

# De la Psychiatrie vers la Santé Mentale



*Rapport de Mission – Juillet 2001*

Dr Eric PIEL

Dr Jean-Luc ROELANDT

---

*“ Une utopie c’est un projet qui n’a pas encore été réalisé ”*

**Théodore Monod**

*“ A Paris on construit des maisons de fous pour faire croire à ceux qui n’y sont pas enfermés qu’ils ont encore la raison ”*

**Montaigne**

# Table des matières

## Présentation de la mission

<b>La lettre de mission “ Réflexion et prospective en santé mentale ”</b>	<b>7</b>
<b>Les modalités de travail</b>	<b>7</b>
<b>Les principes généraux qui ont guidé notre réflexion</b>	<b>11</b>
<b>Les axes concrets de changement que nous proposons</b>	<b>11</b>

## La situation de la santé mentale en France

<b>Un principe de base : la sectorisation psychiatrique</b>	<b>12</b>
<b>L’augmentation des demandes adressées à la psychiatrie</b>	<b>13</b>
<b>Une offre de soins importante mais mal répartie</b>	<b>13</b>
<b>1. Les structures de soins</b>	<b>13</b>
1.1. Une prépondérance générale du secteur public	13
1.2. Des disparités départementales marquées dans l’offre de soins	15
<b>2 La démographie professionnelle</b>	<b>16</b>
2.1 Les psychiatres	16
2.2 Les infirmiers	18
2.3 Les psychologues	18
2.4 Capacités d’hospitalisation et densités en psychiatres	18
<b>L’offre de prise en charge médico-sociale</b>	<b>19</b>
<b>1 Etat des lieux</b>	<b>19</b>
<b>2 Programmes et perspectives</b>	<b>20</b>
2.1 Deux plans pluriannuels pour les personnes handicapées	20
2.2 Création de lieux ressource (guichet unique)	20
2.3 Plan d’amélioration des COTOREP	21
2.4 Plan Handiscol	21
2.5 Convention AGEFIPH	21
2.6 Le projet de réforme de la loi 1975	22
<b>3 La question du handicap psychique</b>	<b>22</b>
<b>Des droits spécifiques pour les personnes atteintes de troubles mentaux</b>	<b>24</b>
<b>1. La loi du 27 juin 1990</b>	<b>24</b>
<b>2 Les limites de la Loi</b>	<b>24</b>

## La situation de la santé mentale en France

<b>Le constat</b>	<b>25</b>
<b>1. Les usagers réclament le respect de leurs droits</b>	<b>25</b>
<b>2. Les familles et les proches appellent à un nouveau partenariat global</b>	<b>27</b>

<b>3 L'image de la psychiatrie porte le poids de la stigmatisation et de l'exclusion des personnes souffrant de troubles mentaux</b>	<b>29</b>
<b>Les propositions</b>	<b>30</b>
Assurer la représentativité réelle des usagers, à tous les niveaux du système de soins	30
Promouvoir les droits des usagers en santé mentale	30
Lutter contre la stigmatisation et l'exclusion des personnes souffrant de troubles mentaux	31

## Les administrations

<b>Le constat</b>	<b>32</b>
<b>1. La planification est complexe, les outils d'aide à la décision sont inadaptés</b>	<b>32</b>
1.1 Une planification complexe	32
1.2 Des outils de planification inadaptés	33
<b>2. La politique de sectorisation psychiatrique n'a pas été menée à son terme</b>	<b>33</b>
<b>3. Le système de soins psychiatriques fonctionne à plusieurs vitesses</b>	<b>35</b>
3.1 Une offre libérale pour les classes moyennes et aisées	35
3.2 Une offre publique plus orientée les catégories moins aisées, les pauvres et les démunis	36
3.3 Une prise en charge sociale des souffrances psychiques des « exclus »	36
<b>4. Des erreurs politiques dans la gestion de la sectorisation psychiatrique</b>	<b>37</b>
<b>5. Une loi d'obligation de soins obsolète</b>	<b>38</b>
<b>6. Une opposition entre logique de soins et logique pénale.</b>	<b>39</b>
6.1 Les limites de l'organisation actuelle	40
6.2. Les soins psychiatriques pour les détenus en prison	40
6.3. Les soins psychiatriques pour détenus dans les Unités pour Malades Difficiles	41
6.4. Les soins psychiatriques pour les détenus dans les services d'hospitalisation de secteur	41
6.5. La question de l'irresponsabilité pénale	41
<b>Les propositions</b>	<b>43</b>
<b>Mettre en cohérence les différents niveaux de planification</b>	<b>43</b>
<b>Définir des outils d'aide à la décision adaptés</b>	<b>43</b>
<b>Mener la politique de sectorisation à son terme : passer de la psychiatrie à la santé mentale</b>	<b>45</b>
1. Maintenir le principe de la sectorisation psychiatrique et le mener à son terme sur tout le territoire national	45
2. Créer, par bassin de santé ou territoire pertinent, un service territorial de psychiatrie (STP) articulé à un réseau territorial de santé mentale (RTSM).	46
Le Service Territorial de psychiatrie (STP)	46
Le Réseau Territorial de Santé Mentale (RTSM)	51
<b>Accompagner la mutation par des mesures adaptées</b>	<b>55</b>
1. Répartir les personnels entre l'hospitalisation temps plein d'une part, les soins ambulatoires et d'insertion d'autre part, selon une proportion de 40/60.	55
2. Prévoir un moratoire sur les projets d'investissements lourds sur les sites des anciens CHS	55
3. Implanter toutes les structures de soins gérées par le STP, dans la zone géographique desservie par chaque secteur	55
4. Prévoir impérativement un moratoire sur les projets de remplacement des services de psychiatrie par des structures médico-sociales et sociales sur site.	55
5. Prévoir, après une période de transition, l'arrêt des admissions dans les sites des hôpitaux spécialisés	56
<b>Réformer les modalités de l'obligation de soins psychiatriques</b>	<b>56</b>
1. Instaurer une loi déspécifiée pour l'obligation de soins psychiatriques	56
2. Mettre en place une nouvelle organisation de l'obligation de soin	57

<b>Proposer une organisation des soins aux personnes sous main de justice qui articule logique de soins et logique pénale</b>	<b>61</b>
1. Réorganiser les soins ambulatoires dans les établissements pénitentiaires.	61
2. Réformer les modalités d'organisation de l'hospitalisation des personnes placées sous main de justice nécessitant des soins psychiatriques : les UHSI-Psy.	61
3. Favoriser la réinsertion des personnes détenues nécessitant des soins spécialisés de longue durée	63
4. Elaborer les soins dans les établissements pénitentiaires et dans les UHSI-Psy de manière intersectorielle, par bassin de santé.	63
5. Régler le problème de l'expertise psychiatrique pour les personnes détenues	64

## Les professionnels

### **Le constat** **65**

<b>1. Des formations inadaptées aux évolutions sociales et aux pratiques</b>	<b>65</b>
1.1 Les psychiatres	66
1.2 Les psychologues cliniciens	67
1.3 Les infirmiers	67
1.4 Les travailleurs sociaux	67
1.5 Les médecins généralistes.	68
1.6 Les personnels de direction	68
<b>2. Une pratique de recherche inféodée et non coordonnée</b>	<b>68</b>
<b>3. Une multitude de statuts pour les praticiens hospitaliers</b>	<b>69</b>
<b>4. Une répartition professionnelle inadaptée aux besoins des populations</b>	<b>69</b>
4.1 Les psychiatres	69
4.2. Les infirmiers	70

### **Les propositions** **71**

<b>1. Adapter les formations professionnelles aux évolutions sociales et aux pratiques de terrain</b>	<b>71</b>
1.1 Les psychiatres.	71
1.2. Les psychologues cliniciens	71
1.3. Les infirmiers	72
1.4 les travailleurs sociaux	72
1.5 Les ergothérapeutes. Les psychomotriciens.	73
1.6 Les professionnels issus d'autres formations en sciences humaines.	73
1.7 Les secrétaires médicales.	73
1.8 Les médecins généralistes	73
1.9 Les personnels de direction	74
1.10 Les familles d'accueil	74
1.11 Pour tous	74
<b>2. Structurer la recherche en santé mentale au niveau régional</b>	<b>75</b>
2.1. La recherche clinique	75
2.2 La recherche pharmacologique	76
<b>3. Un statut unique pour les praticiens hospitaliers</b>	<b>76</b>
<b>4. Une meilleure répartition des professionnels sur le territoire national</b>	<b>77</b>
4.1 La gestion des carrières des psychiatres publics.	77
4.2 Les infirmiers, les psychologues et les travailleurs sociaux	78
4.3 Les personnels administratifs	78
4.4 Conséquences sur la répartition public / privé	78

## Les acteurs sociaux

### **Le constat** **80**

1. La dispersion des structures et des organisations sociales _____	80
<b>Les propositions</b> _____	<b>84</b>
Apprendre à travailler en réseau entre professionnels des différents champs _____	84
Rapprocher les cultures professionnelles _____	84
Quelques réflexions très provisoires _____	85

## Conclusion : Les Politiques

Une loi cadre _____	93
---------------------	----

# Présentation de la mission

## La lettre de mission “ Réflexion et prospective en santé mentale ”

En juillet 2000, une mission “ *de réflexion et de prospective dans le domaine de la santé mentale* ” nous a été confiée par la Ministre de l’Emploi et de la Solidarité (Mme Martine Aubry puis Mme Elisabeth Guigou) et la Secrétaire d’Etat à la Santé et aux Handicapés (Mme Dominique Gillot). Cette mission s’est trouvée confirmée par le Ministre Délégué à la Santé (M. le Docteur Bernard Kouchner) en mars 2001. Le lettre de mission nous demande :

“ *en vous appuyant notamment sur les travaux de la Mission Nationale d’Appui en Santé Mentale (MNASM) et en recensant les expériences menées en France comme à l’étranger, de formuler des propositions permettant de :*

- *redéfinir une politique de sectorisation psychiatrique fondée sur un fonctionnement en réseau et intégrée dans le tissu sanitaire, médico-social et social ;*
- *proposer les étapes d’un déploiement de la psychiatrie telle qu’elle est organisée aujourd’hui vers le champ plus global de la santé mentale ;*
- *proposer des modalités d’intégration de la santé mentale dans des soins de santé primaires ;*
- *proposer, sur la base du constat fait par Pierre Pradier dans son rapport relatif à l’organisation des soins en milieu carcéral, les voies d’améliorations du dispositif de prise en charge en santé mentale pour la population placée sous main de justice ”.*

## Les modalités de travail

De septembre 2000 à juin 2001, nous avons travaillé selon trois modalités :

### 1- DES RENCONTRES ET DES VISITES EN FRANCE ET A L’ETRANGER

Nous avons rencontré des acteurs de terrain des régions Aquitaine, Bretagne, Guadeloupe, Ile de France, Nord-Pas de Calais, Provence Alpes Côte d’Azur, Réunion ... ainsi qu’à l’étranger : en Allemagne, en Angleterre, en Italie, au Québec, au Portugal et en Suède (cf. liste complète en Annexe).

### 2- DES REUNIONS DE TRAVAIL

Nous avons rencontré régulièrement **les différentes directions du Ministère de la Santé** : Direction Générale de l’Action Sociale (DGAS), Direction générale de la Santé (DGS), Direction de l’Hospitalisation et de l’Organisation des Soins (DHOS), Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques (DREES), Direction de la Sécurité Sociale (DSS), ainsi que la **Mission Nationale d’Appui en Santé Mentale (MNASM) et le Ministère de la Justice** (principalement l’Administration Pénitentiaire).

Nous avons aussi réuni **bi-mensuellement un groupe de travail** comprenant des professionnels issus des services cités ci-dessus, auxquels s’est associé M. le Directeur de l’ARH de Franche Comté.

**En Janvier 2001** ce groupe de travail a reçu pendant une journée, en présence de Madame Dominique Gillot, Secrétaire d’Etat à la Santé et aux Handicapés, Mme Selgreen (Présidente de la Fédération Suédoise d’Usagers de la Santé Mentale, regroupant 15 000 membres), Mme Breton (chargée de la santé mentale au Ministère de la Santé du Québec), Mr Mihony (du Ministère de la santé anglais), Mr. Le Dr Rotelli (chargé de la santé pour la région de Naples, après en avoir été

chargé pendant 20 ans pour la région de Trieste) et Mr le Docteur Saraceno (responsable de la division santé mentale et lutte contre les toxicomanies, à l'OMS-Génève).

Chaque participant étranger a exposé les problèmes posés par le passage d'un système de soins psychiatrique à un système de santé mentale dans son propre pays, et en particulier les facteurs favorisant et les freins rencontrés lors de ce changement d'organisation. Nous avons ensuite présenté le rapport d'étape français qui a été commenté par les participants étrangers.

### 3- DES RENCONTRES

Nous avons, au fil de notre mission, rencontré :

- **des professionnels des champs sanitaires et sociaux,**
- **des représentants nationaux de groupes professionnels constitués :** Conférence des présidents de Commission Médicale d'Établissement de Centre Hospitalier, Conférence des présidents de Commission Médicale d'Établissement de Centre Hospitalier Spécialisé, Association des Directeurs gérant des établissements de santé mentale, Association des Maires de France, la Fehap, etc. (cf. Liste en Annexe)
- **des représentants de syndicats professionnels :** Confédération Générale des Travailleurs (CGT), CFDT, Syndicat National des Cadres Hospitaliers (SNCH), Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (SPEP), Syndicat des Psychiatres Hospitaliers (SPH), Union Syndicale de la Psychiatrie (USP) etc. (cf. Liste en Annexe)
- **des représentants d'associations d'usagers et de familles :** Fédération Nationale des Patients et ex-patients Psychiatrique (FANP-Psy), Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux (UNAFAM).
- **la défenseure des enfants,**
- les groupes de travail constitués en application du protocole d'accord de mars 2000.
- **les Directeurs des Agences Régionales de l'Hospitalisation,**
- **les Directeurs Régionaux et Départementaux de l'Action Sanitaire et Sociale**

Plus d'une vingtaine de personnes qualifiées ont été appelées à faire des remarques et des propositions tout au long de notre travail (cf. Liste en Annexe)

Le discours favorable à nos orientations, prononcé par Mr le Ministre délégué à la Santé le 5 avril 2001, lors de la journée mondiale pour la santé mentale organisée par l'OMS, a permis d'intensifier le débat chez les professionnels de la psychiatrie mais aussi chez ceux des champs médico-sociaux et sociaux, et de susciter des commentaires spontanés dont nous avons tenu compte, dans toute la mesure du possible.

*Nous tenons à remercier toutes les personnes rencontrées en France comme à l'étranger, pour la richesse des échanges et des débats qui nous ont permis de faire de ce rapport, nous l'espérons, un document complet et stimulant.*

Le travail que nous sommes en mesure de présenter ici est le fruit de toutes ces rencontres et réflexions croisées. C'est l'aboutissement du premier rapport d'étape que nous avons eu l'honneur de présenter successivement à nos ministres de référence : Madame Dominique Gillot puis Monsieur le Docteur Bernard Kouchner.

# Introduction

**Dans le monde, 400 millions de personnes sont concernées par un trouble mental.**

**Cette année un français sur 4 souffrira d'un trouble mental.**

Mais peu des personnes souffrant de ces troubles en parleront publiquement. La santé mentale, c'est intime, secret, caché. Cela devient public quand l'expression du trouble et de l'angoisse deviennent trop intenses, quand cela "perturbe" la famille, le milieu du travail ou la société.

Au début du troisième millénaire, l'image du "malade mental" dans le grand public reste encore archaïque : "c'est une personne malade, imprévisible, dangereuse, qui peut commettre des actes illégaux, qu'il faut enfermer à l'hôpital psychiatrique pour la soigner par des médicaments"<sup>1</sup>. Le trouble mental est encore, synonyme d'exclusion sociale, et la honte associée redouble l'exclusion. La discrimination, l'ostracisme et la stigmatisation vis à vis des personnes souffrant de maladies mentales sont encore tellement forts dans notre pays, qu'il est très difficile pour le citoyen d'afficher et de vivre avec sa maladie, son trouble, son symptôme. Car l'afficher, en parler, c'est s'exposer, c'est impliquer tout l'entourage et augmenter la souffrance des familles.

Et pourtant c'est 25% de ce même grand public qui présentera un trouble cette année.

Cependant nous assistons, depuis quelques années, à la fêlure du tabou. Quelques usagers, quelques familles témoignent, les associations d'usagers de la psychiatrie ou de familles de malades mentaux commencent à être connues et reconnues, suivant en cela le mouvement de fond général initié avec les associations de malades du SIDA au début des années 80. Ce qui était invisible auparavant, car caché à l'hôpital psychiatrique, dans les cabinets des psychanalystes ou dans le secret des familles, devient un véritable phénomène de société dont on commence à mesurer l'ampleur.

**Aujourd'hui l'Organisation Mondiale de la Santé fait de la santé mentale une priorité mondiale.** La Journée mondiale de la santé a été cette année consacrée à la santé mentale, sur le thème : "Non à l'exclusion, Oui aux soins".

*Tout changement profond en santé mentale passe par un changement d'attitude de la société vis à vis de ces citoyens.*

Pendant deux siècles, les médecins des âmes se sont enfermés avec leurs "fous" dans les asiles d'aliénés. Pour les protéger bien sûr et pour "protéger" la société aussi. Mais l'enfer était pavé, ici comme ailleurs, des meilleures intentions. Il s'agit maintenant de rendre possible le dernier acte de la fin de cet exil des "fous" et de l'enfermement, de permettre l'aboutissement de la politique de sectorisation et son ouverture à la population, à la société.

---

<sup>1</sup> Cf. Les résultats de l'enquête : "La santé mentale en population générale : images et réalités" ASEP-CCOMS-EPSM-Lille Métropole-Ministère de la Santé-Ministère des Affaires étrangères – Juin 2001

**Il s'agit, aujourd'hui, de mettre la psychiatrie dans la ville, dans la communauté et la ville et la communauté dans la psychiatrie**, de réimplanter fortement le dispositif de santé mentale dans la cité, de redynamiser les pratiques de soin dans la proximité et le partenariat avec les acteurs sociaux et les élus locaux.

