

C.E.D.E.P.
Comité Européen : Droit, Ethique et
Psychiatrie

XIII^{ème} SEMINAIRE

*Echanges Européens sur les Concepts et
les Pratiques*

Le champ, les références, l'intervenant

Programme, textes et documents

Toulon (France)
29, 30 et 31 mai 2004

Echanges Européens sur les Concepts et les Pratiques

A chaque séminaire, nous nous rendons compte à quel point nos systèmes de pensée et nos références varient considérablement d'un pays à l'autre, sans que nous soyons en mesure de véritablement cerner dans nos pratiques respectives ce qui nous réunit et ce qui nous différencie.

Une réflexion européenne ne peut se satisfaire de juxtaposer pratiques et discours et entendre par curiosité ce que font les autres, sans tenter d'appréhender ce qui a fait progrès ici et là.

« Vérité en deçà, erreur au delà ... », cet aphorisme est beaucoup plus d'actualité qu'on ne le pense tant l'histoire de nos mouvements et de nos engagements ne peut se déprendre de la politique sanitaire, en particulier, et de la politique tout court, de nos pays respectifs.

La question que nous voudrions traiter dans ce séminaire est la manière dont se nomment, se délimitent et s'articulent notre champ et, en conséquence, ses acteurs dans chaque pays.

Cette approche pourra peut-être nous permettre d'entrevoir pourquoi ce qui peut paraître comme une hérésie à certains d'entre nous apparaît à d'autres comme la condition essentielle d'un progrès social.

On a vu l'an dernier, lors du séminaire d'Utrecht, à quel point ce débat est crucial à l'interface psychiatrie et justice et sur la question des soins en prison. Il l'est aussi dans beaucoup d'autres aspects de notre pratique.

Comme chaque année, les contributions qui nous sont parvenues, nourriront et enrichiront notre débat

Bruno Gravier

Comité d'organisation

Claude Louzoun (Paris), Paul Arteel (Gent), Bruno Gravier (Lausanne), Catherine Paulet (Marseille), Alain Abrieu (Marseille)

European Exchanges on Concepts and Practices

At each seminar, we realise to what extent the way in which we think and our points of reference vary from one country to another, without us being able really to point out in what it is about our respective practices that brings us together and what it is that differentiates us.

A European reflection cannot be satisfied with merely juxtaposing practices and speeches and hearing, out of curiosity, what everyone else is doing, without attempting to grasp what progress has been made here or there.

"home truths seldom cross frontiers", this aphorism is much more current than we might imagine for the history of our movements and our commitments is particularly caught up in the health policy and policy in general of our respective countries.

The question that we should like to address in this seminar is the way in which we refer to our domain, how it is defined and its orientations in each country and in consequence, who its players are.

This approach will perhaps enable us to catch sight of why what may appear as a heresy to certain of us appears to others as the essential condition of social progress.

During our seminar last year in Utrecht, we saw just to what extent this debate is crucial to the interface between psychiatry and justice and to care in prisons. It is similarly crucial in many other aspects of our practice.

As each year, the contributions which will be made, will nourish and enrich our debate.

Bruno Gravier, 6th March 2004

Organising Committee

Claude Louzoun (Paris), Paul Arteel (Ghent), Bruno Gravier (Lausanne), Catherine Paulet (Marseille), Alain Abrieu (Marseille)

PROGRAMME

Samedi 29 mai, 1^{ère} session , 9h-10h30

Modérateur : *Paul ARTEEL*

Introduction du séminaire : *Bruno GRAVIER, Claude LOUZOUN*

Le champ : à qui s'adressent les pratiques ? Clients ou Usagers ?
The field: who do these practices address ? Clients or Users ?

Comment définit-on ceux pour qui se déploient les pratiques de santé mentale ? Le patient s'efface aux yeux des gestionnaires derrière le client et, aux yeux de ceux qui revendiquent de ne plus être de simples consommateurs de soins, derrière l'utilisateur. Cette question va de pair avec l'articulation des espaces : la psychiatrie n'est pas la santé mentale, le domaine sanitaire ne recouvre pas, loin s'en faut, celui du social. Finalement, à qui s'adresse la psychiatrie ?

How do we define those for whom the mental health practices are deployed ? In the eyes of the managers, the patient hides behind the customer, and in the eyes of all those who demand to be no longer simple consumers of care, behind the user. This question goes hand in hand with the way in which the fields are linked: psychiatry is not mental health, the health domain far from covers the social domain. Finally, just who does psychiatry address ?

Claire GEKIERE , L'utilisateur, l'handicap psychique et le réseau mixte, nouvelles identités françaises en santé mentale

Proposition, avec une grille de lecture plutôt systémique d'analyse de l'évolution du patient psychiatrique en utilisateur et handicapé psychique en santé mentale.

A travers notamment l'exemple du tout récent « réseau mixte (sanitaire et médico-social) du handicap psychique » créé en Isère, nous verrons comment, au nom de la fiction de l'utilisateur libre, informé, « auteur de son projet », et en capacité de contracter pour qu'on lui vienne en aide dans son « parcours » de soin et d'insertion, s'organise la gestion d'une population « d'handicapés psychiques » au profit du confort des institutions du réseau.

Jean-Pierre MARTIN, Le secteur entre mort annoncée et utopie à réinventer

Le secteur est globalement passé à côté de la question sociale, car il s'est principalement constitué du côté du curatif médico-psychologique comme extension de l'hospitalier sur le terrain. Le renversement actuel auquel nous assistons dans lequel les institutions sociales appellent à plus de psychiatrie est-il une nouvelle chance pour le secteur ou son instrumentalisation économique et sécuritaire? Clinique encadrée ou interstitielle dans un réseau centré vers et avec le sujet dans la communauté? Voilà les questions à débattre actuellement.

Samedi 29 mai, 2^{ème} session , 11h-12h30

Modérateur : *Bruno GRAVIER*

Le champ : à qui s'adressent les pratiques ? Clients ou Usagers ? (suite)
The field: who do these practices address ? Clients or Users ? (following)

Theresja KRUMMENACHER, **présentation d'une video « témoignage : vivre avec une maladie mentale »**

Débat sur les précédentes contributions : **« le patients dans tous ses états »**

Discutants : *Serge KLOPP, Catherine PAULET, Claude LOUZOUN,*

Samedi 29 mai, 3^{ème} session , 17h-18h30

Modérateur : *Philippe GASSER*

Le champ : à qui s'adressent les pratiques ? Clients ou Usagers ? (suite)
The field: who do these practices address ? Clients or Users ? (following)

Anne GOLSE "La psychiatrie publique entre maladie et santé"

Argument : je voudrais montrer comment les enjeux actuels de la psychiatrie publique s'originent dans un changement de ce que Castel avait appelé l'axiomatique psychiatrique. Ce changement, qui affecte les savoirs, les pratiques et l'organisation, se fonde sur non plus sur la maladie mais sur la santé et ses avatars, la souffrance psychique et la réduction des risques. La crise actuelle procède du mouvement de transformation qui fait quitter l'ancien modèle centré sur la maladie, pour aller vers le nouveau modèle centré sur la santé. Elle s'énonce ainsi chez certains professionnels sous ces termes : "c'est pas psychiatrie mais c'est quand même pour nous".

Débat sur la précédente contribution : **« Crise ou évolution ? »**

Discutants : *Jean-Pierre LEGENDRE, Stelios STYLIANIDIS*

Samedi 29 mai, 4^{ème} session , 19h-20h30

Modérateur: Alain ABRIEU

**Les références : des valeurs aux classifications.
The references : values for the classifications.**

La médecine basée sur les preuves s'est constituée en paradigme. Cette nouvelle donne fera l'objet d'un séminaire spécifique du CEDEP en 2005. Pour défricher le terrain nous proposons de réfléchir sur les catégories qui se dessinent dans la pratique actuelle. Les classifications fleurissent et concernent les handicaps, les maladies mentales graves, les patients difficiles, les pathologies sévères, etc... Certains pays ont choisi d'opposer à l'evidence-based medicine la value-based practice. C'est essayer de développer une pratique qui se réfère à des valeurs plutôt que de laisser les classifications envahir toute la construction de la relation clinique. Celles-ci devenant la base de l'orientation du patient à travers les filières de soin et support de toute référence thérapeutique..

Medicine based on proof has made a paradigm of itself. This new state of affairs is to be the subject of a specific CEDEP seminar in 2005. So as to start to clear the ground, we propose a reflection on the categories which are emerging in current practice. The classifications flourish and concern handicaps, serious mental illnesses, difficult patients, severe pathologies, etc... Certain countries have chosen to confront evidence-based medicine with value-based practice. This means attempting to develop a practice which refers to values rather than allowing classifications to invade the whole clinical relationship structure. The classifications then become the basis for orienting the patient through the channels of care and support of any therapeutic reference.

Christian LAVAL, Psychiatrie santé mentale : des exigences de justice en mutation

Débat : « Trouble mental, santé mentale ? »,

Discutants : Jacques GASSER, Anne LOVELL

Dimanche 30 mai, 5^{ème} session, 9h -10h30

Modératrice : Claire GEKIERE

Les références : des valeurs aux classifications. (suite)

Jean-Jacques LOTTIN **Vive la psychiatrie fondée sur les preuves scientifiques**

L'evidence-based medicine (EBM) envahit rapidement l'ensemble du champ de la santé en France, après être devenue l'approche « officielle » dans la plupart des états anglo-saxons, où triomphe le « capitalisme-cognitivist ».

Présentée comme une « technique » de guides et référentiels de « bonnes pratiques », élaboré par des experts, destinée à faciliter la pratique médicale, face à la pléthore d'informations qui assaille les médecins, mon propos cherche à montrer que ce nouveau « paradigme » n'est en réalité que le retour du refoulé saxonisé du vieux scientisme français du XIXème, et qu'il s'agit d'une idéologie positiviste pragmatique : peut-être est-ce le modèle médical dominant de l'ère du néo-libéralisme ?

Cette méthode standardise, uniformise, homogénéise la pratique médicale et menace la clinique. Sa première victime est la psychiatrie formatée au moule EBM du DSM. Raccourci de la pensée, économie de la réflexion sur la complexité, on peut considérer que l'amendement Corroyer-Mattéi et le rapport Cléry-Mélin et autres, en sont la première et claire manifestation.

A quand la psychanalyse EBM ?

Stelios STYLIANIDIS **Transformation of Psychiatry and the need of new paradigms for a new mental health policy**

Psychiatry is passing a crisis period, due to several determinants which are transforming its practice field, its object and its identity. The change of the epidemiological pattern, the new classification system, the questioning of the global impact of psychopathology and the status of the suffering subject, the psychiatry practice vs. the mental health strategy, the interdisciplinary approach (biological, clinical, medical, socio-anthropological, economical, psychological approaches) are elements, among other, that constitute a deep change of the identity of psychiatry .

Taking into account these recent developments, in this intervention we will try to stretch our concern about the need of debating on and implementing new paradigms within the psychiatric theory and practice. E.g.: biomedical vs. public health approach, mono- vs. co-morbid, DSM-IV classification nosography vs. psychopathology, EBM model vs. value-based practices, exclusion vs. inclusion, short-term care vs. long-term care, EBM approaches vs. postpsychiatry.

Dimanche 30 mai, 6^{ème} session, 11h - 12h30

Modérateur : Alain CHABERT

Les références : des valeurs aux classifications. (suite)

Jean-Pierre LEGENDRE, Le disensus des classifications en psychiatrie infanto-juvénile

En France, se confrontent, de plus en plus vivement, les références à différentes classifications des troubles mentaux de l'enfant. Le débat est essentiellement centré sur les différences de logique de la classification française CFTMEA (dite Misès) et la classification nord-américaine DSM IV. Le débat repose sur des conceptions opposables de psychopathologie, mais aussi révélant des enjeux économiques et culturels importants. Derrière l'apparente discussion scientifique se posent des problèmes politiques et éthiques qui méritent d'être débattus dans le cadre du CEDEP.

Paolo HENRY, Ma il manicomio e' proprio finito ?

Débat « Du bon usage des classifications »

Discutants : Eric. MESSENS, Claire.-Marie. PERRODIN

Dimanche 30 mai, 7^{ème} session, 17h30 - 20h00

Modérateur : Claude LOUZOUN

**L'intervenant : être psychothérapeute en Europe aujourd'hui.
The practitioner: psychotherapists in Europe today**

L'amendement Accoyer en France a fait émerger un certain nombre de questions diversement abordées dans les pays européens. Parmi celles-ci se posent les questions de l'évaluation des pratiques et des compétences, du contrôle par les autorités de la qualité des prestations dispensées, etc. Au delà de la question de l'institutionnalisation et de la reconnaissance des pratiques psychothérapeutiques, se pose celle du statut de « l'intervenant en santé mentale ». A la notion historique d' « opérateur » développée par Psychiatria Democratica répond actuellement, dans les pays anglo-saxons, la notion de « case manager », dont on pourrait rendre compte en parlant de « gestionnaire de la continuité des soins » (Belgique). Ces dénominations renvoient à une réalité des soins en santé mentale qui semble, à priori, s'inscrire dans une logique gestionnaire ou

d'accompagnement symptomatique. Dans ce contexte, y a-t-il encore une place pour la psychothérapie dans les pratiques institutionnelles ? Ou doit-on considérer que la psychothérapie devient surtout l'apanage d'une pratique privée de plus en plus encadrée par les pouvoirs publics ?

The Accoyer amendment in France has led to the emergence of a certain number of questions treated in a variety of ways in the countries of Europe. Among them are the questions concerning the assessment of practices and competencies, of the control by the authorities of the quality of the services provided, etc. Beyond the question of the institutionalisation and the recognition of the psychotherapeutic practices, there is that of the status of the « practitioner in mental health ». To the historical notion of « operator » developed by Psychiatria Democratica, the Anglo-Saxon countries currently reply with the notion of « case manager », which could be paraphrased by talking of « manager of the continuity of care » (Belgium). These denominations refer to a reality of mental health care which would seem, a priori, to be part of a logic of management or symptomatic accompaniment. Within this context, is there still a place for psychotherapy in institutional practices ? Or should we consider that psychotherapy is becoming above all the prerogative of a private practice increasingly controlled by the public authorities?

Martine BAUDIN, Vol d'une sociologue au-dessus d'un nid de « psy »

Bilan de 10 ans de travail en santé mentale, et questionnements qui en résultent, autour de la perception des usagers, des relations entre secteurs d'activité, de l'image des soignants, du lien à la pathologie et ses classifications. Tableau impressionniste.

Débat : « Statuts des soignants, statuts des thérapeutes en Europe ? »

Discutants : M. H. Lottin (F.) C. Heginbotham (G. B.), C. Bontemps (B), S. Stylianidis (G), P. Henry (I)

Lundi 31 mai, 8^{ème} session, 9h30 -11h30

Bruno GRAVIER, Synthèse du séminaire

Claude LOUZOUN, Paul ARTEEL, Conclusions : débats actuels et perspectives pour le CEDEP

TEXTES

PARTIE 1 :

**Le champ : à qui s'adressent les pratiques ?
Clients ou Usagers ?**

**The field: who do these practices address ?
Clients or Users ?**

Claire GEKIERE

***L'usager, le handicapé psychique et le réseau mixte,
nouvelles identités françaises en santé mentale***

SOMMAIRE

- 1- Psychiatrie et santé mentale - La distinction française
- 2- L'usager en psychiatrie - Une inclusion qui veut devenir une appartenance
- 3- Le handicap psychique - Un lobbying réussi
- 4- Le réseau (de soins) n'est plus ce qu'il était
- 5- L'exemple du réseau mixte « Handicap psychique » de l'Isère, REHPI
- 6- Conclusion : de l'usager informé et consentant, « auteur de son projet », à la gestion de populations de handicapés psychiques ?

1- Psychiatrie et santé mentale – La distinction française

« De la psychiatrie vers la santé mentale » tel était le titre de l'avant-dernier rapport remis au ministre de la Santé en 2001.

Et « Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale » celui du dernier, en septembre 2003.

Juste pour rappeler qu'en France, nous distinguons psychiatrie et santé mentale, la première étant un sous-ensemble de la seconde, définissable grosso modo comme la branche de la médecine dotée d'un appareil de soins réparti entre public (la sectorisation psychiatrique), associatif et privé lucratif.

La santé mentale a elle une définition variable et s'accommode bien de la notion, elle aussi variable et extensive, de « souffrance psychique ».

Autrement dit : la santé mentale est l'affaire de tous, la psychiatrie celle des professionnels de la chose... et de ses usagers.

2- L'usager en psychiatrie – Une inclusion qui veut devenir une appartenance

Pour mémoire : les membres d'un groupe d'inclusion doivent présenter un caractère partiel commun, non choisi assez souvent (les SDF, les schizophrènes, les élèves de la 3^e B...) alors qu'un groupe d'appartenance contient un individu qui lui appartient (et peut appartenir à plusieurs groupes), individu qui se sent solidaire et en relation avec les autres membres et reçoit en retour une identité de l'appartenance à ce groupe (famille, certains groupes professionnels, certaines associations...) [Neuburger].

Il me semble que les usagers ont choisi de se définir volontairement à un niveau collectif, comme un groupe d'inclusion fort, autour d'un élément partiel revendiqué : l'usage, l'usage de l'appareil de soin, l'usage du médecin. Car l'usager, notamment en psychiatrie, en a assez des inclusions stigmatisantes décidées par d'autres : plusieurs dizaines de malades mentaux sont à la fois pourvus d'un diagnostic, assorti bien souvent d'un traitement psychotrope continu, d'une allocation dite « adulte handicapé » et d'une mesure de protection des biens.

Beaucoup de soignants supportent mal le terme « d'usager » qui les renvoie brutalement au rôle de prestataire de services.

Parmi les psychiatres, bon nombre pensent en outre que ce terme d'usager dénature le dialogue subjectif entre thérapeute et soignant, refusant ou ignorant de distinguer entre niveau des relations interpersonnelles et niveau des définitions collectives.

3- Le handicap psychique – Un lobbying réussi

La « personne handicapée psychique » est une invention récente en France. La banalisation de la notion de « handicap psychique » remonte à moins de dix ans. Elle a été promue avec succès notamment par l'UNAFAM, association de familles, pour que soit reconnue la variabilité au cours du temps des handicaps liés aux troubles psychiatriques chroniques par opposition schématique à la stabilité du « handicap mental » lié aux déficiences intellectuelles.

Avec, à la clé, l'idée d'obtenir des moyens et surtout des changements dans les circuits du handicap. Par exemple, plus de souplesse : pouvoir circuler plus facilement entre institutions sociales et sanitaires, pouvoir se soigner et travailler, ne pas devoir recommencer toutes les démarches d'insertion si on est hospitalisé plusieurs mois...

Le « réseau du handicap psychique de l'Isère » a ainsi pu se fonder en 2002 sur la double idée qu'il existait une population de handicapés psychiques en Isère et qu'elle avait des attentes non satisfaites...

La population a été évaluée à partir des données sociodémographiques départementales croisées avec des enquêtes nationales non spécifiques sur le handicap, auprès des malades mentaux et de leurs familles, auprès des commissions d'orientation pour les handicapés, auprès d'établissements spécialisés.

4- Le réseau (de soins) n'est plus ce qu'il était

« Le travail en réseau doit renforcer le lien social et non pas, comme certains le craignent, le contrôle social » (rapport ministériel 2001)

Comme pour tout concept durable, celui de réseau a vu ses significations évoluer au fil du temps. Un invariant est sans doute l'accent mis sur les liens et les communications qui unissent les membres d'un réseau, par opposition aux institutions cloisonnées.

Mais les différences sont grandes entre, par exemple :

- è les « pratiques en réseau » en santé mentale des années 70-80, pensées comme des alternatives aux soins traditionnels en psychiatrie et sous-tendues par l'idée qu'une demande individuelle cache souvent un problème plus large derrière le « patient identifié ». Le danger souligné à l'époque était le risque de « psychiatriser des groupes de plus en plus grands d'individus » et « d'accroître le contrôle social » sur des populations plutôt démunies, sans pouvoir non plus résister à la pression du conformisme social [Montréal].
- è Les « réseaux de santé de proximité » qui, vers la même époque, privilégiaient une approche militante « médico-psychosociale » pour lutter contre les cloisonnements. Ce sont les pratiques « coopératives », « non hiérarchiques » qui sont pensées comme « au centre du réseau » et non la personne malade qui occupe elle une place avec ses propres compétences au côté des différents professionnels.
- è Les « réseaux de santé » définis dans la loi du 4 mars 2002, organisés réglementairement, subventionnés et obligatoirement soumis à évaluation. Ils sont plutôt populationnels ou thématiques (« certaines populations, pathologies ou activités sanitaires »). Ils ont aussi clairement un objectif de réduction des dépenses de santé.

5- L'exemple du réseau mixte REHPI : Réseau Handicap Psychique de l'Isère

« passer à une logique de réseau pour gérer des parcours » (rapport ministériel 2001)

Ce réseau a été fondé en 2002 à l'échelle d'un département, entre des établissements sanitaires (2 hôpitaux psychiatriques) et médicosociaux (accompagnement, réadaptation socioprofessionnelle, Centres d'aide par le travail, 7 au départ), pour « contribuer à l'insertion sociale et/ou professionnelle d'un public nécessitant une démarche spécifique : les personnes handicapées psychiques. Les acteurs membres du réseau ont des compétences complémentaires susceptibles d'apporter les réponses adéquates à une prise en charge globale de la personne dans son parcours d'insertion. » (charte du réseau).

Ce réseau a bénéficié d'un financement expérimental car il innovait en étant « mixte », c'est-à-dire en réunissant du sanitaire et du médicosocial. Deux emplois de secrétaires et de

coordinatrices ont aussi été créés. Le financement a servi aussi à payer une évaluation obligatoire du fonctionnement du réseau, pour la modique somme de 32 000 € (sur un budget de 133 000 € sans les frais de personnel). Par contre, la participation de chaque établissement est « bénévole », chacun déléguant des professionnels pour y participer.

Ces professionnels participent notamment à ce qui s'appelle une « cellule mixte départementale d'évaluation ». Cette cellule reçoit les personnes handicapées psychiques pour « évaluer leur besoin pour proposer un parcours individualisé ».

Au-delà du jargon, au départ l'idée était que nombre de personnes malades mentales chroniques ne trouvaient ni logement, ni activité au sens large, ni grand soutien et que trouver une place dans les établissements existants pouvait être un véritable parcours du combattant. Il s'agissait d'essayer de faciliter les admissions et les allées et venues en fonction de la fluctuation des situations personnelles et institutionnelles. Et également de « faire remonter les besoins » aux décideurs et financeurs quand le manque de solution venait tout bonnement de l'absence de structure (criante par exemple pour l'accès au logement social ou le manque de « lieux de vie »).

Puis le réseau, et la cellule d'évaluation, ont vécu leur vie et les problèmes ont commencé, dont je ne donnerai que deux exemples :

- è a) la création d'une étape supplémentaire obligatoire dans un parcours d'usager
- è b) la dérive des missions en réseau

a) A la demande des financeurs, un service d'accompagnement qui se créait a dû inclure dans sa procédure d'admission le passage obligatoire par la cellule mixte d'évaluation, au motif qu'ils ne recevaient « que des cas difficiles », rendant ainsi plus compliqué le « parcours de l'usager ».

b) Très récemment, les financeurs ont aussi demandé de travailler « l'articulation » du travail d'évaluation dans la cellule avec la COTOREP, c'est-à-dire avec le décideur officiel et réglementaire de très nombreuses prestations financières et orientations pour les personnes handicapées. Avec le double risque d'un alourdissement là aussi du parcours et d'un transfert de charge vers les professionnels des établissements du réseau, juges et parties dans les orientations.

Pendant qu'on y était, les financeurs ont également demandé que le réseau travaille à l'évaluation des critères pour la réforme de la loi de 1975 sur les prestations aux personnes handicapées.

6- Conclusion

En théorie, un réseau augmente le nombre de choix possibles pour un usager et lui facilite les démarches pour le problème qui l'occupe.

En pratique, le risque actuel est double :

- è Rigidification des réseaux réglementés avec création d'une superstructure qui ne fait que s'ajouter à l'existant (génératrice de complication plutôt que réducteur de complexité [Gaillard]).
- è Aggravation de la ségrégation et du contrôle social.

La gestion de populations, ici les « handicapés psychiques », est masquée alors par l'apparence trompeuse du respect formel des droits. On fait « comme si » usagers et réseau

échangeaient sur un pied d'égalité. Si c'était bien l'idée dans les réseaux de santé de proximité, l'évolution actuelle des réseaux ne permet plus de soutenir ce mythe.

En effet, malgré la tendance volontariste à transformer le patient en « acteur libre », censé exprimer son consentement de manière contractuelle, la relation entre usager et réseau reste une relation de dépendance, asymétrique et le contrat se révèle souvent tellement dissymétrique qu'il en perd sa nature contractuelle et se transforme en adhésion sans alternative.

Ainsi, pour revenir à notre exemple, la personne qui ne peut accéder à une structure sans se faire obligatoirement évaluer est, de fait, transformée en handicapée psychique qui alimente le réseau et lui permet de vivre...

Ainsi, après avoir réussi à sortir de la désignation psychiatrique par la promotion du groupe d'appartenance des usagers « acteurs de leurs projets », voici que renaît, dans le champ voisin du handicap, l'inclusion stigmatisante.

Jean-Pierre MARTIN

Au risque des pratiques cliniques dans la communauté

Cette intervention prolonge celle sur la clinique des interfaces que j'avais présentés au séminaire de 1999 (Les portes du soin) dans le sens où elle aborde les effets de cette clinique sur l'ensemble du dispositif de secteur sur plusieurs années, en particulier sur les CMP et le service d'urgence de l'Hôtel-Dieu.

Cette évolution s'est produite dans une situation à haut risque.

En effet la notion de risque est dominée dans une société traversée par l'économie néolibérale par des termes comme gestion, libre entreprise, responsabilité et droits de la personne individuels que l'on retrouve dans les notions d'hôpital entreprise, de rationalisation des coûts, d'évaluation des compétences techniques de chaque qualification (profils de postes), d'organisation de l'équipe sur la base de techniques de communication et d'évaluation (plans de soins), à l'opposé du travail relationnel et de l'échange intersubjectif. Dans un tel contexte les cadres de santé supérieurs sont chargés de gérer ces critères d'organisation au détriment de leur rôle d'animation thérapeutique.

