, cité dans le livre de V. Kovess, A. lesage, B Boisguerin, L. Fournier, A. Lopez, A. Ouellet / *Planification et Evaluation des Besoins en Santé Mentale* / Médecine-sciences Flammarion / p. 9

3 : comme le dit Nicole GARRET-GLOANEC dans les journées du livre blanc de la psychiatrie, organisées par la Fédération française de Psychiatrie les 15 et 16 mars 2002 / pré-rapport p.15

4 : définition de la Santé Publique dans le petit Larousse

5 : selon Richard Rechtman dans sa conférence plénière inaugurale des XXXèmes Journées Nationales de la Psychiatrie Privée à Lorient le 4 octobre 2001 : « Evolution contemporaine des usages sociaux de la psychiatrie »

6 : Organisation mentale de la santé : Rapport sur la santé dans le monde 2001 / *La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs* / p.6

7 : Ministère de l'emploi et de la solidarité - Ministère délégué à la santé - Plan Santé Mentale « *L'usager au centre d'un dispositif à rénover* » / p. 10 et 11

8 : *Planification et Evaluation des Besoins en Santé Mentale* / p. 17

9 : A l'initiative d'un pasteur anglican, le révérend Chad VARAH, en 1953, se développe en Angleterre, puis en Europe et dans le monde entier ce qui s'appellera la téléphonie sociale. Plusieurs associations, dont la plus connue est SOS amitiés en France, assurent une prévention du suicide et sauvent des vies. Leur travail assuré par les bénévoles se poursuit aujourd'hui. Dans la France du suicide paru en 2002, le professeur DUBOUT écrit : « *Il est incontestable que le réseau associatif – très actif en France – donne toujours une réponse plus rapide aux problèmes de société que les pouvoirs publics ne le font eux mêmes.* » (Pr M. DEBOUT, La France du suicide, p.48).

10 : Fédération française de Psychiatrie / journées du livre blanc de la psychiatrie / 15 et 16 mars 2002 / chapitre sur les Ressources humaines, structures et moyens/ Coordonnateurs : H. Bokobza, C.H. Alezrah / p. 23

11 : Rapport de la Cour des Comptes / L'organisation des soins psychiatriques / p. 428

12 : p. 15 / Le livre blanc des partenaires de Santé Mentale France / *Pour une association d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité* / Intervention du Dr Alain Pidolle, Président de la conférence nationale des CME des CHS à Paris le 21 mai 2001

13 O.M.S. / Rapport sur la santé dans le monde 2001 / p. 10

14 Sussman S., Fact and fiction in the concept of community care : a historical conundrum, *Mentalities*/, Volume 16, N°1-2, 2001, Hamilton, New Zealand, pp. 22-28

15 Quotidien du Médecin du 2 avril 2002 / n°7098 / « Affaire Durn : et revoilà les psychiatres en procès / p.13

16 Quotidien du Médecin du 3 avril 2002 / n°7099 / p.27