**Il s'agit de développer la prévention en intégrant les soins psychiatriques dans les soins de santé primaire ainsi que dans le champ bien plus vaste de la santé.**

**Il s'agit de s'appuyer sur les valeurs fortes de la politique de sectorisation** : soins de proximité et garanties de continuité, non-stigmatisation et reconnaissance de la citoyenneté des patients.

**Il s'agit de diversifier l'offre de soin et non pas de la faire disparaître dans une sorte de " traitement " social de la folie.**

**Il s'agit, pour les usagers et les professionnels de disposer d'une palette variée, graduée, individualisable de réponses soignantes.** A chacun d'en faire l'usage qu'il pensera le meilleur. Loin de nous l'idée de proposer un carcan. Nous affirmons au contraire que la psychiatrie " curative " n'est pas en contradiction avec l'ouverture et l'intégration sociale.

Là, en France ou ailleurs, où la psychiatrie s'est ouverte franchement au système de soins primaires et aux professionnels du champ social, là où elle s'est alliée aux élus locaux, aux usagers et aux familles, là où la logique d'ouverture a été appliquée, l'expérience est positive.

Alors pourquoi encore tous ces hôpitaux psychiatriques en France ? Pourquoi le secteur psychiatrique s'est-il souvent développé en réseau fermé ? Pourquoi tant de difficultés pour appliquer la politique de sectorisation ? Pourquoi les évolutions inscrites dans cette " bonne " politique sont-elles trop souvent dépendantes de l'engagement d'une ou deux personnes motivées ? Quelles sont les évolutions à apporter au dispositif pour l'intégrer franchement dans le système sanitaire général, pour affirmer le soin et développer la prévention et la promotion de la santé mentale ? Comment rendre ce dispositif, dans son essence, apte à lutter contre l'exclusion des soins liée à la stigmatisation des personnes ?

*L'objectif est de réaliser une intégration sans fusion et sans hégémonie, sans confusion et sans dogme. En restant attaché au formidable outil conceptuel et pratique qu'est le secteur psychiatrique, en nous appuyant sur les dynamiques mises en place par de nombreuses équipes en France, en nous aidant des réflexions et des mises en actes de nos voisins étrangers, nous proposons, dans ce rapport, d'apporter des réponses " prospectives ", c'est à dire à échéance de 10 à 15 ans maximum, à ces questions cruciales pour l'avenir du dispositif de soin en santé mentale dans notre pays.*

## Les principes généraux qui ont guidé notre réflexion

- Les **droits de l'homme et du citoyen** sont inaliénables, les troubles psychiques ne les annulent en aucun cas.
- Justice et psychiatrie, prison et hôpital, enfermement et soins ne doivent pas être confondus.
- **Il est urgent d'intégrer la psychiatrie dans la médecine et la santé mentale dans la cité**
- **Il faut aller au terme de la politique de sectorisation**, pensée en 1945, et fermer les lieux d'exclusion médicaux et sociaux.
- **C'est la société et donc les services de santé mentale, qui doivent s'adapter** aux besoins des patients et non le contraire. Il faut passer d'une logique d'institution à une logique de santé, c'est-à-dire à une logique de réseau. Il s'agit de gérer des parcours plus que des incidents ponctuels.
- **La lutte contre la stigmatisation** dont sont victimes les personnes souffrant de troubles mentaux est indispensable. La population doit être sensibilisée, afin de modifier les préjugés de dangerosité, d'incompréhension et d'incurabilité des troubles mentaux.

## Les axes concrets de changement que nous proposons

- **Favoriser la parole et le pouvoir des utilisateurs des services**, tout citoyen pouvant en être un usager direct ou indirect
- **Développer et implanter toutes les structures de psychiatrie dans la cité**, à proximité des usagers.
- **Créer**, par bassin de santé ou territoire pertinent, un **service territorial de psychiatrie (STP)** articulé à un **réseau territorial de santé mentale (RTSM)**.
- **Définir un plan décennal de fermeture des hôpitaux psychiatriques**, associé à un moratoire portant sur les gros investissements médicaux et sociaux sur site.
- **Mettre en place un plan national de redéfinition des moyens** humains et des compétences professionnelles pour les STP et RTSM.

# La situation de la santé mentale en France

## Un principe de base : la sectorisation psychiatrique

Au congrès de Tours de la Commission des Maladies Mentales, en 1959, la note de synthèse, rédigée par Lucien Bonnafé, énonçait qu'il " convient de mettre en place une structure fondée sur le territoire au sein duquel les divers moyens concourent à la protection de la santé mentale pour desservir un secteur maximum de 100 000 habitants ". Cette note formalisait la nouvelle " doctrine fondée sur la diversité et la continuité des soins, l'extension dans la société du champ de la psychiatrie " <sup>2</sup> qui avait pris corps dans les années de guerre.

L'organisation du dispositif psychiatrique public et associatif participant au service public repose sur la sectorisation psychiatrique. Elle regroupe l'essentiel du dispositif public, à l'exception de quelques services de psychiatrie implantés en Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Fondée sur les notions d'accessibilité et de continuité de soins, la sectorisation vise à promouvoir une évolution du dispositif de soins sortant d'une logique institutionnelle au profit de prises en charge diversifiées et de proximité, adaptées aux besoins des patients. Les secteurs psychiatriques ont développé une gamme de modalités d'interventions et de soins destinés à répondre aux besoins de santé mentale des personnes adultes, enfants et adolescents, dans un territoire géographique donné. Cette sectorisation a été enviée et reprise parfois. La désinstitutionnalisation "à l'américaine" n'a pas eu lieu. Les structures alternatives se sont développées. Les services sont passés de 150/200 lits à 50 en moyenne; L'évolution vers la communauté devient possible aujourd'hui.

Ainsi, plus d'un million d'adultes ont été suivis par les secteurs de psychiatrie générale en 1999<sup>3</sup> et les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont, de leur côté, suivi 415 770 enfants.

À côté de l'hospitalisation classique à plein temps et de l'hospitalisation de jour, un ensemble d'autres modes de prise en charge est offert, en ambulatoire (consultations, visites à domiciles) ou par des soins de prise en charge spécifiques à temps partiel (centre d'accueil thérapeutique) ou à temps complet (accueil familial, appartement thérapeutique).

**La grande majorité des personnes suivies par les secteurs l'est en ambulatoire : 86 % des adultes et 97 % des enfants ou adolescents en 1999.**

**Au sein des différentes structures de prise en charge, le suivi en centre médico-psychologique (CMP) est le plus usuel, 73 % des adultes et 92 % des enfants suivis en ambulatoire.**

D'après une enquête de morbidité dans les secteurs de psychiatrie réalisée en 1998, **les hommes sont relativement plus nombreux à être suivis dans les structures à temps complet : 55 % au lieu de 47 %** parmi l'ensemble des personnes suivies. Ils le sont pour des affections comme la schizophrénie (61 % d'hommes) ou liées à la consommation d'alcool (71 % d'hommes). **Les femmes sont relativement plus nombreuses dans les structures ambulatoires (57 % de femmes) pour des pathologies comme la dépression (68 % de femmes) ou l'anxiété (70 %).**

---

<sup>2</sup> Mignot

<sup>3</sup> DREES " L'offre de soins en psychiatrie : des "modèles" différents selon les départements ", Études et Résultats n° 48, janvier 2000.

## L'augmentation des demandes adressées à la psychiatrie

La multiplication des troubles pour lesquels sont désormais interpellées les équipes de psychiatrie, et le nombre des personnes concernées, une sur trois sur la vie entière, en regard d'une organisation institutionnelle qui date des années 1970 et qui n'est plus totalement adaptée aux besoins des patients imposent de refonder la politique de santé mentale et d'en faire une priorité de santé publique.

En effet, si la prévalence des maladies mentales reste stable dans la population (1% de schizophrénies, 15% de dépressions selon les dernières données du CREDES<sup>4</sup>), on observe cependant que le nombre des personnes qui consultent des psychiatres est en constante augmentation, avec par exemple 6 fois plus de dépressions déclarées en 30 ans, que le taux de suicides n'a pas diminué jusqu'en 1998, que les troubles de la personnalité les plus graves nécessitent d'être pris en charge.

Le nombre de personnes suivies a donc considérablement évolué, que ce soit dans le dispositif public ou privé (17% d'augmentation chez les libéraux depuis 1992 et 46% dans le secteur public<sup>5</sup>). D'autre part, un quart des patients qui consultent en médecine générale présentent des troubles mentaux<sup>6</sup>. Les affections psychiatriques étaient en 1998 au premier rang des causes médicales à l'origine d'une attribution de pension d'invalidité, avant l'arthrose et les tumeurs malignes<sup>7</sup>. Ces affections concernaient 13.591 personnes, soit 26,7% de l'effectif. Parmi elles, près de 11% de l'effectif total souffraient d'état dépressif ou de troubles névrotiques, et 6% de psychoses.

Aussi, s'il reste difficile de mesurer les besoins en santé mentale, et si cela doit constituer un axe à développer, un certain nombre d'éléments concordent pour affirmer la place tenue par les problèmes de santé mentale dans notre pays.

## Une offre de soins importante mais mal répartie

### 1. Les structures de soins

Globalement, l'offre de soins psychiatriques est prépondérante dans le secteur public et faisant fonction de public<sup>8</sup>, mais inégalement répartie selon les départements. La transition d'une offre de soins, où l'hospitalisation complète était le mode de prise en charge principal, vers davantage de soins ambulatoires (sans hébergement) – c'est-à-dire d'un modèle traditionnel vers un dispositif de soins de proximité, fondement de la politique de sectorisation élaborée dans les années 1960 – n'apparaît pas achevée dans tous les départements

#### 1.1. Une prépondérance générale du secteur public

*Plus de 80 % des lits et places en psychiatrie dans les établissements de santé publics*

---

<sup>4</sup> CREDES “ Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997 ” Bulletin d'information en économie de la santé, n°21, septembre 1999

<sup>5</sup> DREES, ibid cit

<sup>6</sup> Données OMS – “ Mental Health in General Health Care : an international study ” Wiley Ed. 1995

<sup>7</sup> Etude du département statistique de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie CNAM – Juin 2001

<sup>8</sup> centre hospitalier spécialisé en psychiatrie et services de psychiatrie des hôpitaux généraux) et Hôpitaux psychiatriques privés (HPP) qui sont des établissements de santé de lutte contre les maladies mentales privés participant au service public et habilités à accueillir des patients en hospitalisation sous contrainte.

En psychiatrie, le secteur public occupe une place prépondérante : il détient plus de 70 % des lits et places dans 81 départements dont 23 disposent d'une offre exclusivement publique.

En 1997, sur un total de 71 280 lits d'hospitalisation complète, 80 % se trouvent dans les établissements de santé publics : 50 % dans les centres hospitaliers publics spécialisés en psychiatrie, 12 % dans les hôpitaux psychiatriques privés (HPP) et 19 % dans les services de psychiatrie des établissements de santé publics non spécialisés en psychiatrie.

De la même manière, mais plus nettement encore que pour les lits d'hospitalisation complète, les places d'hospitalisation partielle sont concentrées dans le secteur public. C'est le cas de 89 % des 27 050 places offertes en hôpitaux de jour et de nuit. Les CHS en rassemblent 54 %, les HPP 9 %, et les services de psychiatrie des hôpitaux généraux près de 26 %.

#### ■ Des capacités d'hospitalisation réduites en psychiatrie infanto-juvénile

La répartition des capacités en lits et places est inégale entre la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile, qui s'adresse aux moins de seize ans. Alors que 67 % des places d'hospitalisation partielle et plus de 95 % des lits d'hospitalisation complète sont réservés à la psychiatrie générale, seules un tiers des places d'hospitalisation partielle et 5 % des capacités d'hospitalisation complète vont à la psychiatrie infanto-juvénile. Ces faibles capacités sont d'autant plus marquées que les enfants et adolescents suivis en psychiatrie infanto-juvénile représentent plus de 26 % de l'ensemble des patients suivis par les secteurs. La part du secteur privé est plus importante en hospitalisation partielle pour la psychiatrie infanto-juvénile.

Ces différences résultent à la fois d'un nombre de lits d'hospitalisation complète historiquement plus faible en psychiatrie infanto-juvénile et du développement de modalités privilégiant des prises en charge des enfants et des adolescents dans les structures de proximité : en ambulatoire (consultations, visites à domicile) ou à temps partiel (Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel).

En ce qui concerne spécifiquement les établissements de santé, publics ou privés, **la psychiatrie représente 21% du total des lits, et uniquement 5% des entrées totales, mais 80% des places d'hospitalisation partielle et 73% des admissions en hospitalisation partielle.** Elle emploie une part relativement plus importante de personnel non médical puisqu'elle mobilise 33% des effectifs des infirmiers affectés aux soins de courte durée. Les psychiatres représentent, quant à eux, 13% de l'ensemble des médecins spécialistes à l'hôpital et en ville.

#### Nombre de lits en hospitalisation complète en psychiatrie en 1997

<i>PUBLIC</i>	Psychiatrie	Répartition en %	Psychiatrie	
			Générale (adultes)	Infanto-juvénile
CHS	35 727	50.1	34 479	1 248
CHG	13 284	18.6	12 624	660
HPP	8 378	11.8	8 191	187
<i>Part du public sur l'ensemble en %</i>		<i>80.5</i>		
<i>PRIVE</i>				
Cliniques + foyers de post-cure	13 184	18.5	12 904	280
SP privés	707	1.0	609	98
<i>Part du privé sur l'ensemble en %</i>		<i>19.5</i>		
<b>Total Public + Privé</b>	<b>71 280</b>	<b>100.0</b>	<b>68 807</b>	<b>2 473</b>

Champ : France entière - Source : DREES, SAE 97

*Forte évolution des capacités d'hospitalisation dans le public, stabilité dans le privé*

Entre 1990 et 1997, dans le secteur public, l'évolution des pratiques de prise en charge s'est traduite à la fois par une augmentation du nombre de places d'hospitalisation partielle (+25 %) et par une forte baisse du nombre de lits d'hospitalisation complète (-32 %). La hausse des capacités d'hospitalisation partielle (+ 4.861) n'a toutefois pas compensé la diminution des lits d'hospitalisation complète (- 26.711), d'où un recul de la capacité totale en lits et places de 21 % sur sept ans. Ceci s'accompagne d'un très fort accroissement de l'activité des secteurs psychiatriques, avec une augmentation de 46 % des patients suivis en psychiatrie générale entre 1989 et 1997 et de 48 % des enfants et adolescents suivis en psychiatrie infanto-juvénile entre 1991 et 1997.

Globalement, de 1990 à 1997, la part de la capacité totale en lits et places du secteur public a donc légèrement diminué, passant de 86 % à 83 %. En revanche, dans le secteur privé, la capacité en lits comme en places a peu varié.

## 1.2. Des disparités départementales marquées dans l'offre de soins

*Les écarts de capacité en lits et places varient de 1 à 9 selon les départements*

**La moyenne nationale des capacités d'accueil pour 100 000 habitants en psychiatrie est de 165 lits et places cumulés.** Cette capacité est extrêmement variable d'un département à un autre, puisqu'elle s'échelonne d'un minimum de 69 dans les Hauts-de-Seine et de 78 dans le Loiret à 481 dans la Haute-Saône et même 702 en Lozère.

*Les départements les mieux équipés, en matière d'hospitalisation complète et partielle, ne sont pas les mêmes*

**En psychiatrie générale, la moyenne nationale en hospitalisation complète est de 155 lits pour 100 000 habitants de 20 ans et plus.** Ce chiffre masque une forte variabilité puisqu'on observe un écart de 1 à 10 entre les extrêmes : 5 départements disposent de moins de 100 lits pour 100 000 habitants de 20 ans et plus alors qu'à l'autre extrême, 11 départements ont une capacité supérieure à 250 lits pour 100 000 adultes.

**En hospitalisation partielle, la moyenne nationale est de 42 places pour 100 000 habitants de 20 ans et plus.** On constate là encore le même écart de 1 à 10 entre les valeurs extrêmes, allant de 9 places pour 100 000 habitants dans la Marne à 123 pour 100 000 habitants dans la Haute-Vienne. Un peu plus d'un quart des départements ont moins de 30 places pour 100 000 habitants de 20 ans et plus.

Cette variabilité comparable n'implique pas qu'il y ait cumul ou substitution systématiques entre les types d'offres de soins : les départements les mieux dotés en lits d'hospitalisation complète ne sont pas forcément les plus, ni d'ailleurs les moins, dotés en places d'hospitalisation partielle.

*Le double mouvement de réduction globale des capacités d'accueil en hospitalisation complète et d'accroissement des places en hospitalisation partielle, observable au plan national, ne semble donc pas s'être produit de façon uniforme au niveau départemental.*

*Des disparités encore plus fortes pour la psychiatrie infanto-juvénile*

En psychiatrie infanto-juvénile, la situation apparaît encore plus hétérogène puisque 17 départements n'offrent aucun lit d'hospitalisation complète. Même si ces départements ont plus ou

moins développé des modalités de prise en charge alternatives, cette absence totale de capacités peut poser problème pour répondre aux besoins de certains patients. De plus, les écarts en matière d'hospitalisation partielle sont de l'ordre de 1 à 20 (de 8 places pour 100 000 habitants de moins de 20 ans dans l'Ain à 187 en Lozère).

## 2 La démographie professionnelle

### 2.1 Les psychiatres

La France présente un des taux de psychiatres les plus élevés au monde, de 23 pour 100 000 habitants (Après la Suisse et les Etats-Unis). Il y a ainsi aujourd'hui en France plus de 12 000 psychiatres, ce qui est 4 fois plus qu'il y a 30 ans. Plus de la moitié (54 %) exercent dans le secteur libéral et 46 % sont salariés. Parmi les libéraux, 30 % exercent une activité hospitalière contre 88 % parmi les salariés. Là aussi de forts écarts entre départements existent, selon une échelle qui varie de 1 à 4 hors Paris<sup>9</sup>. **Paris apparaissant à cet égard comme un des extrêmes puisque la densité y est de 80 psychiatres pour 100 000 habitants, soit 4 fois plus que la moyenne nationale !.** Malgré cela, **plus de 10% des postes du secteur public ne sont pas pourvus en France.**

L'évolution de la démographie médicale laisse prévoir une diminution de 13254 à 7856 du nombre des psychiatres d'ici à 2020.