Sur l'ensemble du dispositif de terrain ce cours comptable et fonctionnaliste participe de la casse du service public de psychiatrie que le secteur avait, malgré ses manques, instauré. Cela se traduit par :

- la perte des moyens qui permettent de réaliser des soins de qualité
- l'organisations du temps de travail « à flux tendu »
- la disparition des temps interstitiels de chevauchements entre différents horaires qui permettent aux membres d'une équipe d'élaborer, de confronter les vécus collectivement.

L'application des 35h qui devait permettre une amélioration de la vie des soignants est venue renforcer ce carcan médico-administratif.

Il en résulte une grande souffrance des personnels qui voient se déliter l'idéal thérapeutique, support essentiel à tout engagement, au profit de l'efficacité individuelle, de la hiérarchisation des tâches et de la conformité à des « consensus » techniques et protocolaires (plans de soins, tenue des dossiers...).

Cette souffrance est une préoccupation clinique en tant que telle qui exige des temps de parole, de débriefing afin d'éviter l'installation d'un trauma durable.

Elle rencontre la violence subie des patients dans leurs souffrances propres qui ne se retrouvent pas dans cette normalisation et le manque chronique de personnels. Souvent laissés pour compte dans la vie sociale, ils reproduisent des comportements d'échec, de conduites marginales refusant toute contrainte dans les services, et l'on assiste à l'augmentation significative de ces jeunes patients qui font des états psychotiques sous toxiques, rendant complexe l'approche thérapeutique. Le plus souvent le manque à être

« pathologique » vient s'inscrire dans celui d'une absence de moyens d'existence décents, de vécus de disqualification (S.Paugham) et de désaffiliation (R.Castel).

Le langage a introduit la notion de « gestion des risques » pour ces sujets, tant l'irrationalité et le caractère délinquant de leurs comportements paraît inabordable par l'ordre institutionnel. Remarquons au passage que nous ne sommes pas là dans une gestion des risques clinique qui permet un temps d'approche du sujet, comme cela peut être décrit pour les pratiques de substitution aux toxiques pour les toxicomanes.

Ici la gestion des risques est globalement celle des coûts pour le corps social et une forme de gestion de l'exclusion avec son cortège de culpabilité et de honte. Le malade mental rejoint ainsi la cohorte des étrangers, des sans papiers, des sans abris, de tous ceux qui ne parlent plus la langue de la réussite (il peut d'ailleurs être tout cela à la fois), dans le processus d'assistance moderne inauguré par le RMI qui fait dépendre l'aide à l'effort d'insertion (aggravé par l'introduction récente du RMA). Il se voit doublement imputé la responsabilité de son état : individu malade et aide liée à sa capacité d'insertion.

Globalement c'est l'idée même de protection sociale fondée sur la solidarité collective qui est remise en cause au profit d'un système assurantiel individuel pour ceux qui en ont les moyens (petit risque), les soins « lourds » restant à la charge de la sécurité sociale.

Cette situation à haut risque atteint notre travail de clinicien pour lequel la question de la crise du lien social est devenue centrale dans de nombreux itinéraires individuels et dans ses effets de désymbolisation.

De cette place plusieurs questions peuvent être formulées : Peut-on penser les rapports subjectifs du soin dans cette précarité généralisée? Peut-on penser un dispositif d'accès aux soins qui ne s'enferme pas dans une réponse en urgence? C'est le sens même des théories du soin et des fonctionnements institutionnels qui est éthiquement interpellé, laissant place à un cours scientifique biologisant et comportementaliste plus adaptable à une culture du résultat évaluable.

Les cliniciens se divisent sur ces questions, clivage qui participe de la crise de la psychiatrie et de la crise en psychiatrie, et alimente un néo conservatisme institutionnel qui se retrouve dans certaines associations de psychanalyse tentées par le repli identitaire sur les valeurs d'asile et d'hospitalisation prolongée.

Comment renverser cette tendance et transformer la résistance conservatrice en résistance créatrice de nouvelles pratiques?

La réponse se trouve dans la prise de risque de l'alliance avec les partenaires de la communauté sociale, comme champ même de l'innovation clinique associant psychiatrie et actions de santé mentale. Elle ouvre vers une intégration de la compétence psy dans une démarche sociale plus globale que le seul champ professionnel, rompant ainsi avec la totalité qui tend à faire que tout symptôme psychiatrique transforme les problèmes du sujet en identité psy.

Cette alliance prend son sens dans la reconnaissance du patient comme habitant de la cité pour lequel se constituent des réseaux d'aide et de soins, chaque intervenant le faisant avec les limites de ses compétences.

La notion de structure d'interface sert de support à cette organisation clinique et sociale, quelque soit le niveau où elle se met en place : centre d'accueil et de crise, services d'urgences hospitaliers, services sociaux, pratiques d'aller vers, prévention, insertion...

Ces partenaires de la psychiatrie sont ainsi partis prenantes des cadres cliniques à construire, et ceci dès l'accès aux soins. Ils représentent les tiers indispensables porteurs de l'urgence et de demandes de soins à la place de ceux qui ont perdu la filiation de sens à ce qui fait institution. L'échange de relations d'aide et de savoirs réciproques enrichissent chaque partenaire, dépassent l'asymétrie des positions de savoirs établis, font du psychisme humain une affaire collective. La pratique clinique à cette école découvre la clinique de situation et redécouvre que la clinique est d'abord celle du lien.

Le territoire cesse ainsi d'être celui de chaque institution, échappant à l'objectivation administrative, professionnelle et économiste du concept d'aménagement du territoire, telle que le prônent les différents plans d'actions de santé mentale récents (Kouchner et Cléry Meulin, Pascal, Koveis), ouvrant le champ à celui des besoins collectifs citoyens.. Les pratiques de secteur qui ouvrent une transition vers une autre psychiatrie ne peuvent qu'y trouver une nouvelle vie. Je remarque au passage, mais c'est essentiel dans notre perspective, que si de nombreux collègues voient dans notre pugnacité à résister en allant dans ce sens une forme d'irréalisme institutionnel, nombreux sont les intervenants sociaux et politiques de terrain qui y trouvent des raisons de travailler avec nous comme partenaires, d'instaurer des liens de réseaux, de s'engager dans la défense de ces pratiques (la mobilisation des élus parisiens et des associations de patients dans la défense du centre d'accueil et de crise de la rue de la Roquette à Paris en est la démonstration).

La prise de risque clinique que représente cette alliance est refondatrice d'une politique de secteur et non son aporie. Elle passe par des organisations concrètes significatives comme la promotion de réunions de synthèse sociale (terme emprunté à Jean Luc Metge), de collectifs de terrain, de liens renouvelés avec la médecine générale et les urgentistes, de conseils locaux de santé mentale avec élus et partenaires...Elle permet la promotion d'une place pleine et entière aux associations de patients et des familles.

La deuxième prise de risque essentielle est dans la rencontre avec le sujet en souffrance et ses proches dont les conflits internes et externes déclenchent la situation de crise.

Nous la revendiquons ici dans le cadre clinique d'interface d'un centre d'accueil et de crise. Un tel lieu s'inscrit 24h sur 24 sur le territoire réalisant une permanence dans l'accès aux soins en première ligne. Le projet soignant se fonde sur « prendre du temps » à l'approche de la situation de crise, entendre la souffrance du patient qui fait symptôme et des proches, reconnaître la place des tiers dans le travail de liens multiples (Benassayag, Schmit), dans la réciprocité intersubjective et la recherche clinique du consentement aux soins.

Une telle démarche ne s'accommode pas de pratiques d'emblée fondées sur le diagnostic et la réponse médicale immédiate. L'urgence est ici d'être là et la finalité de construire les conditions d'une continuité thérapeutique.

Elle pose la place de la médicalisation comme une solution qui ne va pas de soi, qui demande une élaboration. Nous avons, dans cette perspective, prit le risque de confier les premiers temps de cette rencontre possible à une équipe infirmière, dont la responsabilité soignante est de réaliser ces premiers accueils.

Cette démarche permet de créer un espace temps, un décalage qui permet de construire une rencontre qui ouvre vers un tiers thérapeutique. Le psychiatre fait partie de l'accueil, comme « un psy qui traîne » au sein de l'équipe, en particulier dans ces moments où au sortir d'un entretien ce qui vient d'être vécu se parle.

Cette prise de risque n'est pas un phénomène harmonieux, car souvent source de conflits quant aux places et aux positions de chacun, mais elle introduit un échange réciproque de subjectivité soignante et permet d'élaborer ce qui va faire continuité.

Cette démarche clinique nous a amené aux pratiques « d'aller vers » les familles, les autres intervenants, les travailleurs sociaux puis les associations de terrain qui s'occupent de précarité. La demande sociale d'accueillir les errants en a été un moment fort, car le cadre institutionnel du centre d'accueil lui-même était remis en question. Comment accueillir des sujets qui récusent la psychiatrie et l'ensemble des institutions sociales?

Il est apparu que des rapports de reconnaissance et de confiance étaient nécessaires avec des intervenants qui ne sont pas soumis au secret médical, mais expriment fortement une souffrance psychique qui déstabilise. Comment travailler avec eux? Nous avons déjà exploré cette prise de risque avec les services sociaux de mairie en élaborant dans les échanges et les réunions une forme de secret partagé; celui-ci va d'autant de soi que les partenaires sont engagés et ne se dérobent pas, et ils ne se dérobent d'autant moins que les soignants sont avec eux dans les difficultés. Nous l'avons introduit dans nos rapports avec les associations, avec qui nous avons pris le risque de ne pas savoir afin d'accéder à des savoirs que nous ne maîtrisons pas.

D'une certaine façon les premiers groupes de parole se sont constitués avec les travailleurs sociaux, et c'est dans cette complicité que nous avons pu accéder à une autre subversion du cadre institutionnel qui était d'aller porter notre écoute à domicile ou dans les permanences associatives. Nous étions invités à une écoute et à des premiers contacts avec l'humanité qui n'étaient pas prescrits par le cadre préexistant. Construire du lien social nous a aidé à penser ce lien dans notre pratique clinique avec les patients et leur environnement.

A travers lui, quelque chose de l'ordre d'une nouvelle approche clinique du psychique humain a commencé à s'inscrire. La participation aux circuits de l'urgence sociale nous a permis de prévenir l'urgence pathologique. Cette question a manifestement à voir avec l'approche des événements traumatiques avant qu'ils se constituent comme trauma installé, et la pratique d'un centre d'accueil et de crise avec les moyens adéquats est le relais logique pour toutes les cellules de crise d'accueil des victimes, ou du moins en est l'interlocuteur privilégié.

La prise de risque est donc le moteur du travail clinique psychosocial et rejoint la politique dans son intégration à la vie des quartiers et des communes et son refus des exclusions et de leur versant sécuritaire. Par cette accessibilité et la mise sous le regard public la psychiatrie en tant que participant d'une politique de santé mentale a sa place entre le tout sanitaire et le tout social auxquels elle ne saurait se confondre. Dans ce cours les associations de patients et des familles trouvent une place essentielle. Les conseils locaux de santé mentale qui rassemblent la psychiatrie et l'ensemble de ses partenaires en est un des outils indispensable.

Nous sommes depuis quelques années à un renversement des rapports de la psychiatrie avec la société. Pendant plus de 50 ans les équipes de soins ont tenté de faire le secteur en allant s'implanter sur le terrain qu'il fallait convaincre de cette nécessité. Aujourd'hui c'est la société qui est en demande de psychiatrie sur le terrain, et le paradoxe est que cette interpellation crée réellement des possibilités nouvelles pour la politique de secteur au moment même où le paradigme économiste la remet en cause. C'est donc le défi que nous devons relever en tant que service de psychiatrie publique.

Jean Pierre Martin
Séminaire de Villeurbanne 26 mars 2004

PARTIE 2 :

Les références : des valeurs aux classifications.

**The references : values for the
classifications.**

Christian LAVAL

Psychiatrie santé mentale : des exigences de justice en mutation

Surtout lorsqu'elles se différencient du soin psychiatrique, les pratiques de santé mentale ne peuvent faire l'impasse d'une réflexion politique et morale. Comment alors construire un cadre d'analyse qui rende compte de la forme prise par les exigences de justice qui traverse ce nouveau champ ?

Pour ce faire, il convient, en faisant un pas de côté avec l'explication sociologique qui met trop rapidement les acteurs (patients, soignants, gestionnaires, citoyens) dans une position d'aliénation ou de domination), de s'intéresser aux compétences critiques que les acteurs et non les experts) développent dans leurs activités quotidiennes.

Dans une situation concrète de demande sociale (individuelle ou collective) d'intervention psy quelles sont les valeurs mobilisées *par* les intervenants qui leur permettent d'évaluer la situation afin de choisir telle ou telle réponse ? Certes, il existe toujours un premier niveau ou la confrontation des points de vue s'organise de manière plus ou moins contraignante en fonction des capacités et des intérêts de chacune des parties (telle institution, telle psychiatrie et telle malade et bien sur telles ou telles personnes) mais il existe aussi un second niveau que l'on pourrait référer au contrat social qui est celui de la recherche d'un principe supérieur commun. C'est à cette recherche que nous souhaitons nous atteler en mettant en tension les valeurs et les régimes d'action qui ont structuré durablement le champ de la psychiatrie et ceux qui permettent de mieux identifier le champ émergent de la santé mentale depuis une dizaine d'année.

Dans chacun de ces deux champs, il s'agit de faire tenir ensemble des contraintes de commune humanité avec des contraintes d'ordonnement donc de hiérarchisation, donc d'identité. Historiquement l'exigence de justice des acteurs de la psychiatrie se donne à voir par le fait qu'ils définissent la folie non comme une exception, mais comme partie intégrante de la condition humaine. Dans ce contexte de mise en équivalence entre une commune humanité entre un soignant et un patient à partir de la quelle est rendue possible une rencontre, la nosographie permet ensuite de faire la part de ceux qui relèvent de la psychiatrie de ceux qui n'en sont pas (contrainte d'ordonnement). Dans cette opération, la science psychiatrique a acquis un leader-ship (certes contesté et discutable) sur cette activité de classement. Dans cette tension constitutive du champ, le malade mental est plus près du fou (irresponsable) que de l'utilisateur ou du consommateur de soins. (responsable ou co- responsable parce « acteur de soin » Son identité est constitutionnellement stigmatisante (la lutte contre la stigmatisation peut-elle être alors comprise comme une forme endogène, certes critique, à l'ordonnement nosographique de la folie caractéristique de la psychiatrie ? Quoi qu'il en soit pour être concerné ou préoccupé par la psychiatrie et ses services, il faut y être soignant, patient, famille ou amis des malades mentaux et non pas usager ni consommateur.

Il en va autrement au pays de la santé mentale. Ce qui fait commune humanité n'est plus la folie comme constituant anthropologique de l'humaine condition mais le fait que « l'atteinte psychique » après l'atteinte physique (handicap) a acquis « un prix » et une valeur sociale partagée par de plus en plus d'individus de la société. Cette atteinte est devenue intolérable pour le plus grand nombre. La qualité de la vie psychique est devenue un opérateur de commune humanité. (dignité) De fait, différents troubles psychiques (dépression, harcèlement, traumatismes..) ne concernent plus une seule institution spécifique mais « touchent » différentes institutions et dispositifs (l'école, l'entreprise, l'insertion, le sport... mais aussi les lieux de soins) Bref au contraire de la psychiatrie, tout le monde se sent au moins potentiellement concerné par la santé mentale. Dans ce contexte de massification de souffrances psychiques, la contrainte d'ordonnement non seulement ne cède pas mais augmente sous la pression de la demande sociale des intervenants, des opérateurs, des gestionnaires, des élus... Mais fait nouveau, le régime de vérité de la science psychiatrique centré sur le rapport évolutif entre normal et pathologique n'est plus adapté à la santé mentale. De nouveaux couples, à partir desquels se constitue une nouvelle contrainte d'ordonnement se cherchent : résilience / vulnérabilité d'une part et victimes/ agresseurs d'autres part (et peut être d'autres à discuter).

Cette nouvelle configuration n'exclut pas la psychiatrie. Elle s'en nourrit dans le même temps ou elle contribue à son évolution. Certes de nouveaux régimes de vérité scientifiques convoquent différentes disciplines au chevet de la santé mentale mais tant que des forums hybrides ne se constituent pas dans un espace public institutionnel dépassant le cadre de la psychiatrie, ce sont les personnes et non les institutions qui sont en première ligne pour tenter de décrypter en situation concrète, différents ordres de grandeur afin de répondre en pertinence aux bons endroits (prendre ici l'exemple de la journée ordinaire d'un psychiatre de service public, d'un DRH et d'un usager). C'est encore au niveau des engagements des personnes qu'une activité, spécifique à la santé mentale, d'indignation, d'accusation et de dénonciations se déploie sur tous ce qui concerne les différentes formes émergentes d'atteinte psychiques dans différents segments de la vie sociale. De ce point de vue, de la même manière que cela a été le cas pour l'intervention humanitaire, la santé mentale en tant qu'activité de médiation et de témoignage (cf les scènes internationales de « la psychiatrie humanitaire ou AZF par ex) est certainement appelée à se constituer mais aussi à

résister au monde du temps réel et de la transparence caractéristique de la machinerie médiatique.

Paolo HENRI

MA IL MANICONIO E' PROPRIO FINITO?

(Resoconto corretto da l'autore)

Premesse

Mi è parso opportuno premettere alcune precisazioni:

*nonostante ciò che lascerebbe supporre la domanda contenuta nel titolo della mia relazione, non intendo parlare oggi del fatto che la maggioranza dei vecchi manicomi, anche in Piemonte, non è affatto totalmente vuota.

Non solo perché permangono spesso sotto la nuova e legale etichetta di R.S.A. "residui" di ex internati, ma anche perché in taluni casi, si è avuta l'impudenza, violando l'attuale norma, di aprirvi sedicenti "comunità terapeutiche" o "servizi di psichiatria urgente" o "comunità riabilitative per insufficienti mentali gravissimi".

Non voglio approfondire il problema ma... non voglio neppure far finta che tale scandaloso sintomo della difficoltà di superare la logica manicomiale non esista.

*Le riflessioni che ho intenzione di proporre oggi alla vostra attenzione sono basate sul presupposto che in ogni cambiamento organizzativo, anche in presenza di una rivoluzione paradigmatica, coesistano sempre (in misura maggiore o minore) residui del vecchio paradigma scientifico e delle soluzioni tecnico/organizzative precedenti.

Se ciò è vero (e sarebbe necessario, almeno provvisoriamente, assumerlo come assioma di base alle mie riflessioni), alla domanda contenuta nel titolo sono possibili entrambe le due opposte risposte:

per ognuna delle innumerevoli "strutture intermedie" che, con etichette differenti, sono state inventate negli ultimi vent'anni è possibile affermare che il manicomio non c'è veramente più, ma anche che il manicomio si è semplicemente diffuso capillarmente nel territorio.

*Ma allora più che continuare a contrapporsi in battaglie ideologiche, spesso prive di effetti pratici, sarebbe utile accordarsi su alcuni elementi indicatori per potere, per così dire, "misurare" il grado di manicomialità o di innovazione dei nuovi servizi di salute mentale.

A questo scopo vorrei oggi presentarvi un elenco di elementi concreti rivelatori dell'emergere del nuovo o al contrario della sopravvivenza del vecchio.

Per ora ne avrei identificati ben 11, ma è appena il caso di ricordarvi che potrebbero essere molti di più o, accorpandoli, molti di meno.

Ad esempio sto lavorando su gli indicatori "gestione denaro" e "rapporto con i parenti", ma i lucidi erano già pronti e in questa sede ve li risparmio.

Vorrei che li consideraste un contributo iniziale provvisorio.

*Spero che quanto detto serva anche a giustificare la radicalizzazione delle differenze fra vecchio e nuovo.

Se nelle pratiche attuative tali elementi non sono quasi mai così netti ed evidenti ma, costituiscono tutto al più linee di tendenza, mi è parso necessario, in questa sede, accentuarne al massimo la contrapposizione.

Penso infatti che solo avendo ben chiare le caratteristiche del vecchio e del nuovo modello si possa evitare che, convinti in buona fede di costruire il nuovo, di fatto si ritorni a far rivivere le vecchie soluzioni che si credevano superate.

*Voglio inoltre ricordare che gli indicatori che vi propongo sono pensati in relazione ai bisogni dei così detti "malati mentali gravi" (o gravosi?!). Quei malati, per farla breve, che 40 anni fa sarebbero finiti in manicomio.

Fonti

Un'ultima doverosa precisazione riguarda le fonti degli 11 indicatori che vi sto per proporre:

*Sicuramente ho utilizzato, più o meno consapevolmente, la mia ormai lontana lotta contro i mega Istituti per minori e le prime esperienze di comunità alloggio per adolescenti dell'inizio degli anni 60. Ma è stata soprattutto l'esperienza, ben più recente, degli ultimi 10 anni di attività lavorativa, quella del lavoro di superamento dell'Ospedale Psichiatrico di Grugliasco ad offrirmi i maggiori suggerimenti. Sono convinto che avendo dovuto confrontarmi nella pratica pluriennale di lavoro quotidiano con la difficoltà di riuscire a fare a meno delle Istituzioni totali sono diventato molto reattivo nel riconoscere con maggiore preoccupazione di molti giovani operatori, i primi segnali di totalizzazione manicomiale anche nei servizi più innovativi.

*Mi è stata inoltre molto utile la ricca e recente documentazione statunitense relativa alle "case supportate", in particolare un'illuminante articolo di: Ridgway e Zipple (90) tradotto e brillantemente presentato da un giovane psicologo piemontese Marco Raviola in un articolo apparso qualche anno fa sul bollettino dell'Asl 1 Torino.

*Non da ultimo in ordine d'importanza ho fatto riferimento al lavoro teorico di Cristiano Calstefranchi iniziato nel promettente progetto del CNR sulla salute mentale purtroppo interrotto con le premature morti dei 3 progettisti del piano di lavoro: Maccacaro, Basaglia e Misitti.

Con l'aiuto dei lucidi cercherò ora, il più sinteticamente possibile, di illustrarvi gli elementi che a mio avviso caratterizzerebbero il permanere del vecchio modello o al contrario l'emergere di un nuovo paradigma. (Se non temessi di essere considerato troppo fizioso contrapporei agli indicatori del permanere della psichiatria manicomiale gli elementi caratterizzanti dei veri servizi di salute mentale):

VECCHIO MODELLO NUOVO MODELLO

1) Struttura specializzata

2) Piazzamento

3) Diagnosi

4) Raggruppamento per disabilità

5) Ruolo di paziente

1) Casa vera

2) Scelta

3) Bilancio funzionale

4) Integrazione complementare

5) Ruolo di cliente consumatore

| | |
|--|--|
| 6) Setting transitori concrete | 6) Apprendimento in situazioni |
| 7) Livelli standard d'intervento | 7) Flessibilità equipe |
| 8) Ambienti gradualmente meno protetti | 8) Ambienti facilitanti |
| 9) Valutazione di procedure | 9) Valutazione di esito |
| 10) Indipendenza totale dal servizio termine | 10) Possibilità supporto a lungo |
| 11) Delega totalizzante a parenti o a operatori operatori, | 11) Verifica scopi e risorse di cliente, parenti, commitenti |
| 12) Denaro come aumento poteri operatori clienti | 12) Denaro come aumento potere |
| 13) Guarigione/autonomia scopi/Aumento poteri | 13) Autoregolamentazione |

VECCHIO MODELLO

– **Resistenza specialistica**

Ben sovente, nel lessico interno di un servizio, di fronte all'impossibilità di utilizzare l'abitazione di origine ci si domanda "dove possiamo piazzarlo?" il modello ideale del vecchio paradigma resta una struttura ad hoc, possibilmente specializzata per rispondere alle particolari esigenze di quel determinato gruppo di pazienti. Basterebbe pensare alla feconda e significativa riflessione ottocentesca sui modelli architettonici del Manicomio (Manicomio Convento, il Panoptico, il Manicomio villaggio... fino ai più recenti modelli di clinica/ospedale).

L'idea guida oggi, come allora, è che la residenza (magari ora di dimensioni minime) sia però la più adatta possibile alle specifiche esigenze per la cura di quella categoria di soggetti.

– **Piazzamento**

Uso provocatoriamente questo termine un po' rozzo per sottolineare che sono i tecnici specialisti a scegliere fra le risorse residenziali (abbondanti e differenziate o, più spesso, scarse) quella che per scienza ed esperienza essi ritengono la più confacente o la meno inadatta alle specifiche esigenze terapeutiche di quel paziente.

– **Diagnosi**

Da quanto detto emerge tutta l'importanza di una **diagnosi** il più precisa possibile.

Ad esempio: ricordo che una decina di anni fa nell'U.S.L. in cui lavoravo, nel discorso di accoglienza ai giovani psicologi tirocinanti venne affermato con incredibile sicurezza che l'elemento principale per un intervento professionalmente corretto doveva essere una diagnosi precisa. "Quando la diagnosi è corretta i due terzi del vostro lavoro sono già fatti"!

Non basterebbe un intero Convegno per affrontarne tutte le implicazioni teoriche e pratiche. Basti qui ricordare che anche per la malattia mentale il sogno della psichiatria ufficiale resta,

ancor oggi quello di identificare e colpire la "noxa patogena" causa scatenante del disturbo comportamentale.

La causalità lineare della clinica ottocentesca che sottende a tale modello propone una netta distinzione teorica ed operativa fra prevenzione cura e riabilitazione differenziando i vari servizi della rete e fornendo anche giustificazioni teoriche allo "scarico" per non competenza ai servizi cosiddetti casi assistenziali, (vedi ora anziani, e vedi allora insufficienti mentali disadattati sociali ecc...).

– Raggruppamento per disabilità

Con logica conseguente la linea di tendenza è quella di raggruppare i pazienti per disabilità simili.

Una ventina di anni fa fui coinvolto a Parigi nei lavori di una commissione che stava progettando una struttura per rispondere ai bisogni dei bimbi Down ciechi. Era innegabile che una doppia patologia di questo genere producesse problemi specifici per un'attività riabilitativa, ma quello che già allora mi colpì fu il fatto che gli specialisti della commissione, tutti presi dal problema dell'insegnamento della lettura Braile a soggetti insufficienti mentali, sottovalutavano le drammatiche conseguenze di concentrare, naturalmente a Parigi, per lunghi anni i soggetti da tutti gli angoli della Francia.

Ma se le conseguenze sono nefaste, la logica non è totalmente perversa: l'idea base è quella di poter così fornire un intervento speciale per le loro speciali esigenze.