#### **Evolution des effectifs de psychiatres et neuro-psychiatres libéraux**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	TCAM* 93-98	Evol 97-98
<b>Total</b>	<b>6384</b>	<b>6478</b>	<b>6587</b>	<b>6613</b>	<b>6602</b>	<b>6579</b>	<b>+0.6%</b>	<b>-0.3%</b>
Secteur1	4677							
Secteur 2	1399	4770	4877	4909	4904	4905	+1.0%	+0.0%
DP	286	1427	1448	1471	1487	1485	+1.2%	-0.1%
		263	244	218	192	171	-9.8%	-10.9%
Libéraux exclusifs	3088							
Libéraux + salariés	1789	3146	3185	3206	3203	3175	+0.6%	-0.9%
Libéraux+sa. Hopital	1255	1796	1813	1805	1783	1790	+0.0%	+0.4%
HTP**	252	1276	1313	1325	1344	1345	+1.4%	+0.1%
		260	276	277	272	269	+1.3%	-1.1%

\*Taux de croissance annuel moyen

\*\*Hospitaliers à temps plein

#### **Evolution de l'activité des psychiatres et neuro-psychiatres libéraux**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	TCAM* 93-98	Evol 97-98
Total Psychiatres								
C+CNP(en milliers d'actes)	13 838	14 053	14 540	15 222	15 727	16 356	+3.4%	<b>+4.0%</b>
V(en milliers d'actes)	79	74	69	61	52	50	-8.7%	<b>-3.6%</b>
K+KE+KC (en mill.actes)	989	974	940	880	392	140	-32.4%	<b>-64.3%</b>

Il y a une quasi stagnation du nombre de psychiatres libéraux entre 1993 et 1998. Par contre, le nombre d'acte a augmenté de 3,4 % en moyenne par an, soit 20 % en 5 ans.

<sup>9</sup> DREES " L'offre de soins en psychiatrie : des "modèles" différents selon les départements ", Études et Résultats n° 48, janvier 2000.

Départements	Réel	Nombre de psychiatres Estimé par le modèle et projeté pour 8 000 psychiatres		Départements	Réel	Nombre de psychiatres Estimé par le modèle et projeté pour 8 000 psychiatres	
1 AIN	66	111	78	50 MANCHE	58	82	58
2 AISNE	50	88	62	51 MARNE	92	109	77
3 ALLIER	49	56	39	52 HAUTE-MARNE	25	35	25
4 ALPES DE HAUTE P.	25	26	19	53 MAYENNE	27	57	41
5 HAUTES ALPES	26	22	16	54 MEURTHE-ET-MOS	153	142	100
6 ALPES-MARITIMES	307	176	124	55 MEUSE	21	36	25
7 ARDECHE	51	51	36	56 MORBIHAN	124	123	87
8 ARDENNES	34	49	35	57 MOSELLE	138	204	144
9 ARIEGE	29	22	16	58 NIEVRE	27	36	26
10 ALBE	34	56	40	59 NORD	356	426	301
11 AUDE	50	52	37	60 OISE	97	151	107
12 AVEYRON	47	47	33	61 ORNE	34	52	36
13 BOUCHES-DU-RHONE	646	324	228	62 PAS-DE-CALAIS	136	235	166
14 CALVADOS	124	119	84	63 PUY-DE-DOME	123	111	78
15 CANTAL	17	28	20	64 PYRÉNÉES-ATLN	147	102	72
16 CHARENTE	48	59	42	65 HAUTES-PYRENEES	46	32	22
17 CHARENTE-MARITIME	91	109	77	66 PYRENEES-ORIENT	78	66	47
18 CHER	54	57	40	67 BAS-RHIN	234	215	152
19 CORREZE	32	40	28	68 HAUT-RHIN	118	142	100
20 CORSE-DU-SUD	25	17	12	69 RHONE	555	312	220
21 COTE D'OR	108	102	72	70 HAUTE-SAONE	31	44	31
22 COTES D'ARMOR	95	99	70	71 SAONE-ET-LOIRE	76	104	73
23 CREUSE	17	20	14	72 SARTHE	69	109	77
24 DORDOGNE	67	69	48	73 SAVOIE	68	74	52
25 DOUBS	93	101	71	74 HAUTE-SAVOIE	109	138	97
26 DROME	82	82	58	75 PARIS	1923	430	304
27 EURE	57	104	74	76 SEINE-MARITIME	221	231	163
28 EURE-ET-LOIRE	53	85	60	77 SEINE-ET-MARNE	179	260	183
29 FINISTERE	163	159	112	78 YVELINES	363	307	216
30 GARD	123	111	78	79 DEUX-SEVRES	50	67	48
31 HAUTE-GARONNE	314	198	139	80 SOMME	83	95	67
32 GERS	39	29	20	81 TARN	78	58	41
33 GIRONDE	448	227	160	82 TARN-ET-GARONNE	30	32	23
34 HERAULT	259	151	107	83 VAR	166	161	113
35 ILLE-ET-VILAINE	195	169	119	84 VAUCLUSE	136	94	67
36 INDRE	29	39	27	85 VENDEE	65	107	76
37 INDRE-ET-LOIRE	139	109	77	86 VIENNE	77	78	55
38 ISERE	268	222	156	87 HAUTE-VIENNE	83	56	40
39 JURA	35	49	34	88 VOSGES	40	71	50
40 LANDES	55	64	45	89 YONNE	55	57	40
41 LOIR-ET-CHER	42	65	46	90 TERRITOIRE DE BELFORT	19	27	19
42 LOIRE	129	128	91	91 ESSONNE	265	253	178
43 HAUTE-LOIRE	24	36	25	92 HAUTS-DE-SEINE	349	307	217
44 LOIRE-ATLANTIQUE	241	222	157	93 SEINE-ST-DENIS	264	270	190
45 LOIRET	95	129	91	94 VAL DE MARNE	398	253	178
46 LOT	26	28	20	95 VAL D'OISE	241	238	168
47 LOT-ET-GARONNE	59	52	37	96 GUADELOUPE	30	59	42
48 LOZERE	9	10	7	98 MARTINIQUE	29	50	35
49 MAINE-ET-LOIRE	130	145	102	99 CUYANE	8	28	20
				90 REUNION	59	77	54

Ce schéma montre (colonne de gauche) quelle pourrait être la répartition actuelle de l'offre de soin spécialisée si l'on tenait compte de critères sociaux (nombre de personnes recevant l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ou le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) par département) et, (colonne de droite) dans une évaluation à 15 ans, de l'offre avec 8800 psychiatres en tenant compte des mêmes paramètres. La situation deviendrait rapidement invivable si on garde les mêmes répartitions géographique et public/privé.

## 2.2 Les infirmiers

La répartition des infirmiers dans les établissements de santé publics et privés reflète étroitement celle des capacités d'hospitalisation : **58 000 infirmiers équivalents temps plein**<sup>10</sup> (ETP – y compris les personnels d'encadrements infirmiers), pour un peu plus de 71 000 lits.

En raison de leur diplôme et de leurs modalités d'exercice, il n'existe pas d'infirmiers de secteur psychiatrique en milieu libéral.

La part prépondérante du secteur public des capacités en lits et places (83 %) se retrouve accentuée au niveau des densités d'infirmiers exerçant dans ce secteur (94 %).

Dans les 15 départements où les capacités d'hospitalisation totales sont les plus élevées, la densité en infirmiers (personnel d'encadrements compris) est ainsi supérieure à 150 pour 100 000 habitants. Dans les 15 départements où les capacités sont les moins élevées, la densité en infirmiers est proche de 80 pour 100 000 habitants.

## 2.3 Les psychologues

Selon la dernière enquête emploi, les psychologues sont estimés à près de **36 000 personnes salariées ou libérales**. Les sources statistiques actuellement disponibles ne permettent pas de recenser en totalité le nombre de psychologues libéraux.

Selon la Statistique annuelle des établissements (SAE), on compte environ 4 000 psychologues ETP – soit seulement 1 pour 15 infirmiers – dans des services de psychiatrie des établissements de santé. Parmi eux, 80 % travaillent dans le secteur public.

## 2.4 Capacités d'hospitalisation et densités en psychiatres

Les dotations en capacités d'accueil (lits ou places) et la densité de psychiatres installés ne coïncident pas. Les différents départements semblent au contraire se développer suivant des dimensions différentes et sans doute traduire une inégale transition entre deux modèles d'offre de soins psychiatriques. Certains départements présentent une offre de soins en psychiatrie exclusivement publique. Son développement y apparaît globalement problématique, d'autant que les capacités manquantes ne paraissent pas pouvoir provenir de reconversions, et que l'offre privée y est également faible.

Dans d'autres départements l'offre de soins psychiatriques apparaît peu dynamique et les capacités importantes en lits d'hospitalisation complète semblent surtout procéder d'un effet de rémanence. L'adaptation du dispositif de soins semble être d'autant plus difficile à mener dans ces départements que les densités en psychiatres y sont faibles.

La situation de certains départements apparaît relativement favorable malgré des capacités en lits et places faibles, car le dynamisme démographique et économique local se traduit par des capacités d'accueil diversifiées et un nombre important de professionnels.

Enfin, dans d'autres départements où l'offre de soins en psychiatrie est élevée, deux modèles semblent coexister : d'un côté, une offre diversifiée associant hospitalisation complète et partielle, secteurs publics et privés, et professionnels de santé en nombre significatif ; de l'autre, la rémanence de capacités d'hospitalisation complète importantes dont une bonne part est d'origine ancienne et dont il faudra suivre à l'avenir la transformation progressive.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Ce chiffre comprend les infirmiers de secteur psychiatrique et les infirmiers DE exerçant dans un service de psychiatrie.

<sup>11</sup> DREES, *ibid cit.*

## 1 Etat des lieux

Le secteur social et médico-social compte : 24 500 établissements et services correspondant à 1.05 million de lits ou places, plus de 400 000 salariés et des financements conséquents : 84 milliards de francs financés par la collectivité publique (42 milliards par l'assurance maladie, 33 milliards par les départements et 9 milliards par l'Etat).

Il existe actuellement en France 2.616 établissements médico-sociaux d'hébergement proposant 86 065 places à des personnes handicapées adultes, dont, pour les plus handicapées, 11.618 places en maisons d'accueil spécialisées (MAS). Les structures à vocation professionnelle sont au nombre de 1.912 et comportent 112.029 places, dont 13.600 en atelier protégé, 88.952 en centre d'aide par le travail (CAT) et 9.477 en centre de rééducation professionnelle.

Les établissements recevant des enfants et adolescents handicapés, avec ou sans hébergement, sont au nombre de 2.497 (125.500 places), dont 1.194 établissements d'éducation spéciale pour enfants et adolescents déficients intellectuels, les plus nombreux, comportant 73.090 places.

Parmi les établissements pour enfants et adolescents, pour tous types de handicaps, 563 (13.804 places) sont des services autonomes d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

Il existe par ailleurs des structures spécifiques, à vocation régionale ou interrégionale, répondant aux problèmes d'autisme, de traumatismes crâniens, ou de certains handicaps rares.

### Etablissements médico-sociaux pour adultes handicapés en 1998

	ETABLISSEMENTS			PSYCHIATRES		PSYCHOLOGUES	
	Nombre d'établissements	Nombre de places en 98	Evolution des places 98/88 en %	Effectifs en ETP	Evolution 98/88 en %	Effectifs en ETP	Evolution 98/88 en %
Centres d'aide par le travail	1313	88 985	+37.4	80.7	-7	195.7	+30.1
Ateliers protégés	415	15 027	+130				
Centres de rééduc. Et form. Prof.	84	9 477	+3.9	2.7	-41.6	30.6	+124
Foyers d'hébergement	1 236	39 497	+27.7	0.3		0.7	
Foyers occupationnels	892	30 022	+117.4	0.2		0.6	
Maisons d'accueil spécialisé	297	11 774	+149.1	35	+120	77.4	+167.8
Foyers à double tarification	191	6 427		18.6		45.7	

Source : Ministère de l'emploi et de la solidarité – DREES

## Etablissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés

	ETABLISSEMENTS			PSYCHIATRES		PSYCHOLOGUES	
	Nombre d'établissements	Nombre de places en 98	Evolution des places 98/88 en %	Effectifs en ETP	Evolution 98/88 en %	Effectifs en ETP	Evolution 98/88 en %
Et. d'éduc. spéc. Enfts def. Intellec.	1 194	73 518	-13,8	356	-46,5	924.5	+64.4
Instituts de rééducation	345	16 880	+23	133.4	+20	324.2	+48.7
SESSAD autonomes	563	13 466	+176.2	51.5	+121.1	226.4	+229
C. médico psycho-pédagogiques	532	Nbre d'enfts suivis 104 081	+2.8	242	-23.3	947.8	+14.2

Les établissements d'éducation spéciale pour enfants et adolescents déficients intellectuels comportent : IME, IMP, IMPro et jardins d'enfants spécialisés. La diminution du nombre de psychiatres semble avoir été compensée par l'augmentation du nombre des psychologues.

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) répertoriés ici sont les services autonomes, non rattachés à un autre établissement, pour tous types de handicap.

## 2 Programmes et perspectives

### 2.1 Deux plans pluriannuels pour les personnes handicapées

**Deux plans pluriannuels** pour les personnes handicapées sont en cours de réalisation pour répondre aux besoins encore insatisfaits, selon deux axes complémentaires : créer des places supplémentaires dans les établissements pour les personnes les plus lourdement handicapées, et améliorer l'intégration des personnes handicapées dans le milieu de vie ordinaire.

**Le premier (1999-2003)** comporte la création de 5.500 places en MAS et 11.000 places en CAT ou atelier protégé.

**Le second (2001-2003)**, prévoit :

- **la création de places dans les établissements d'éducation spéciale** pour les enfants lourdement handicapés, et la création de places adaptées pour les personnes handicapées vieillissantes, ainsi que pour les enfants, adolescents et adultes autistes et traumatisés crâniens.
- **le développement des services et aides à l'intégration dans le milieu de vie ordinaire** tels que services de soins et d'accompagnement à domicile à l'intention des personnes handicapées, auxiliaires de vie, services d'éducation spéciale et de soins à domicile pour enfants et adolescents, ainsi que diverses mesures telles le développement de l'interprétariat pour personnes sourdes, ou le renforcement du parc de matériels pédagogiques et techniques des établissements scolaires pour la scolarisation des enfants handicapés.
- **le soutien à l'insertion professionnelle** par le renforcement et la modernisation des ateliers protégés.

### 2.2 Création de lieux ressource (guichet unique)

Des "**sites pour la vie autonome**" ont été expérimentés dans quatre départements et seront mis en place progressivement dans tous les départements d'ici trois ans : il s'agit de créer un lieu-

ressource en ce qui concerne les solutions de compensation fonctionnelle du handicap. Un “pilote” est chargé de rassembler les différents partenaires en un comité, qui désigne une ou des équipes techniques compétentes pour l’élaboration des projets personnalisés avec des demandeurs, et qui rassemble les financeurs. L’Etat finance la coordination du système.

L’objectif est de faciliter la démarche de la personne handicapée, en lui offrant un “guichet unique”, où elle trouvera une équipe pluridisciplinaire qui pourra élaborer avec elle un bilan, et lui proposer un plan d’aide personnalisé assorti de préconisations pour des aides techniques (appareillages...), humaines, ou animalières, ainsi que pour les aménagements à apporter le cas échéant à son logement ; l’objectif est également de faciliter le financement des aides ou aménagements préconisés, en rassemblant les financeurs et en créant un fonds de compensation, avec la participation financière de l’Etat.

### 2.3 Plan d’amélioration des COTOREP

**Un plan d’amélioration du fonctionnement des Commissions techniques d’orientation et de reclassement professionnel (COTOREP)** a été mis en place, afin que ces commissions répondent mieux aux missions que leur donne la loi : reconnaître et évaluer le handicap des personnes qui en font la demande, les conseiller, décider des orientations vers les structures médico-sociales et le milieu de travail protégé, attribuer les cartes d’invalidité et les allocations (AAH : allocation pour adulte handicapé, et ACTP : allocation compensatrice pour l’aide d’une tierce personne). Pour évaluer le handicap, ces commissions, comme leurs équivalentes pour les enfants et adolescents, les commissions départementales de l’éducation spéciale (CDES), utilisent un “**guide-barème**” qui est lui aussi actuellement en révision afin de mieux prendre en considération le retentissement du handicap sur la vie quotidienne des personnes.

### 2.4 Plan Handiscol

Afin d’améliorer la scolarisation en milieu ordinaire, le ministère de l’éducation nationale et le ministère de l’emploi et de la solidarité ont lancé conjointement, en avril 1999, le **plan Handiscol**, qui comporte vingt mesures, telles l’édition d’un guide à l’intention des parents et familles, la création d’une cellule d’écoute sur toute question concernant la scolarisation d’un enfant handicapé, la création d’un groupe de coordination dans chaque département, le développement des classes d’intégration scolaire (CLIS) dans le primaire et des unités pédagogiques d’intégration (UPI) dans le secondaire, ou la formation des enseignants. Le développement des services médico-sociaux d’accompagnement, en particulier les services d’éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), viendra à l’appui de cette politique d’intégration.

### 2.5 Convention AGEFIPH

Pour relancer **l’insertion professionnelle des personnes handicapées en milieu ordinaire**, l’Etat a passé avec l’AGEFIPH une convention pluriannuelle d’objectifs (1999-2003) visant à faire progresser le taux d’emploi des entreprises vers les 6% prévus par la loi (actuellement le taux se situe à 4%), et à augmenter l’effort de formation, d’apprentissage et d’orientation des personnes handicapées. Un programme exceptionnel (1999-2001), est mis en place par l’Agefiph pour la préparation et l’accompagnement de l’insertion des personnes handicapées, le développement et la modernisation des dispositifs d’orientation et de formation professionnelle, et la valorisation de l’action des entreprises. Ce programme est mis en œuvre par les délégations régionales de l’Agefiph, en cohérence avec les programmes départementaux d’insertion des personnes handicapées.

## 2.6 Le projet de réforme de la loi 1975

Présenté au parlement en juillet dernier, ce projet de réforme de la loi sur les institutions sociales et médico-sociales contient des dispositions visant :

- à assouplir et diversifier les institutions sociales et médico-sociales,
- organiser leur coordination et le partenariat, notamment avec les établissements de santé,
- promouvoir les droits des usagers, et
- instaurer les schémas d'organisation sociale et médico-sociale, principalement départementaux.

Le projet prévoit également l'obligation pour les établissements de procéder à **l'évaluation de la qualité des prestations** qu'ils délivrent, au regard de références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles, qui seraient élaborées par un conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Il faut remarquer que, à l'instar des établissements pour personnes âgées où les outils de l'auto-évaluation sont déjà installés, les établissements pour personnes handicapées amorcent une démarche qualité et la construction d'outils adaptés, prenant ainsi les devants.

## 3 La question du handicap psychique

Le droit des personnes souffrant de troubles mentaux suffisamment graves et prolongés pour être invalidants, à bénéficier de l'ensemble du dispositif destiné aux personnes handicapées a rencontré dès l'origine des obstacles majeurs :

- **du fait de l'inscription dans la loi d'orientation** en faveur des personnes handicapées de 1975, en son article 47, **d'une disposition particulière** aux "malades mentaux dont l'état ne nécessite plus le maintien en hôpital psychiatrique mais qui requièrent temporairement une surveillance médicale et un encadrement en vue de leur réinsertion sociale". A l'époque, les professionnels de la psychiatrie répugnaient eux-mêmes à "enfermer les malades dans un statut de handicapé". Il en est résulté un traitement particulier des personnes handicapées du fait de la maladie mentale, en quelque sorte soumises à une injonction de guérir, et exclues notamment des structures relevant des conseils généraux, qui y voyaient un transfert de charges indues.
- **du fait de la nature du handicap**, "invisible" selon l'expression utilisée par les spécialistes du traumatisme crânien, irrégulier, imprévisible, et avant tout très méconnu de la population comme de la plupart des professionnels dans le champ du handicap.

Cependant, une évolution considérable s'est accomplie depuis. Tout d'abord, les concepts de déficience, incapacité et désavantage avancés par WOOD au début des années 80 ont clarifié la notion de handicap et permis de sortir de l'opposition maladie/handicap ; le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées comporte un chapitre sur les déficiences du psychisme en totale rupture avec les logiques antérieures.

Ainsi, le dispositif médico-social s'est peu à peu ouvert aux usagers de la psychiatrie. **En 1998, 24,2% des demandeurs d'allocation pour adultes handicapés le font au motif d'une déficience psychique, dont 78% bénéficieront d'un accord.** Dans le CAT, 13,9% des personnes accueillies au 1<sup>er</sup> janvier 1996 présentaient une déficience principalement psychique.

*Les carences restent toutefois très importantes, en matière d'intégration en milieu ordinaire, de soutien des familles, et peut-être de places en établissements.*

Il paraît indispensable, à la faveur de la dynamique à l'œuvre dans le champ du handicap :

- d'évaluer le besoin dans les institutions d'hébergement et d'aide au travail (en nombre et en qualité). Il importe notamment que la transformation des hôpitaux psychiatriques s'effectue en considération des besoins réels, et non de nécessités institutionnelles.
- d'utiliser toute la palette du médico-social, et notamment les services d'accompagnement ou d'aide à domicile, à l'école ou sur les lieux de travail.

*En termes de lits et places, nous pouvons constater qu'à l'issue de cette décennie il y eu suppression de 33420 lits en psychiatrie et parallèlement création de 30000 lits en MAS et Foyers.*

## 1. La loi du 27 juin 1990

**La loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux** pose le principe du consentement des personnes atteintes de troubles mentaux à leur hospitalisation et affirme le droit à la dignité de ces personnes et à leur réinsertion sociale.

La loi du 27 juin 1990 énonce l'exception de l'hospitalisation sans consentement de la personne souffrant de troubles mentaux, qui peut être déclinée sous deux régimes d'hospitalisation sans consentement : à la demande d'un tiers (HDT) ou d'office (HO), prononcée par le préfet pour des motifs différents. Pour l'HDT, c'est l'impossibilité de donner son consentement et la présence d'un état nécessitant des soins immédiats assortis d'une surveillance en milieu hospitalier. Pour l'HO, il s'agit d'une atteinte à l'ordre public ou à la sûreté des personnes. Le contrôle de ces mesures est réalisé par le juge judiciaire a posteriori seul (HO) ou avec le préfet (HDT).

**De 1988 à 1998 on note une augmentation de 57% des hospitalisations sans consentement.** Toutefois, il faut relativiser ce taux par rapport à l'ensemble des hospitalisations. Le nombre global des hospitalisations en psychiatrie ayant lui-même beaucoup augmenté, le taux d'hospitalisation sans consentement représentait en fait en 1997, **13 % du total des hospitalisations en psychiatrie, contre 11% en 1988.** Par contre la durée moyenne de séjour est passée dans le même temps à 37.5.

En outre, on assiste au développement des hospitalisations sans consentement après une mesure d'urgence (61% des mesures d'HO, et 30% des mesures d'HDT en 1998). Le public concerné relève de plus en plus des troubles du comportement.

## 2 Les limites de la Loi

Les limites dont souffre la loi spécifique sur les personnes souffrant de troubles mentaux sont :

- La restriction du traitement psychiatrique au seul milieu hospitalier : la durée de séjour diminue et le nombre de séjours est plus fréquent ;
- Le régime de l'HO axé sur un objectif sécuritaire d'ordre public.
- Des difficultés au niveau des sorties des personnes sous HO ;
- Des sorties d'essai d'une durée exagérée maintenant de fait une obligation de soins.

Le Conseil de l'Europe, la jurisprudence, l'évolution des attentes par rapport à la psychiatrie et les dysfonctionnements constatés dans l'application de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux impliquent une redéfinition des droits des personnes atteintes de troubles mentaux, droits fondamentaux et droits aux soins. Le projet de loi portant modernisation du système de santé renforcera les droits fondamentaux des malades et le rôle des usagers dans le système de santé.

# Les usagers et les familles

*Le déploiement de la psychiatrie vers le champ de la santé mentale se fera avec les usagers, leurs associations et les associations de familles*

## Le constat

### 1. Les usagers réclament le respect de leurs droits

Les usagers<sup>12</sup> du système de soins psychiatriques sont la raison d'être de la psychiatrie mais ils n'ont que chichement accès à la parole publique. Dire que les organisations soignantes sont centrées sur le patient implique de lui reconnaître, de façon éminente, sa place et sa parole de sujet et citoyen. A ce prix, mais pas seulement bien entendu, sa subjectivité et son action peuvent apporter leur pierre à la dynamique collective de reconstruction de son devenir. N'oublions pas le : **“ Nothing about us, without us ”** (“ Rien sur nous, sans nous ”) slogan des personnes handicapées d'Afrique du Sud repris par des associations d'usagers américains et nord européens.

Mais qui sont ces usagers avec lesquels il s'agit d'établir un nouveau dialogue ? D'une part, les personnes qui utilisent le système de santé mentale (patients, familles et proches) et d'autre part, sur un plan plus institutionnel, les associations qui les représentent dans les instances où elles sont conviées par les derniers textes réglementaires. Plus loin, le trouble mental pouvant être l'apanage de tous, ce sont les associations généralistes d'usagers du système de santé, voire les associations de consommateurs, qui sont aussi concernées. Ce qui permet d'être utilisateur de services diversifiés dans le temps et donc de ne pas être usager (prisonnier ?) de la psychiatrie toute sa vie. Toute personne devrait être concernée et non pas seulement quelques-uns qui portent alors le poids entier de la stigmatisation.

*L'usager c'est donc toute personne qui peut se sentir concernée, à un moment ou l'autre de sa vie, par un problème de santé mentale.*

Le mouvement de la psychothérapie institutionnelle avait commencé, en son temps, à donner la parole aux “ malades ”, dans l'objectif de leur permettre l'accès à une identité effacée par le gommage asilaire. Bien qu'en France, comme à l'étranger, la désinstitutionnalisation d'une part, la multiplication des psychothérapies d'autre part, aient ouvert (sinon libéré) la parole, celle-ci se heurte parfois à la surdité surdéterminée des décideurs. Ce mouvement s'est trop souvent arrêté aux murs des hôpitaux psychiatriques, mais aussi des hôpitaux généraux. Les usagers, eux, tentent toujours de sortir de ces murs qui ont pris des formes trompeuses. Dehors, en effet, leur parole n'est-elle pas trop souvent confinée dans le cadre restreint intime et privé des psychanalyses et autres psychothérapies ?

Mais, au-delà de la parole, l'ouverture des portes vers l'autonomie leur est aussi souvent refusée par un autre confinement (dont elles ne peuvent que très difficilement sortir), bien pensant et protecteur, dans le monde clos des structures psychiatriques. Dans trop de lieux l'accès à la participation à la vie dans la cité et au travail en milieu ordinaire, l'accès au plaisir créatif culturel et même parfois affectif et sexuel leur est compté, mesuré, permis à moitié ou franchement interdit.

---

<sup>12</sup> pour certains il serait moins polémique d'utiliser le terme d'“ utilisateurs ” mais “ usagers ” est le terme choisi par les associations.

*Le risque de l'engagement personnel par l'usager, moteur de sens pour la vie de chacun d'entre nous, n'est pas assez encouragé ni même accompagné.*

Ainsi, une récente enquête<sup>13</sup> sur les personnes handicapées en institution a évalué le nombre de personne " non autorisées à sortir ". Les réponses sont exposées dans le tableau ci-dessous

*Question : "Dans vos déplacements hors de l'établissement, êtes-vous gêné(e) du fait d'un handicap ou d'un problème de santé ?"*

**Effectifs de réponse de la Catégorie 0 : " SANS OBJET. NON AUTORISE A SORTIR "**

	Etablissements pour adultes handicapés	Soins hospitaliers de longue durée	Etablissements pour personnes âgées	Etablissements de soins psychiatriques
<b>Proportion de la popul. hébergée</b>	12	30	17	24
<b>Effectif estimé</b>	10 000	21 000	71 000	11 000

C'est dans les unités hospitalières de long séjour que la proportion est la plus forte (30%). En raison des effectifs sur lesquels portent ces proportions, le nombre de personnes concernées est six fois plus élevé dans les établissements pour personnes âgées.

**Sur ces quatre catégories d'établissements, il existe un effectif estimé de 113 000 personnes qui déclarent spontanément ne pas être autorisées à sortir, dont 10 % se trouvent dans un établissement de soins psychiatriques.**

Ce constat provient peut-être de la méconnaissance, par certains professionnels, des réalités quotidiennes ; peut-être, pour certains nostalgiques, d'une conception " primitiviste " de l'homme malade ; peut-être encore des traditions de toute puissance médicale et de la difficulté, pour certains professionnels, de sortir du champ clos de la psychiatrie, de s'engager avec les usagers et avec leur famille mais aussi avec les professionnels des autres champs et, enfin, de se mettre en seconde ligne quand il le faut ?

*La participation des usagers à chaque étape de l'élaboration des stratégies thérapeutiques (quelles que soient les techniques de soins) sera l'un des moteurs les plus importants du changement de la politique des soins en santé mentale.*

Il est frappant de constater, en France, le peu d'écho des expériences européennes allant dans ce sens. L'explication la plus fréquemment avancée est le souhait de ne pas se rapprocher des évolutions anglo-saxonnes, italiennes, suédoises ou autres par crainte, notamment d'une perte identitaire.

Pourtant, le projet de loi de modernisation du système de santé va clairement dans le sens d'une reconnaissance et d'un renforcement de la place de l'usager dans le système de soin, en posant les principes de consentement libre et éclairé, la possibilité de refuser un traitement, l'accès direct du patient à son dossier médical et l'obligation pour le médecin d'apporter la preuve de l'information du patient. Ceci implique que les usagers ont non seulement des droits mais aussi les devoirs de tous dans la collectivité.

<sup>13</sup> F. Chapiro, A. Philippe, F. Casadebaig INSERM-CCOMS Enquête handicap, incapacité et déficience 2000

Les droits réclamés par certains mouvements d'usagers de la psychiatrie - soutenus en cela par des praticiens de la psychiatrie, de la justice et des militants des droits de l'homme et du citoyen - sont réputés de “ **discrimination positive** ”. Nous y préférons le principe de la reconnaissance du patient psychiatrique comme un **citoyen à part entière**.

Les usagers mènent une lutte contre les internements arbitraires ou abusifs, suivant en cela l'évolution de la jurisprudence française et des arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme. Ils réclament la révision de la Loi du 27 juin 1990 et la nécessaire effectivité et opérationnalité des droits d'appel, de recours, de défense, de contrôle.

La défense des droits des usagers de la santé mentale s'est récemment traduite par la publication de deux documents :

- **une charte de l'usager en santé mentale**, signée par la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, la FNAP-Psy et la conférence nationale des présidents de CME de CHS, énonce les principes suivants. L'usager en santé mentale est :
  - ✓ Une personne à part entière
  - ✓ Une personne qui souffre
  - ✓ Une personne informée de façon adaptée, claire et loyale
  - ✓ Une personne qui participe activement aux décisions la concernant
  - ✓ Une personne responsable qui peut s'estimer lésée
  - ✓ Une personne dont l'environnement socio-familial et professionnel est pris en compte
  - ✓ Une personne qui sort de son isolement
  - ✓ Une personne citoyenne, actrice à part entière de la politique de santé et dont la parole influence l'évolution des dispositifs de soins et de prévention
  
- **un livre blanc des partenaires de Santé Mentale France<sup>14</sup>**, regroupant des patients des soignants et des familles, qui énonce trois objectifs :
  - ✓ Faire exister la population des personnes souffrant de troubles psychiques vivant dans la cité,
  - ✓ Informer la collectivité sur la vraie nature du handicap “ psychique ” et sur les risques qui lui sont liés et
  - ✓ Aider les responsables du social dans la cité et ceux qui vont répartir les ressources disponibles et les validations officielles, à faire en sorte que les droits des personnes en cause soient mieux protégés.

On peut d'autre part noter que le nombre d'associations locales d'usagers de la santé mentale augmente (nombre d'inscrits à la FNAP-Psy) ainsi que les colloques ou congrès “ donnant la parole aux sans voix ”<sup>15</sup>.

## **2. Les familles et les proches appellent à un nouveau partenariat global**

Les familles et les proches de personnes souffrant de troubles mentaux assument un lourd “ fardeau ”. D'ailleurs tout le monde s'accorde à penser que les familles dans tous les cas

---

<sup>14</sup> Association française de psychiatrie, Comité d'action syndical de la psychiatrie, Conférence nationale des présidents de CME de CHS, Fédération d'aide à la santé mentale Croix Marine, Fédération nationale d'(Ex)PatientsPsy, Fédération française de psychiatrie, Ligue française pour la santé mentale et UNAFAM

<sup>15</sup> Pour reprendre l'expression de Paul Morin, sociologue québécois, lors du colloque “ Informer les usagers en santé mentale : qu'est-ce que cela change ? ! ” 5 avril 2001, Ministère de la santé

souffrent<sup>16</sup>. Les familles et les proches veulent être informées dès le début des troubles, elles souhaitent des conseils pour l'intervention lors des crises et pour les actes du quotidien, une continuité des soins, un système social cohérent (logement, ressources, travail), une attitude empathique des professionnels et un soutien proprement thérapeutique s'il le faut.

La principale association représentant les familles et les proches est l'UNAFAM. Elle se déclare totalement solidaire des actions de la FNAP-Psy, ainsi que des équipes soignantes, qu'elles soient dans des structures spécialisées ou dans des cabinets en ville. Elle souhaite pouvoir œuvrer en collaboration avec tous les professionnels, juristes, assistantes sociales, éducateurs, amenés à intervenir dans l'accompagnement demandé, car le partenariat est une nécessité. La quasi totalité des associations d'usagers et de soignants approuve cette orientation.

Elle souligne la réalité et l'importance, à son avis, de la notion de **Handicap Psychique**. Cette association précise qu'à ses yeux la notion de proximité et de continuité des soins est restrictive et que le besoin premier ne s'énonce pas en terme de lits et places mais plus en termes de proximité, de continuité du suivi, d'accompagnement et de services.

*L'UNAFAM souhaite témoigner de l'urgence des solutions à apporter. En effet, leur expérience au quotidien avec des proches qui souffrent de troubles psychiques leur fait dire que, dans le cas particulier du handicap psychique, une inadaptation des prestations offertes peut très vite mettre en cause les droits de la personne malade*

---

<sup>16</sup> cf. “ La santé mentale en population générale : images et réalités ” ASEP-OMS-EMPS Lille Métropole-  
Ministère de la santé-Ministère des Affaires étrangères- Rapport de recherche – Juin 2001

### **3 L'image de la psychiatrie porte le poids de la stigmatisation et de l'exclusion des personnes souffrant de troubles mentaux**

Dès la prime enfance, le “ T'es fou ! ” est lié au “ Tu vas aller au ‘18’ ”, “ ...au ‘104’ ”, “ ...à ‘Charenton’ ”, “ ...à ‘Lannemezan’... ”, “ ...à Armentières ” : c'est une exclusion d'abord territoriale (exil des aliénés).

L'image de la psychiatrie et des patients psychiatriques dans le public est à la fois négative et ambivalente. Elle reste fortement liée en France à l'existence de l'hôpital psychiatrique et des notions d'enfermement qui l'entoure<sup>17</sup>. Les “ fous ” hier, “ malades mentaux ” aujourd'hui sont perçus comme dangereux, et leurs actes et paroles comme échappant à toute considération rationnelle. De ce fait, toute personne ayant des troubles mentaux aura beaucoup de difficulté à s'identifier à ces images et, par contre-coup, à admettre ses troubles. Même s'il existe en Europe des compensations financières pour les malades chroniques, il nous faut constater le retentissement moral et psychologique reste handicapant pour la plupart de ces personnes ainsi, par ricochet, que pour leur famille et proches.