Così come nel Manicomio esistevano padiglioni specializzati (lavoratori/semi inquieti/reparto sudici/reparto "furia") si tende ora ad auspicare piccole strutture specialistiche, (giovani psicotici, / donne maltrattate, anziani non autosufficienti, / parzialmente autosufficienti, / autosufficienti totali...).

– Ruolo di paziente

Il potere dovere di "curare la psiche" dà agli operatori psichiatrici, paradossalmente un totale potere anche sul corpo del paziente che nessun'altra branca dell'intervento sanitario possiede e pretende. Mai il termine di paziente è stato più appropriato per chi, in nome della cura della propria sragione, deve patire la totale o parziale limitazione dei suoi diritti di cittadino.

– Setting transitori

Così come nel vecchio O.P. l'obiettivo ideale era quello di curare, guarire e reinserire nella società i pazienti, anche nelle nuove strutture intermedie quasi sempre i progettisti prefigurano un limitato periodo di permanenza dopo il quale ipotizzano, se non la completa guarigione, almeno un miglioramento.

Per questo i setting delle strutture più serie, in quanto provvisori, sono previsti come preparatori ad un uscita nella normalità, a tal scopo sono spesso inventate situazioni artificiali (attività lavorative o ludiche o artistiche o psicoterapie di gruppo) ipotizzate come propedeutiche alla vita normale dopo le dimissioni.

Classico esempio sono le "comunità terapeutiche" (quelle in senso stretto) o i centri di riabilitazione per cronici.

– Livelli standard d' intervento

Nella più o meno vasta e graduale caratterizzazione delle strutture intermedie che con varie e non univoche denominazioni formano il "continuum lineare" dell'intervento residenziale la linea di tendenza è quella di predeterminare per ogni tipo di struttura il livello fisso di assistenza (con o senza presenza notturna, con o senza presenza del medico, percentuali fisse di adest e/o educatori e/o infermieri).

Se mutano per peggioramento o miglioramento i bisogni assistenziali di un paziente ospitato è quest'ultimo che deve spostarsi verso **ambienti più o meno protetti e/o restrittivi**. Molte volte in caso di "grave crisi acuta" non si retrocede solamente di un livello ma si ritorna al punto di partenza (SPDC) per ricominciare da capo la scalata a situazioni meno restrittive.

– **Valutazione di procedure**

Il tipo di valutazione normalmente adottata (ad esempio nelle inchieste per gravi incidenti) era e spesso è ancora, tesa a giudicare la correttezza o meno del protocollo d'intervento, della regolarità dei titoli professionali impiegati o del rispetto delle normative vigenti. L'ipotesi che sottende a questo tipo di valutazione è di assumere che seguendo rigidamente ciò che è stato anticipatamente normato gli esiti non potranno che essere positivi.

– **Indipendenza totale dal servizio**

Il "sogno" di una buona equipe resta l'indipendenza totale dal servizio del paziente felicemente reinserito nel normale contesto sociale. I cosiddetti frequentatori abituali, da decenni parcheggiati nei vari servizi sono, di conseguenza, visti come parziali fallimenti.

Non a caso molto spesso questi malati, definiti cronici, vengono delegati e più spesso "scaricati" ai servizi sociali comunali.

I pazienti preferiti dai nuovi giovani psicoterapeuti sono infatti i pazienti definibili JARVIS (young, attractive, rich, verbalisant, intelligent, sophisticated!)

– *Guarigione, Autonomia*

L'obbiettivo finale infatti (nonostante gli insuccessi e la conseguente saturazione dei servizi) resta la guarigione (vista spesso come la "restitutio ad integrum" della clinica ospedaliera) o nel caso dei cosiddetti "nuovi cronici", più recentemente è diventata di moda l'autonomia. Ma quando si tratta di "malati mentali" gravi la realizzazione completa di questo obbiettivo si realizza per un numero molto inferiore alle attese. La depressione da impotenza degli operatori più motivati, servirà a scrivere gli ultimi articoli su burn out degli operatori psichiatrici!

NUOVO MODELLO

– **Una casa vera**

Anche a questo riguardo quanto è stato elaborato teoricamente e sperimentato nella pratica permetterebbe una riflessione ben più approfondita di quella possibile oggi. Basti qui ricordare che elemento caratterizzante il vivere ospite di una struttura o al contrario abitare in una casa vera è il "potere sugli spazi" per realizzare i propri "scopi abitativi" (possessione delle chiavi, titolarità abbonamento telefonico ed elettrico, contratto di locazione o di sublocazione.)

Non a caso infatti sia gli studi etologici su tane e nidi animali sia le più recenti esperienze di psicologia dell'abitare sottolineano l'importanza di alcuni di questi scopi: la reintegrazione dell'immagine, lo scopo di evitamento ecc...

Nel caso di totale, provvisoria incapacità di autonomia abitativa, il rifiuto di utilizzare una struttura artificiale spinge ad adottare l'affidamento etero familiare o la coabitazione con altri pazienti più capaci e più...disponibili.

– **Scelta**

Ho parlato di disponibilità di eventuali "pazienti d'appoggio" proprio perché in contrapposizione netta al "piazzamento" da parte dei tecnici, nel nuovo modello si tende a far sì che l'utente possa fruire di una possibilità di scelta (fra quelle possibili) di case e di

eventuali conviventi. Talvolta, per raggiungere l'obiettivo, si arriva persino a comportamenti seduttivi tesi a convincere!

– Bilancio funzionale

La diagnosi perde buona parte della sua importanza. Si tratta invece di operare un bilancio fra ciò che l'utente vuole o non vuole fare, cosa sa e non sa fare, e cosa può o non può fare. Ci si avvicina così alla cosiddetta diagnosi funzionale prevista dall'integrazione scolastica. Questo bilancio funzionale viene di necessità negoziato con l'utente ed i suoi familiari.

– Integrazione complementare

E' ricercata la massima eterogeneità possibile. L'ipotesi è che i bisogni degli uni possano diventare risorse per gli altri. È un po' l'invenzione... dell'acqua calda! Alcune vecchie stampe rappresentano il trio fra il sordo, il cieco e lo zoppo che, utilizzando la complementarietà dei loro deficit, annullano collettivamente il loro Handicap!

– Ruolo di cliente/consumatore

A tal fine per aumentarne collettivamente la contrattualità, si favorisce l'associazionismo degli utenti. (esempio: commissione mista per tutela dei diritti, cooperazione per i consumi, associazione dei diritti dei consumatori...).

– Apprendimento in situazioni concrete e permanenti

Dalla verifica che non sempre le abilità apprese in situazioni artificiali vengono trasferite nelle situazioni normali, si tende a evitare ogni artificialità (esempio: case di assegnazione IACP, subaffitto garantito, (di cui è un ottimo esempio torinese l'Associazione Arcobaleno) supporto all'utente nelle riunioni condominiali, associazionismi di auto aiuto...)

– Massima flessibilità dell'equipe

Intervento 7 giorni su 7 e 24 ore su 24. Utilizzazione della chiamata telematica, della pronta reperibilità e dei sistemi automatici di allarme.

A proposito dei sistemi telematici posso documentare, per esperienza personale a Grugliasco, gli incredibili e imprevisi miglioramenti dovuti unicamente al capovolgimento del tradizionale rapporto fra funzione di controllo e diritto di chiamata.

Tenendo fissa la residenza, diventa necessario modulare la qualità e la quantità dell'assistenza domiciliare secondo le necessità. Eventualmente si sussidia l'utente perché si procuri privatamente l'assistenza provvisoria. Si verifica e si rinegozia frequentemente il tipo di assistenza.

– Ambiente facilitante

Si ricerca il contesto più adatto (vicini di condominio, contesto sociale esterno...).

Dal punto di vista teorico questo lavoro permette interessanti approfondimenti sulle cosiddette mappe mentali presenti nella mente che spiegano il differente livello di poteri delle "aree d'uso".

Dal punto di vista organizzativo richiede un investimento iniziale per attivare le utilissime risorse di quello che potrebbe definirsi l'aiuto volontario non professionale dei vicini o dei negozianti del quartiere. Molto spesso noi operatori psichiatrici pur lamentandoci della scarsità delle risorse non consideriamo parte del nostro lavoro l'attivazione dell'intervento volontario non organizzato che spesso offre risorse quantitative e qualitative insperate.

– Valutazione di esito

Fondamentale importanza delle ricerche di Follow-up.

– Possibilità d'interventi anche a lungo termine

Su chiamata dell'utente, dei vicini o della rete volontaria di supporto.
Collegamento con il medico di base e con i servizi sociali comunali.

– Autoregolazione degli scopi/aumento dei poteri

Non mi è possibile, nel limitato tempo a disposizione, approfondire il tentativo di sostituire ai tradizionali concetti di guarigione e/o autonomia quello di autoregolazione degli scopi e/o aumento dei poteri.

Il mio riferimento teorico resta quello delle ricerche di Cristiano Castelfranchi, e, più recentemente, la stimolante proposta di Ron Coleman sul concetto di guarigione. Basti qui ricordare che per poteri interni si intendono le abilità (skill) necessarie per raggiungere i propri scopi, mentre per poteri esterni si intende il diritto di poter esercitare tali abilità.

Come ci insegnano le più recenti ricerche in psicologia cognitiva è però determinante la "coscienza di avere il diritto di usare i poteri" e tale coscienza è direttamente proporzionale all'autostima. Troppo spesso noi operatori psichiatrici, soprattutto se ci sentiamo preparati, generosi e disponibili ci dimentichiamo di quanto il solo fatto di dover fare riferimento ad un servizio psichiatrico riduca l'autostima ed incida sulle attese del contesto familiare.

Conclusioni

Pur non volendo nascondere la mia personale e partigiana scelta di campo e non potendo essere quindi "neutrale" fra i due modelli spero di essere riuscito a sottolinearne le due logiche.

Sono infatti convinto che se non si conosce a fondo la vecchia logica, ma (come spesso succede a molti giovani studenti) ci si limita a criminalizzare acriticamente il vecchio manicomio non si può efficacemente combatterlo e si rischia di riprodurlo quotidianamente. Se è vero che anche nelle strutture più innovative c'è sempre un po' di vecchio, questo schema (che come tutti gli schemi è forse un po' troppo rigido), può servire per misurare, un po' meno soggettivamente di come in genere facciamo, non solo il grado di manicomialità ancora esistente nelle nuove strutture dei servizi di salute mentale, ma soprattutto potrebbe servire a valutare le linee di tendenza.

Infatti come non è corretto credere che tutte le soluzioni del vecchio modello fossero diabolicamente dissennate, così quelle del "nuovo" hanno spesso alcuni rischi.

Se ho ben chiara, da tanti anni, la mia scelta di campo è perché nella pratica un confronto bilanciato tra i vantaggi e gli svantaggi sia per i malati che per gli operatori e per la collettività non può lasciare dubbi.

Ma qui intervengono, a vari livelli, le resistenze al cambiamento di cui parlerà il Dr. Sorrentino.

Solo quando i nuovi **"managers"** delle ASL si decideranno a fare veramente delle verifiche serie del rapporto costi/benefici, il **Nuovo** sarà vincente sul **Vecchio**.

PARTIE 3 :

**L'intervenant : être psychothérapeute en
Europe aujourd'hui.
The practitioner: psychotherapists in
Europe today**

Martine BAUDIN

Vol d'une sociologue au-dessus d'un nid de "psy"

Passer dix ans dans le monde de la santé mentale, revient à découvrir un univers qu'à la fois j'ignorais et connaissais plus que je n'imaginais. Un monde inconnu car je venais de l'univers de la culture, des grands événements internationaux, et des bibliothèques publiques, avec ses défis, ses mentalités, ses systèmes de valeurs, ses ambitions. Un monde moins inconnu qu'il n'y paraît car en tant que sociologue j'avais connu les mouvements de l'anti-psychiatrie et de la sectorisation, en tant que formatrice d'adultes j'avais suivi des sessions de psychologie sociale, dynamique des groupes et autres formes de développement personnel. Un monde presque familier car en tant que personne j'avais vécu les hauts et les bas de la névrose, fait une psychanalyse au long cours, vécu des découvertes sous hypnose, et connu de grandes amitiés avec des psychothérapeutes de tous bords, freudiens, jungiens, systémiciens, eriksoniens et autres psychodynamiciens ou psychiatres, ainsi qu'avec quelques névrosés assidus des divans.

Ce constat fait, il n'en restait pas moins beaucoup de choses à découvrir, beaucoup de règles du jeu à apprendre, des mécanismes à déceler, des structurations à percevoir. Un tableau pourrait peut-être en être dressé à l'issue de ce passage, exercice auquel je vais m'essayer avec vous. Il ne peut en résulter qu'un tableau impressionniste, subjectif, aucun relevé systématique n'en ayant été élaboré au cours de ces dix années. Le besoin d'en faire une forme de bilan, et de le restituer en questionnement, seul me pousse, avant de partir... vers une autre vie encore. J'ai toujours rêvé de connaître plusieurs vies, je ne suis pas loin d'avoir atteint mon rêve, du moins dans le domaine professionnel. Il me reste les années qui viennent pour d'autres projets.

L'essentiel de mes constats porte sur la perception des usagers, les relations entre secteurs d'activité, l'image des soignants, le lien à la pathologie...et d'autres encore apparus au fil de la réflexion. Ma lecture est critique, certes, bien sûr subjective, mais ne se veut en aucun cas un jugement, même si, ici comme ailleurs, ma tendance à l'idéalisation en a pris un fameux coup. De plus, je ne parlerai qu'à partir de la situation en Belgique, seul contexte qu'il m'a été donné de rencontrer, et encore, partiellement.

Les usagers... les patients, les clients, les malades, comment donc les nommer ces personnes qui font appel au secteur des soins en santé mentale, ou qui sont envoyées dans les bras de ces professionnels ? Cette hésitation dans les mots, ces changements continus dans la terminologie, au fil du temps, et d'un modèle intellectuel à l'autre, situe déjà bien le malaise. "Usagers" a un peu plus la cote ces temps-ci, bien que pas pour tout le monde. Pourquoi ? Il semble que ce mot donnerait un rôle plus actif à la personne en demande, tout en ramenant le "soignant" (et là aussi... aïe, il y a un problème de terminologie) à un rôle de fournisseur de prestations, gommant tout rapport de pouvoir supposé et/ou craint entre les deux interlocuteurs. "Usager" me paraît tout aussi bien gommer la souffrance, l'attente de solution, l'abandon en confiance qui se mêlent à la relation à but thérapeutique. "Usager" veut faire semblant qu'il n'y a pas de mal-être, qu'il n'y a pas de maladie, qu'il n'y a pas face à face quelqu'un qui attend et quelqu'un qui devrait connaître. Pourquoi notre monde ne

peut-il pas regarder les choses en face, dans leurs complexités et leurs difficultés ? "Usager" neutralise tout le contenu de cette relation qui, justement, n'a rien de neutre.

Pourquoi faut-il faire comme si dire sa souffrance psycho-affective n'avait rien à voir avec le fait de dire sa souffrance physique ? Les deux aspects sont pourtant tellement imbriqués, que cela relève de la malhonnêteté intellectuelle de vouloir sans cesse faire comme si on parlait de choses sans rapports entre elles. Pourquoi seule la personne atteinte d'un mal somatique pourrait-elle se dire malade, et surtout être dite malade ? Aussi, qu'est-ce être "malade" ? Tous les consultants en santé mentale sont-ils "malades" ? Oui, et non, pas toujours, en consultation somatique non plus. Cela ne change cependant pas fondamentalement le sens et le contenu de la relation.

Enfin, il en est ainsi, dans le monde de la santé mentale, puisque souvent les personnes consultantes ne se disent pas "malades", le corps social des professionnels a adhéré à cette sensibilité, et le terme d'usager gagne du terrain. Je trouve pourtant qu'il pose plus de questions encore qu'il n'en résoud. Quelle image donne-t-il de la relation thérapeutique, autre qu'utilitaire ? Il correspond si bien à notre monde où tout se jette après usage...Et qui serait ici à jeter ? Le soignant, son rôle terminé, ou constaté inadéquat ? La personne malade dont le traitement est terminé, ou abandonné par l'un ou l'autre des intervenants dans la relation ? Le choix du mot "usager" veut démarquer les pratiques de soins d'aujourd'hui par rapport aux vieux modèles où le "patient" n'avait qu'à "patienter", subir "patiemment" ce que d'autres décidaient de lui infliger, ou du moins veut présenter comme radicalement opposés hier et aujourd'hui. Pratique courante, qui aide d'autant plus à moderniser les choses qu'on peut le moins les changer en profondeur.

Soyons honnêtes : y a-t-il vraiment aujourd'hui un rapport d'égalité entre le patient et l'intervenant ? Peut-il même y en avoir jamais un ? Et dans le temps, quand la science et les techniques offraient certes moins de possibilités, tous les intervenants étaient-ils vraiment ces tortionnaires insensibles qu'on veut nous présenter ? Hier comme aujourd'hui, il y a et il y a eu des personnes respectables, consciencieuses, soucieuses de leurs malades, et d'autres plus expéditives et moins respectueuses.

Pourquoi est-il à ce point inacceptable que les rapports entre les personnes varient selon les situations, les circonstances, les moments de la vie ? A certains moments, je suis en demande, à d'autres je peux répondre à une demande, cela est vrai pour tout le monde, à des tas de niveaux différents. Le seul vrai problème est celui de l'abus de position de pouvoir, et ce ne sont pas les mots qui l'éviteront, mais les protections de droit. Certains objecteront, à juste titre, que les mots disent quelque chose de la réalité des rapports entre les personnes ou les groupes, et que dès lors dire "usager" ou "patient" ou "malade" n'est pas neutre. Certes, mais vraiment... usager, vous aimez cela ? A jeter après usage !

Ce malaise dans les mots reflète, me semble-t-il, le malaise du monde de la santé mentale : univers d'interrogations perpétuelles, d'incertitudes au quotidien, d'indéfinitions continues, traversé sans cesse par les mots, élevés au rang de symptômes, de matériaux professionnels. Les mots sont les outils des intervenants, dans beaucoup de situations ce sont même les seuls supports de travail. Comment s'étonner alors des hésitations constantes sur leur emploi et leur choix, sur les conflits raciniens autour des concepts et de leurs définitions. Il y a les mots autorisés, les mots honnis, il y a les mots acceptés et reconnus, il y a les mots qui disqualifient, ou qui intègrent. Les mots sont si sacrés pour certains, que tout travail qui se ferait en dehors ou à côté des mots est dénigré. Les études physiologiques du cerveau, les recherches génétiques, les aides comportementalistes, sont proscrites de certains cénacles, et, citant quelqu'un parmi nous, *ces gens-là, on ne leur parle pas (sic, j'en*

fus témoin). A l'inverse, et pour faire bon poids, je dirai que les psychanalystes s'abreuvant de mots sont décriés et menacés de charlatanisme par ceux-là même à qui ils refusent de parler, et surtout qu'ils refusent d'écouter.

Nous voilà au coeur d'un axe de tension majeur du monde de la santé mentale ! Et d'un de ses paradoxes en même temps. Dans le discours, tout oppose les écoles, surtout aux extrêmes. Il n'est qu'à entendre la violence verbale de certains soignants pour caractériser les méthodes utilisées par d'autres, plus d'une fois j'en ai été proprement ahurie. Des cris jusqu'au mépris (ah ! qu'il est fréquent celui-là, et combien dévastateur !), j'ai tout rencontré, avec stupeur, en pensant qu'au milieu de cela des douleurs ne trouvent pas où ni comment s'exprimer, des familles sont désorientées et ballottées d'un discours à l'autre, tout en constatant que les pratiques quotidiennes des mêmes intervenants tendent le plus souvent à combiner dans les faits différents modes d'approches soignantes. Ne croyez pas que celui qui peut prescrire un traitement médicamenteux s'en abstiendra à tous les coups par seul souci théorique, et bien des institutions ouvertes et sociothérapeutiques n'acceptent de prises en charge qu'à la condition expresse que les traitements médicamenteux soient régulièrement suivis. Dans un tel contexte, le débat sur les mots, si centraux à l'origine, prend un peu des allures de prétexte..., d'occupationnel pour intervenants en mal-être.

Car, oui, les intervenants professionnels de la santé mentale vivent un mal-être permanent. Ils sont, tous, à des degrés divers, insécurisés. Le cadre dans lequel s'exercent leurs pratiques les insécurisent, la matière de leurs compétences les insécurise, voire les disqualifie à leurs propres yeux. Imaginez : le secteur des institutions de soins en santé mentale est sous-financé, donc, hors les médecins psychiatres, beaucoup d'intervenants sont mal à très mal payés, parfois même en statut professionnel précaire. Ils ont en face d'eux, chaque jour, des personnes en précarité matérielle et/ou affective très grande. Rien de cela n'est rassurant. Le sentiment d'éventuelle toute puissance ne dure pas longtemps, l'expérience vécue est bien plus souvent celle de l'impuissance à résoudre le problème rencontré. Et voilà un paradoxe encore : vivre simultanément une relation de puissance théorique, celle que le patient apporte avec lui dans sa confiance et son espoir, et l'impuissance avérée à y répondre. Et vous voudriez qu'on s'y sente bien ? Ne parlons pas des cas où le malade n'a pas confiance, n'est porteur d'aucun espoir... Pourtant, un jour que je demandais à un psychiatre que je connais pourquoi il avait choisi cette qualification, sa réponse m'a surprise : *je ne connais aucune autre branche de la médecine où on voit entrer dans son cabinet une personne effondrée et en ressortir une personne souriante*. Vu son âge, j'ai trouvé que ce médecin faisait preuve d'un optimisme hors pair... ou d'une pathologie irrécupérable. Jamais pourtant je n'ai perdu cette phrase de vue par la suite dans mes contacts avec ce monde à découvrir, elle me restait comme une interpellation.

Elle m'a amenée à constater aussi qu'en santé mentale, quand on débat sur les questions de prises en charge, de méthodes de soins, bref de regards à porter sur ses pratiques, on feint de parler des mêmes réalités, des mêmes "patients-usagers-malades". On fait comme si la médecine des hôpitaux, celle des structures intermédiaires, ou celle des pratiques privées ne se différencient que par les méthodes de travail, les systèmes de référence théoriques et les ressources disponibles. Je pense pourtant qu'elles se distinguent aussi beaucoup plus qu'on ne veut le reconnaître par la patientèle, tant du point de vue sociologique que d'un point de vue pathologique. Avec des exceptions, et des variations aux extrêmes, les pathologies lourdes, invalidantes, sont le fait des hôpitaux, les névroses celui des divans des psychothérapeutes divers, les problèmes d'insertion sociale se rencontrent plus dans le public des services de santé mentale; d'un point de vue socio-économique, tous les hôpitaux psychiatriques ne sont pas équivalents, certaines cliniques étant fréquentées par des populations aisées, d'autres hôpitaux publics par des personnes en grandes

difficultés matérielles, les cabinets de thérapeutes privés recevant les personnes plus aisées d'un point de vue socio-culturel. Ces différences ne sont pas réservées aux maladies mentales, en médecine somatique aussi elles existent.

En santé mentale, les façons de travailler dans ces divers lieux, avec ces publics différenciés, ne sont pas toujours les mêmes, non en terme de qualité d'intervention (quoique...), mais en choix théorique, en modèles de références. Entendre débattre, dans une réunion, un psychiatre des hôpitaux, un intervenant en service de santé mentale et un psychiatre en pratique privée comme s'ils parlaient des mêmes situations cliniques a quelque chose de surréaliste. Leurs réalités de référence non-dites sont pourtant très éloignées : entre les psychotiques en crise d'un service neuropsychiatrique, ou les personnes en perte de lien social ou en état de confusion mentale d'un service de santé, ou le discours d'une personne souffrant d'anxiété et d'abandon... les points communs ne l'emportent pas sur ce qui les distinguent. Il y a des drames familiaux, il y a des personnes en total décrochage du monde, et il y a des questions existentielles envahissantes, et des moments de vie difficiles. A faire comme si tout cela n'est qu'un même et unique problème de "santé mentale" (ah ! ce mot "psychiatrie" à éviter à tout prix!) ressemble à un abus de langage.

Peut-être le fait de n'avoir aucune expérience clinique ne me permet-il pas d'évaluer correctement les points de rencontre entre ces situations...Souvent, j'ai eu ce sentiment de décalage dans les discours, par la non-clarification des référentiels, et il m'a semblé que cette clarification est évitée, et non oubliée. Toute tentative de différenciation fait courir le risque de hiérarchisation, réel ou supposé, et cela ne se peut ! Il est par ailleurs extrêmement important de toujours bien considérer chaque personne (usager-patient-malade) comme unique et particulière ! Et on évite ainsi les catégorisations, les "étiquettes", ressenties comme stigmatisantes. Il ne peut donc y avoir que l'être unique, ou le magma indifférencié. Pour la sociologue que je suis, que voilà une façon de penser difficile, et obscurantiste ! Les liens existant entre des situations particulières, s'ils sont mis en lumière, permettent la réflexion, l'analyse, la compréhension. Accepter qu'ils différencient des groupes de personnes et leurs vécus n'a en soi rien de méprisant ou réducteur, pas plus en santé mentale qu'en d'autres domaines. Ce n'est que l'usage qui en serait fait, comme pour beaucoup d'autres concepts et rapports humains, qui aboutirait, le cas échéant, à des discriminations. Je sais que c'est souvent le cas, que l'humanité n'a de cesse d'utiliser les écarts de situations pour imposer, exclure ou stigmatiser, mais de là à se refuser les outils de la réflexion !... De là à créer un pseudo discours éthéré...J'ai du mal, car la pensée s'en trouve tellement plus nébuleuse à ne pas savoir bien de quoi l'on débat, ou au contraire elle prend parfois des airs si dogmatiques et totalitaires dans son utopie, que je ne peux suivre utilement les échanges.

L'image des soignants ne s'en trouve pas grandie. A évoluer sans cesse entre le microcosme du cas individuel, isolé dans sa particularité (*je suis bien le seul à qui tout cela arrive*) et donc stigmatisable, et l'indifférencié (*ah bon, je ne suis qu'un parmi tant d'autres*) déresponsabilisant et décourageant, que peut faire l'intervenant qui le conforte dans une hypothèse réaliste ? Que dire quand ce discours aboutit à isoler l'univers de la santé mentale de tous les partenaires de la société ? Heureusement, de ce point de vue-là, il me semble qu'un petit mieux est sensible : les professionnels de la santé mentale découvrent, à petits pas, que leur monde interagit sans cesse avec d'autres univers : l'enseignement, la police, la justice, le voisinage, les clubs sportifs, que sais-je encore.