Si le concept de dépression est aujourd'hui plus facilement admis, quasiment personne ne peut se considérer comme ayant été soigné un jour dans sa vie pour “ folie ” ou “ maladie mentale ”.

Ces termes mal définis sont par contre clairement connotés. Les conduites dangereuses (meurtre, viol, inceste, conduites violentes) sont fortement associées au “ malade mental ” ou au “ fou ”. La population pense que c'est seulement à l'hôpital psychiatrique que l'on peut soigner ces “ maladies ”, avec un traitement médicamenteux. Les alternatives de secteur sont peu citées spontanément. De ce fait, les troubles mentaux entraînent l'exclusion du groupe social et gênent voire empêchent les soins précoces. De plus, il n'est pas rare que les professionnels de la psychiatrie et du champ social partagent eux-mêmes ces représentations, ce qui n'est pas sans effets sur le soin.

Mais ces images restent ambivalentes, la population pense que si ces personnes exclues sont soignées elles peuvent alors être intégrées dans leur famille.

La lutte contre les préjugés sera l'un des vecteurs essentiels de la nouvelle organisation des soins que nous proposons. Elle nécessitera un plan de communication national, des centres de ressources régionaux et des applications locales dans les Réseaux territoriaux de santé mentale (cf. plus loin).

Changer les représentations sur les maladies mentales c'est permettre à chacun d'en parler. L'ancien Premier Ministre de Norvège a ainsi annoncé il y a environ deux ans, qu'il devait suspendre ses activités quelque temps car il souffrait de dépression. Il a ensuite repris ses fonctions, sans que cela ait posé problème pour les citoyens de son pays<sup>18</sup>. Un exemple pour le monde entier ?

---

<sup>17</sup> DRESS “ Etudes et résultats ” n°116, Mai 2001, “ La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites ” Marie Anguis, Jean-Luc Roelandt et Aude Caria

<sup>18</sup> Brochure OMS Bureau Europe : “ Non à l'exclusion, Oui aux soins ” 2001

## Les propositions

### **Assurer la représentativité réelle des usagers, à tous les niveaux du système de soins**

- 1. Mettre en place une aide financière nationale aux associations d’usagers agréées,** leur permettant d’exister et de remplir leurs missions, aussi bien auprès des autres usagers que dans les instances officielles (locales, départementales, régionales et nationales) d’élaboration et de décision.
- 2. Promouvoir la création de postes d’ “ agents de développement des associations ”** (comme cela existe au Québec).
- 3. Reconnaître le congé de représentation** pour que les représentants d’usagers puissent siéger aux instances des établissements de santé, ainsi que dans les instances locales, départementales, régionales ou nationales.
- 4. Organiser la participation des associations d’usagers et de familles à :**
  - l’élaboration de politiques publiques
  - la planification de programmes
  - l’offre de services
  - la formation et l’enseignement
  - la recherche et l’évaluation
- 5. Organiser des formations spécifiques pour les représentants des usagers et des familles** siégeant aux instances des établissements de santé ainsi que dans les instances de décision locales, départementales, régionales et nationales, afin de leur donner les outils nécessaires à la prise de décision (à l’exemple de l’initiative prise par la conférence des présidents de CME de CHS en 2000).

### **Promouvoir les droits des usagers en santé mentale**

- 6. Réviser la loi du 27 juin 1990,** afin de la mettre en conformité avec le droit européen et l’évolution de la jurisprudence française (développé plus loin)
- 7. Permettre l’accès direct au dossier patient quel que soit le mode de prise en charge (obligatoire ou libre),** comme dans toutes les autres prises en charge médicale. Ceci doit respecter le droit à la protection des informations concernant la personne. Il conviendra de déterminer précisément ce qu’un dossier doit obligatoirement (légalement) contenir et faire la différence entre dossier et notes personnelles de travail.
- 8. Soutenir l’officialisation et la diffusion des chartes de bonne conduite** auprès de professionnels du champ sanitaire et médico-social (“ Charte de l’usager en santé mentale ”)
- 9. Donner aux associations agréées d’usagers la possibilité de représenter une personne,** à sa demande express et de la rencontrer librement qu’elle soit hospitalisée ou soignée à domicile. (L’exemple des associations d’anciens buveurs, qu’il faut ici souligner, montre le chemin du partenariat positif avec ces associations dans certaines stratégies thérapeutiques).

- 10. Organiser des formations croisées professionnels-usagers**, auprès des professionnels et des usagers, mais aussi des étudiants en soins infirmiers, des étudiants éducateurs, travailleurs sociaux et en internat de psychiatrie.

### **Lutter contre la stigmatisation et l'exclusion des personnes souffrant de troubles mentaux**

- 11. Informer le grand public sur les maladies mentales**, par des campagnes de sensibilisation et de promotion développées sur le mode classique utilisé dans d'autres secteurs de la Santé publique.
- 12. Informer sur l'organisation du système de santé mentale**, les métiers concernés et le rôle de chacun dans le dispositif (psychiatre, psychologue, travailleurs sociaux, infirmiers, médecins généralistes, pharmaciens...)
- 13. Développer des outils scientifiques informatifs sur les maladies, les traitements, les recours**, (brochures, sites internet, CD-Rom, livres, à l'image de ce qui se fait en Angleterre) **sur des cibles variées** (grand public, adolescents, usagers, professionnels...).
- 14. Mettre en place une formation universitaire à l'Information en Santé mentale**, dans le contexte de la Santé Publique ou plus large.
- 15. Axer la communication interprofessionnelle et grand public sur la prévention généralisée**, qui s'applique à tous les niveaux des interventions : avant la crise, pendant la crise, après la crise.

# Les administrations

## *Le déploiement de la psychiatrie vers le champ de la santé mentale se fera avec les administrations*

### Le constat

#### 1. La planification est complexe, les outils d'aide à la décision sont inadaptés

##### 1.1 Une planification complexe

Actuellement, la programmation hésite entre les différents niveaux géographiques (région, département, État), elle multiplie les documents. La psychiatrie ne bénéficie pas toujours d'un soutien important des services déconcentrés de l'État ; on pourrait dire quelle est devenue, au fil des ans, une sous-planification. La reconnaissance que la santé mentale devrait être un domaine décliné à chaque niveau (Etat – région – département – local) n'a jamais été fait et assurerait pourtant des cohérences entre décideurs.

Le peu d'investissement des services déconcentrés est à rapprocher du problème de **la réorganisation des services centraux**, dont le fonctionnement en “ tuyau d'orgues ” ne contribue pas à une clarification de la commande mais renforce, là aussi, la segmentation des problèmes.

Segmentation que l'on retrouve sur le plan des **découpages territoriaux** : chaque service de l'Etat (sanitaire, médico social, éducation nationale, justice) et des collectivités locales (ASE ; circonscription, coordination gérontologique, centres de secours etc...) dispose d'un découpage différent, découpages auxquels s'ajoutent maintenant les “ Pays ”.

*Les professionnels de santé publique de terrain attendent depuis des lustres de voir la DATAR, l'INSEE ou le Commissariat général au Plan, proposer à l'ensemble des partenaires des zonages géographiques qui pourraient être communs à tous les intervenants en s'emboîtant les uns dans les autres de l'aire la plus petite à la plus grande.*

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) distinguent les activités de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) de la psychiatrie. Même si l'on peut noter un frémissement avec l'adoption récente de quelques SROS de deuxième génération unifié. L'espace sanitaire régional, tout comme les territoires pertinents ou bassins de santé, militent pour une planification régionale. L'unicité du SROS (MCO, psychiatrie) gagnerait alors en cohérence.

Les services de l'État mettent toujours en avant la planification MCO et lui attribuent hommes et compétences. Souvent, les autres planifications sont effectuées de surcroît. Ici, il faut clairement établir les responsabilités, la même exigence de service public, la même formation des acteurs et des responsables. C'est aussi un engagement de ces professionnels qui permettra un changement institutionnel dans l'appareil de l'État.

**La planification de l'offre de soins psychiatriques souffre également d'une carence majeure d'articulation avec la planification médico-social.** Dans ce domaine, la situation est relativement semblable. Pour les prises en charge par le médico-social, sans plans et sans programmes articulés tout peut être fait, y compris le pire, c'est-à-dire la confusion des genres et les créations de “ structures dépotoirs ” ou de “ nouveaux ghettos sociaux ” ? (MAS, Foyer à double tarification etc).

Il en va de même pour la cohérence des Plans Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), (toutes les régions, sauf une, ont placé la Santé Mentale en priorité dans leurs dispositifs), des Conférences de Santé et des SROS.

Tout se passe comme si les conducteurs de ces travaux (DGS-DHOS-DGAS) poursuivaient parallèlement des objectifs parfois identiques et parfois divergents. Or, il existe depuis 1998 dans chaque région un **comité régional des politiques de santé** où se retrouvent notamment les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie. C'est en principe une instance de concertation, de suivi et d'évaluation des priorités de la conférence régionale, du PRAPS et des autres programmes régionaux de santé. La question est de savoir si leur efficacité a été évaluée : ces comités remplissent-ils pleinement leurs missions et impulsent-ils des actions ?

## 1.2 Des outils de planification inadaptés

Plusieurs groupes de travail coordonnés par la Direction des Hôpitaux et de l'Offre de Soins tentent depuis bientôt dix ans, d'élaborer un programme de médicalisation du système d'information (PMSI) adapté à l'activité des services de psychiatrie. Les échéances de test et de mise en application sont sans cesse repoussées, les concepteurs eux-mêmes doutant de la pertinence de l'outil qu'ils continuent pourtant de développer.

On peut s'inquiéter des carences massives du plan de communication qui accompagne actuellement la mise en œuvre de ce PMSI-Psy qui est chargé d'autant de fantasmes qu'il est obscur, centré sur l'hospitalisation temps plein, beaucoup trop bureaucratique dans sa mise en acte, favorisant et renforçant les réponses hospitalières, au détriment du travail en réseau et n'évaluant pas l'offre de soin associative et "libérale".

Le risque déjà annoncé et prévu est que cet outil permettra de mettre en évidence des "profils" d'établissements et des écarts par rapport à une moyenne. Il ne permettra peut-être pas de déterminer quel est le " bon profil " pour répondre aux besoins de prise en charge en matière de santé mentale aujourd'hui. D'une certaine façon le PMSI-Psy paraît à beaucoup de professionnels comme un " contre sens " et une modalité " impertinente " de recueil de données.

Au-delà d'un classement des établissements " chers et pas chers ", les informations recueillies par le PMSI-Psy permettront au mieux de mettre en évidence le fait que les prises en charge sont très différentes, pour des patients aux caractéristiques semblables. Mais ces résultats ne sont-ils pas déjà connus ? En effet, on sait déjà que, selon les secteurs, des patients sont en hospitalisation complète, d'autres en hôpital de jour, quasiment à temps plein, d'autres en hôpital de jour séquentiel, en CMP prolongé, d'autres dans le secteur médico-social, et les psychiatres avouent que "ce sont les mêmes". Le PMSI va donc dire que ces "mêmes" patients sont tantôt ici et tantôt là, selon les services et les secteurs. On peut à juste titre se demander si la montagne ne va pas accoucher d'une souris.

Il faudra obligatoirement passer par un outil pertinent d'évaluation des pratiques des STP et RTSM. Cet outil devra être basé sur le dossier du patient qui doit recueillir l'ensemble des actes de soin le concernant.

L'activité d'un service n'est pas corrélée avec son effectif de personnel. Mais pour que le débat s'engage, il faut tout connaître et garantir la transparence dans les équipes soignantes et à l'extérieur. C'est le préalable à l'égalité des français devant les soins.

## 2. La politique de sectorisation psychiatrique n'a pas été menée à son terme

Les stratégies de soin en santé mentale s'inscrivent dans la dynamique plus vaste des évolutions sociologiques et donc dans l'action politique au sens strict d' " ensemble des options prises collectivement ou individuellement par le gouvernement d'un Etat ou d'une société " <sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Petit Larousse

L'absence de dispositif de secteur réellement intégré dans la communauté (ce qui est le cas de la majorité des secteurs existants), témoigne de la carence conjuguée de volonté politique et professionnelle à le réaliser, au profit d'un hospitalocentrisme dominant.

*La décision politique de confier la gestion du secteur psychiatrique à l'hôpital, en 1986, est de ce point de vue une date historique de remise en cause des principes de la sectorisation, comme de toute autre forme de véritable psychiatrie communautaire.*

Cette décision n'a pas permis de réaliser le but poursuivi par ceux qui l'avaient pensé au moment de l'élaboration de la politique de sectorisation à savoir : transférer le budget des sites hospitaliers vers la communauté.

Il faut situer la Santé Mentale dans la dynamique générale d'intégration, d'inclusion et tourner le dos à la dynamique ancienne de la psychiatrie qui participait des stratégies d'exclusion. Notons que là où les acteurs l'ont voulu, avec quelle énergie, l'intégration dans la communauté a été réalisée. Mais les expériences en France se sont souvent bornées à des réalisations très partielles, trop souvent dépendantes de l'engagement d'une ou deux personnes motivées. Le secteur privé associatif s'est la plupart du temps glissé dans les niches laissées en friches par le secteur public, sans en changer son fonctionnement, aggravant en cela l'éloignement du dispositif psychiatrique de la communauté urbaine. La rupture avec cette perspective gestionnaire, administrative et technique, impose de nouvelles organisations. Il faut déplacer le centre de gravité de ce système de l'hôpital vers la cité.

Cependant, aujourd'hui, ce cours de rupture avec les stratégies de discrimination, de ségrégation, d'exclusion se heurte à plusieurs réalités politiques majeures :

- **la gestion du dispositif dans la conception des logiques hospitalières** donne à l'administration des hôpitaux le pouvoir de conforter souvent le secteur comme une excroissance de l'hôpital - l'extra-hospitalier - et non d'administrer le secteur comme le gérant, l'organisateur et le garant (avec la place des usagers et de leurs associations !) d'une psychiatrie ouverte à la ville et centrée sur la personne (sa singularité, son parcours et son environnement) ;
- **l'instrumentalisation des sentiments d'insécurité de la population** se retrouve en psychiatrie par la volonté de continuer à lui faire jouer un rôle sécuritaire important ; les patients sont donc abordés comme porteurs de danger social (troubles de l'ordre public et à la sécurité des personnes ; nuisances par leur être " a-social et déviant " et leur maladie, ...).
- **Enfin, le point de résistance majeur à la réalisation complète de la politique de sectorisation est le frein serré que représente la survivance des concentrations psychiatriques hospitalières**, toujours installées dans les lieux des anciens asiles de la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, qui ne peuvent, car ce serait contre nature, programmer de l'intérieur leur transformation institutionnelle. Presque tout les en empêche :
  - ✓ la **tradition asilaire** qui est attachée à l'histoire de ces institutions ;
  - ✓ **l'impréparation de l'opinion publique** et la stigmatisation encore très forte qui colle à la personne dite " malade mentale " ;
  - ✓ **les formations hospitalo-centriques** de tous les personnels (administratifs, médicaux et non médicaux) qui sont mal préparés pour envisager leurs pratiques professionnelles dans les perspectives d'évolution dynamique qu'imposent les missions de santé mentale ;
  - ✓ **les fonctionnements hiérarchiques figés**, issus directement du fonctionnement asilaire et de la tradition mandarinale hospitalo-universitaire ;
  - ✓ **la tendance actuelle au repli derrière les différents statuts professionnels**, la technocratisation et la hiérarchisation nocives qui aboutit à des clivages dans l'équipe pluri-professionnelle et à la sous-utilisation des plus nombreux acteurs du soin : les infirmiers ;

- ✓ **la part grandissante de la population en situation de précarité** et l'état de suffocation des acteurs sociaux (dont les dispositifs sont pour le moins difficile à décrypter) ;
- ✓ **la méfiance historique de ces acteurs sociaux face à la psychiatrie** (corrélée à la stigmatisation et à l'exclusion qui s'attachent aux personnes ainsi qu'à la frilosité du travail ambulatoire) qui se double d'une méconnaissance de ses évolutions, le tout entretenu par les malentendus plus ou moins volontairement mis en avant par certains professionnels des deux champs ;
- ✓ **l'assimilation systématique des troubles du comportement aux troubles mentaux** ;
- ✓ **l'augmentation croissante des demandes d'hospitalisation** du fait d'urgences surchargées, du recours parfois abusif aux internements, favorise le repli dans l'hôpital et parfois amène à des demandes paradoxales de réouverture de lits dans les secteurs ;
- ✓ **la réticence des élus locaux à mettre en œuvre ce changement de fonctionnement des CHS**, pour des raisons d'aménagement du territoire, de craintes pour l'emploi ou dans un souci purement clientéliste ;
- ✓ **l'extrême rigidité de notre société** qui sait très bien empiler les réponses en strates figées et est incapable de faire évoluer ces réponses et encore moins de supprimer celles qui se révéleraient inadéquates quand ce n'est pas inopportunes.

*Pourtant, il n'y a aucun argument scientifique, thérapeutique, éthique, économique, social au maintien des hôpitaux psychiatriques dans le monde<sup>20</sup>.*

### **3. Le système de soins psychiatriques fonctionne à plusieurs vitesses**

La tendance actuelle du système psychiatrique français est orientée vers un éclatement des dispositifs de soin en Santé mentale avec :

#### **3.1 Une offre libérale pour les classes moyennes et aisées**

Une médecine psychiatrique qui reçoit préférentiellement les classes aisées qui s'adressent à la psychiatrie "libérale" (nous mettons entre guillemets pour souligner la particularité de ce privé à but lucratif, qui est financé essentiellement par les deniers publics, par le biais des remboursements de la Sécurité Sociale).