Tout de suite, pourtant, quelle est la première réaction ? Faire connaître son propre discours, celui des "psy", et l'imposer comme le seul vrai, jusqu'aux comportements de censure. Les mots, toujours les mots ! Je tenterais pourtant de dire qu'écouter le discours de la société sur le monde des fous, aiderait à mieux comprendre le monde de la santé

mentale, ses erreurs et ses apports, que de vouloir imposer à tout prix son propre discours sur les fous : accepter les mises en question, accepter la multiplicité des regards et des peurs et entrer ensuite en dialogue. Accepter aussi que les peurs et les rejets font partie intégrante du monde, et qu'à trop vouloir les supprimer on déshumanise. Le plus grand mérite, à mes yeux, de l'Année de la santé mentale en 2001 a bien moins été de modifier quoi que ce soit dans la société par rapport à l'image de la maladie mentale (objectif en soi absolument irréaliste à court terme), mais de contribuer à ouvrir un petit peu le monde professionnel de la santé mentale sur la société. Briser le tabou de la folie dans le monde, dont se plaignent plus les soignants et les familles que les "patients" eux-mêmes, revient à commencer par ne plus se vivre soi-même comme dans un monde à part ! A trop vouloir rendre les questions "psy" particulières, on a créé toutes les conditions d'une mise à l'écart... projetée sur le monde environnant.

Ne me faites pas dire ce que je ne dis pas : bien sûr le regard porté par la société sur ses "fous" ou ses "déviant" n'est guère positif ni intégrateur. C'est le propre d'un système social que de produire des archétypes et des normes et de les vouloir appliqués par tous. C'est le propre aussi de chaque homme de s'y conformer... dans les limites de ses possibilités, de ses désirs, de ses capacités de résistance. Il y a une dialectique, qui peut être dynamique, sauf s'il y a crispation sur les règles d'un côté, sur l'hors règle de l'autre. L'important, quand on prend le parti de ceux qui n'entrent pas dans les archétypes ou les normes, est de leur reconnaître cet écart comme faisant aussi partie de la normale : après tout, une courbe de distribution statistique n'existe que s'il y a des extrêmes, et des moyennes et des médianes. La difficile question est celle du "lissage", ce qui fait que la dispersion des points devient ligne et courbe. Tous les points font partie de la distribution, et de la courbe peu ou prou, il ne sert à rien d'alimenter le discours de la mise à l'écart, en créant un univers spécifique qui serait propre à la "santé mentale" ou à la folie. Banaliser la folie serait peut-être ce qui pourrait lui arriver de mieux... sans annuler toute inquiétude dynamisante.

Beaucoup, parmi ceux avec qui j'ai été amenée à travailler, cherchent à créer ce lien, ce passage, entre les mondes, mais tout de suite se trouve l'un ou l'autre, presque malgré lui, qui ne peut s'empêcher de dire *oui mais en santé mentale, c'est différent*. Les droits des patients ? *Oui, mais en santé mentale ce n'est pas la même chose !* Non ! Stop ! Ce n'est ni différent, ni pareil, c'est. C'est une réalité entremêlée à toutes les autres réalités. C'est un donné de la vie commune. Il y a des grands et des petits, des gros et des maigres, des noirs, des jaunes, des blonds, des roux, des idiots et des surdoués, et des petits malins, des vrais pervers, des gris couleur de muraille et des personnages flamboyants, des heureux, des malheureux, des bien ou mal lotis. Tous ceux qui peuplent la terre sont à la fois uniques et semblables, constitutifs de l'image de l'humanité chacun pour sa part, et parties de parcelles de cette humanité.

Le fou aussi, et son soignant aussi, cette personne à qui il s'adresse en demande, ou qu'il est bien obligé de rencontrer, tout comme le prof, ou le notaire, ou le balayeur de rue, ou le fonctionnaire à son guichet, et ma voisine, et mon lointain cousin. Ces rôles sont distribués au hasard de la vie, se mélangent plus ou moins, parfois s'interchangent ou se cumulent, et qu'on le veuille ou non, définissent pour partie une personne au regard des autres. Cette crainte de l'étiquette, je la situerais plus dans la peur, souvent fantasmée, certes parfois fondée, que l'autre ne réduise son regard à l'étiquette, à cette part de soi qu'il connaît, ou croit connaître. Mais "l'étiquette", ce mot par lequel on situe quelqu'un dans l'ensemble complexe de la vie, sert de point d'entrée vers la personne. Comment dire... celui-là qui... suivi d'une multitude d'épithètes ? Ou bien faire plus rapide : la rousse, le petit râleur, le gros, le fou ou la sorcière ? Comment reconnaître mieux qu'on ne connaît jamais que quelques aspects de quelqu'un, que personne jamais ne se livre totalement à l'autre, et

que cette maudite "étiquette" peut être aussi la meilleure protection contre l'envahissement ? Il y a ceux qui craignent l'étiquette, s'y sentent à l'étroit ou rejetés, et ceux qui s'y attachent comme à une parcelle d'identité ou une position de repli.

Il en est de même des questions de santé mentale : elles relèvent de la santé en général, même si à bien des égards certains de leurs aspects n'ont pas à être abusivement médicalisés. Comme toujours, l'étiquetage apporte un éclairage, et a un côté très réducteur. L'O.M.S. a popularisé une définition de la santé qui en fait *un état de bien-être tant physique que psychique*; le vécu de chacun permet de reconnaître cette assertion comme vraie. Ce résultat ne ressort pas de la médecine, mais des circonstances de vie et du bagage reçu en héritage. Comme le bonheur, ce n'est pas un état quoi qu'en dise l'OMS, ce sont des moments, voire une succession de moments, de bien-être conscient, l'état ne pouvant être que celui de non perception d'un mal-être.

Qu'il s'agisse de santé physique comme de santé mentale, la médecine n'est appelée à la rescousse qu'en cas de dérapage, perçu par soi-même ou par l'entourage. On pourrait presque dire que, soit le monde environnant paraît trop difficile à vivre, soit ce monde supporte mal une personne : les deux extrémités du lien entre soi et la société. Le lieu-même où s'articulent les douleurs de l'existence. Celui-là où se fonde l'humain, cet être incapable de vivre seul et ne vivant pas toujours bien la collectivité. Aux deux extrêmes, des modèles de "soins" : changer la grille de lecture, les lunettes pour lire le monde, ou... changer le monde, s'éloigner du monde. Adapter la personne ou créer d'autres espaces sociaux ? L'entre les deux, le travail sur ce lien, qui se situe à l'articulation entre soi et la société, s'enracine dans l'éducation, cet art d'aider à grandir et à prendre une place sociale.

En santé physique, on tend à considérer, de façon assez consensuelle, les difficultés comme des symptômes apparents dont les causes sont chaque jour mieux identifiées, y compris en termes d'habitudes de vie et de bagages génétiques. En matière de santé mentale, pour des raisons plus ou moins conscientes, s'opposent furieusement une démarche proche de celle adoptée en santé physique, mais à qui il est reproché d'ignorer les dimensions éducatives et les vécus personnels, et une démarche centrée sur les vécus qui en théorie rejette les dimensions symptomatiques et biologiques. Une approche médicalise à outrance, l'autre démedicalise jusqu'à l'absurde. Faire de chaque déviance sociale, de chaque comportement dérangeant et/ou hors norme, un symptôme à prendre en charge par la médecine et toute autre forme d'expertise "psy", est un abus de pouvoir et une recherche hâtive de solution "clé sur porte". Par ailleurs tenir un discours qui ignore la souffrance de l'entourage, les handicaps naturels, les limites personnelles et familiales, surévalue les possibilités personnelles et les capacités de changements.

Le déséquilibre des forces en présence complique singulièrement le débat : les approches médicalisantes sont portées (aussi) par des lobbies financiers (pharmaceutiques, gouvernementaux), les démarches centrées sur la personne sont fondées sur une approche affective et éducatrice en dehors des pouvoirs économiques. L'enjeu est là, dans le plus total des déséquilibres apparents, avec le défaut permanent de la diabolisation stérile de l'autre.

Je me sens mal dans cette tension, car en aucun cas il ne me paraît raisonnable de tenir un discours absolutiste et sans nuance. Si la recherche scientifique met en évidence des typologies, elle aide à la réflexion et à l'orientation thérapeutique pour certains cas de souffrance, et répond aux extrêmes de la distribution sans doute mieux que d'autres méthodes. Traiter les situations de troubles de l'éducation comme une pathologie médicale (somatique ou psychique), c'est faire peu de cas du rôle de la société dans la structuration de la personne, de l'indispensable socialisation de chaque humain pour qu'il accède au statut d'humain. Isoler l'individu dans sa souffrance ou son plaisir, c'est le rendre inapte au

comportement humain, qui suppose le poids du social au quotidien. L'enfant d'homme ne devient humain que par son immersion dans une famille d'humains, avec ses contraintes et ses tensions, et non en étant traité en sujet unique et isolé. Curieusement, par delà leur conflit idéologique, la démarche humaniste isole autant l'individu que la démarche médicalisante.

Ce n'est que depuis peu qu'on ose dire (à satiété d'ailleurs) qu'un enfant à qui il ne fut pas opposé suffisamment de refus ne peut se comporter en adulte équilibré. Quand, la première fois, j'ai émis une telle hypothèse, assise dans une éminente tablée de psy de tout genre, il me fut répondu : *nous vous laissons la responsabilité de vos dires, madame*. C'était il y a 9 ans ! J'ai cru que j'étais trop incompétente dans ce nouveau champ de mon activité professionnelle pour poursuivre cette réflexion, et me suis tenue plus ou moins quoite, mais mon mal-être a commencé ce soir-là. Il y avait donc des hypothèses qui ne pouvaient pas se dire à voix haute ! Je pensais avoir émis un point de vue de simple bon sens, celui d'une mère de famille faisant un petit bilan de fin de carrière maternelle. Je n'avais pas compris qu'en moi c'était la sociologue qui parlait, qui avait analysé son expérience de vie, et celle autour d'elle, et qu'en fait ce regard avait dans le moment une originalité plus grande que je ne croyais.

Et je trouve que les questions de santé mentale s'enlisent beaucoup trop dans ces discours idéologiques, au détriment des situations et des histoires de vie collectives. J'en ai entendu, vrai de vrai, aller jusqu'à dire que seuls les "psy" pouvaient être moteurs de changement social, que dis-je, de révolution, mais ceux-là n'étaient pas belges ! Quel rêve de toute puissance ! Et combien la mesure du réel démontre l'absolu de l'impuissance ! Heureusement, dans la pratique de chaque jour, j'ai vu le plus souvent des personnes soucieuses de rencontrer les questions des consultants, de les épauler dans leur quête de vie, et cela de façon très pragmatique et sensible. Et en ces thérapeutes-là, les "usagers" placent leur confiance à bon escient.

Ah ! Une chose encore : avant d'entrer dans ce milieu professionnel, j'ai bien spécifié que je n'étais en rien thérapeute, et n'ambitionnais pas de le devenir. J'ajouterai qu'aujourd'hui, je ne le suis pas plus et ne l'ambitionne pas plus. Or la hiérarchie non-dite du monde de la santé mentale met le (psycho)thérapeute au-dessus de tout, hors le médecin-psychiatre car médecin (même là où il est décrié dans sa méthodologie). Le fait de n'être pas du tout tentée par ce rôle m'a fait paraître suspecte aux yeux de certains. Pourtant, non, je ne me sens ni capable d'exercer cette fonction, ni intéressée par ce rôle, tout comme je me sens parfaitement incompétente comme professeur... et j'ai la faiblesse de croire que cette fonction-là est plus importante encore en matière de santé mentale. Non, vraiment, de tous les rôles qui contribuent à faire émerger un homme ou une femme, c'est celui de maman qui m'a le plus intéressée (je n'exclu pas les papas, mais ce rôle ne m'est pas connu de l'intérieur). J'en ai mesuré les limitations, les difficultés, les injustices, les ingratitude, et la responsabilité primordiale, et aujourd'hui j'y trouve peut-être mes plus grandes joies. Curieuse boucle pour une femme qui, toute sa vie, a voulu travailler, a défendu la place active des femmes dans la vie sociale, professionnelle, politique, hors des murs de la maison. Ne croyez pas que je changerais de point de vue en ce domaine, mais je pense que l'évolution prise, comme dans tout mouvement de balancier, tend à pousser la dimension "hors les murs" trop loin aujourd'hui, au risque de perdre le lieu d'enracinement des petits hommes.

Voilà, je m'en vais, un peu sur la pointe des pieds car je ne suis pas certaine d'avoir bien compris les choses. Je vous ai fait part, et j'y tenais beaucoup, de la perplexité née de mes quelques années passées avec vous, à me battre avec vous pour quelques idées, mais lesquelles ? Pour l'homme (la femme aussi, et plus encore!), sa fragilité et sa perfectibilité, certes, mais la ligne est loin d'être claire, l'horizon est des plus obscurs, aucune utopie ne vaut de se battre car la vie est trop complexe pour se réduire à une utopie, fut-elle la plus généreuse en apparence. Il n'y a ni blanc tout blanc, ni noir tout noir, il n'y a que des gris dont certains, il est vrai, nous plaisent mieux; c'est toujours aux limites du noir et du blanc qu'ils se trouvent. Mon seul souci, peut-être, au long de ces dix ans aura été de faire qu'aucun point de vue, jamais, ne domine le débat, car tous oublieraient quelqu'un en route, du moins tels que je les ai perçus. Merci pour tout, surtout pour les questions, elles font grandir.

Martine Baudin
CEDEP-mai 2004

PARTIE 4 :

DOCUMENTATION

***Etude sur la surveillance dans le champ de la santé
mentale***

Anne Lovell

RAPPORT FINAL

réalisé pour

l'Institut de Veille sanitaire

Département des maladies chroniques et des traumatismes

EXTRAITS

31 mai 2003

CHAPITRE 4 : Problèmes de définition et de délimitation de l'objet de la surveillance en santé mentale

Une des premières tâches de cette mission a été de dessiner plus clairement le contenu et les frontières du domaine de la surveillance en santé mentale. Ce chapitre présente les problèmes de définition et de délimitation de ces frontières. La santé mentale est devenue aujourd'hui une valeur, dans le sens où le terme désigne un idéal vers lequel l'individu doit tendre et sur lequel doivent s'axer les pratiques de la psychiatrie publique et les orientations en matière de santé publique. Ainsi les derniers rapports commandités par le ministre de la santé font tous état, au niveau des politiques publiques, du passage d'une perspective psychiatrique à une vision plus large en termes de santé mentale. La circulaire ministérielle du 14 mars 1990 donne à la psychiatrie la mission non seulement de traiter les maladies mentales, mais encore de promouvoir la santé mentale. Le Plan de la santé mentale le plus récent se réfère à la santé mentale et non plus uniquement à la psychiatrie (1).

Toutefois, la santé mentale (terminologie assez récente en France) et le trouble psychiatrique ou la maladie mentale (termes plus communément utilisés en psychiatrie) continuent à être confondus. Par exemple : les versions préliminaires de la future loi d'Orientation de la Santé publique introduit le concept de santé mentale mais glisse très rapidement dans ses indications pratiques vers les troubles psychiatriques. En fait, il y a plus de 10 ans, le constat de cette confusion avait déjà été fait : bien que le passage du concept de psychiatrie à celui de santé mentale était depuis longtemps annoncé, les instances « dites de santé mentale » en psychiatrie publique concernaient essentiellement la prévention secondaire (ou les interventions autour de la maladie) et l'organisation du dispositif de soins (2).

Dans les parties qui suivent, nous présentons, d'abord, les problèmes de définition autour des troubles mentaux. Nous montrerons en quoi les ambiguïtés des définitions contribuent à la confusion entre type de trouble et problèmes de santé mentale. Ensuite, nous présenterons la profusion de définitions de la santé mentale et celle d'un concept connexe, la souffrance psychique. Enfin, nous nous arrêterons sur les usages sociaux qui sont faits de ces catégories en montrant en quoi ces usages entretiennent le flou quant aux frontières du domaine sur lequel devrait s'exercer la surveillance en santé mentale.

4.1. Trouble mental et maladie mentale

La définition du trouble mental soulève plusieurs problèmes, notamment l'instabilité nosologique et la variabilité des critères nécessaires pour faire un diagnostic (en épidémiologie).

En dépit des avancées nosologiques, les définitions du trouble psychiatrique ou de la maladie mentale sont changeantes. Elles sont assujetties aux controverses d'écoles (psychodynamique vs cognitiviste, par ex), entre professions (psychanalystes vs neurologistes, psychiatres vs psychologues), entre cultures (tradition française de psychiatrie vs allemande ou encore américaine ; différences locales dans la définition des maladies ou syndromes, etc.). Aujourd'hui, le peu de correspondances entre les conditions constitutives des « maladies mentales » et les marqueurs biologiques nourrit le manque de consensus autour des définitions, des étiologies et des traitements. Le problème de la définition et de la délimitation de ce que constitue un état pathologique existe dans d'autres domaines de la médecine¹, mais il est particulièrement marqué en psychiatrie. La difficulté essentielle pour

¹ Pour les maladies cardiovasculaires, par exemple, on peut penser aux problèmes de la définition et l'interprétation de l'hypertension, de la douleur de poitrine ou encore des facteurs à risque, telle la "personnalité type A".

cette dernière vient en partie de l'absence de mesures de référence, ou de critères de validité extérieurs et absolus.

Toutefois, les architectes de l'épidémiologie psychiatrique reconnaissent cette difficulté au sens où ils ne se réfèrent pas aux «étendards d'or» absolus, comme ils disent, mais plutôt à une forme de validation « processuelle » ou à un processus de définition, dont la validation est présumée instable (car menée par rapport à des critères extérieurs qui sont eux-mêmes évolutifs). Ces problèmes sont reflétés dans une partie des débats et des critiques menées autour des outils de mesure à visée diagnostique utilisés dans la surveillance en santé mentale. Ces outils sont nombreux, souvent imparfaits et rendus rapidement désuets. Le renouvellement ou perfectionnement de critères de diagnostic vont de pair avec une nosographie psychiatrique en expansion constante et que l'on peut observer à travers l'évolution des deux grands systèmes nosologiques : la Classification Internationale des Maladies (C.I.M.) de l'OMS et le Manuel diagnostique et statistique (D.S.M.) du American Psychiatric Association. De nouvelles catégories prennent une place importante (l'exemple le plus étudié est le syndrome du "stress post traumatique"), et si d'autres disparaissent de la nosologie (par exemple, l'homosexualité en tant que trouble psychiatrique), les nouveaux candidats ne cessent pas de voir le jour (voir par exemple, la pléthore de troubles de la personnalité).

En dépit du flou qui entoure les catégories du trouble mental, la prise en compte ou pas de certaines dimensions des troubles influe sur leurs définitions. Pour la clinique comme pour la recherche, l'attestation de l'existence ou pas d'une véritable maladie ou d'un trouble psychiatrique dépend en particulier de deux critères: (1) la temporalité et (2) la gravité, ou retentissement, des symptômes dans la vie quotidienne. Sans la prise en compte de la durée des symptômes, des états transitoires et/ou «normaux» se confondent avec des véritables troubles, comme dans le cas d'un deuil limité dans le temps par rapport à un qui évolue vers une dépression à long terme. En l'absence d'un retentissement dans la vie quotidienne, d'une douleur psychique importante ou d'un effet incapacitant, les symptômes peuvent tout autant relever de la palette des émotions ordinaires (la tristesse, la joie, etc.), de malaises, de mal-être que de véritables signes de trouble. Cependant, des aspects de la santé mentale – par exemple, la capacité à faire face aux stress ou encore le sens subjectif d'une qualité de vie qui laisse désirer mieux – peuvent être présents chez quelqu'un atteint d'une maladie grave, comme un trouble bipolaire ou une dépression clinique chronique. Mais devant l'absence de critères de durée et de sévérité, il est difficile de séparer le trouble des problèmes (ou troubles sub-cliniques), ce qui a des implications importantes pour les politiques de santé publique et pour la surveillance.

La prise en compte de ces dimensions est au centre des controverses autour des résultats des deux grandes enquêtes de la "troisième génération" d'épidémiologie psychiatrique², menées aux Etats-Unis. Dans la littérature scientifique, les taux de troubles mentaux - 30% (actuels) et 50% (sur la vie) -- utilisés pour estimer le besoin de soin étaient tirés des résultats de la première de ces études, l'Epidemiological Catchment Area (ECA), menée dans cinq aires géographiques des Etats-Unis à l'aide du Diagnostic Interview Schedule (DIS)).

² Cette typologie vient de B.P et B.S. Dohrenwend. Les études de la première génération (1880s – 1940) reconnaissent que le recensement des patients institutionnalisés sous-estimait le taux de maladie mentale. Elles se servaient alors des estimations de cas faites par des interlocuteurs privilégiés (informateurs, médecins, police, etc). La deuxième génération (≈1945 – 1979) introduit des échantillons représentatifs des aires géographiques ou des quartiers urbains, utilise des entretiens faits par des cliniciens et des indicateurs globaux de psychopathologie mais pas d'outils de diagnostic. Les enquêtes descriptives en épidémiologie psychiatrique de la troisième génération sont caractérisées par des méthodes rigoureuses, des populations larges et l'utilisation d'outils standardisés, améliorés quant aux propriétés psychométriques et à visée diagnostique.

Les taux venant de la deuxième étude, National Comorbidity Study (NCS), basé sur un échantillon représentatif des Etats-Unis et utilisant le Composite International Diagnostic Interview (CIDI) le l'OMS, étaient encore plus élevés. Or, récemment ces résultats ont été critiqués : ils présenteraient des surestimations importantes (3). Les problèmes de la définition et de l'opérationnalisation des critères de gravité ou de « signification clinique » seraient à l'origine d'une partie de cette sur-estimation.

Quand des critères plus stricts de "signification clinique" – en bref, la présence d'incapacité et le retentissement du trouble mental sur le fonctionnement social du sujet – ont été intégrés dans la définition d'un "cas", la ré-analyse des données ECA et NCS a produit des taux de prévalence nettement inférieurs concernant le fait d'avoir au moins un trouble mental. On observe alors une diminution de 17% pour les données ECA et de 40% pour celles du NCS (4). Pour certains troubles, les taux supposés élevés étaient générés à partir d'algorithmes qui ne prenaient pas en compte la durée des symptômes, contrairement aux critères du DSM sur lesquelles ces algorithmes sont supposés être basés.

Des procédures semblables ont été menées dans le cadre d'enquêtes auprès des populations d'enfants et d'adolescents, elles ont, elles aussi, abouti à une diminution des taux de prévalence du trouble mental. Les critères de "signification clinique" réduisent en effet, et en particulier, le taux de "cas" pour les troubles moins sévères (par ex., la phobie simple) par rapport aux troubles plus sévères (par ex, la dépression) (5).

Une stratégie pour améliorer le comptage des troubles mentaux en épidémiologie serait de tendre moins vers le diagnostic – ou vers le diagnostic seul – que vers la gravité du trouble, le degré d'incapacité ou encore la "signification clinique". Le directeur de la section épidémiologique de l'OMS et ses collègues évoquent un changement de paradigme – dans la recherche et dans les systèmes de classification – qui fournirait le maillon manquant entre le diagnostic et le recours au soin : le retentissement social de la maladie (6). Cet exercice n'est pas sans difficulté. Par exemple, la signification des symptômes "légers" ou sous-syndromaux n'est pas évidente. Ils peuvent indiquer un risque de maladie ou de comportement à risque (tentative de suicide, par exemple). Ils peuvent, au contraire, indiquer des symptômes gérables dans la vie quotidienne, ou qui disparaîtront tout seuls (l'analogie somatique serait ici le rhume) ou avec des soutiens "naturels" (de l'entourage, institutionnel). Enfin, ils peuvent aussi représenter l'appropriation par le sujet du langage de la santé mentale pour décrire des problèmes banals de la vie quotidienne. Eventuellement, des enquêtes longitudinales et des analyses sociologiques devraient permettre de tester ces différentes hypothèses.

4.2. Santé mentale et souffrance psychique

La notion plus récente de santé mentale, au moins dans son usage français, s'ancre dans plusieurs cadres de référence. Nous nous limitons ici à trois approches principales. Premièrement, la santé mentale relève très souvent d'une définition positive, et ceci dans au moins trois sens. Premièrement, elle peut carrément se référer aux états ou phénomènes émotionnels et cognitifs perçus comme étant positifs, tels le bien-être, la joie, l'aspect émotionnel ou cognitif de la satisfaction avec sa vie. Deuxièmement, elle peut indiquer des « ressources psychologiques » « possédées » par un individu, telle la résilience, la capacité à « faire face » aux situations d'adversité, etc., ou encore des traits ou des dispositions de la personnalité, tels l'optimisme ou le sens de la cohérence élaboré par Antonovsky (7). Troisièmement, la santé mentale peut être conçue comme étant le pôle positif d'un continuum d'états psychologiques. Cette définition recoupe les deux autres, car le pôle positif comprend le bien-être et les ressources censées permettre la gestion, de « façon satisfaisante », de sa propre vie, même face à l'adversité (les stress, les événements de vie

et les conflits produits dans l'environnement et les relations sociales)(8). Au pôle négatif du continuum on inclurait les pathologies mentales. Entre les deux mais plus proche des pathologies se trouveraient des formes de détresse psychologique. Si le pôle positif comprend les ressources psychologiques et les capacités d'agir dans ses rôles sociaux (de parent, d'employé etc.), le pôle négatif peut inclure les invalidités et l'incapacité à fonctionner dans ces rôles. Cette notion dynamique de la santé mentale correspond à celle qu'on trouvera dans le dernier rapport sur la santé du monde de l'OMS, qui a d'ailleurs proposé des échelles pour la mesurer (9).

Enfin, la santé mentale se distingue de la santé plus généralement par sa spécificité supposée non corporelle, ou concernant plus l'esprit et la psyché que la santé physique (2). Bien évidemment, cette distinction reflète une attitude culturelle (séparation du corps et de l'esprit) qui serait peut-être moins pertinente pour la psychiatrie biologique.

La santé mentale se réfère, dans d'autres cas, à un aspect de la santé publique. Comme pour les autres domaines de la santé publique, la santé mentale dans ce cadre référentiel concerne les populations (par opposition à l'individu) et elle est axée sur la prévention. Elle exprime une préoccupation d'intervention auprès de la population en amont de la maladie. Mais ceci n'est pas spécifique à la santé mentale, on peut aussi avoir une approche populationnelle et préventive des troubles psychiatriques et imaginer que la prévention en santé mentale comprend des politiques sanitaires et sociales visant à empêcher le développement des troubles psychiatriques. Un exemple souvent cité concerne les politiques d'aide aux mères seules pour prévenir la dépression (10).