**Cette offre de soin est pléthorique et protéiforme à Paris, mais aussi à Lyon, en région PACA et dans d'autres grandes villes universitaires.** Cette offre inégale sur le territoire national entraîne des réponses inégales et n'assume que de manière marginale ou individuelle, un rôle dans les actions de santé publique, les soins d'urgence, les pathologies graves. Ainsi, seuls 0,7% des actes des psychiatres "libéraux" franciliens sont-ils des actes de prévention<sup>21</sup>. Par ailleurs, la psychiatrie "libérale" concerne beaucoup plus les personnes célibataires et divorcées.

Il ne s'agit pas pour nous de méconnaître la gêne afférente aux troubles mentaux dits « mineurs ». Celle-ci est bien réelle et doit être prise en compte car, en terme de santé publique, on sait combien les troubles névrotiques par exemple sont pourvoyeurs de dépressions graves, tentatives de suicides, conduites addictives, surconsommation médicale, arrêts de travail etc. Mais il n'est pas évident que certains troubles psychiques doivent être pris en charge automatiquement ou exclusivement par des psychiatres.

<sup>20</sup> Dr Benedetto SARACENO, responsable de la division santé mentale à l'OMS-Genève.

<sup>21</sup> Etude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France URMLIF février 2000

### 3.2 Une offre publique plus orientée les catégories moins aisées, les pauvres et les démunis

La psychiatrie publique qui s'adresse, en théorie, à toutes les populations est le plus souvent utilisée par les catégories les moins aisées, les pauvres et les démunis. Ce sont aussi globalement les personnes les plus gravement atteintes psychiquement et socialement ; et l'on connaît les liens dialectiques entre situation sociale défavorisée et état de santé dégradé. Les relais de la psychiatrie publique avec la psychiatrie " libérale " et le champ social sont variables d'un secteur à l'autre et globalement insatisfaisants.

Ailleurs une pratique de la psychiatrie trop expéditive dans les durées de séjour, non articulée à des pratiques fortes de soins, d'insertion et d'accompagnement dans la communauté, entraîne souvent des phénomènes d'exclusion d'un certain nombre de patients. Nous voyons cela dans les sorties parfois trop rapides de l'hôpital de patients en souffrance psychique et en situation de détresse sociale. Ils sont alors orientés dans les structures sociales qui, sans le soutien des équipes de soin, sont rapidement dépassées par la problématique des troubles psychiatriques. A l'inverse les prolongations abusives d'hospitalisations, parfois par absence de réponses sociales adaptées, entraînent également des situations d'exclusion.

La psychiatrie publique, qui couvre en réalité un vaste champ, a été souvent cantonnée ou s'est souvent réfugiée dans la spécificité de soigner les psychotiques, spécificité parfois revendiquée contre l'idée même de psychiatrie ouverte aux questions des souffrances psychiques communautaires. L'expérience montre que les résultats sont limités. Les soins en hospitalisation sont globalement insatisfaisants. La prise en charge de la psychose doit donc être pensée majoritairement hors des structures d'hospitalisation.

*La psychiatrie n'est pas une discipline comme les autres.  
Le paradoxe qu'elle doit résoudre est de réaliser son intégration tout en assurant le maintien de son identité.*

### 3.3 Une prise en charge sociale des souffrances psychiques des « exclus »

Pour les populations les plus exclues, il existe une prise en charge sociale des souffrances psychiques qui entretient des liens ténus avec la santé mentale, quand ils existent. Là encore la situation est variable suivant les zones car il existe ici et là des expériences innovantes et probantes. La demande de travail en commun avec la psychiatrie énoncée par les travailleurs sociaux n'a jamais été aussi grande.

Cette tendance à une psychiatrie à plusieurs vitesses ne demande qu'à s'accroître si l'on ne prend pas les décisions politiques urgentes pour l'inverser, c'est à dire si l'on ne redéfinit pas l'organisation de l'ensemble de l'offre de soin.

Cependant les avancées théoriques, l'évolution des techniques, les résultats thérapeutiques, la volonté de nombreux professionnels, une partie de l'opinion publique, presque tout, depuis un demi-siècle, participe du rapprochement et d'une meilleure intégration entre la psychiatrie et le reste de la médecine (en ce qui concerne les psychiatres libéraux c'est fait depuis longtemps, selon les règles du libéralisme bien entendu).

#### 4. Des erreurs politiques dans la gestion de la sectorisation psychiatrique

On peut souligner un certain nombre d'erreurs commises au niveau national, dans l'histoire récente de l'organisation de la psychiatrie de secteur :

- le défaut, pour ne pas dire l'absence, par les pouvoirs publics, de conduite de la politique annoncée ;
- le débat, qui est resté un débat de spécialistes, doit en sortir pour impliquer l'ensemble de la société
- le pouvoir de décision concernant le développement de la sectorisation a été confié aux établissements hospitaliers sous le contrôle des tutelles, d'orientation plus comptable que santé publique. En effet, si on ne s'arrête pas à quelques exemples isolés rassemblant exceptionnellement des personnalités aux objectifs convergents, le constat n'est pas positif, quel que soit l'établissement hospitalier siège des secteurs de psychiatrie :
  - ✓ **Dans les hôpitaux généraux** les secteurs qui se sont implantés, avec peu de moyens pour la plupart d'entre eux, ont généralement vu leurs projets et leurs moyens soumis à la concurrence inégale des projets des autres spécialités médicales (chirurgie, radiologie...) ainsi qu'aux logiques hospitalo-centriques qui les fondent. Il suffit pour comprendre de se reporter, par exemple, aux différentes publications issues de l'association PsyGé et aux interventions des professionnels des secteurs de psychiatrie implantés dans ces structures qui décrivent tous des situations de pénurie et de carence dans les possibilités d'offre de soin.
  - ✓ **Dans les centres hospitaliers spécialisés** le même constat peut être fait, avec certaines nuances cependant dues à l'absence de concurrence avec les exigences des services somatiques, en raison de la prévalence des logiques hospitalo-centrique et comptable qui sont à la base du fonctionnement de beaucoup de directions et des tutelles (quand elle ne voient pas la psychiatrie comme une réserve de personnels).

*Le résultat de tous ces facteurs est un développement inégal des pratiques de soin dans la communauté.*

*Il y a là démonstration de l'incompatibilité actuelle entre la logique hospitalière et la logique de développement de la psychiatrie vers le champ de la santé mentale.*

## 5. Une loi d'obligation de soins obsolète

Il y a nécessité à revoir la loi de 1990 et nous apportons ici, modestement car le sujet est d'une extrême complexité, notre contribution à un débat qui devrait précéder l'élaboration d'une loi nouvelle.

Le nombre des soins sous contrainte n'a pas fortement augmenté ces dernières années, passant de 11 à 13% des hospitalisations. C'est beaucoup plus le nombre des hospitalisations qui a augmenté alors que les durées moyennes de séjour continuaient de décroître.

**Selon une enquête, portant sur 80% des départements français, en 1999, 13% des entrées en secteurs de psychiatrie l'ont été sous contrainte<sup>22</sup>.**

- **46 000 en HDT**, dont 14 000 selon la procédure d'urgence (un seul certificat médical), dont 6 400 d'une durée de plus de 3 mois et donnant lieu à 10 262 sorties d'essai ;
- **7.450 en HO**, dont 5 000 en urgence par les maires dans le cadre de mesure provisoire, dont 1 900 d'une durée supérieure à 4 mois et donnant lieu à 7 115 sorties d'essai.

Au-delà des chiffres, le sens même de ces soins contraints est à interroger.

*En France on identifie toujours, pour les traitements psychiatriques sous contrainte, la notion de danger pour soi-même et celle de danger pour autrui. Pour nous ces deux notions devraient être très nettement distinguées.*

### Le danger pour autrui

La mise en danger d'autrui renvoie à l'ordre public. Cette notion entre dans le cadre des missions de chaque Etat qui doit garantir la sécurité des citoyens par la Loi, les procédures et les moyens pour l'appliquer. Dans un état de droit les citoyens doivent respecter la Loi et ne pas porter atteinte aux personnes et aux biens. La justice et la police sont là pour veiller au respect de ces lois.

Le *Réseau Européen des usagers et survivants de la psychiatrie*, que nous ne suivons pas, justifie le danger pour autrui tout en refusant la notion de soin obligatoire en cas de danger pour soi et préfère que le placement involontaire en psychiatrie soit une détention argumentée par la dangerosité et non un temps de "traitement obligatoire" argumenté par l'état psychiatrique de la personne concernée.

Si, pour raison de dangerosité envers autrui, "détention" il doit y avoir, celle-ci ne peut être pensée que dans un cadre pénitentiaire (**où des soins peuvent et doivent être apportés**) et non pas dans un cadre soignant psychiatrique. On est alors dans le droit commun et il n'y a pas lieu d'inventer des mesures spécifiques pour telle ou telle catégorie de contrevenant.

### Le danger pour soi

Par contre le danger pour soi-même réfère aux notions de liberté individuelle d'une part et d'assistance à personne en danger d'autre part. Donc à la fois à la justice comme garante de ces droits et à la santé pour les soins. En effet il s'agit avant tout de respecter la liberté individuelle. La société exige également des professionnels de santé qu'ils portent assistance aux personnes en danger pour elles-mêmes (et qui ne sont pas en mesure, pour de multiples raisons, de donner leur accord aux soins).

---

<sup>22</sup> Source DGS.

*Cette absence de distinction entre danger pour soi et autrui présente l'inconvénient de confondre les soins obligatoires et l'ordre public, la santé et la justice.*

Actuellement cette assimilation, qui concerne uniquement les malades mentaux, est gérée par les préfets qui ont le double pouvoir sanitaire et de police. Il n'est pas souhaitable que cette organisation, désormais unique en Europe, persiste.

## **6. Une opposition entre logique de soins et logique pénale.**

En ce qui concerne les soins aux personnes placées sous main de justice, et à la suite des très nombreux ouvrages et rapports parus ces derniers mois, il ne peut être seulement envisagé une simple adaptation de l'offre actuelle des soins spécialisés. La question du sens que donne la société à l'appareil pénitentiaire est au centre de la réflexion. " Surveiller et punir " résumait en son temps M. Foucault.

C'est dans la position du naïf que nous pouvons poser la question du sens de la prison. Pourquoi celle-ci se cantonnerait-elle à la part sécuritaire, coercitive, punitive - légitime et importante bien entendu - de sa mission ? Dans cette part d'enfermement des hommes, l'expérience prouve que les cages n'ont jamais appris à vivre, au contraire. **L'autre mission essentielle de la prison est de préparer ces hommes à un retour à la liberté dans une perspective, apaisée, d'insertion qui éloigne la tentation de la récidive.**

**L'évolution fondamentale des orientations, des organisations et des moyens internes au milieu pénitentiaire est un préalable indispensable.**

S'il ne suffit pas d'humaniser ou de réhabiliter les locaux, il faut en revanche rendre décentes les conditions de vie des détenus<sup>23</sup>. Le débat doit être national et il est urgent, car la situation actuelle dans les établissements est explosive.

Au Centre de Détention des Jeunes de Fleury Mérogis, la preuve est donnée que des modifications, sans excès, de l'organisation du travail de surveillance ont, en un an seulement, supprimé quasi automatiquement la violence des jeunes détenus. En Suède nous avons visité une prison qui présentait quelques solutions intéressantes. Mais l'on sait que les moyens y sont 6 fois plus importants qu'en France et que 2 surveillants sur 3 sont en fait des éducateurs.

C'est un défi, mais comment ne pas s'y engager ? Des établissements de petite dimension, des conditions sécuritaires adaptées aux différentes personnes détenues et non pas les plus strictes pour tous. Des innovations pour résoudre la contradiction qui transforme les présumés innocents que sont les prévenus, en détenus particulièrement surveillés ; des regroupements semi ouverts seraient novateurs.

*L'expérience, issue du cheminement de la psychiatrie des anciens asiles vers les hôpitaux puis le travail de secteur, nous a appris que le changement de notre regard sur les " aliénés " a permis les transformations institutionnelles radicales.*

---

<sup>23</sup> On ne doit plus voir, par exemple, ce qu'aux Beaumettes on appelle les " robinets marseillais ", c'est-à-dire des cellules aux conditions d'hygiène dégradantes.

## 6.1 Les limites de l'organisation actuelle

L'organisation actuelle des soins psychiatriques aux détenus a montré ses limites et ne doit plus être prise en exemple immuable pour l'évolution future.

## 6.2. Les soins psychiatriques pour les détenus en prison

Les équipes des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) dispensent des soins psychiatriques dans les centrales ou les maisons d'arrêt, auprès des détenus souffrant de problèmes psychologiques. Quand la pathologie psychiatrique devient trop " lourde ", le détenu peut être transféré en service d'hospitalisation psychiatrique, sur ordre du Préfet (article D398 du CPP). Il revient alors aux équipes de soins des secteurs ordinaires d'assurer à la fois la garde du détenu et les soins psychiatriques requis.

L'article D 398 du Code de Procédure Pénale transforme obligatoirement l'établissement de soins en établissement d'enfermement... Il présuppose en outre que le soin psychiatrique se fera nécessairement en pavillon fermé, ce qui n'est plus obligatoire depuis la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 du Code de Santé Publique, qui fait disparaître toute référence à l'enfermement qui était juridiquement la règle sous l'empire de l'ancien texte du 30 juin 1838.<sup>24</sup>

Si le détenu-patient est violent ou jugé potentiellement dangereux, il peut être transféré en Unité pour malades difficiles (UMD). Toutefois, les UMD n'accueillent que peu de détenus (cf. plus loin).

Le fonctionnement de nombreuses équipes des SMPR, au regard de l'offre de soin proposée, paraît assez restrictif et insuffisamment déployé dans l'espace et dans la durée. Les équipes des actuels SMPR fonctionnent la plupart du temps " en vase clos ". Cet isolement se manifeste notamment par l'énorme difficulté à mettre en place les suivis spécialisés après la détention, avec les CMP concernés. Cela se manifeste aussi par des hospitalisations obligatoires (suivant l'article D398), mal préparées, mal comprises et souvent bâclées rapidement par les secteurs, effrayés par l' " étiquette " de détenu, et ceci *in fine* au détriment des soins aux personnes.

**Il n'est plus possible de continuer à passer sous silence que les SMPR n'ont jamais été en mesure d'assurer, dans le cadre des établissements pénitentiaires, des soins en hospitalisation complète.**

La grande majorité des psychiatres travaillant en prison estiment que l'on ne peut forcer quelqu'un à se soigner en prison, car cela correspondrait à un doublement de la peine : rajouter une " peine " psychiatrique à la peine judiciaire. **Mais la double peine ne serait-elle pas plutôt de ne pas donner de soins à quelqu'un qui en nécessite ?** En effet, personne ne remet en question la double peine que constitue de fait, la mise en UMD ou en chambre d'isolement dans un service de psychiatrie de secteur, avec soins imposés et pour le moins non satisfaisants !

Sachant que 80% des budgets de la psychiatrie en milieu carcéral vont dans les SMPR, que ceux-ci ne sont que 26 et qu'il y a 187 établissements, il est évident que les moyens ne sont pas donnés pour la prise en charge psychiatrique des détenus en dehors du travail fait par les équipes des SMPR, dont la motivation et l'engagement professionnel sont à souligner.

---

<sup>24</sup> Observatoire International des Prisons, 28 septembre 2000

### 6.3. Les soins psychiatriques pour détenus dans les Unités pour Malades Difficiles

Les quatre Unités pour Malades Difficiles (UMD), situées dans les CHS et totalisant environ 400 lits, prodiguent des soins spécialisés de qualité à des détenus malades mentaux, mais ne reçoivent pas que des détenus. Le plus grand nombre d'infirmiers dans ces structures est justifié essentiellement pour des raisons de sécurité et non pas pour mener à bien des projets thérapeutiques.

Y sont également hospitalisés-enfermés des “malades difficiles”, ayant bénéficié d'un non-lieu (selon l'article 122-1 du Code Pénal), c'est-à-dire jugés irresponsables mais plus ou moins dangereux.

Y sont hospitalisés-enfermés une majorité de malades issus de secteurs ordinaires, en hospitalisation d'office, sans contrôle judiciaire suffisant, du seul fait qu'ils sont en soins contraints par décision préfectorale et qu'ils ont, par des troubles du comportement, débordé momentanément les capacités contenantes des équipes de ces secteurs.

Dans une unité d'hospitalisation ordinaire la peur de la violence potentielle entraîne souvent l'enfermement préventif, ce dernier étant en lui-même source de violence. Et la boucle est alors bouclée ! Une évaluation fine des situations entraînant les transferts vers les UMD et l'utilisation plus fréquente qu'en font certaines équipes par rapport à d'autres, justifiée parfois d'une visée "punitivité", est indispensable.

*Il surtout nécessaire qu'un débat entre professionnels ait lieu sur la clinique qui peut s'attacher à la contention et à l'enfermement.*

Une réponse doit être apportée à la question posée par les personnes détenues que leur état de santé psychique rend durablement porteuses de troubles violents du comportement et dont les soins ne peuvent être envisagés que dans le temps de la chronicité même de la pathologie.

Mais combien sont ces personnes ? Où sont-elles actuellement ? Sont-elles regroupées dans les UMD ou bien sont-elles avec des détenus particulièrement dangereux mais non malades mentaux ? Ces données ne sont pas disponibles. On sait seulement que 10 à 15 % des files actives des UMD sont constituées de détenus. On ne peut oublier certains problèmes rares de patients très malades et très violents pour lesquels des solutions devraient être pensées dans le cadre de la réforme des soins obligatoires que nous proposons et en prenant le temps d'en évaluer toutes les conséquences.

### 6.4. Les soins psychiatriques pour les détenus dans les services d'hospitalisation de secteur

Etant donnée l'évolution des missions et des pratiques des équipes de secteur, il n'est plus possible de continuer à exiger, en se voilant hypocritement la face, que ces équipes de soins assurent en même temps la garde et les soins en structures ouvertes. Alors que dans le même temps les équipes de soins somatiques envisagent la création de services d'hospitalisation en Hôpital Général, où la garde sera confiée aux agents de l'Administration Pénitentiaire ou de la Police.

### 6.5. La question de l'irresponsabilité pénale

Par ailleurs le dogme, défendu par certains psychiatres, de l'irresponsabilité pénale des personnes malades mentaux ne peut être un argument suffisant pour refuser de repenser l'organisation de soins adaptés aux personnes détenues présentant des troubles mentaux.

“ La confrontation à la justice pour l’acte commis et prouvé est chose nécessaire pour lever le déni et contraindre le mis en cause à s’interroger sur son propre fonctionnement ”<sup>25</sup>. Et “ cette antonymie judiciaire peut provoquer une situation dans laquelle la personne obligée perçoit, malgré sa vulnérabilité pénalement stigmatisée, que n’est pas niée son autonomie, qui substitue à l’obéissance à l’autre, l’obéissance à soi-même ”<sup>26</sup>. A notre avis ce texte, situé dans un ouvrage sur les délinquants sexuels, a une portée générale.

**Pour l’irresponsabilité pénale, nous pensons qu’il manque un débat sur le concept de crime.**

La folie n’étant en aucun cas une cause de non imputabilité de l’acte commis, nous prenons fermement position pour la révision de l’article 122-1 alinéa 1. Nous sommes pour la nécessité du procès, y compris la possibilité d’un temps de soin préalable pour que le sujet et citoyen “ y soit ” dans ce procès. Notons cette contradiction qu’il n’existe pas d’irresponsabilité civile pour les malades mentaux, en droit français, et que ceci n’a jamais soulevé la moindre polémique.

Pour les soins psychiatriques en prison, les mêmes principes de rapprochement avec les soins généraux ainsi que le développement des soins de proximité doivent sous-tendre les modifications indispensables.

La persistance de l’opposition entre les logiques de soin (“ les psychiatres ne sont pas là pour tout calmer ”<sup>27</sup>) et pénale est stérile tant au plan des intérêts de l’individu que de ceux de la société et mérite mieux que des anathèmes. Ceci impose que les acteurs du soin et ceux de la justice dialoguent intensément et sereinement :

- en respectant les langages et les règles de chacun,
- en respectant les règles des secrets professionnels de chacun,
- en partageant des temps de réflexion en commun.

---

<sup>25</sup> C. Balier, C. Parayre et C. Parpillon (1995),

<sup>26</sup> X. Lameyre (2000), reprenant P. Ricoeur

<sup>27</sup> Dr Paulet du SMPR des Beaumettes

### Mettre en cohérence les différents niveaux de planification

**Il est urgent d'intégrer la psychiatrie dans la médecine et la santé mentale dans la cité.** L'évolution sociologique et économique des 40 dernières années et la volonté de poursuivre le désenclavement de la psychiatrie et son rapprochement du système sanitaire général et également des champs médico-social et social, imposent la mise en cohérence des différents niveaux de planification.

- 1- Effectuer la révision globale et le rapprochement des cartes sanitaire, psychiatrique, sociale, judiciaire et scolaire,** au niveau national, dans le sens d'une identité des découpages, pour une planification possible. Le travail d'harmonisation des logiques territoriales de ces différents secteurs est indispensable, mais il est bien entendu politique, à mettre en œuvre par la DATAR, l'INSEE ou le Commissariat Générale au Plan ;
- 2- Réviser les délimitations cadastrales des secteurs actuels** (pour tenir compte des modifications socio-économiques intervenues, des besoins nouveaux...), ce qui implique de lutter contre la « conception cadastrale et douanière »<sup>28</sup> de la politique de secteur. Cette évolution suppose évidemment une évolution majeure des mentalités de tous les acteurs.
- 3- Développer des SROS unifiés comprenant un volet santé mentale obligatoire** (comme certains départements ont commencé à le faire).
- 4- Confier la mise en cohérence des différents niveaux de planification au niveau régional.** Soit des Agences Régionales de l'Hospitalisation aux missions sanitaires plus complètes, qui auraient des missions régionales d'impulsion, de financement et de contrôle et où la représentation démocratique serait dominante. Soit de véritables Agences Régionales de Santé dans une évolution, qui semble souhaitable et souhaitée, de la décentralisation.
- 5- Réaliser l'articulation et la mise en cohérence de l'offre psychiatrique et médico-sociale.** Afin de faciliter au mieux le soin et l'insertion des personnes souffrant de troubles mentaux et d'éviter la création des " nouveaux ghettos sociaux ". Cela pourrait être fait en **intégrant la planification médico-sociale au niveau des ARH** (avec participation des parlementaires et élus locaux aux décisions), en attendant les **ARS**. Cette extension des missions des ARH pourrait peut-être également inclure le domaine social, bien que la question soit complexe étant donné les séparations réglementaires et financières actuelles.

### Définir des outils d'aide à la décision adaptés

- 6- Elaborer d'urgence des outils de planification et d'évaluation de l'offre** suffisamment fins et opérationnels pour que chaque secteur et regroupement de secteurs disposent de moyens adaptés aux besoins des populations desservies et puisse garantir un accès équitable aux soins. Donc en rien une répartition nationale identique des moyens, mais une dotation suffisante par secteur pour garantir cette équité. Il est essentiel de réduire, pour les supprimer, les inégalités en tenant compte des spécificités.
- 7- Engager la réflexion et la concertation sur un PMSI-Psy repensé et dont l'objectif principal ne soit pas que gestionnaire.** On note un début d'évolution dans ce sens : la nouvelle version du " Rapport de Secteur " (exercice 2000), en cours de test, devrait mener à l'analyse plus qualitative de la prise en charge des secteurs. Le chemin sera certainement long

---

<sup>28</sup> Dr M. Minard, Dax.

et nécessitera une recherche dans toutes les régions de France, la modélisation pouvant varier d'une région à l'autre.

*“ Il faut s'attendre à ce que l'évaluateur de demain (et peut-être d'aujourd'hui) audite les processus internes, recueille l'avis des malades, examine la qualité des prises en charge au regard de référentiels internationalement reconnus et eux-mêmes en constante amélioration, alors que le planificateur d'hier scrutait prioritairement le nombre de lits autorisés, à comparer à des besoins théoriques, eux-mêmes définis via des “ indices lits/population ” relativement stables dans le temps. On voit par-là que l'obsolescence risque de gagner bien vite les raisonnements construits sur le nombre de secteurs, de lits, des places... Ce qui compte de plus en plus, ce sont les soignants et la qualité de leur savoir-faire : travailler sur l'offre, c'est donc désormais se prononcer sur leur nombre, sur leur formation, sur l'acquisition des compétences en cours de carrière, sur l'apprentissage du travail en réseau, sur la transférabilité des bonnes pratiques. ”<sup>29</sup>*

---

<sup>29</sup> S. Paul, IGAS, in Rhizome n°3 déc. 2000 (qui prouve encore une fois que Lucien Bonnafé avait raison : “ Des hommes plutôt que des murs ”)

## Mener la politique de sectorisation à son terme : passer de la psychiatrie à la santé mentale

*Pratiques en Psychiatrie : travail de soins spécialisés en milieu strictement sanitaire.*

*Pratiques dans le champ de la Santé Mentale : travail de prévention, de soins et de réinsertion, associant les savoirs initiés aux savoirs profanes, en milieu sanitaire et dans la communauté par une pratique de réseau ou “ activité AVEC personnes et instances pour aider la société à mieux faire avec le MAUVAIS OBJET qu’elle a tendance à proscrire.<sup>30</sup> ”*

Nous proposons une mutation du dispositif de psychiatrie qui permette d’**aller vers** les personnes malades ou souffrantes, avec les professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux et avec les élus locaux. La logique doit être de type réseau plus que de type institutionnelle.

**Cela nécessite une sorte de “ révolution psychiatrique ” qui redéfinisse les rôles des différents soignants** et confie plus de responsabilité à tous les para médicaux (surtout les infirmiers qui sont particulièrement sous-utilisés) sous la “ direction ” du médecin. Cette meilleure répartition des rôles et cette meilleure sollicitation des talents des uns et des autres permettraient également d’envisager différemment les problèmes de démographie médicale.

**Il ne peut être question de mettre les psychiatres partout et pour tout faire mais, au contraire, de réaffirmer le caractère sanitaire des missions de la psychiatrie, c’est-à-dire :**

- **bien prodiguer les meilleurs soins spécialisés et diversifiés aux clientèles spécifiques des structures sanitaires,**
- **tout en participant aux diverses structures sociales, médico-sociales et communautaires impliquées dans la santé mentale**
- **grâce à une articulation coordonnée des complémentarités (c’est-à-dire des spécificités et des limites de chacun), dans un réseau global, à l’échelle d’un bassin de santé.**

**Nous soutenons les propositions suivantes :**

1. Maintenir le principe de la sectorisation psychiatrique et le mener à son terme sur tout le territoire national

**Le concept est toujours pertinent** par ses principes fondamentaux de proximité et de continuité des soins, ainsi que par la notion d’implantation, dans une zone géographique accessible, d’une équipe pluri-professionnelle fonctionnant en réseaux sanitaires et sociaux. Le secteur est une option thérapeutique et pas la délimitation d’une aire géographique, ni seulement un dispositif fonctionnel. C’est le seul cadre qui permet d’aborder les tâches de santé publique réclamées par les intervenants de terrain : souffrances psychiques liées à la précarité sociale, toxicomanies, alcoolisme, maltraitements, ...

**Cela signifie alors d’achever la sectorisation de l’ensemble des services publics de psychiatrie, y compris les quelques services, universitaires ou non, de l’Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et à Lyon, qui ne le sont pas encore.** Nous sommes en total accord sur ce point avec le rapport récent (2000) que la Cour des Comptes a consacré à la psychiatrie publique.

---

<sup>30</sup> Lucien Bonnafé, encore...

2. Créer, par bassin de santé ou territoire pertinent, un service territorial de psychiatrie (STP) articulé à un réseau territorial de santé mentale (RTSM).

### **Le Service Territorial de psychiatrie (STP)**

#### **Les missions**

Le STP a pour mission d'assurer, en lien avec les autres acteurs sanitaires, les soins psychiatriques pour les personnes souffrant de troubles mentaux sur le territoire.

#### **L'organisation**

Il est composé du **regroupement des secteurs** de psychiatrie générale et des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

**C'est un établissement public de santé mentale** communal ou intercommunal, présidé par un maire et avec conseil d'administration, commission médicale d'établissement et comité technique d'établissement, etc... Les STP rédigent, tous les 5 ans, leur projet d'établissement. Les PSPH doivent pouvoir participer à ce nouveau dispositif.

**Il est co-dirigé par un directeur administratif, un directeur médical et un directeur paramédical.**

Son territoire est le bassin de santé ou le territoire pertinent

La gestion financière des STP doit être **autonome et non fongible** dans les budgets sanitaires généraux.

### **La composition de l'offre de soins en psychiatrie générale au sein du STP**

En application des principes de soins de proximité et de continuité, l'ensemble des structures de soins d'un secteur doit être implanté sur le secteur géographique concerné et ces structures doivent être "ouvertes".

Nous faisons nôtre l'affirmation de Mme La Présidente de la FNAP Psy : " Une hospitalisation, que ce soit en médecine somatique ou en psychiatrie, ne doit intervenir que si la personne ne peut être soignée chez elle ".

#### **L'offre de soin au niveau de chaque secteur est composée des éléments suivants :**

##### **1. Une équipe 24/24h de soins à domicile,**

Dans les secteurs urbains ou à forte densité d'urbanisation, le développement d'équipes travaillant en soins ambulatoires et hospitalisation à domicile, disponibles 24h/24 (comme cela se fait ailleurs en Europe et dans quelques secteurs en France) devrait être l'une des bases, l'un des points centraux, avec les CMP, du travail de l'équipe de secteur.

Cela devrait permettre entre autres avantages :

- ✓ d'éviter la rupture avec l'environnement des personnes et de mieux intégrer aux soins la famille et les proches ;
- ✓ de diminuer le recours à l'hospitalisation à temps complet ;
- ✓ de travailler étroitement avec les médecins généralistes et les thérapeutes libéraux dans le cadre de réseaux ville-hôpital ;
- ✓ de prendre en compte les besoins de soin en psychiatrie dans les structures médico-sociales et sociales du secteur en proposant des protocoles de collaboration adaptés ;

- ✓ d'assurer la continuité des soins et d'éviter les ruptures si fréquentes dans les prises en charge ;
- ✓ de rapprocher le travail du secteur des urgences de l'hôpital général qui sont une des portes d'entrée les plus utilisées par la population.

Bien entendu cela signifie que la personne doit avoir un domicile. Si ce n'est pas le cas l'organisation d'entraide sociale doit être à même de proposer des procédures rapides d'accession à un domicile individuel ou collectif de secours puis durable. Ceci sera repris dans la partie sociale de ce texte mais l'on doit avoir en mémoire la phrase : " sans toit on ne peut s'occuper de soi " <sup>31</sup>. Il faut repenser le rapport domiciliation-soins dans la sectorisation. Le problème des SDF doit en tout état de cause être envisagé dans une optique de continuité des soins. Les systèmes de répartition des SDF par secteur doivent être adaptés à la mobilité des patients mais aussi à une certaine " domiciliation par zone " des SDF dans les cités.

## 2. Des Centres Médico-Psychologiques ouverts de 8h à 20h et samedi matin.

## 3. Des structures de soin et d'insertion intégrés dans les lieux municipaux ou associatifs

L'implantation des structures et/ou des activités de soins ambulatoires intégrées dans la communauté doit être recherchée et favorisée (par exemple : ouverture de consultations de psychiatre ou de psychologue dans les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), les circonscriptions de service social, les cabinets de groupe des médecins généralistes et spécialistes " libéraux ").

Elles doivent être associées aux structures et actions des professionnels sanitaires et sociaux par l'établissement de conventions précisant les mises à disposition mutuelles en temps de personnels et en lieux. On rapprochera ces implantations des propositions de création des " maisons de santé " du rapport Polton <sup>32</sup>.

Ces nouvelles implantations favoriserait de manière " naturelle ", l'articulation nécessaire du dispositif soignant avec les institutions du secteur médico-social. Celles-ci sont en ce moment massivement dépsychiatisées et démédicalisées, ce qui contribue à augmenter la charge du service public, et laisse sans soins adaptés des patients.

4. **des familles d'accueil**, moyen essentiel d'aide aux personnes ayant des troubles psychiques et exemple d'intégration dans la communauté et de non stigmatisation. Dans certains cas elles peuvent servir d'alternative à l'hospitalisation (à l'exemple des pratiques de l'équipe de Madison aux USA).
5. **des appartements associatifs et thérapeutiques**. Outil remarquable d'accès au droit au logement couplé avec les soins dans une volonté d'insertion. La pratique des baux glissants doit être encouragée. Parfois, dans des grands logements, des locataires d'origines diverses, serait une solution à envisager. L'implication des bailleurs se fera dans le cadre des RTSM;
6. **un centre d'hospitalisation de 10 à 25 lits, implantés dans la zone géographique du secteur**

Si un établissement hospitalier général est implanté dans la zone il peut alors être **souhaitable, mais non systématique**, en fonction des spécificités locales, que les lits d'un ou de plusieurs secteurs y soient implantés. Sinon, un centre d'hospitalisation de 10 à 25 lits peut être implanté sur la zone pertinente, voire même articulé avec une clinique privée, sous forme de convention.

---

<sup>31</sup> Dr Emmanuelli

<sup>32</sup> L'aménagement du système sanitaire en 2020

*Ces structures de proximité ne peuvent avoir un sens d'alternative à l'hospitalisation psychiatrique actuelle que dans ce lien d'intégration communautaire, et aussi de centralité de l'organisation et de la gestion des soins psychiatriques et de santé mentale sur un territoire déterminé.*

Si la nécessité d'un traitement à plein temps en institution spécialisée est patente pour des personnes souffrant d'un trouble psychiatrique, rien ne vient prouver l'avantage de traiter trop longtemps ces personnes dans ces institutions. **Il est par contre prouvé (cf. les expériences anglaises, italiennes, suédoises, américaines et françaises<sup>33</sup>) qu'une prolongation exagérée de la durée des hospitalisations installe les malades dans une rupture sociale péjorative pour leur avenir et les prive d'une part importante de leur capacité à se prendre en charge et à retourner dans leur environnement habituel.**

On sait que la fréquentation des institutions marquées "psychiatrie", et ce parfois dès l'enfance, sur-stigmatise des populations déjà fragiles. Le poids de l'institution hospitalière, encore plus important quant il s'agit des grosses institutions psychiatriques vient de plus pervertir l'organisation des soins en ne permettant pas la souplesse et la personnalisation indispensable à leur optimisation. Ceci ne signifie pas l'arrêt des soins mais le déplacement de ceux-ci au plus près du malade et de son environnement.

*Il ne s'agit pas de l'externement des patients mais de l'externement des dynamiques de soin et d'insertion.  
Il devrait en résulter beaucoup moins de discontinuité des soins.*

#### **Au niveau du bassin de santé :**

##### **1. Un centre d'accueil intersectoriel ou centre 72h (CAI)**

Aux personnes présentant une demande urgente au service des urgences de l'hôpital général il s'agit d'apporter des réponses véritablement professionnelles. Dans les zones urbanisées le Centre d'Accueil Intersectoriel (CAI) situé à proximité du service des urgences, dont l'organisation et la coordination se font au niveau d'un territoire déterminé (cf. plus loin) pourrait être l'outil adapté.

Ces réponses professionnelles ne peuvent être faites dans la précipitation, la standardisation ni se résumer à une orientation. Ces réponses exigent de prendre le temps nécessaire afin de permettre l'élaboration collective (la personne, les soignants et les proches) d'un projet de soin individualisé. Non seulement cette approche spécifique éviterait des hospitalisations hâtives et inadaptées, mais elle permettrait aussi que certaines hospitalisations soient réalisées en intégrant plus sûrement subjectivité et temporalité et de préparer mieux les soins ultérieurs, en prévoyant les partenariats.

**Le CAI devrait donc répondre à nombre de personnes passant par le service des urgences de l'hôpital (y compris les obligations de soin dans le cadre des "72h", cf. plus loin) et aux demandes hors urgence, en soirée et la nuit, qui s'adressent à lui.** La permanence téléphonique, outil indispensable aux utilisateurs du système de soin en santé mentale, devrait y être assurée.