Dans un cadre conceptuel connexe, la santé mentale est conçue comme intrinsèquement liée à un référent *social* : au minimum aux relations sociales, sinon au contexte social. A titre d'exemple, la circulaire ministérielle sur la politique dans le domaine de la santé mentale énonce qu'on doit envisager les problèmes de santé mentale *"sous un angle élargi et selon une conception positive et dynamique de la santé: en cherchant à promouvoir des facteurs de santé, en s'intéressant davantage aux aptitudes des individus et des groupes vis à vis de leur santé. Pour ce faire, trois niveaux sont à considérer: l'individu, la famille et le groupe social ou « communauté »*³.

Enfin, et de façon similaire, une conception de la santé mentale inclut l'ensemble des déterminants relatifs aux interactions entre les individus et leur environnement (11). Cette perspective dynamique ouvre la voie aux actions communautaires de prévention. En même temps, elle rejoint la perspective théorique de l'épidémiologie sociale. L'idée sous jacente est que non seulement les déterminants sont partagés par l'ensemble d'une population (à la différence d'un facteur de risque, qu'on réfère à un individu), mais l'expression même des problèmes de santé mentale peut être collective ou diffuse. Une telle approche souligne donc à la fois la dimension collective de l'état de détresse, et les conditions sociales qui en sont à l'origine. Dans leurs travaux sur les différentes échelles psychologiques qui mesurent ceux qu'ils appellent la "détresse non-spécifique", Link et Dohrenwend (12) montrent que celle-ci est commune aux personnes vivant les mêmes situations difficiles: les victimes d'inondation, les femmes isolées au foyer, etc.

De même qu'il y a confusion entre santé mentale et trouble mental, la distinction entre santé mentale et souffrance psychique pose problème à la surveillance et plus généralement à la recherche. Beaucoup de personnes interviewées (voir Partie VII) ainsi que la littérature «grise» sur la santé et sur les problèmes sociaux en France font état d'une présence importante de la souffrance psychique dans des milieux et des populations différents: sur les lieux de travail, dans les écoles, auprès des personnes en situation de précarité, chez les jeunes, etc.

³ Ministère français de la santé publique et de l'assurance maladie. Orientations de la politique dans le domaine de la santé mentale. Circulaire du 13 mars. Paris 1990.

Un survol des rapports qui font état de cette souffrance psychique suggère que le terme est utilisé à propos de toute une série d'expressions de mal-être: la consommation des psychotropes, les actes de violence, la dépression... Elle recouvre des configurations de symptômes et de comportements partagés par des groupes d'individus dans des situations comparables, dans diverses circonstances de la vie. Elle serait aussi produite par la «*continuité et [...] la multiplication des troubles entraînant un décrochage par rapport à la conduite habituelle* » (13). Cette caractéristique vague est reportée par le séminaire « Ville, violences et santé mentale » (DIV-RESSCOM), lequel souligne l'existence de multiples expressions, de manières d'agir et de sentir de la souffrance psychique, et les difficultés à trouver du sens à sa vie (avril 2001).

Une hypothèse forte serait que la souffrance psychique relève de ce que les anthropologues appellent une "idiome de détresse" ou encore ce que Marcel Mauss nommait "l'expression obligatoire [lisons : "normative"] des sentiments" (14). Nous constatons aussi que la souffrance psychique est quasiment toujours décrite par rapport à une situation – le harcèlement moral au travail, les conditions des quartiers dits sensibles, les institutions et les dispositifs de prise en charge des délinquants, etc.

Un exemple de problème de définition :
la dépression - maladie mentale, détresse psychologique ?

Pour témoigner des difficultés que nous avons évoquées quant à la délimitation du champ de la santé mentale – et des implications de ce travail de définition sur la surveillance en santé mentale - nous pouvons prendre l'exemple d'un trouble qui apparaît comme prioritaire pour la surveillance aux vues d'une grande partie des rapports, des publications en France (voir références) et des acteurs de la santé mentale déjà interviewés (voir Partie VII B) : la dépression. Quelle devrait être la conception pertinente de la dépression pour les décideurs de la planification sanitaire? Faut-il s'intéresser à la dépressivité (l'état transitoire mesuré par des échelles comme l'auto questionnaire CES-D, répandu en France, mais qui est très peu spécifique et enchevêtre la détresse ou la démoralisation (12)) ? Ou faut-il exiger un véritable diagnostic de dépression ? Si on n'accepte que le deuxième, que prendre en compte : la durée des épisodes, la récurrence, le niveau de détresse engendré? Un exemple classique concerne la dépression des étudiants universitaires, pour lesquelles la dépression liée aux études et à l'adaptation sociale est limitée dans le temps et peu incapacitante. Comment la distinguer des dépressions qui exposent l'étudiant au risque de suicide, par exemple? (15)

Que faire du fait que les outils diagnostics des enquêtes mélangent les cas de dépression ayant un fort retentissement sur la vie quotidienne avec des cas de dysthymies de longue durée moins incapacitantes?

Quelques unes de ces questions ont été soulevées concernant l'interprétation des résultats de l'étude Global Burden of Disease (GBD), de l'OMS, la Banque Mondiale et l'Ecole de Santé Publique de Harvard University, une méta-synthèse des données épidémiologiques. Les troubles neuropsychiatriques sont parmi les cinq premières causes d'incapacité, mesurées en termes d'années vécues avec une déficience ou une incapacité. La forme de dépression appelée « trouble de l'humeur unipolaire » explique par lui-même 10% de la déficience. La psychiatrie est traditionnellement axée sur "les maladies mentales" (psychoses et névroses graves) ou les "troubles mentaux graves". Cependant, la GBD ne sépare pas les dépressions transitoires des troubles durables, ni les dépressions « non-psychotiques » des dépressions avec symptômes psychotiques, ce qui empêche d'estimer le poids des maladies graves et durables vs celui des troubles plus légers (16). En outre, la GBD a été critiqué pour son

utilisation de données peu fiables, d'un processus mal défini et mal contrôlé dans la détermination des valeurs à attribuer à la mesure de l'incapacité, etc. Certaines difficultés sont liées à la diversité des outils utilisés et pris en compte par les méta-analyses de ces études, d'autres tiennent à la conceptualisation du trouble et à la prise en compte de certaines caractéristiques par rapport aux autres (17).

Que signifie alors la prédiction qui en résulte : la dépression devrait devenir la deuxième maladie, en termes d'incapacités, d'ici 2020 ? Et comment surveiller cette maladie et ces déterminants ?

4.3. Les usages sociaux du trouble mental, de la santé mentale et de la souffrance psychique

La mesure de la santé mentale *et* des troubles psychiatriques est affectée, nous l'avons vu, par l'expansion continue des deux catégories. Cette expansion nous semble être produite plus par des phénomènes sociétaux, que par des facteurs sociaux, c'est-à-dire plus liée à l'organisation et aux normes sociales qu'aux caractéristiques sociales de l'individu ou à sa position dans la structure sociale.

On observe par ailleurs une sensibilisation croissante du grand public aux troubles mentaux et à la santé mentale. Ce phénomène fait partie d'une appropriation de plus en plus importante, par l'individu, de l'information médicale et d'une prise de conscience des dimensions du corps et de l'esprit en dehors de la maladie – appropriation elle-même liée à plusieurs facteurs sociaux et économiques. Pour la sociologie classique, le rôle du malade, au moins dans la modernité, comporte à la fois l'exemption des obligations (par exemple, parentales, ou du travail, comme dans le cas d'invalidité accordée au travailleur) et l'obligation de chercher à guérir, en se mettant entre les mains des professionnels de la santé compétents (13, 18). Mais le rôle du malade, nous le savons, est en train de changer. Le corps et l'esprit ne sont plus des phénomènes latents qui ressortent quand la maladie et la douleur font éruption dans la routine de la vie quotidienne (Schilling 2002). Le capital santé et – nous pouvons ajouter – le capital santé mentale, deviennent de nouvelles valeurs et de nouvelles finalités vers lesquelles l'individu doit s'efforcer de tendre. Dynamisme, élan, résilience, flexibilité, adaptabilité sont des ressources psychologiques qui permettent de distinguer certains groupes des autres. La performance de plus en plus recherchée requiert, elle aussi, un travail sur la santé mentale. En même temps, ce travail de distinction produit lui-même les versants négatifs de la santé mentale : plus de dépressivité, d'anxiété, de stress, etc.

Une plus grande sensibilité aux notions de la santé mentale se manifeste aussi dans l'adoption d'un langage de sens commun qui réinterprète les problèmes et les expériences de la vie quotidienne en termes de santé mentale. Ceci n'est pas nouveau partout (19), (20). Mais dans le contexte actuel de la France cela prend un aspect paradoxal : les représentations sociales expriment toujours une très grande stigmatisation de la maladie mentale (21), et, dans le même temps on observe, à l'œuvre, une véritable déstigmatisation, comme en témoigne par exemple l'augmentation des recours aux professionnels « psy », voire même aux urgences psychiatriques, ainsi qu'une extension de ce type de recours pour les enfants et les adolescents (Dubuis 2003). Cette traduction en termes psychiatriques de toute une série de problèmes sociaux expliquerait pourquoi les psychiatres français disent être de plus en plus sollicités pour assumer de nouvelles demandes issues du monde médical et social (psychiatrie de liaison, soins aux victimes de catastrophe ou de maltraitance, etc.) ou de la société au sens large (délinquance, précarité, prisons...) (22). N'oublions pas que le taux de psychiatres par habitant est le plus élevé en

Europe, après l'Islande et la Suisse, et presque deux fois celui des Etats-Unis et du Canada (23).

4.4. Comment résoudre les problèmes définitionnels de la santé mentale ?

Quelles sont les conséquences des problèmes de définition et de ceux de l'usage social croissant des catégories de santé mentale et de souffrance psychique pour la surveillance de la santé mentale ? Bien qu'il ne soit pas dans l'objectif de cette mission de faire l'état des lieux des outils de mesure pour la surveillance de la santé mentale -- une telle entreprise supposerait une étude en elle-même -- nous pouvons esquisser le type d'indicateurs de santé mentale que pourrait comprendre un programme d'évaluation et/ou de surveillance de la santé mentale de la population. Ici nous présentons les grandes lignes de ce type d'indicateurs, sans rentrer dans les détails de leurs contenus, lesquels sont plus déterminés par les besoins identifiés par les acteurs et les décideurs. (Dans le chapitre V, nous présenterons les déterminants sociaux de la santé mentale).

Le champ de la santé mentale, par rapport à l'esprit de cette mission, comprend à la fois la pathologie psychiatrique et les composantes de la "santé mentale" entendue dans son sens plus restreint. Le domaine de la pathologie psychiatrique, dans les études en population générale, pourrait alors inclure :

- les troubles mentaux tels qu'ils sont définis dans les nosologie courantes (CIM, DSM, etc.)
- le retentissement des troubles et des symptômes (handicap, incapacités, désavantage social, dysfonctionnement social).

Les dimensions de la santé mentale pourraient inclure :

- la détresse psychologique (entendue comme un état non-spécifique de mal-être mesurable avec des échelles psychologiques du type CES-D ou certaines questions du SF-36).
- le bien-être et d'autres dimensions positives.

Nous avons des hésitations concernant l'inclusion du bien-être et des autres dimensions positives : L'appréhension de la santé mentale est problématique, dans la mesure où elle étend potentiellement l'identification des problèmes à «tout le monde ». Une telle extension pose des problèmes aux politiques publiques, nécessairement obligées d'établir des priorités. En s'appuyant sur les constats du nombre important de psychiatres en France, mais sans nier l'existence de véritables problèmes de renouvellement démographique des professionnels de la psychiatrie, on peut se demander, par exemple, jusqu'à quel point il faut élargir le système pour s'adresser aux nouveaux types d'usagers et jusqu'à quel point il faut le réorganiser. En incluant, en particulier, les dimensions du bien-être et les autres dimensions positives dans le répertoire des mesures pour une surveillance de la santé mentale, on brouille nécessairement les frontières du domaine de la psychiatrie et de ces missions. De même, les échelles de détresse psychologique sont à interpréter avec prudence, car elles ne permettent pas toujours de différencier une condition aiguë d'une condition qui dure dans le temps⁴.

En revanche, la relation de ces variables « positives » à la morbidité psychiatrique est complexe. Les mesures de santé mentale positive peuvent indiquer des futurs problèmes de santé mentale. Le bien-être et la satisfaction de vie prédisent la santé mentale dans l'avenir.

⁴ Dans une analyse de la littérature épidémiologique sur la santé mentale des sans abri aux Etats-Unis, nous avons montré comment les taux de maladie mentale allaient jusqu'à doubler ou tripler quand ceux-ci étaient mesurés par des échelles psychologiques, par opposition aux entretiens à visée diagnostique. Ceci avait des répercussions pas toujours souhaitables dans l'organisation de l'offre pour la population des sans abris

Des traits de personnalité ou dispositions psychologiques tel l'optimisme, l'espoir et le sens de la cohérence apparaissent comme des facteurs protecteurs contre une mauvaise santé mentale. Et la détresse psychologique est un prédicteur de mortalité. (Pour une revue des études utilisant ces indicateurs, voir Korkeila 2000). La décision d'inclure ou pas les mesures de santé mentale positive devrait faire l'objet d'un débat scientifique préalable à la mise en place d'un programme de surveillance de la santé mentale.

Nous reprendrons ces points à la fin du rapport, dans notre présentation des Orientations. Ici, nous voudrions suggérer que la santé mentale et la souffrance psychique sont mieux appréhendées à travers leur mise en relation avec des phénomènes sociaux. Cette mise en relation prend deux formes : la mesure des déterminants sociaux ou des phénomènes associés avec la santé mentale et la souffrance psychique ; l'analyse sociologique de l'apparition et l'évolution de celles-ci. Dans la Partie VI, nous présenterons une discussion des déterminants sociaux de la santé mentale.

CHAPITRE 5 : la place des déterminants sociaux de la santé mentale dans la surveillance

Nous l'avons vu, la surveillance en santé mentale, telle qu'elle est préconisée par les réseaux européens et l'OMS, se doit d'inclure les déterminants sociaux de la santé mentale. Elle prend en compte le fait que la plupart des problèmes et des troubles mentaux ont probablement une origine multifactorielle.

Dans une revue préalable au développement d'une série d'indicateurs de santé mentale pour un système compréhensif de surveillance sanitaire pour l'Europe, Korkeila (24) propose une série d'indicateurs sociaux pertinents. Cette série inclut des variables qui permettent de saisir aussi bien les changements dans le temps que les variations entre pays, tout en étant utiles aux activités de santé publique liées à la santé mentale, à la prévention et au traitement des troubles mentaux. Nous pouvons identifier cinq groupes d'indicateurs sociaux pertinents⁵ : les variables sociodémographiques, la position sociale, les conditions de vie, les réseaux sociaux, les événements de vie. Un sixième groupe serait constitué de variables psychosociales, voire psychologiques, telles les caractéristiques de la personnalité ou les styles de "*coping*" (les manières de faire face aux problèmes).

Les variables sociodémographiques et sociales sont fortement liées avec la santé mentale et le trouble mental. Toutefois, elles sont associées à différents aspects des problèmes et des troubles mentaux. Elles peuvent soit contribuer à la cause, soit influencer sur l'évolution et/ou refléter les conséquences de ces troubles. Qu'elles soient causes ou conséquences dépend du type de troubles dans lesquels elles interviennent (25). Par exemple, la position sociale est fortement associée à la schizophrénie. Cependant, elle semble être plus la conséquence que la cause de cette maladie. Un corpus important de recherches suggère que la plus grande prévalence des cas de schizophrénie en bas de l'échelle sociale est due à la mobilité descendante des individus d'origine aisée qui en sont atteints, ainsi qu'aux difficultés de mobilité ascendante des individus d'origine modeste ou pauvre eux mêmes frappés par cette pathologie. Ce sont les retentissements de la maladie sur la vie (études, travail, relations sociales, etc.) qui aboutissent à cette stagnation sociale et qui expliquent ainsi la concentration disproportionnée des cas dans les classes les moins aisées. En revanche, il semblerait que la dépression puisse être déclenchée par des événements et des conditions de vie liés à la position sociale (26)

En ce qui concerne les variables sociodémographiques, le genre (sexe social) est un déterminant de la morbidité psychiatrique. Au sein d'un même trouble, la prévalence, l'évolution et même des caractéristiques telles que l'âge d'apparition ou la gravité des symptômes peuvent varier selon le sexe. La morbidité psychiatrique s'exprime dans des troubles différents selon le genre : la dépression est plus prévalente chez les femmes, les troubles liés à l'abus et/ou la dépendance à l'alcool et aux drogues et les troubles de la personnalité sont plus prévalents chez les hommes (27). Le fait de ne pas être marié (célibataire, vivant seul, divorcé, veuf, jamais marié) est plus souvent associé à la mauvaise santé mentale (24), mais la force de cette association n'est pas la même selon le sexe.

Dans un sens – et c'est la position du rapport sur les mesures nécessaires à la surveillance en santé mentale soumis à l'Union Européenne (Korkeila 2000) - ces variables démographiques ne sont pas sensibles au changement. Pourtant, en ce qui concerne le sexe, il s'agit à la fois d'un attribut et d'un rôle social. Autrement dit, le sexe est socialement

⁵ En fait, nous ne faisons pas le même regroupement que l'auteur du rapport.

construit dans la mesure où les rôles « sexués » varient d'un contexte à l'autre – dans leurs contenus et dans le sens qu'on leur attribue. L'indicateur « sexe » peut aussi désigner des rapports sociaux de pouvoir, lesquels ont un effet sur la santé mentale. Le sexe en tant que déterminant social de la santé mentale agit différemment selon les contextes ou les lieux. Par exemple, le fait d'être une mère vivant seule avec des enfants à charge est associé à la morbidité psychiatrique dans plusieurs études (28). Au Royaume Uni ce résultat a donné lieu à la préconisation, au sein d'une politique de santé publique et à titre de prévention de la morbidité psychiatrique, de l'attribution d'une allocation plus importante de ressources aux femmes dans cette situation (10).

Les déterminants sociaux de la morbidité psychiatrique varient selon le sexe. Dans les enquêtes transversales européennes et américaines en population générale ayant utilisé des outils à visée diagnostique, l'absence d'emploi est la variable la plus souvent associée avec la morbidité psychiatrique mais uniquement chez les hommes. Le faible niveau d'études est associé à la présence d'un trouble psychiatrique chez les femmes, mais pas chez les hommes. Cependant, dans une étude française, le gradient de dépression selon le niveau d'études apparaît plus marqué pour les hommes que pour les femmes (26).

La nature de la relation peut également varier. L'enquête nationale sur la morbidité psychiatrique en Grande-Bretagne et en Ecosse montre une relation en "U" inversé entre classe sociale et morbidité psychiatrique (névroses) pour les hommes, mais pas pour les femmes.

Le fait de disposer (ou pas) de différentes ressources sociales peut également être relié à la morbidité psychiatrique. Par exemple, toujours au Royaume-Uni, la durée d'occupation du domicile et l'accès aux voitures sont associés à cette morbidité, chez les hommes comme chez les femmes (et ceci, même après ajustement pour neutraliser le jeu de la classe sociale). Les indicateurs de conditions de vie inférieure sont aussi indépendamment liés aux névroses (Lewis et al 2002).

Il se peut aussi que les variables sociales puissent être associées à la prévalence mais pas à l'incidence des troubles, ou vice versa, comme le montre la comparaison des résultats d'enquêtes transversales et des résultats d'analyse de cohortes prospectives. Par exemple, la pauvreté est généralement reconnue comme étant une cause de mauvaise santé mentale (9). Toutefois, dans une étude de cohorte anglaise, la pauvreté et l'absence d'emploi sont associées à la durée des épisodes de troubles psychiatriques, mais pas à la survenue des épisodes. L'association entre ces variables-là et la morbidité est moins forte que dans les études transversales. En revanche, les problèmes financiers (*financial strain*) sont indépendamment associés à la survenue et la durée des épisodes, y compris après ajustement aux autres conditions de vie (29). Ces conditions de travail ont tendance à être étudiées au sein des cohortes de personnes qui travaillent, et ne le sont pas en population générale (26).

La relation entre indicateur de la position sociale et morbidité peut être spécifique à des troubles particuliers (bien que peu de comparaisons de cette relation aient été menées *entre* troubles). La dépression a souvent été mise en relation avec la position sociale et les ressources matérielles. En France, le fait d'être titulaire du RMI a été associé à la dépression sévère chez les hommes (30). Dans une autre étude française, l'emploi est le facteur socioéconomique le plus fortement lié à la dépression, chez les hommes comme chez les femmes. Aux Etats-Unis, dans l'enquête ECA, la catégorie sociale n'est pas liée à la dépression. Dans l'enquête NCS le fait d'être femme au foyer est associé avec la dépression (26).

Une notion relativement récente en santé publique est celle du capital social, souvent mesuré à partir des données de réseau social (pour un survol de cette utilisation, voir le recueil de Berkman et Kawachi (31)). Le capital social peut se référer aux caractéristiques d'un réseau personnel (par exemple, le nombre de personnes dans le réseau) aussi bien qu'au niveau de la participation et de l'action civique dans la communauté ou le quartier où demeure le sujet ou encore à des valeurs de solidarité. Bien que des études portant sur le capital social et la santé mentale ne font que commencer à apparaître dans la littérature scientifique, le concept est à creuser.

L'influence des réseaux sociaux sur la santé mentale semble attestée notamment quand la composante "événement de vie" est présente. Dans ces cas, le soutien social a souvent montré un effet positif, et les interactions « négatives » des effets nocifs sur la santé mentale (24). (Rappelons que le « soutien social » n'est qu'un aspect du réseau social). Enfin, les ressources sociales – le soutien social et les autres attributs du réseau – sont distribuées de façon variable selon la position sociale (32)

L'ensemble des enquêtes sur les déterminants sociaux démontre clairement un rapport entre les inégalités sociales et la santé mentale. Pourtant – et ceci est important pour la surveillance de santé mentale – les déterminants précis de ces inégalités peuvent varier d'un contexte à l'autre, y compris d'un pays (ou d'une région) à l'autre. Une partie de la variation est certainement due à un effet d'artéfact et les caractéristiques des enquêtes: la méthodologie, les définitions, les mesures, les conditions de mise en œuvre de l'enquête. Néanmoins on doit faire l'hypothèse d'un résidu inhérent à la réalité elle-même et à son caractère diversifié.

Une réponse au problème que posent ces variations est de pencher le plus possible vers une harmonisation des mesures et des principes de surveillance, tout en permettant une spécificité de la démarche au sein de chaque pays. En même temps, il est important de mettre en place des enquêtes dans chaque pays (ou autre unité géographique), car bien que les facteurs sociaux soient liés à la santé mentale, leurs spécificités propres ainsi que leurs relations, varient selon les contextes. D'une part, certaines relations ne sont pas très robustes statistiquement parlant : elles ne s'observent pas de la même façon d'une série de données à une autre. D'autre part, la configuration des relations sociales et le sens donné à ces relations peuvent varier d'un lieu à l'autre, remettant en question la généralisation des résultats venant d'une étude contextualisée à d'autres contextes.

CHAPITRE 6 : les cadres d'interprétation des données de morbidité psychiatrique

Avant de présenter les sources de données sur la santé mentale et les troubles mentaux, nous présentons un cadre conceptuel que nous nommons « la construction sociale de la santé mentale ». Il devrait permettre de mieux comprendre les problèmes soulevés dans les parties précédentes quant à la définition et à la mesure de la santé mentale, ainsi que d'interpréter ces types de données, selon leurs sources, que nous présentons dans les chapitres suivant.

Ce cadre d'interprétation s'appuie sur la littérature scientifique, épidémiologique⁶ mais aussi sociologique et anthropologique. Il met en relation la reconnaissance profane (par le sujet ou son entourage) d'un problème de santé mentale avec les cas dépistés, l'offre de soin et l'utilisation des services, quelques clefs d'interprétation de ces données. Les données indiquent des choses différentes selon leur lieu de provenance, comme l'attestent la différenciation « cas traité », « cas non-traité » en épidémiologie psychiatrique. De même, il n'y a pas nécessairement de relation entre un diagnostic et un besoin de soin, en dépit de l'accent mis sur les normes de bonnes pratiques ou encore l'"evidence-based medicine" aujourd'hui.

Pour aider à évaluer l'importance et l'utilité de différents types de données, nous présentons ici un modèle conceptuel de la construction sociale d'un « cas » de trouble mental ou de problème de santé mentale. Cet exercice a pour objectif d'éclaircir les différences entre un symptôme, un trouble avéré, un besoin, un recours au soins et la prise en charge dans le domaine de la santé mentale.

Depuis au moins les années 1990, il est reconnu que beaucoup de problèmes de mauvaise santé mentale (mental ill-health) ou de maladie mentale ne trouvent pas de réponses – ou ne sont jamais pris en compte - dans le système de soin. Ce constat est souvent présenté comme un étant un problème de besoins non-traités. La perspective de la construction sociale des « cas » récuse une proposition si simple. Elle aide à mieux comprendre les présupposés et les implications du débat actuel autour des besoins traités et non traités (met and unmet need). Elle montre aussi pourquoi l'état de la santé mentale d'une population ne peut pas être appréhendé uniquement à travers les indicateurs de prévalence. Elle éclaire le décalage entre les « cas » pris en charge par le système de soins ou ayant tenté un recours au système de soins, et ceux appréhendés lors des enquêtes.

6.1. Les étapes de la construction sociale d'un « cas »

La notion de « construction sociale » ne signifie pas que la maladie n'est pas « réelle », mais qu'à chaque étape dans le processus de désignation en tant que malade (ou pas) et de l'évolution de la maladie, des facteurs sociaux et culturels interviennent et déterminent en partie l'issue. On peut identifier cinq grandes étapes dans ce processus de construction du cas (voir le graphique n°1);

⁶ L'épidémiologie psychiatrique, comme l'épidémiologie sociale, d'ailleurs, est fortement influencée par la sociologie.