**Pour tout patient arrivant au CAI, le lien est obligatoirement fait avec l'équipe mobile 24/24h pour mettre en place le projet de soins dans la communauté, de même avec la famille et l'entourage, ainsi qu'avec les médecin(s) traitant(s) (généraliste et/ou psychiatre).** Ce centre est le lieu de la contractualisation des soins

---

<sup>33</sup> cf. Les résultats de l'enquête HID en institutions psychiatriques, F. Chapiro Ibid cit.

communautaires. Les durées de séjour doivent être courtes, pour ne pas créer un système de soins à deux vitesses.

Les professionnels de ces centres devraient pouvoir participer, après les formations indispensables, aux **cellules d'urgences médico-psychologiques** (CUMP), qui doivent être liées **aux équipes des SAMU** après la redéfinition en cours de leurs missions, objectifs, circonstances d'intervention et des moyens mis leur à disposition.

## **2. La psychiatrie de liaison à l'hôpital général**

La psychiatrie de " liaison " dans les services somatiques de l'établissement devrait être organisée à partir du ou des secteur(s) desservant le bassin de santé (comme cela est fait à Bondy, Dax, Le Havre, Birmingham, Trieste, au Portugal, etc.).

Il y a intérêt à développer cette psychiatrie de liaison, et à ne pas la considérer comme une annexe ou un accessoire de l'équipe de secteur.

## **3. Les soins aux détenus**

Ce point est développé plus loin

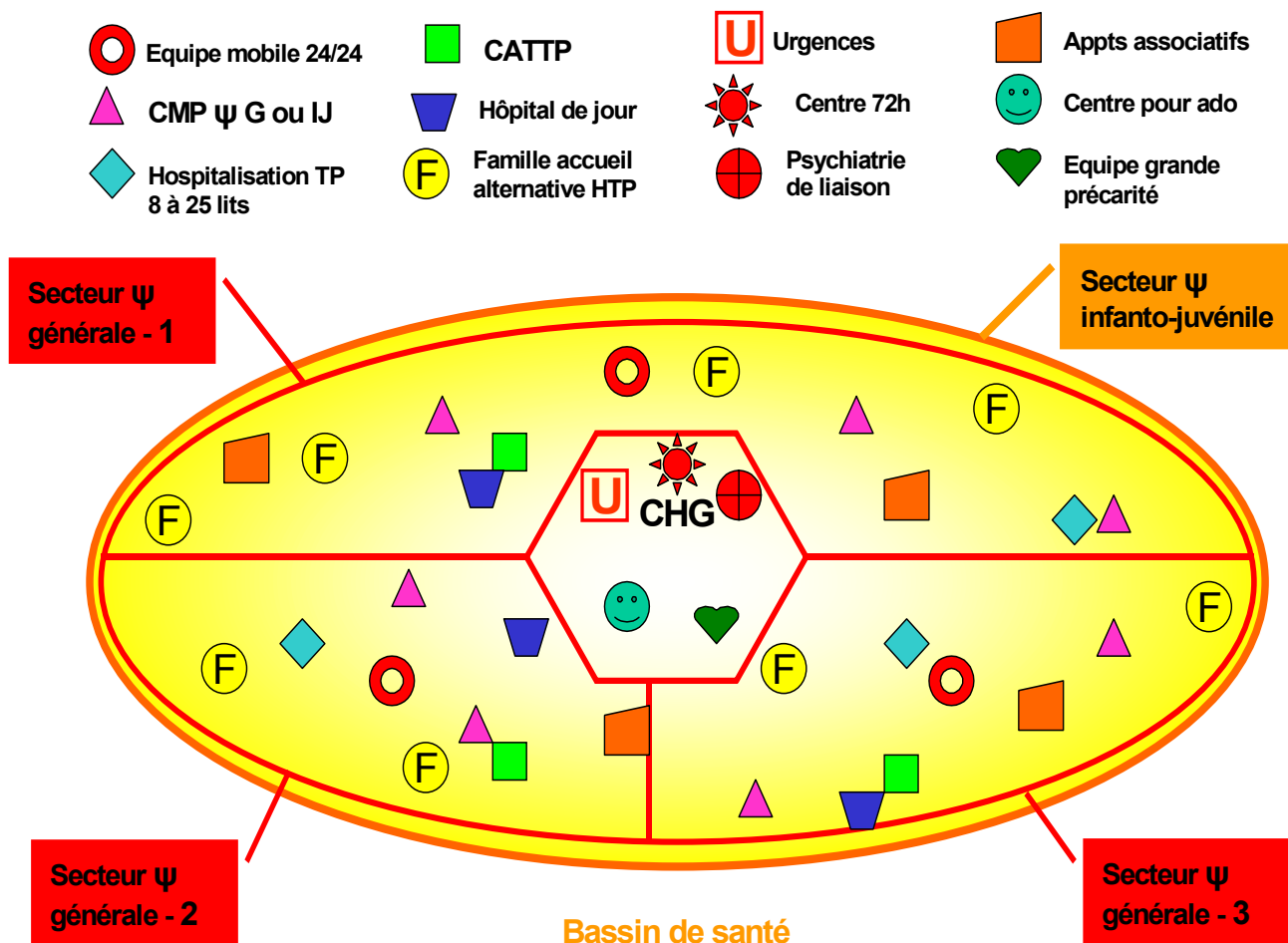
## **4. Les dispositifs de soins aux populations en grande précarité**

5. **Les patients atteints par le VIH.** Le bilan de la mise en œuvre des recommandations données dans le cadre de la circulaire 96-494 du 5 août 1996, pour améliorer la prise en charge des patients atteints par le VIH et la prévention de la transmission du VIH parmi les patients suivis en psychiatrie, montre que ces questions ont été prises en compte. Notamment par la création de Comités Sida au sein des établissements psychiatriques et la mise en place d'équipes mobiles pluri-professionnelles « Psy-VIH », émanant des secteurs, véritables modèles de ce qu'une psychiatrie de liaison serait en droit de proposer face à l'ensemble des pathologies qui associent de graves difficultés somatiques, psychiatriques et sociales.

Un programme d'actions à mener concernant les risques liés aux pratiques sexuelles en psychiatrie est donc en cours et propose d'élaborer des recommandations concernant :

- ✓ l'infection à VIH et les maladies sexuellement transmissibles
- ✓ la contraception et les interruptions de grossesse
- ✓ les abus et violences sexuelles.

## Le service territorial de psychiatrie



## **Le Réseau Territorial de Santé Mentale (RTSM)**

### **L'organisation**

**Le réseau territorial de santé mentale couvrira le même bassin de santé ou territoire pertinent que le service territorial de psychiatrie.**

L'organisation par territoire pertinent ou bassin de santé devra permettre l'identification des acteurs, des organisations, des administrations et des budgets propres à chaque champ :

- psychiatrie (public, « libéral », associatif),
- somatique (public, à but lucratif, associatif),
- social (municipal, associatif, privé),
- médico-social (associatif, privé à but lucratif, municipal...).

Cette identification devra ensuite se concrétiser par la création **d'un Groupement d'intérêt Public (GIP) gérant le Réseau Territorial de Santé Mentale** proprement dit (voir schémas).

Le GIP sera **coordonné et animé** par un directeur élu par ses membres. Il sera géré par un Conseil d'Administration (ou une Assemblée Générale) - qui pourrait s'intituler **Conseil Territorial de Santé Mentale (CTSM)** - présidé par un élu, et comprenant des représentants de chaque champ concerné par la santé mentale (cf. ci-dessus) ainsi que des représentants des usagers, des associations de familles.

Le RTSM sera **financé** par l'ARH, le Conseil général, les CPAM, les municipalités et toutes les structures et associations adhérentes. Les apports financiers de chaque champ devront être clairs. **Le budget du RTSM** devra être identifiable, non fongible avec toute autre enveloppe, identifiant clairement la part de chacun des partenaires. Il pourra utiliser des fonds spécifiques pour des actions ciblées.

### **La composition**

**Le RTSM sera composé (en tenant compte des acteurs présents) :**

- **d'acteurs sanitaires :**
  - ✓ le service territorial de psychiatrie
  - ✓ l'hôpital général
  - ✓ les centres médico-psycho-pédagogiques
  - ✓ les cliniques privées
  - ✓ les médecins généralistes
  - ✓ les médecins psychiatres libéraux
  - ✓ les médecins des structures associatives (IME, IMPro...)
  - ✓ les infirmiers libéraux, les psychologues libéraux
  - ✓ les pharmaciens
  - ✓ les médecins du travail, les médecins scolaires,
  - ✓ etc
- **d'acteurs sociaux :**
  - ✓ les circonscriptions de service social
  - ✓ les centres communaux d'action sociale, les centres sociaux
  - ✓ les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, le SAMU social
  - ✓ les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE)
  - ✓ les clubs de prévention spécialisés
  - ✓ les commissions locales d'insertion (CLI)
  - ✓ les structures d'accès à l'emploi (ANPE, PAIO, missions locales...)
  - ✓ les structures d'aide au logement (HLM, OPAC, CIL...)
  - ✓ etc
- **d'acteurs judiciaires :**
  - ✓ les services de protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)

- ✓ les services d'action éducative en milieu ouvert (AEMO)
  - ✓ les services de liberté surveillée, les associations tutélaires
  - ✓ etc
- **d'acteurs médico-sociaux :**
    - ✓ les Instituts médico-éducatif et professionnels (IME et IMPro)
    - ✓ les foyers à double tarification
    - ✓ les foyers d'hébergement
    - ✓ les lieux de vie
    - ✓ les instituts régionaux de prévention (IRP)
    - ✓ etc
- **d'acteurs culturels :**
    - ✓ les maisons des jeunes et de la culture
    - ✓ les artistes locaux (théâtre, arts plastiques, musique, danse...)
    - ✓ etc
- **de représentants des citoyens :**
    - ✓ les municipalités du territoire
    - ✓ les associations d'usagers
    - ✓ les représentants des familles
    - ✓ etc

## Les missions

Le **RTSM** élaborera un **Projet Territorial de Santé mentale (PTSM)**, pour une durée de 5 ans, qui inclura la déclinaison des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales en santé mentale, définies aux niveaux national, régional et départemental.

Dans ce PTSM devront être exposés :

- les **objectifs** de chaque champ, les **moyens** nécessaires pour les réaliser,
- les propositions, les objectifs et les moyens apportés par chacun des partenaires pour réaliser **chaque thème nécessitant des réponses collectives** (urgences, adolescents, personnes âgées, accès aux soins des populations marginalisées, soins aux détenus...), et selon les réalités locales,.
- le **contenu des missions** et la durée de celles-ci devront être précisés (détermination des priorités, organisation, coordination et décision) ainsi que leurs moyens d'action.
- les **conventions ciblées** avec ces membres pour la réalisation de certains objectifs.

**Le RTSM aura pour missions l'organisation :**

- de l'accès aux soins de santé mentale,
- de la recherche en santé mentale,
- de la prévention,
- de la lutte contre la stigmatisation,
- de la lutte contre l'exclusion des personnes souffrant de troubles mentaux et
- de toutes les actions d'insertion.

Le RTSM gèrera les **liens entre le service territorial de psychiatrie et les services partenaires** (mise à disposition de personnels et de locaux) et, par exemple :

- Il organisera des **actions de formation** conjointe avec et pour des professionnels des champs sanitaire, social et éducatif, et pour les usagers.
- Il passera **toutes conventions utiles** avec des sociétés de logement social et/ou foyers pour le logement des personnes souffrant de troubles mentaux qui le nécessitent
- Il passera **toutes conventions utiles pour les activités de socialisation** (sport, culture et art)

- Il organisera des **programmes d'information et de prévention** pour les utilisateurs des services territoriaux de psychiatrie et leurs familles.
- Il mettra en place des **actions de prévention** (suicide, alcool, toxicomanie, dépression...)
- **Il participera aux actions élaborées par les PRAPS** : préserver ou renforcer le lien parents-enfants ; soutenir les parents isolés ou en difficultés dans le cadre « d'écoles des parents » ; organiser la prévention de la maltraitance par la préparation à la parentalité, la limitation de la souffrance psychique en améliorant le repérage et la réaction adaptée par les acteurs etc.
- Il mettra en place des **programmes de lutte contre les préjugés**.

### **La coordination**

**Avec le niveau départemental**, qui est actuellement le niveau de coordination et de planification effectif du champ sanitaire et du champ social, devront être déterminés les axes de ces partenariats (sous la forme de plan-cadre) et précisés les principes de fonctionnement de ces collaborations. Il est possible de s'inspirer des « groupes de coordination départementaux » (circulaire n°2001/52 du 10/01/01 signée par 9 Ministres et Secrétaires d'Etat) prévus pour la protection de l'enfance.

#### **Avec le niveau régional**.

L'idéal serait que la décentralisation permette ce niveau d'impulsion, de coordination, de financement et de contrôle et où la représentation démocratique serait dominante.

#### **Avec le secteur privé conventionné**

**L'hospitalisation psychiatrique « libérale »**, là où elle est implantée devra être sollicitée pour établir des passerelles facilitant, pour les malades comme pour les professionnels, l'accès dans les deux sens aux diverses activités et structures thérapeutiques, en établissant des complémentarités. Ces échanges, qui existent dans certains secteurs, devront donner lieu à conventionnement.

Des missions de service public peuvent être confiées à ces établissements privés, suivant un strict cahier des charges. Il n'est pas compréhensible que les durées de séjour y restent plus longues que dans le public et que le nombre de lits n'ait pas autant baissé. Des contrôles ne seraient-ils pas nécessaires ?

*Dans les régions où les manques sont notables, la transformation des lits excédentaires en structures alternatives à l'hospitalisation devrait être possible sous convention et intégration dans les politiques des territoires pertinents ou bassins de santé.*

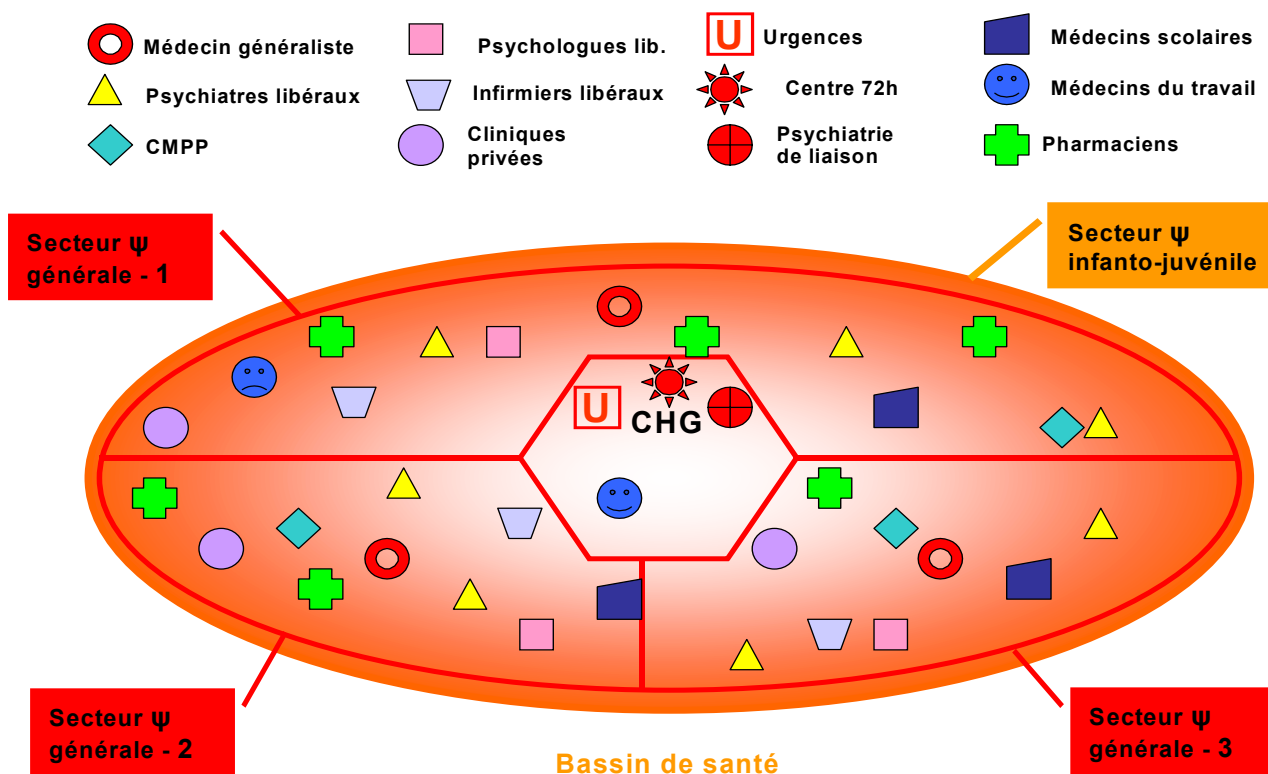
**Il sera très important de partager des missions intégrées au service public en évitant de créer deux filières distinctes tout à fait préjudiciables pour les usagers ; mais aussi que la réglementation les autorise, sous conditions, à disposer d'outils relais (hôpital de jour, CATTP...).**

**Les soignants du système « libéral »** seront sollicités pour participer aux activités du Centre d'Accueil Intersectoriel. Cette coopération est fortement souhaitée par eux. Nous l'envisageons favorablement.

#### **Avec les structures de soins associatives ayant ou non des missions de service public.**

Ces structures sont la plupart du temps financées par des fonds publics (dans des proportions souvent importantes par rapport à l'ensemble du budget de la santé mentale) et répondent à des règles de gestion et d'évaluation comptable comparables. Mais la cohérence de leur travail, leur transparence dans l'ensemble de l'offre de soins, leur complémentarité avec les actions du service public de santé mentale, la décision d'ouverture ou de fermeture de l'une ou l'autre de ces structures doivent donner lieu à débat ouvert au niveau des bassins de santé ou territoires pertinents.

## Partenaires sanitaires



## Partenaires municipaux, judiciaires, réhabilitation, usagers