DE L'ETAT DE L'INDIVIDU A LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE

Interprétation des états et comportements de l'individu :

- par l'individu lui-même
- par son entourage (famille, voisins, amis ...)
- par des «agents sociaux» (police, employeur, assistante sociale, etc. ...)
- par un professionnel de santé



Reconnaissance de la maladie :

- maladie mentale
- problème de santé mentale
- autre problème (somatique, social, délinquance, etc....)
- aucun problème



Expression d'un besoin d'aide ou de soin :

- oui
- non

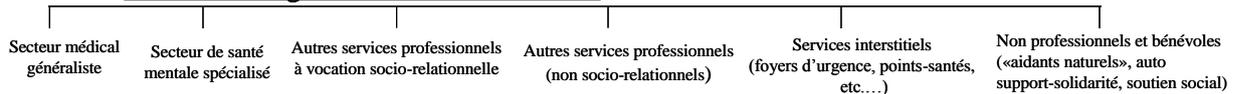


Demande d'une prise en charge :

- formelle (CMP, médecin généraliste, etc....)
- informelle (prêtre, auto-support, guérisseurs, etc....)
- aucune (« rhume psychiatrique », erreur d'interprétation, etc....)



Prise en charge de la maladie mentale :



1. l'interprétation des états et comportements de l'individu, ou le repérage (par l'individu lui-même, par son entourage (famille, voisins, amis...), par un professionnel de la santé, etc.), de "quelque chose qui ne va pas".
2. la reconnaissance ou désignation de ce qui ne va pas comme maladie, problème de santé mentale, autre type de problème, etc. Comme dans l'étape antérieure, la reconnaissance peut venir d'un observateur, en désaccord avec d'autres observateurs ; du sujet lui-même ; du sujet et des observateurs, etc. Un comportement s'ouvre à plusieurs interprétations. Par exemple, un comportement agressif peut être interprété comme un acte de déviance sociale, comme un symptôme de dépression ou psychotique, etc. De même, des douleurs d'angine peuvent être considérées comme un signe de problème cardiaque, comme un symptôme d'anxiété, etc. Evidemment, différentes personnes peuvent tenir différentes interprétations, lesquelles font l'objet d'une négociation entre eux.
3. l'expression d'un besoin d'aide ou de soin
4. la demande d'une prise en charge (formelle, informelle, ou aucune)
5. la prise en charge de la maladie.

Ces trois dernières sous-étapes (3, 4, 5) constituent les réactions à ce qui a été désigné comme « n'allant pas ». La troisième concerne l'expression d'un besoin et est élaborée ci-dessous. Pour l'instant, il suffit de spécifier que le besoin peut venir du sujet lui-même ou d'une autre personne. Par exemple, il est souvent reporté que les personnes en épisode psychotique ne reconnaissent pas toujours avoir besoin de soins, bien que leur entourage ou un professionnel le ressent. Il y a aussi plusieurs types d'aides envisageables : une intervention psychiatrique, une intervention médicale, ou une aide ne relevant pas du système de soins.

La quatrième étape formelle concerne la demande faite auprès du système de soins (ou ailleurs). Les demandes peuvent être à l'endroit du système formel (par exemple, vers un centre médico-psychologique de secteur, un médecin généraliste ou psychologue libéral, etc...). La prise en charge demandée peut, en revanche, être informelle, comme dans le cas d'un groupe d'auto-support, un membre du clergé (prêtre, rabbin, imam, etc.) ou encore un guérisseur (magnétiseur, marabout, pour ne mentionner que quelques cas de figure en France). Enfin, à cette étape l'expression de besoin peut ne déboucher sur aucun recours, comme cela s'avère dans les cas de « petit cafard » ou de « rhume psychiatrique » qui se résolvent rapidement, ou encore s'il y a erreur d'interprétation (symptôme qui s'avère signe d'un trouble somatique, etc...). Dans tous les cas de figure, une demande peut aboutir à une prise en charge (étape 5), à un refus de prise en charge, à une mise sur liste d'attente. Le demandeur peut aussi supprimer sa demande au bout d'un moment, par exemple, en se retirant d'une liste d'attente.

Enfin, la dernière étape montre la complexité de la prise en charge pour les problèmes de santé mentale et le chevauchement et / ou la co-existence de différents secteurs. Nous en avons identifié six dans le graphique n°1. Par exemple une demande peut aboutir à la prise en charge par un médecin généraliste ou un pédiatre (secteur libéral), par un dispositif du secteur de santé mentale spécialisée, par d'autres professionnels à vocation socio-relationnelle (psychologue, travailleur social, etc.) , par un dispositif médico-social d'autres services professionnels, par des services interstitiels (foyers d'urgence, boutiques bas-seuil), enfin par des prestations de non-professionnels (soutien social de l'entourage, du voisin, etc.).

Ce processus en étapes n'est pas linéaire; il peut y avoir des retours en arrière. Par exemple, suite à la demande de soins et mise sur une liste d'attente, la personne qui s'est définie comme ayant un problème grave de santé mentale désigne "ce qui ne va pas" autrement, parfois en termes somatiques.

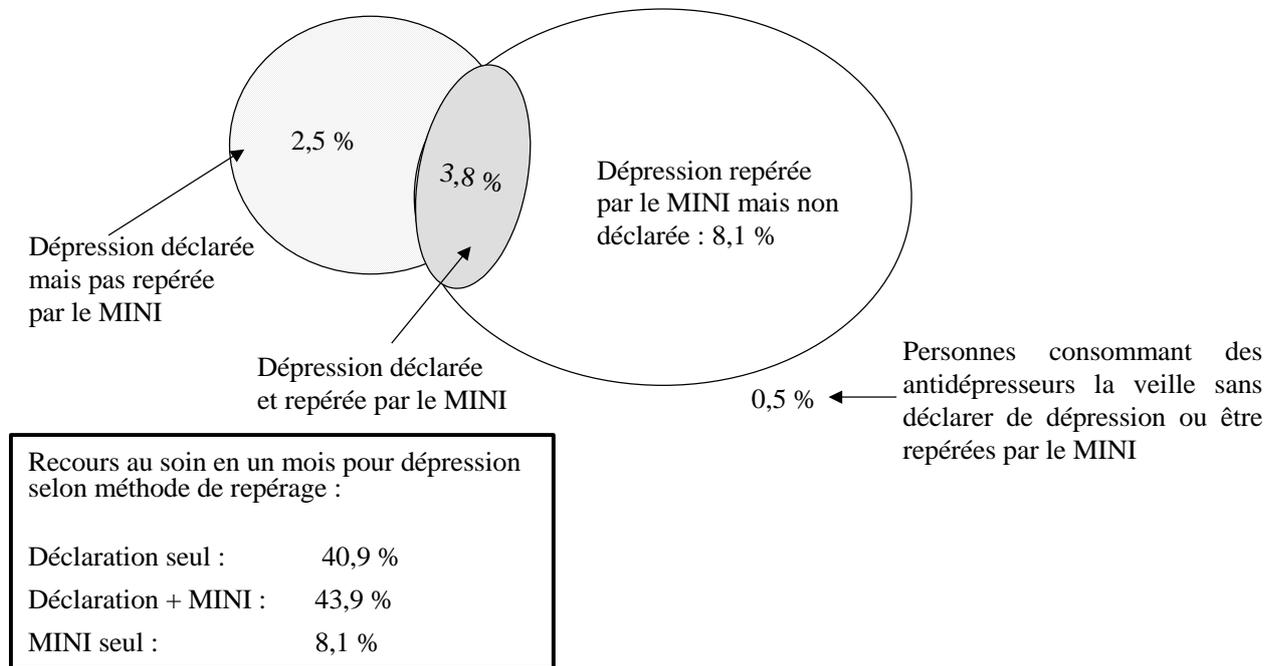
6.2. Le repérage des cas par les outils de l'épidémiologie psychiatrique : des cas théoriques⁷

D'un point de vue sociologique, une maladie n'existe pas pour soi ou pour d'autres profanes si elle n'a pas été reconnue, même en termes « profanes » ou « non-scientifiques », en tant que telle⁸. Or, la construction d'un cas de trouble mental telle que nous l'avons présentée ici n'est pas la même chose que l'identification d'un cas par une enquête épidémiologique.

⁷ Le sociologue François Sicot distingue entre « maladie théorique », « maladie apparente » et « maladie prise en charge ». Il apporte une perspective sociologique sur « comment on devient malade mental » 33. Sicot F: Maladie Mentale et Pauvreté. Paris, 2001

⁸ Beaucoup de maladies somatiques a-symptomatiques ne sont pas perçues et reconnues par le sujet atteint ou son entourage. Dans ce sens là, elles « n'existent » pas socialement. (Quelques exemples : les premiers stades des cancers non-dépistés, l'ostéoporose, l'hypertension...). La même observation peut être faite pour les troubles mentaux, on allant d'une dépression « légère » à même une paranoïa « fonctionnelle », qui permet au sujet de s'intégrer totalement dans sa vie quotidienne.

**PREVALENCE DE LA DEPRESSION
CHEZ LES PERSONNES DE ≥ 16 ANS :
DES RESULTATS QUI DIFFERENT SELON LES METHODES**



Source : Le Pape et Lecomte (1999), pp. 17,33

On peut considérer les « cas » identifiés par des outils à visée diagnostique lors d'une enquête comme étant des cas théoriques de trouble mental, c'est à dire que ces « cas » ne sont pas nécessairement passés par l'étape de reconnaissance ou de désignation d'un état ou d'un comportement -- par l'individu en question ou par quelqu'un d'autre -- comme quelque chose de « troublant », « à problème », relevant d'un état de « malade », etc.

Le graphique n° 2 présente un exemple tiré d'une étude menée en France par le CREDES (34), sur un échantillon de foyers et selon des méthodes probabilistes. Les cercles représentent des sujets catégorisés comme des cas de dépressions selon deux méthodes : leur propre déclaration du sentiment d'être déprimé, leur position par rapport aux critères de dépression mesurée à l'aide d'un outil standardisé à visée diagnostic (le MINI). Presque 12% des sujets sont repérés par le MINI, comme ayant une dépression. Or, la plupart de ces cas (8,1%) ne se reconnaissent pas comme ayant un problème de dépression. On peut les désigner comme des « cas théoriques » de dépression. Par contre un cinquième (2,5% de la population) se déclare déprimé mais n'est pas repéré par le MINI.

Ces écarts entre cas « théoriques » et cas « perçus » (reconnus par le sujet lui-même) ont une relation avec le recours au soins pour la dépression. Presque 41% des recours au soins sont des sujets se déclarant dépressifs mais ne sont pas repérés par le MINI en tant que tels. Et un petit pourcentage des recours au soin pour la dépression – 8% -- ont été repérés par le MINI mais ne se considèrent pas comme dépressifs.

Ce type de résultat n'est pas limité à l'étude du CREDES. Toutes les grandes enquêtes en épidémiologie psychiatrique font état de ce problème : d'une part il s'avère qu'une partie importante des "cas théoriques" n'est pas prise en charge, et d'autre part que pour une partie importante des sujets ayant eu un recours aux soins le trouble mental n'est pas repéré

par l'outil diagnostique de l'enquête. Dans la ECA moins d'un tiers des sujets correspondant à au moins une des douze catégories de troubles mentaux mesurés déclaraient avoir consulté un médecin, un psychiatre ou un autre intervenant thérapeutique, professionnel *ou* non-professionnel, au cours de l'année durant laquelle la maladie s'était manifestée. Dans le même temps, selon les mêmes critères de diagnostic, 80% des sujets qui avaient consulté ne présentaient pas de pathologie mentale, toujours selon le DIS (35). Nous pouvons faire l'hypothèse que ces corrélations s'expliquent par un plus faible accès aux soins et à une moindre couverture médicale aux Etats-Unis par rapport à la France et aux autres pays. Pourtant, nous l'avons vu avec l'étude CREDES (34), le phénomène existe aussi en France.

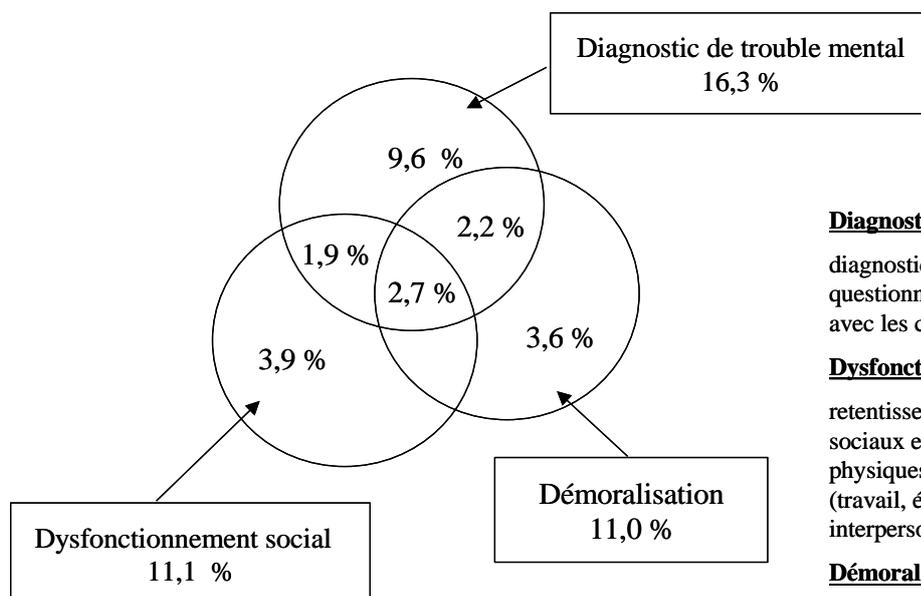
Nous avons vu que les enquêtes qui utilisent des critères plus stricts de "signification clinique", (la ECA, la NCS) produisent des taux de prévalence d'au moins un trouble mental nettement inférieurs, ce qui suggère une préalable sur-estimation du besoin (4). De même, des procédures semblables menées dans le cadre d'enquêtes auprès des populations d'enfants et d'adolescents ont abouti, elles aussi, à une diminution des taux de prévalence du trouble mental par rapport aux analyses antérieures des mêmes données. Les critères plus stricts de "signification clinique" réduisent en particulier le taux des troubles moins sévères (par ex., la phobie simple) par rapport aux troubles plus sévères (par ex, la dépression).

Les conséquences pour la surveillance en santé mentale sont multiples. L'existence des troubles mentaux ne peut pas être repérée uniquement à partir du système de soins. En même temps, ce que l'outil diagnostique nous livre n'est pas clair et demande un travail d'analyse et d'interprétation. Une partie de l'écart entre « cas théorique » et « cas ressenti » pourrait être expliquée par les soi-disant « rhumes psychiatriques » (cas légers qui se résolvent sans être traités par un clinicien) et, plus généralement, par le manque de critères adéquats quant à la gravité ou aux retentissements des symptômes. En tout cas, ni le diagnostic ni la déclaration d'un problème ne semblent suffisants pour indiquer un besoin de soins. C'est ce point que nous allons traiter maintenant.

6.3. Les problèmes du besoin

Pour la santé publique, c'est le besoin au niveau populationnel qui est le plus pertinent. Un exemple assez connu de cette approche est la dite « étude de Colorado ». Elle utilise une modélisation statistique pour mettre en relation la prise en charge par le système de soins psychiatriques (mesurée par les admissions dans les hôpitaux, l'utilisation de services ambulatoires) et les caractéristiques socio-démographiques de l'aire desservie.

TROIS DIMENSIONS DE LA SANTE MENTALE



Diagnostic =

diagnostic trouble mental, mesuré par un questionnaire standardisé structuré (DIS), avec les critères du DSM III

Dysfonctionnement social =

retentissement des troubles dans les rôles sociaux et la vie quotidienne : activités physiques, soins de base, productivité (travail, école), relations interpersonnelles, problèmes légaux

Démoralisation =

détresse psychique, mesurée par une échelle (CESD)

Source : CIARLO JA, SHERN DL, TWEED DL et al. The Colorado Social health survey of mental health service needs. *Evaluation and Program Planning*, 1992 ; 15 : 133-147

Dans cette étude, le besoin est défini par le fait d'être pris en charge. Toutefois, en examinant les caractéristiques de ces patients, il est possible d'identifier des dimensions du besoin. Le besoin se décline alors selon trois dimensions de la santé mentale (voir graphique n°3) : (1) le diagnostic de trouble mental, (2) le dysfonctionnement social, (3) la démoralisation ou détresse psychologique. Chacune de ces trois dimensions a une composante indépendante des deux autres et une composante qui chevauche les autres dimensions.

Par exemple, en appliquant cette définition, il est possible d'observer un besoin en santé mentale à cause d'un dysfonctionnement social (presque 4% des cas) qui ne répondent pas aux critères diagnostics de trouble mental et sans expression de détresse psychologique. De même, 3,6 % des sujets définis par cette méthode comme ayant un besoin en santé mentale expriment de la détresse psychologique, sans dysfonctionnement social ni diagnostic de trouble mental.

Le problème avec une telle approche est que le besoin est axé sur le fait d'être pris en charge, ce qui est tautologique. Il est possible que les dimensions se chevaucheraient différemment s'il s'agissait de les mesurer sans référence au fait d'être pris en charge ou pas.

Le besoin peut se décliner aussi selon qu'il soit « objectif » ou « subjectif ». Dans le premier cas, qu'on peut appeler « besoin normatif », le besoin est objectivé par un clinicien (application d'un savoir expert) ou un chercheur (application des critères définitionnels). Dans le deuxième cas, il s'agit de l'auto-perception ou de la perception par un tiers (profane) du besoin (36). Le décalage entre besoin normatif et besoin auto-perçu a un effet sur l'utilisation des services. Un troisième cas de figure serait d'utiliser à la fois l'estimation que

font les cliniciens ou et les outils standardisés de mesure des besoins de soins (besoin normatif) et l'auto-perception par les sujets eux-mêmes de leur besoin. L'écart entre les deux peut avoir un effet sur l'utilisation des services de soin (36).

Cette situation pose, pour la surveillance en santé mentale, le problème de l'interprétation des données en rejoignant le problème des « cas théoriques ». Faut-il voir dans l'écart entre présence des symptômes (ou d'autres indicateurs) et l'absence de prise en charge une non-réponse aux besoins (*unmet need*) ? S'agit-il, au contraire, d'une sur-estimation de la gravité des cas par les outils de mesure utilisés? Comment mettre en relation cette opposition (sous-estimation – surestimation du besoin) et la tendance à interpréter les problèmes de vie en termes de santé mentale?

chapitre 7 : Les besoins d'informations identifiés par les acteurs et décideurs dans le champ de la psychiatrie et de la sante mentale et dans les champs connexes

7.1. Les écueils de la méthode de sollicitation des besoins

Un des objectifs des entretiens avec les personnes ressources était de connaître les besoins d'informations qu'ils identifient en matière de surveillance de la santé mentale. Avant de présenter les résultats de ces entretiens, nous voudrions faire quelques commentaires préalables.

Le premier tient à la nature nécessairement tautologique de notre approche. Les besoins formulés lors des entretiens sont nécessairement un reflet des domaines de spécialisation dans lesquels s'inscrivent les personnes ressources. Par exemple, les représentants des directions administratives auront plutôt tendance à mettre l'accent sur les composantes de l'offre de soins et les experts de l'information médicale sur les données recueillies et les possibilités offertes par des systèmes informatisés comme le PMSI. Ou encore, la violence chez les enfants et adolescents ressortira nécessairement comme un domaine à surveiller parce que j'ai interviewé le spécialiste de la question. De la même façon, les perspectives sont plus « centralistes », « régionales », « territoriales » etc. selon la position des personnes interviewées. Le manque de ressources en temps et en personnel ne nous a pas permis de faire une présentation plus compréhensive des différents connaissances et points de vue sur la question des besoins.

En second lieu on notera que les besoins d'information ne peuvent pas se réduire à une liste de troubles psychiatriques ou de problèmes de santé mentale. Ils nécessitent tout d'abord une hiérarchisation – point que nous avons soulevé dans notre discussion sur les limites du domaine de la santé mentale. Dans une société ou de plus en plus de formes de mal-être, de souffrances sociales, de conflits, de besoins, de précarité de toutes sortes sont traduites en langage de santé mentale et de souffrance psychique, un programme de surveillance de la santé mentale se doit d'établir une hiérarchie de priorités. Les troubles et les problèmes ne peuvent pas non plus être isolés les uns des autres. Ils sont nécessairement liés à un *ensemble* de phénomènes et de besoins d'information.

Par exemple, plusieurs personnes ressources identifient les troubles mentaux graves comme étant prioritaires pour la surveillance de la santé mentale. Mais presque toutes estiment que le repérage de la prévalence par classes diagnostiques est moins important – voir même inutile – par rapport à l'identification des besoins, des handicaps et/ou des incapacités liés à ces maladies et conditions. Loin de s'arrêter à un traitement uniquement médicalisé ou même épidémiologique (dans le sens restreint du terme) des troubles graves, il faut les traiter dans leur contexte réel, de vie quotidienne. Un autre exemple, montre l'importance de ne pas extraire un indicateur d'un ensemble d'indicateurs connexes et d'un contexte social plus large. La surveillance des déterminants du suicide, selon les spécialistes interviewés, doit prendre en compte une série d'indicateurs et une situation : par exemple des hommes adultes, sous-employés ou au chômage, alcooliques et dépressifs, peut-être vivant dans une région géographique touchée par la crise économique. Selon d'autres personnes ressources, la compréhension du suicide peut être liée aux indicateurs des formes de violences envers autrui. De même, comprendre les problèmes de santé mentale pour les prévenir implique de ne pas les dissocier des liens sociaux et de l'organisation sociale dans laquelle ils émergent.

7.2. Les besoins évoqués

Les besoins en matière d'information et d'outils de surveillance en santé mentale formulés par les personnes interviewées se résument selon trois dimensions :

- les catégories de pathologie ou de santé mentale
- le type de population concernée
- les types de données à inclure

7.2.1. Les cinq pathologies ou problèmes de santé mentale le plus souvent évoquées

▪ La dépression

Un des commentaires les plus souvent entendus était: *"il nous faut une grande enquête sur la dépression »* ou encore *"il faut dépister la dépression chez les adultes"*.

Les personnes ressources font ainsi un double constat : d'une part celui de l'augmentation depuis plusieurs années de la prévalence de la dépression, et d'autre part celui du fait que beaucoup de personnes souffrant de ce trouble sont "sous-traitées" (voir la discussion ci-dessous sur le *unmet need*, ou besoins de soin non-réalisés).

L'étude CREDES "Prévalence et prise en charge médicale de la dépression France 1996-1997" de l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale (ESPS) porte sur 10 000 personnes âgées de 16 ans ou plus, représentatives d'environ 95% des ménages en France. La dépression est mesurée par deux indicateurs : l'auto-déclaration et un mini-outil de diagnostic standardisé, le MINI (sans précisions quant à sa validité en population française). Parmi les sujets qui déclarent une dépression, 2,5% ne sont pas repérés comme dépressifs par l'outil diagnostique ; en revanche, seulement 8,1% de ceux repérés comme dépressifs selon l'outil déclarent l'être. La prévalence de la dépression basée sur une combinaison des deux mesures est de 20% chez les femmes et de 9% chez les hommes (34).

L'enquête DEPRES (Depression Research in European Society) a relevé, au moyen du MINI, un taux de dépression majeure de 7%, de dépression mineure de 2%, et de symptômes dépressifs de 8%, en France (cité dans (37)). L'étude CREDES permet de prendre la mesure de l'augmentation de la prévalence des dépressions déclarées. En comparant les résultats des enquêtes décennales INSEE sur la santé et les soins médicaux de 1970, 1981 et 1997, il est possible d'observer une multiplication par 6 des dépressions déclarées par les sujets (passant de 1,1% en 1970 à 6,3% en 1997).

L'étude CREDES soulève aussi le problème du sous-traitement (ou de l'absence de traitement). Elle montre que la prise en charge médicale au cours du dernier mois est élevée pour ceux qui se déclarent dépressifs. Mais que seulement 8% de ceux dépistés par l'outil diagnostique comme ayant une dépression ont eu recours aux soins dans le mois écoulé, et que 13% ont consommé un psychotrope la veille de l'enquête.

Ces résultats semblent paradoxaux face à une autre série de données. Le CREDES avait remarqué en 1994 le très haut niveau de consommation de médicaments en France, y compris de psychotropes, par rapport aux autres pays européens. Le Centre envisage actuellement de comparer la prise en charge de la dépression en France avec d'autres pays par une analyse bibliographique et par des consultations d'experts.

Quelques nouvelles études devraient permettre d'estimer la prévalence de la dépression prise en charge. Une étude de la DREES propose d'analyser la vente des antidépresseurs en France depuis 20 ans. Une autre étude, de l'Unité 379 de l'INSERM, financée par la MIRE, analysera les déterminants de l'hétérogénéité des pratiques de prise en charge des problèmes de santé mentale en étudiant les prescriptions d'antidépresseurs dans le cadre d'un panel représentatif de médecins généralistes libéraux de la région PACA. Il reste à savoir si l'étude sentinelle de psychiatrie libérale, proposée par la Fédération Française de

Psychiatrie, pourra donner des éléments sur la prise en charge des cas de dépression par cette partie du secteur libéral.

Les études sur la vente ou sur la consommation des antidépresseurs sont limitées par le fait que les antidépresseurs sont utilisés dans d'autres indications que la dépression (par exemple, pour la dépressivité sub-clinique, l'anxiété, etc.). Ces études et celles menées auprès des médecins généralistes ne prennent pas en compte le recours des personnes souffrant de troubles de l'humeur et celles ayant recours à d'autres types de médecins (psychiatres...), ou à des thérapeutiques et des soins non médicamenteux ou encore les personnes qui ne sont pas prises en charge (*untreated*).

Des estimations de la prévalence de dépression traitée et non-traitée pourront être générées à partir de l'enquête sur l'évaluation des besoins dans des échantillons constitués en population générale (MGEN Fondation pour la santé publique), et ceci au niveau de plusieurs régions encore à déterminer.

Une fois la dépression identifiée comme problème, il reste les questions concernant le « comment la surveiller ». Selon les experts et la littérature la plus récente, il serait nécessaire de prendre en compte la différenciation entre les types de dépression selon la durée, la sévérité, les pattern de récurrence, la situation de vie, etc., (évoquées supra) ainsi que la signification sociologique du phénomène.

▪ **Les troubles mentaux graves et durables**

Pratiquement toutes les personnes interviewées (les psychiatres et les personnes au niveau ministériel) ont mentionné le besoin de données sur les troubles mentaux les plus graves. Pour certains, il y a danger que "la vraie folie" disparaisse derrière l'attention donnée à la santé mentale au sens large.

Toutefois, pratiquement tous les interviewés considèrent que ce n'est pas le comptage des personnes diagnostiquées avec ces troubles qui importe, mais plutôt le repérage des besoins et de la qualité de vie liés à ces maladies. Ces besoins dépassent largement le cadre médical parce que la prise en charge des personnes souffrant de ces troubles inclue différents types d'aide : le logement, l'accompagnement de la vie quotidienne, etc. La surveillance doit inclure les besoins dits sociaux, psycho-éducatifs, etc.⁹ . Certains acteurs ont défini ces besoins des personnes souffrants de troubles graves comme étant "émergents", notamment à partir du moment où cette population se déplace des hôpitaux vers la cité, où dans les faits ce type de prise en charge fait faillite.

▪ **Le suicide**

L'importance des données sur le suicide, les tentatives de suicide et leurs déterminants a été évoquée. Il est largement reconnu que le suicide est un problème majeur pour la santé publique en France. Les suicides sont la première cause de décès entre 25 et 34 ans et la seconde entre 15 et 24 ans. Les décès sont majoritairement masculins et les tentatives majoritairement le fait des femmes (Badeyan et Parayre 2001). Certains groupes sociaux montrent une « sur-suicidité » ; c'est le cas des détenus. En outre, leur taux accroît : entre 1980 et 2001, le taux de détenus s'étant donnés la mort est passé de 10 pour 10 000 à 21,6 pour 10 000. Toutefois, la tendance en France est à la baisse des taux de suicide en population générale.

⁹ On peut même dire que ces domaines non-médicaux de la prise en charge, quand ils font faillite, deviennent des facteurs de risque pour l'aggravation des symptômes et des épisodes de la maladie.

- **La santé mentale et la souffrance psychique**

Ce domaine a été évoqué par rapport à la question de sa délimitation: où commence la santé mentale, où s'arrête-t-elle? Que doit prendre en compte la surveillance de la santé mentale au moment où la psychiatrie est appelée à traiter des problèmes qui dépassent traditionnellement son champ d'action ? Le terme de santé mentale a aussi été très souvent utilisé pour désigner une perspective de prévention ou encore une analyse qui ne parte pas uniquement des patients pris en charge par le système de soin tel qu'il existe actuellement.

- **La santé mentale liée aux catastrophes et accidents collectifs**

Pour certaines personnes-ressources, la surveillance de la santé mentale devrait traiter des problèmes émergents, d'alerte ou encore d'urgence. Certains ont même fait l'analogie avec la surveillance des maladies infectieuses, en se posant la question de savoir en quoi la santé mentale -en dehors des situations d'urgence - peut relever des objectifs de la surveillance.

Il semblerait que plusieurs accidents collectifs et catastrophes (l'explosion de l'usine AZF à Toulouse, les inondations dans plusieurs départements, les prises d'otages, les attentats terroristes à Paris, à l'aéroport de Marseille, etc.) de ces 20 dernières années aient mis en relief l'importance de l'épidémiologie et de l'organisation des soins liées aux situations d'urgence. Des dispositifs de surveillance dans ce domaine sont en cours d'intégration dans les systèmes de veille sanitaire de plusieurs pays. Les troubles de la santé mentale sont une des séquelles importantes de ce type de traumatisme. Les troubles mentaux et les problèmes psycho-sociaux peuvent apparaître à différents moments suite à l'exposition à l'événement traumatique.

La surveillance dans ce domaine semble importante, elle nécessite des outils spécifiques, notamment les *rapid assessment tools* et des méthodes particulières, efficaces et rapides à mettre en place qui ne relèvent pas des outils et méthodes utilisés dans d'autres domaines de la surveillance en santé mentale. L'évaluation des interventions (en différenciant, par exemple, interventions précoces et ultérieures) et le suivi des populations atteintes font parties d'un champ en construction en France.

- **Les autres pathologies évoquées**

La violence a été relevée comme un problème par quelques personnes ressources. Toutefois, son rapport avec la santé mentale est présenté comme problématique. Selon les experts interviewés et les rapports français consultés, la plupart de cas de violence dont parlent les institutions (écoles, justice, etc.) ne sont pas liés aux troubles psychiatriques. Il reste à savoir s'il faut considérer la violence comme étant un problème de santé mentale. La perspective de santé mentale et de santé publique les recadre dans un ensemble d'indicateurs sociaux. Il nous a semblé que ce thème nécessitait un approfondissement qui dépasse la présente mission.

Des personnes ressources ont relevé le besoin d'informations sur les traumatismes crâniens, les handicaps mentaux et les démences. Les handicaps mentaux constituent un domaine de surveillance en soi, et il a semblé difficile de les traiter dans une étude sur la surveillance de la santé mentale. En outre, il semble y avoir confusion, même dans le secteur public, entre « handicap mental » et le handicap associé à un trouble mental.

La décision de ne pas inclure les traumatismes crâniens et la démence dans cette mission a été prise par le DMCT. Ceci ne signifie pas qu'ils ne méritent pas attention. Ils sont traités très brièvement à la fin de ce rapport.

7.2.2. Des populations spécifiques à cibler

En dehors de la population « générale » - les adultes vivant en dehors des institutions - trois populations spécifiques ont été le plus souvent identifiées pour une surveillance éventuelle en santé mentale.

▪ Les enfants et les adolescents

Pour certains décideurs rencontrés, "la question des besoins des enfants et de la pédopsychiatrie est prioritaire" en regard du manque de données et des difficultés de mener des enquêtes dans cette tranche d'âge. Dans leur état des lieux des données épidémiologiques sur la santé mentale, V. Kovess et F. Casadebaig mettent en évidence la quasi absence d'informations sur la santé mentale des enfants en France. La nécessité de conduire des enquêtes auprès des enfants est une des conclusions du groupe d'experts franco-québécois mis en place par la DGS pour faire le point sur les indicateurs de besoin nécessaires à la planification en santé mentale. Les données disponibles concernant les adolescents sont plus nombreuses. Toutefois la lecture de rapports tels que celui du Haut Comité de la santé publique, « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes » (38) ou des rapports de groupes travaillant sur la question de la violence et la santé mentale des jeunes, montre qu'il reste nécessaire de mieux connaître l'état de la santé mentale et les facteurs de risques pour les troubles et problèmes de cette tranche d'âge.

Le rapport de l'expertise collective de l'INSERM, présenté le 6 février 2003, recommande l'amélioration du dispositif de surveillance systématique existant et le suivi des enfants et adolescents "à risque". Il met l'accent sur les troubles psychiatriques les plus graves, et sur les symptômes de mauvaise santé mentale qui peuvent prédire la survenue d'un tel trouble. Cette recommandation rejoint les suggestions mises en avant par les pédopsychiatres interviewés, notamment en ce qui concerne les examens à différents stades de l'évolution de l'enfant (deux premières années, entrée en maternelle, entrée en primaire, pré adolescence, adolescence) et la mise en œuvre de cohortes prospectives. Ce dernier aspect semble particulièrement important parce que les symptômes et les états pathologiques des enfants peuvent évoluer ou disparaître lors de leur développement, et ce peut être de façon plus marquée que chez les adultes. En fait, à la différence de la santé mentale des adultes, la littérature scientifique fait état d'un manque d'enquêtes "définitives" en épidémiologie psychiatrique sur la santé mentale des enfants (4).

Il faut noter qu'une enquête sur la santé en milieu scolaire (grandes sections de maternelle, CM2 et classe de 3^o) existe depuis 4 ans, pilotée par la DREES et l'Education Nationale. Elle ne comporte pas à ce jour de questions sur la santé mentale des enfants. Il semble que les études sur ce thème se heurtent en milieu scolaire tant aux réticences de certaines administrations et corps professionnels qu'à la complexité de l'appréhension des troubles par des outils de recherche fiables et valides. Toutefois pour les 14-15 ans la passation d'un auto-questionnaire sur leurs relations, la santé perçue, la qualité de vie, en 40 questions (Sanmarco et Auquier) vient d'être proposée à Education Nationale. Ces études concernent 8 000 élèves, avec parfois une extension régionale à 30 000 élèves. L'école est considérée comme un lieu privilégié pour des enquêtes à peu près représentatives. D'autres enquêtes locales ont été menées avec la participation des médecins scolaires avec un bon taux de réponses. Et l'Académie de Versailles semble prête à inclure un volet santé mentale, sous la direction du Dr. V. Kovess.

Plus généralement, une étude d'évaluation des besoins (MGEN Fondation pour la santé publique) contient un volet facultatif pour étudier la santé mentale et les besoins des enfants entre l'âge de 6 et 12 ans. Spécifiquement, il a pour objectifs :

- l'évaluation des prévalences des problèmes de santé physique les plus fréquents dans la population des enfants de 6 à 11 ans inclus ;
- l'étude des principaux facteurs de risques sociaux et psychologiques pour la santé mentale des enfants ;
- l'étude de l'utilisation des services de santé.

Les méthodes incluent un interview téléphonique avec un des parents, un interview à domicile avec la mère et au moins un enfant, et un interview avec l'enseignant de l'enfant. L'outil principal est le "Dominique Interactif", test validé en France.

Il a été remarqué que la santé mentale des enfants et adolescents placés dans les institutions médico-sociales doit aussi être prise en compte dans un programme de surveillance.

▪ **Les détenus**

Le besoin d'une surveillance régulière de la santé mentale des détenus a été évoqué à plusieurs reprises. La DGS, en partenariat avec la DAP (Direction de l'administration pénitentiaire) du Ministère de la Justice, a mis en place deux études auprès des détenus, l'une sur la santé mentale des personnes détenues en France (étude prospective avec mesures sur 1 jour, 6 mois, 1 an), l'autre sur la santé mentale des entrants en prison.

- Les personnes prises en charge par des services interstitiels

Le terme « services interstitiels » (39) que nous avons défini ailleurs décrit bien la situation actuelle de prise en charge de certaines populations atteintes de troubles psychiatriques ou de problèmes de santé mentale en France, et commence à être évoqué dans la littérature (Martin Le Ray 2001). Il s'applique à une certaine catégorie de populations qui posent des problèmes particuliers pour la surveillance de la santé mentale.

Un nombre inconnu de personnes présentant des problèmes de santé mentale ou de troubles mentaux est pris en charge par des services et des dispositifs qui ne sont pas, au sens formel, psychiatriques ou psycho-éducatifs. Ce phénomène est actuellement lié à une grande difficulté à dissocier les problèmes psychiatriques des problèmes sociaux, mais aussi, selon certains observateurs, à la tendance du secteur psychiatrique à traiter les patients les plus stables. Or, ces services et dispositifs qui ne relèvent pas du système de soin psychiatrique font partie, de facto, d'une sorte de système de soin. Ils sont interstitiels. L'interstitialité se réfère à leur caractère excentré par rapport aux hôpitaux, à leur position quelque part entre le centre hospitalier et le centre médico-psychologique du secteur. En témoigne aujourd'hui la floraison d'équipes mobiles, de services de proximité, de boutiques et d'approches " bas seuil ", de services dans des foyers etc., mais aussi de points-écoute, de points-santé, d'intervenants de l'urgence, etc. L'interstitialité emploie des techniques dites de proximité: la simple présence d'un professionnel-ressource prêt à écouter et à accompagner une demande, l'orientation vers d'autres services, la réorganisation d'autres ressources, la médiation entre usagers et offres diverses de soins ou non, etc. La cible de ces services est souvent une population aux marges, dont les droits ne sont pas entièrement reconnus et dont l'accès aux services de santé est difficile.

Ces lieux présentent des points d'observation jusqu'à présent peu exploités pour examiner les problèmes psychiatriques et les problèmes de santé mentale y compris ceux émergents. L'UNAFAM s'intéresse au problème de surveillance de sujets qui ne sont pas pris en charge par les secteurs psychiatriques publics et/ou qui sont perdus de vue, et dont un pourcentage pourrait être en contact avec des services interstitiels. Les services interstitiels révèlent des zones d'ombre où les services adéquats et appropriés sont absents, des défaillances dans le

système de soin. L'UNAFAM ajoute à cette liste des lieux et des institutions où se trouveraient des personnes souffrant de troubles psychiatriques non pris en charge : la police, les ANPE, les prisons et les centres de formation.

- Les groupes exposés à des conditions de travail nocives (harcèlement moral, stress, etc.)

Prendre en compte la santé mentale des travailleurs semble important, étant donné la proportion de la population française dans cette situation et l'évidence d'un gradient social pour toutes sortes d'indicateurs de morbidité et de mortalité dans ces populations. Plus récemment, les problèmes de stress et de harcèlement moral dans les lieux de travail ont été très médiatisés.

Selon les documents d'élaboration de la loi d'orientation en santé publique, il existe en France peu d'indicateurs fiables sur les conditions de travail et sur leurs effets en matière de santé mentale. Les premières études françaises montrent l'influence psychosociale des conditions de travail sur la santé mentale (40, 41). Le besoin d'améliorer la surveillance épidémiologique des expositions aux facteurs professionnels potentiellement associés aux problèmes de santé mentale est toutefois reconnu, comme l'est celui de l'amélioration des dispositifs existants et des registres de maladies.

D'après les personnes interviewées, le corpus de connaissance développé en particulier dans les années 80 a produit des modèles utiles sur le rapport entre conditions de travail et santé mentale ; ils ont récemment été appliqués en France. Mais selon les mêmes personnes, ils ne prennent pas en compte les transformations du monde du travail à partir des années 1990.

Le Département Santé Travail de l'InVS s'est récemment engagé dans le domaine des conditions de travail et santé mentale. Il s'est associé en multi-partenariat à une tentative d'explorer, dans une région du centre de la France, la faisabilité d'un recueil d'informations pertinentes pour la surveillance de la santé mentale à partir du système d'assurance maladie. Un volet pourrait partir des cas d'arrêts de travail pour trouble mental pour ensuite chercher les caractéristiques de l'activité professionnelle commune à cette catégorie d'arrêt. Un deuxième volet construirait un échantillon de travailleurs, tous secteurs d'activité confondus, auprès desquels seraient examinés les conditions de travail et l'état de santé mentale. L'idée est d'identifier des secteurs de travail particulièrement associés aux problèmes de santé et de maladie mentale.

Le Département participe aussi à une étude à plusieurs volets en médecine du travail, sur des secteurs spécifiques de l'industrie de la viande.

- ***Les autres populations spécifiques***

D'autres populations spécifiques ont été évoquées, mais n'ont pas pu être traitées à cause des contraintes de la mission. Il s'agit:

- Des "aidants naturels" et de l'entourage des personnes souffrant de troubles mentaux graves. L'enquête sur l'évaluation des besoins contient un volet sur les aidants.
- Des endeuillés au sein de l'entourage des suicidés.
- Des victimes et auteurs d'agressions sexuelles.
-

6.3. Les types de données à inclure dans la surveillance de la santé mentale

Certains types de données ont été évoqués à plusieurs reprises comme étant importants à recueillir dans toute démarche de surveillance ou d'évaluation de la santé mentale de la

population. Ces données correspondent mieux aux objectifs des enquêtes sur l'état de la santé mentale qu'elles ne le font des enquêtes sur la santé aux multiples visées. Les informations recherchées reflètent un changement de perspective: la transition d'une prévalence plus importante des maladies infectieuses et aiguës vers des maladies chroniques. Cette transition épidémiologique s'accompagne d'une transition conceptuelle et pratique vers une plus grande attention portée à la gestion et à la qualité de vie de la personne souffrante.

Au moins quatre types de données ont été souvent évoqués. Ces données sont en grande partie transversales aux pathologies et populations :

- **La qualité de vie et les concepts connexes, comme la satisfaction des usagers**

La qualité de vie comprend, bien évidemment, des composantes objectives et subjectives. Cette notion est liée à celle des besoins exprimés par les personnes souffrantes ou par leur entourage qui sont souvent la face négative d'une mauvaise qualité de vie, ou d'une insatisfaction avec les ressources et les formes de prises en charge existantes.

- **Le besoin**

Il existe, parmi les personnes interviewées, un consensus pour reconnaître l'importance d'évaluer les besoins, plutôt que de s'arrêter aux diagnostics et aux symptômes des troubles psychiatriques et des problèmes de santé mentale. Ces besoins, nous le verrons, dépassent de loin le recours aux soins psychiatriques. La sensibilisation au besoin est certainement influencée par la démarche du groupe de travail franco-québécois sur les besoins en santé mentale (8), mise en place par la Direction Générale de la Santé.

Pour certaines personnes interviewées, il faut voir dans l'expression du besoin les défaillances institutionnelles, lesquelles encourent des risques pour l'état des patients. Cette perspective concorde avec les principes établis par le législateur. Parmi ses objectifs, la future loi d'orientation en santé publique a inscrit l'identification des personnes à risque ainsi que l'assurance de leur accès aux traitements efficaces. (Les décideurs et acteurs interrogés lors de cette mission étendent le contenu de cette offre aux services sociaux et médicaux et aux ressources matérielles et sociales). La loi de planification sanitaire énonce que l'offre doit s'axer sur les besoins et pas sur l'existant (par exemple, les indices d'utilisation de lits psychiatriques).

Toutefois, certains acteurs et décideurs remarquent l'importance de bien délimiter par rapport à quoi le besoin est important. Dans le cadre d'un système de soins inégalement reparti, il est important de d'examiner les besoins spécifiques à une région ou à une localité.

CHAUMON Franck

Pour la psychanalyse

L'amendement Accoyer, visant à réglementer l'exercice des psychothérapies a suscité l'opposition de l'ensemble des psychanalystes français. Il faut expliquer pourquoi et montrer en quoi la question soulevée concerne la société dans son ensemble.

Avant toute chose, il faut faire un constat : l'exercice de la psychanalyse en France n'a jusqu'ici jamais été réglementé.

Cela mérite d'être souligné car après tout, la chose n'allait pas de soi si l'on en juge par le fait que nombreux ont été ceux – médecins ou représentants des pouvoirs publics - qui ont formulé le désir de mettre fin à cette exception, au nom d'arguments qui étaient les mêmes que ceux qui sont formulés aujourd'hui. Il y avait à cette situation singulière des raisons puissantes, qui tenaient certes à la vitalité de la psychanalyse elle-même, mais tout autant à l'organisation sociale dans son souci de ménager des espaces privés. Que la pratique psychanalytique ait été ainsi respectée a témoigné d'une certaine modalité du lien social, c'est à dire participait d'une certaine fiction de la liberté.

1) Un monde nouveau.

C'est pourquoi la question qui est posée à présent *n'est en rien réservée aux psychanalystes*. Il ne s'agit pas simplement de leur cadre d'exercice, c'est à dire d'une dimension technique voire éthique de leur pratique, il y va d'un changement dans le lien social. Si la psychanalyse se tenait jusqu'ici dans les territoires protégés de l'espace privé, la voici exposée à présent que les pouvoirs s'investissent de plus en plus dans la réglementation des rencontres humaines. Evaluer, garantir, contrôler ce qui se passe entre les hommes au titre des « relations » fait partie des nouveaux modes de gestion.

Marche après marche, avec toute la complexité des interférences entre le bon sens et les calculs les plus aveugles, s'est progressivement mis en place un ordinaire de la surveillance d'autrui. Peu de champs sont épargnés par cet attrait du *prévenir, soigner et punir*. Une extraordinaire machinerie, constituée de spécialistes en petites choses et d'audits en tous genres, dessine une toile de fond en perpétuelle évaluation de ses propres rationalisations, machinerie qui n'en finit pas de s'avancer de plus en plus ouvertement en se parant du monopole d'un pragmatisme indiscutable. Cette pente est d'autant plus étonnante dans sa progression que nul n'y croit sérieusement et pourtant, d'une certaine manière, tout le monde y adhère

Si les psychanalystes ont à répondre au nom de la psychanalyse, ils ne peuvent le faire qu'en contribuant à énoncer l'enjeu social qui se dessine aujourd'hui, ce qui n'est pas chose aisée. Une chose est claire cependant : ce n'est pas en organisant leur défense sur le mode corporatiste – c'est à dire en se faisant reconnaître comme corps – que les psychanalystes seront à hauteur de la tâche. Le jeu des oppositions corporatives - psychanalystes, psychothérapeutes, psychiatres, psychologues – et de leurs différents groupes de pression –

associations, organismes de formation, chaires universitaires – détourne de l'essentiel, à savoir l'analyse des enjeux contemporains.

- Le nouveau monde de l'évaluation des rapports humains

Le fait nouveau et massif dont il faut partir est le suivant : le développement considérable des techniques psychologiques est devenu un enjeu de pouvoir. La parole est désormais obligatoire (prescrite) pour toutes les victimes de ce que Freud nommait malaise dans la civilisation et qui a désormais pris le nom de traumatisme généralisé. A cette aune, les frontières du privé et du public sont devenues caduques, les désordres sexuels dans les familles doivent être traités tout comme les harcèlements au travail, les criminels doivent être soignés par la parole tout comme les victimes doivent dire leur traumatisme et faire leur deuil. C'est non seulement la souffrance, mais aussi la santé (mentale) qui devient l'objet d'une sollicitude sous surveillance. Si l'on prend la mesure du fait que les conflits dans la famille, l'école, le travail, la prison ont été progressivement changés en troubles psychologiques, il ne faut pas s'étonner que leur traitement devienne une affaire d'Etat. C'est à dire affaire de gestion soumise à évaluation.

- Evaluation des pratiques

Comme on sait, il ne s'agit plus aujourd'hui de la reconnaissance d'un statut de psychothérapeute, mais de celle d'une *pratique* psychothérapeutique. Ce glissement n'est en rien fortuit, car il participe d'une mutation de la gestion du social qui se répand rapidement.

Traditionnellement, c'est le statut professionnel qui ouvre droit à la possibilité des actes. Un médecin, un psychologue reçoivent à l'université une formation qui, une fois validée, leur permet d'exercer sous la garantie d'un titre, et ce quel que soit l'acte qu'ils effectueront dans les règles de l'art. En tant que médecin, en tant que psychologue il leur appartiendra de décider du choix et du moment de leur technique. A l'inverse, l'isolement d'une pratique réglementée et évaluée prédéfinit une séquence d'actes et la soumet à protocoles et procédures rendant secondaires les diplômes et qualifications professionnelles de l'acteur. Ceci se constate désormais particulièrement dans le champ de la médecine où les actes sont de plus en plus isolés, comptabilisés, financés voire judiciarisés.

La conséquence en est une séparation des acteurs de ce qui est désormais désigné en terme de produit ou de service, et un dépérissement de la responsabilité professionnelle qu'elle soit médicale ou pas. L'implication dans l'acte est le fait de l'auteur qui, en ajoutant sa part de création, dépasse la simple répétition technique et fait de cet acte un temps singulier. Ce dont témoigne la formule d'homme de l'art, qui donne à entendre ce qui s'oppose à la dérive d'une évaluation réduite au respect formel des procédures techniques et à une responsabilité restreinte à sa dimension juridique. La médecine, comme question du vivre ensemble disparaît du débat public, comme on a pu le constater avec la gestion de la crise dite de la canicule.

Le rapport Cléry-Melin pour la psychiatrie démontre clairement à quoi aboutit une telle logique lorsqu'elle envisage l'articulation réglée de la gestion des réponses techniques. Il permet de constater que cette modalité évaluative de pratiques découpées selon leur objet symptomatique prédéterminé est profondément homogène avec le pragmatisme dans la théorie : le DSM en psychiatrie est parfaitement adéquat à cet instrument.

C'est pourquoi certains psychanalystes se trompent lorsqu'ils croient opportun de demander leur participation à la définition de telles pratiques, au motif qu'il y aurait des

effets psychothérapeutiques à certains actes analytiques. Il n'est pas possible d'accepter une telle logique sans entériner la coupure qu'elle institue entre l'acte et son produit, rejetant la question de l'acteur, soit celle de son désir et en ce sens de sa responsabilité, au titre de simple supplément à gérer par Comité d'éthique interposé.

- Hiérarchie des actes

L'évaluation d'une pratique suppose que l'on puisse en déterminer la finalité, elle est indissociable d'une logique des biens. Il n'est pas surprenant qu'elle se double d'une échelle de valeurs qui permet de hiérarchiser les indications, distinguant la véritable souffrance pathologique des simples bleus à l'âme. De l'évaluation à la discrimination de la demande il n'y a qu'un pas, comme on peut le lire dans le rapport cité où la question est posée de faire un choix entre pathologies graves et souffrances ordinaires.

Selon cette hiérarchie, le sérieux de la pathologie serait bien sûr sous garantie, médicale en dernier ressort comme il se doit. Quand on sait l'évolution actuelle de la psychiatrie et de son enseignement, il faut répliquer que le sérieux est plutôt du côté de la psychanalyse, mais ce n'est pas le même. C'est celui qui a fait que Freud n'a pas reculé devant la mise en cause de l'hystérie, celui de Lacan invitant ses élèves à faire de même devant la psychose. Celui qui pose en premier lieu non pas le savoir évalué par anticipation mais la parole singulière, à chaque fois singulière de qui cherche un Autre à qui s'adresser. Si une société se juge à la manière qu'elle a de faire place à la folie, l'exclusion de la psychanalyse pour les plus désorientés au nom de leur pathologie est de sinistre augure.

2) La psychanalyse saisie au vif

La réaction massive des psychanalystes contre l'amendement Accoyer a montré qu'ils ont clairement perçu que c'est l'existence même de la psychanalyse qui était en péril. La très grande force de la communauté des analystes tient au fait que, chacun se réclamant de Freud qui a pris à ce sujet des positions sans ambiguïté, c'est de la fidélité à son enseignement qu'il s'agit. Les psychanalystes ont su le faire entendre, d'où la surprise et le recul des pouvoirs publics et un écho favorable de l'opinion.

Suppression pure et simple de l'amendement Accoyer, tel a été le mot d'ordre implicite de ce premier temps.

Malheureusement dans un deuxième temps, le souci tactique, les divisions intestines voire la fascination de la représentativité sous garantie ont dissout cette force compacte, et instauré la confusion. Négocier un peu beaucoup et pour certains passionnément, avec qui et surtout contre qui telle a été la valse de ce deuxième temps.

Il faut absolument revenir à des positions de principe.

Si l'on accepte l'idée que la toile de fond du débat est constituée par la gestion des rapports humains appréhendés comme relations psychologiques, on en déduira qu'il s'agit de savoir si la psychanalyse s'oppose dans son essence à cette modalité du lien social ou non. Si l'on admet que la médecine et la psychologie ont été déjà largement mises à contribution dans cette nouvelle gestion, on se demandera si la psychanalyse y a été impliquée ou pas.

La réponse est nette, et c'est pourquoi le choc est si violent.

1) la psychanalyse s'est définie en se distinguant de la médecine et de la psychologie.

Quels qu'aient été les liens de Freud avec la médecine et la psychologie de son temps, c'est pour des raisons décisives et non pas contingentes qu'il s'est attaché à distinguer la psychanalyse de ces deux champs. Sa position par rapport à l'analyse profane en découle.

2) La psychanalyse dans sa formation et son exercice est restée en France fidèle à ses principes de fondation. (On peut aisément constater à l'inverse que la formation des médecins est peu à peu vidée de sa filiation hippocratique).

Tel est le noyau dur, qu'il ne faut pas confondre avec le problème que pose l'extension considérable de la pratique des psychanalystes dans les institutions de soins et d'enseignement spécialisé, qui n'a jamais été véritablement pensé comme tel par les associations de psychanalystes. La psychologisation de la société à laquelle ont participé de nombreux psychanalystes, naïvement ou pas, hors l'exercice rigoureux qu'ils maintenaient en effet dans leur cabinet, est un fait dont ils ne peuvent se désintéresser. Il leur revient à présent en boomerang. Mais cela ne doit pas les détourner, par culpabilité ou par crainte, de tenir ferme sur les conditions d'exercice de la psychanalyse stricto sensu. Encore une fois c'est une chance et une force que cela ait été possible jusqu'à ce jour, et la considération de ce qu'il en est à l'étranger impose de prendre la menace au sérieux.

C'est de ce point de vue, et de ce point de vue seulement qu'il faut aborder la question des non-non. Ce n'est évidemment pas un hasard si la question des non-médecins, non-psychologues a été posée à propos des psychothérapies. Car cette difficulté n'a été isolée comme telle dans sa rigueur que par Freud, et par personne d'autre. La psychanalyse est donc strictement concernée comme telle à cet endroit, et il faut comprendre qu'en discuter à propos des psychothérapie n'est que le premier pas. Cet enjeu est hélas dissout comme tel dans le texte de « l'amendement de l'amendement ».

Là encore, malgré son souci de reconnaissance par ses pairs et de notoriété dans la société, on sait que le médecin Freud a pris une position sans aucune ambiguïté quant à la garantie supposée qu'apporterait la qualification reconnue par la faculté de médecine en particulier. Si cette position découlait de la stricte application des principes de la cure à la formation des psychanalystes, il reste qu'heureusement il a pris soin de se prononcer très explicitement, en opposition non seulement avec certaines autorités de son temps mais avec des analystes prêts à passer sous les fourches caudines de la médecine. Son texte n'a pas pris une ride.

La psychanalyse est profane ou elle n'est pas.

Mais il faut aussitôt ajouter que *si la psychanalyse se distingue radicalement de la médecine et de la psychologie, elle n'en reste que davantage concernée par la folie.*

Le fait de sa différence n'a jamais signifié pour Freud qu'elle doive désertier le champ du soin. C'est au contraire parce qu'il pensait que seule la psychanalyse était une « thérapeutique causale » c'est à dire qu'elle ne s'en tenait pas au remaniement plus ou moins confortable des symptômes que son champ restait, aussi, celui de la folie. Il convient de le rappeler à tous ceux qui voudraient la limiter au territoire convenu des « bleus de l'âme ». Céder sur ce point c'est accorder en négatif la délimitation d'un espace réservé pour la psychanalyse, au sens de la réserve d'indiens.

La psychanalyse est une pratique qui consiste à suivre le fil d'une parole sans l'anticiper d'un quelconque savoir. Elle s'instaure comme échappée devant toute assignation à ce qu'il y ait une réponse concertée face à la folie, qu'elle soit hystérique ou délirante. L'œuvre de Freud est indissociable de la création d'un espace où se transmet cette question inaugurale posée par l'hystérique à l'adresse des savoirs d'anticipation, elle interdit de construire une science des rêves en dehors de la parole singulière de chaque rêveur. Freud a eu le génie de soutenir que le transfert de cette question dans son savoir en construction ne pouvait être qu'une signification en transit.

C'est pourquoi en tant que telle, la psychanalyse s'oppose à toute perspective d'évaluation.

C'est aussi la raison pour laquelle la formation des psychanalystes reste une question ouverte. Il faut le souligner, la question du devenir analyste n'est pas réglée, en tous cas pour un nombre important de psychanalystes. Il n'y a pas si longtemps, c'est sur ce qu'il considérait de ce point de vue comme un échec, que Lacan a dissout l'Ecole Freudienne de Paris. De nombreuses associations sont encore aujourd'hui au travail à ce propos.

Le mérite de Lacan a sans doute été de poser la question autrement : non pas en demandant au psychanalyste de rendre des comptes sur ce qu'il doit être, mais sur ce qu'il a été. C'est dans cette inscription d'un temps logique que se maintient dans la théorie ce que chaque analyse dépasse. Que l'on accepte ou non la forme de la passe, il s'agit de maintenir ouverte dans la pratique cette question pour s'opposer à ce travers reconnu : un analyste qui se présenterait a priori comme formateur au point d'en garantir l'efficacité ne pourrait que le conduire à tomber dans la bêtise de se faire juge des propos de ses analysants.

La question de la formation des analystes doit rester une question ouverte.

Or dans l'adversité, la plupart des associations d'analystes ont affirmé l'existence d'un consensus quant aux procédures de reconnaissance des psychanalystes entre eux. On sait que les associations ou écoles ont chacune leur propre modalité de désignation, répondant à des critères qui pourtant seraient déclarés communs : analyse personnelle, contrôles, formation théorique. Si un tel consensus semble mettre fin spectaculairement à la suspicion habituelle entre associations de l'IPA et associations d'orientation lacanienne, on peut s'étonner qu'elle prétende régler la question. La somme des garanties ferait-elle garantie de la somme ? On peut remercier le Ministre d'avoir posé la bonne question : l'annuaire de tous les annuaires est-il un annuaire commun ... ou un annuaire comme Un ?

La douloureuse question de la garantie que l'on ne poserait plus désormais aux associations puisqu'elles se garantissent réciproquement, se déplacerait désormais vers les analystes errants. De même la logique de souveraineté nationale fait-elle surgir la question des apatrides.

Croit-on qu'il soit indifférent de prétendre aujourd'hui la question réglée ? Croit-on que la conférence de consensus dont on propose implicitement l'extension à la psychanalyse donnera d'autres effets que ceux produits dans le champ de la psychiatrie, à savoir normalisation des pratiques et récusation des questions éthiques réputées superflues ?

Quelle que soit la position que l'on ait par rapport à Lacan, croit-on qu'il eut été indifférent pour le devenir de la psychanalyse en France si dans les années 50 l'Etat s'était mêlé de privilégier la reconnaissance internationale donnée aux procédures de IPA ?

3) Et maintenant ?

Pour toutes ces raisons, la seule position claire et cohérente doit être le retrait pur et simple de l'amendement Accoyer, *et de tout autre qui ait la même visée*. Il n'y a aucune raison de négocier autre chose que ce qui était jusqu'ici, dont on ne voit pas en quoi cela a fait obstacle au développement de la psychanalyse en France. Par contre, il s'agit en effet d'un point de résistance dans les modifications contemporaines de la gestion des hommes, et à ce titre la psychanalyse est embarquée dans un combat qui concerne la société. Il faut donc poser l'exigence d'un *refus de toute réglementation de la psychanalyse*.

On se méfiera en conséquence des mobilisations actuelles prétendument tactiques. Les associations ou regroupements, s'ils ont des intérêts à défendre au titre des territoires de la formation professionnelle, sont priés de ne pas les confondre avec la question de l'exercice de la psychanalyse. De même que les universitaires, dans le souci compréhensible de maintenir des positions référées à la psychanalyse dans les facultés de Lettres et sciences humaines, devraient avoir le souci de ne pas confondre validation de diplômes de psychologie à référence psychanalytique et diplômes de psychanalyse. Toutes choses que chacun professe volontiers mais qui, d'être oubliées dans la pratique sans principe des alliances et des stratégies, risquent faire basculer l'exercice analytique comme tel du côté de la réglementation.

La question encore une fois excède le domaine strict de la psychanalyse.

L'idée d'un empire de la gestion des hommes étendue à leur intimité correctement évaluée peut faire frémir, mais elle est déjà en marche. Un certain chemin a déjà été parcouru en ce sens. Depuis de nombreuses années une modalité de gestion dite évaluation et démarche qualité a progressivement investi les rapports humains dans le travail, puis dans les services.

Le champ de la santé connaît ce mouvement qui fait des hôpitaux des entreprises dans lesquelles la gestion des personnels répond de plus en plus aux modalités d'évaluation selon les protocoles et de moins en moins au discours médical. En psychiatrie le programme est annoncé d'une destruction de l'unité du champ de la pratique en territoires fragmentés de réponses à des symptomatologies prédécoupées.

Les psychiatres, qui ont vu l'espace de leur pouvoir et de leur exercice professionnel décliner significativement au profit de la puissance administrative, ont eu du mal à s'opposer efficacement à cette modélisation des rapports humains. Ils savent maintenant que les procédures d'évaluation qu'ils ont acceptées au nom du sérieux et pour faire preuve de bonne volonté voire pour être modernes, laminent désormais leurs responsabilités clinique. L'outil informatique s'est subtilement glissé entre leurs actes réduits à des produits quantifiables et leur responsabilité de praticiens. S'ils lisent attentivement le rapport Cléry-Melin, ils savent désormais comment tout cela pourrait finir.

Ils ont donc mieux à faire qu'à revendiquer un pauvre pouvoir sur les psychothérapeutes ! Ils pourraient plutôt expliquer aux analystes comment ceux-ci seront accommodés à la sauce évaluative si ils continuent à pousser le sérieux et la représentativité jusqu'à s'installer à la table de négociation.

Les psychanalystes quant à eux pourraient s'interroger sur l'ignorance dans laquelle ils se sont tenus jusqu'ici de ce qui se tramait à leur porte et sur leur participation à un ordre psy désormais patent. S'ils se laissent emporter par leur esprit de sérieux et de reconnaissance, ils ne pèseront pas lourd. On peut déjà constater qu'à la revendication de l'amendement de

l'amendement est venu répondre ... la demande de l'annuaire des annuaires. Vous avez fait ce premier pas, pourquoi ne feriez-vous pas le second ? D'autant que voyez-vous « ces mesures peuvent mettre la psychanalyse à l'abri d'appétits privés ou intéressés par des fins qui ne la concernent pas » (sic). On est heureux d'apprendre la tendre sollicitude de Raminagrobis. Un peu d'humour ne nuit pas : quant à nous, nous nous engageons solennellement à ne pas publier la liste de ceux qui ne figureront pas sur la liste !

Les psychanalystes peuvent être autrement efficaces, en restant fidèles à l'acte même de Freud dans lequel ils ont mis leur pas. Il faut rappeler que si celui-ci n'avait pas cédé sur le point de l'analyse profane, cette position de résistance était conforme à celle qu'il avait prise en écoutant les hystériques et leur protestation résolue. Aujourd'hui, en France, il s'agit de ne pas céder.

La réaction claire et rigoureuse des psychanalystes importe donc bien au-delà de leur seul champ d'exercice. Car la psychanalyse représente un point de butée et de résistance à une modalité nouvelle de gestion du social qui se développe depuis deux décennies. Si la détermination que peuvent opposer les psychanalystes peut être l'affaire de tous c'est bien que chacun peut pressentir, qu'il ait eu ou non l'expérience de la psychanalyse, qu'il y va d'une certaine conception du lien social. Disons faute de mieux de la fiction d'une certaine liberté, dans une certaine démocratie.

Retour au formulaire
Liste de résultats

Document 6 / 6

© Direction des Journaux Officiels

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002

LOI relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1)

NOR:MESX0100092L

TITRE Ier : SOLIDARITÉ ENVERS LES PERSONNES HANDICAPÉES.

Article 1

Modifié par Loi 2003-660 2003-07-21 art. 65 VIII 2° JORF 22 juillet 2003.

I. - Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance.
La personne née avec un handicap dû à une faute médicale peut obtenir la réparation de son préjudice lorsque l'acte fautif a provoqué directement le handicap ou l'a aggravé, ou n'a pas permis de prendre les mesures susceptibles de l'atténuer.

Lorsque la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé est engagée vis-à-vis des parents d'un enfant né avec un handicap non décelé pendant la grossesse à la suite d'une faute caractérisée, les parents peuvent demander une indemnité au titre de leur seul préjudice. Ce préjudice ne saurait inclure les charges particulières découlant, tout au long de la vie de l'enfant, de ce handicap. La compensation de ce dernier relève de la solidarité nationale.

Les dispositions du présent I sont applicables aux instances en cours, à l'exception de celles où il a été irrévocablement statué sur le principe de l'indemnisation.

II. - Toute personne handicapée a droit, quelle que soit la cause de sa déficience, à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale.

III. - Le Conseil national consultatif des personnes handicapées est chargé, dans des conditions fixées par décret, d'évaluer la situation matérielle, financière et morale des personnes handicapées en France et des personnes handicapées de nationalité française établies hors de France prises en charge au titre de la solidarité nationale, et de présenter toutes les propositions jugées nécessaires au Parlement et au Gouvernement, visant à assurer, par une programmation pluriannuelle continue, la prise en charge de ces personnes.

IV. - Le présent article est applicable en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie, dans les îles Wallis et Futuna ainsi qu'à Mayotte et dans les Terres australes et antarctiques françaises.

Article 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 103, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 126

[*article(s) modificateur(s)*]

TITRE II : DÉMOCRATIE SANITAIRE.

Chapitre II : Droits et responsabilités des usagers.

Article 13

Les personnes qui, à la date de la publication de la présente loi, exercent l'activité d'hébergement de données de santé à caractère personnel déposées auprès d'elles par les personnes qu'elles concernent doivent formuler une demande d'agrément en application de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique dans un délai de trois mois à compter de la publication du décret prévu par cet article. Elles peuvent poursuivre cette activité jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande. Le ministre chargé de la santé peut, pendant cette période, suspendre à tout moment la poursuite de cette activité en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires en vigueur.

Chapitre VI : Organisation régionale de la santé.

Article 41

Les dispositions des articles 35 à 39, à l'exception de celles de l'article 36, entreront en vigueur six mois après la publication de la présente loi.

Article 44

Les dispositions des articles 18 et 42, à l'exception du VI de l'article 42, entreront en vigueur dès la proclamation des résultats des élections de l'ensemble des conseils régionaux et interrégionaux et des chambres disciplinaires. Ces élections interviendront dans les six mois suivant la date de publication du décret mentionné à l'article L. 4124-11 du code de la santé publique. Les mandats des conseillers régionaux et interrégionaux en cours à cette date seront, en tant que de besoin, prorogés jusqu'à la proclamation des résultats des élections.

TITRE III : QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ.

Chapitre III : Déontologie des professions et information des usagers du système de santé.

Article 68

Des élections en vue du renouvellement de l'ensemble des membres des conseils régionaux, centraux et national des pharmaciens seront organisées selon les modalités fixées par la présente loi ; leurs dates seront fixées par arrêté conformément aux dispositions de l'article L. 4233-3 du code de la santé publique.

A cet effet, les présidents des conseils centraux et régionaux établissent la liste électorale des pharmaciens relevant de chaque section conformément aux dispositions de l'article L. 4232-1 du même code.

Le mandat des membres des conseils régionaux, centraux et national des pharmaciens est prolongé jusqu'à la proclamation des résultats des élections précitées.

Article 69

Les dispositions de l'article 65 et du III de l'article 67 sont applicables dès la proclamation des résultats des élections mentionnées à l'article 68.

Article 73

I. - Pour les élections nécessaires à la mise en place du conseil des professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste et orthoptiste sont électeurs et éligibles les membres de ces professions inscrits sur la liste dressée par le représentant de l'Etat dans le département de résidence professionnelle. Ces élections sont organisées par le représentant de l'Etat dans la région.

II. - Les dispositions des articles 71 et 72 entrent en vigueur deux mois après que les présidents de toutes les instances du conseil auront été élus. Toutefois, celles de ces dispositions qui portent modification des articles L. 4311-24, L. 4311-25, L. 4321-10, L. 4322-2, L. 4341-2 et L. 4342-2 et abrogation des articles L. 4321-9, L. 4321-13 à L. 4321-19, L. 4321-22 et L. 4322-7 à L. 4322-16 du code de la santé publique entrent en vigueur dès la publication de la présente loi.

III. - Les infirmiers et infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes exerçant à titre libéral disposent d'un délai de six mois à compter de la date de la dernière élection des présidents du conseil mentionné à l'article L. 4391-1 du même code pour demander leur inscription au tableau de ce conseil.

IV. - Dans un délai de trois ans à compter de la date de la dernière élection des présidents du conseil des professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste et orthoptiste, le Gouvernement présentera au Parlement un bilan de fonctionnement du conseil.

Article 75

L'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou à la chiropraxie délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret. Le programme et la durée des études préparatoires et des épreuves après lesquelles peut être délivré ce diplôme sont fixés par voie réglementaire.

S'il s'agit d'un diplôme délivré à l'étranger, il doit conférer à son titulaire une qualification reconnue analogue, selon des modalités fixées par décret.

Les praticiens en exercice, à la date d'application de la présente loi, peuvent se voir reconnaître le titre

d'ostéopathe ou de chiropracteur s'ils satisfont à des conditions de formation ou d'expérience professionnelle analogues à celles des titulaires du diplôme mentionné au premier alinéa. Ces conditions sont déterminées par décret.

Toute personne faisant un usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est soumise à une obligation de formation continue, dans des conditions définies par décret. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé est chargée d'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques. Elle établit une liste de ces bonnes pratiques à enseigner dans les établissements de formation délivrant le diplôme mentionné au premier alinéa.

Un décret établit la liste des actes que les praticiens justifiant du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur sont autorisés à effectuer, ainsi que les conditions dans lesquelles il sont appelés à les accomplir.

Ces praticiens ne peuvent exercer leur profession que s'ils sont inscrits sur une liste dressée par le représentant de l'Etat dans le département de leur résidence professionnelle, qui enregistre leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations.

Chapitre VI : Dispositions diverses.

Article 85

Le délai accordé aux instances compétentes de l'ordre national des pharmaciens pour fournir, après visite des pharmacies à usage intérieur concernées, leur avis sur les demandes déposées avant le 1er janvier 2002 au titre de l'application de l'article L. 5126-7 du code de la santé publique, est prorogé jusqu'au 31 décembre 2002.

Article 89

I. - En vue de renforcer, en matière de santé publique, les dispositifs spécifiques à la santé des femmes, il est créé un diplôme d'études spécialisées de gynécologie médicale dont les conditions de formation pratique et théorique sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

II. - L'accès à un gynécologue médical se fait selon les conditions prévues par les dispositions réglementaires ou conventionnelles et conformément aux articles L. 321-1 et L. 322-1 du code de la sécurité sociale.

Article 90

Un groupement d'intérêt public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière peut être constitué entre l'Etat et d'autres personnes morales de droit public ou de droit privé pour exercer ensemble, pendant une durée déterminée, des activités d'assistance technique ou de coopération internationale dans les domaines de la santé et de la protection sociale.

Les dispositions de l'article 21 de la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France sont applicables à ce groupement d'intérêt public.

Article 91

Dans un délai de trois mois après la publication de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport exposant les conditions dans lesquelles les techniciens des laboratoires hospitaliers et les conducteurs-

ambulanciers pourraient être classés en catégorie B active de la fonction publique hospitalière.

Article 92

Est ratifiée l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique, prise en application de la loi n° 99-1071 du 16 décembre 1999 portant habilitation du Gouvernement à procéder, par ordonnances, à l'adoption de la partie Législative de certains codes.

TITRE IV : RÉPARATION DES CONSÉQUENCES DES RISQUES SANITAIRES.

Article 98-1

Créé par Loi 2002-1577 2002-12-30 art. 2 JORF 31 décembre 2002.

Les dispositions des articles L. 1142-25 et L. 1142-26 du code de la santé publique entrent en vigueur à une date prévue par le décret mentionné à l'article L. 252-1 du code des assurances et au plus tard le 1er janvier 2004.

Article 101

Modifié par Loi 2002-1577 2002-12-30 art. 3 JORF 31 décembre 2002.

Les dispositions du titre IV du livre 1er de la première partie du code de la santé publique issues de l'article 98 de la présente loi, à l'exception du chapitre 1er, de l'article L. 1142-2 et de la section 5 du chapitre II, s'appliquent aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales consécutifs à des activités de prévention, de diagnostic ou de soins réalisées à compter du 5 septembre 2001, même si ces accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales font l'objet d'une instance en cours, à moins qu'une décision de justice irrévocable n'ait été prononcée.

Les dispositions de la section 6 du chapitre II du titre IV du livre 1er de la première partie du même code sont immédiatement applicables, en tant qu'elles sont favorables à la victime ou à ses ayants droit, aux actions en responsabilité, y compris aux instances en cours n'ayant pas donné lieu à une décision irrévocable.

Les dispositions de l'article L. 1141-1 du même code s'appliquent aux contrats en cours à cette même date.

Article 102

En cas de contestation relative à l'imputabilité d'une contamination par le virus de l'hépatite C antérieure à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, le demandeur apporte des éléments qui permettent de présumer que cette contamination a pour origine une transfusion de produits sanguins labiles ou une injection de médicaments dérivés du sang. Au vu de ces éléments, il incombe à la partie défenderesse de prouver que cette transfusion ou cette injection n'est pas à l'origine de la contamination. Le juge forme sa conviction après avoir ordonné, en cas de besoin, toutes les mesures d'instruction qu'il estime utiles. Le doute profite au demandeur.

Cette disposition est applicable aux instances en cours n'ayant pas donné lieu à une décision irrévocable.

Article 104

Les dispositions de l'article L. 3111-9 du code de la santé publique sont applicables aux personnes visées à l'article L. 3111-4 du même code qui ont été vaccinées contre l'hépatite B avant la date d'entrée en vigueur de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales.

Article 105

Pendant un délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, la Commission nationale des accidents médicaux peut inscrire sur la liste nationale des experts en accidents médicaux, en raison de leur qualification particulière en matière d'accidents médicaux, dont les modalités comportant notamment une évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles sont fixées par décret en Conseil d'Etat, des experts qui ne sont pas inscrits sur une des listes instituées par l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires.

Ces personnes sont soumises, dans le cadre de leur mission, aux mêmes obligations d'indépendance et d'impartialité que les experts inscrits sur une des listes instituées par l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 précitée.

A l'issue d'un délai de deux ans à compter de leur inscription, ces experts sont maintenus sur la liste nationale des experts en accidents médicaux s'ils sont inscrits sur une des listes instituées par l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 précitée.

Article 106

Jusqu'à la publication de la liste nationale des experts en accidents médicaux prévue à l'article L. 1142-10 du code de la santé publique, les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales mentionnées à l'article L. 1142-6 du même code peuvent avoir recours à des experts inscrits sur une des listes instituées par l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 précitée.

TITRE V : DISPOSITIONS RELATIVES À L'OUTRE-MER. **Chapitre III : Mayotte, territoires d'outre-mer et Nouvelle-Calédonie.** Article 125

I. - Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, et dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre, par ordonnances, à Mayotte, dans les territoires des îles Wallis-et-Futuna et des Terres australes et antarctiques françaises et, en tant qu'elles concernent les compétences de l'Etat, en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie, les mesures législatives nécessaires à :

1° L'extension et l'adaptation des dispositions de la présente loi ;

2° L'actualisation des dispositions du code de la santé publique intéressant les ordres des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens ;

3° La création des sections des assurances sociales des chambres de discipline des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des pharmaciens.

II. - Un projet de loi de ratification de ces ordonnances devra être déposé devant le Parlement au plus tard six mois

à compter de l'expiration du délai mentionné au I.

Article 127

Créé par Ordonnance 2003-166 2003-02-27 art. 17 JORF 1er mars 2003.

I. - Les dispositions suivantes de la présente loi sont applicables à Mayotte :

- les articles 6 et 7 ;
- l'article 13 ;
- les II, III et IV de l'article 14 ;
- l'article 15 ;
- l'article 18 à l'exception de son IV ;
- les I et 1° du II de l'article 19 ;
- le II de l'article 20 ;
- l'article 22 ;
- les I et du II de l'article 23 ;
- l'article 24 ;
- les I, II (1°), III de l'article 25 et le IV de cet article en ce qu'il modifie l'article L. 4343-1 du code de la santé publique ;
- les articles 26 à 29 ;
- le I de l'article 30 et l'article 31 ;
- l'article 32 ;
- l'article 36 ;
- les I, II à l'exception de celles de ses dispositions modifiant l'article L. 4126-7 du code de la santé publique, III, V, VI, VII et du IX de l'article 42 ;
- l'article 43 ;
- les articles 45 à 49 ;
- les articles 55 et 56 ;
- l'article 62 à l'exception de ses XV et XVI ;
- les articles 63 à 68 ;
- l'article 70 ;
- l'article 72 à l'exception du 5° de son I ;
- l'article 75 ;
- les I et du II de l'article 77 ;
- l'article 80 ;
- l'article 83 ;

- le II en ce qu'il intéresse les articles L. 6113-4, L. 6114-2 et L. 6114-3 du code de la santé publique et le III de l'article 84 ;

- les articles 93 à 95 ;

- l'article 112.

II. - Les dispositions suivantes de la présente loi sont applicables dans le territoire des îles Wallis et Futuna :

- le II de l'article 4 ;

- l'article 13 ;

- les III et IV de l'article 14 ;

- l'article 18, à l'exception de son IV ;

- les I, II (1°) et III de l'article 25 ;

- les articles 26 et 27 ;

- les I, II à l'exception de celles de ses dispositions modifiant l'article L. 4126-7 du code de la santé publique, III, V, VI, VII et IX de l'article 42 ;

- l'article 43 ;

- les articles 45 à 47 ;

- l'article 56 ;

- l'article 62 à l'exception de ses XV et XVI ;

- l'article 63 ;

- les articles 64 à 68 ;

- l'article 70.

III. - Les dispositions suivantes de la présente loi sont applicables aux Terres australes et antarctiques françaises :

- le II de l'article 4 ;

- l'article 13 ;

- le III de l'article 14 ;

- les I, II (1°) et III de l'article 25 ;

- l'article 26.

IV. - Les dispositions suivantes de la présente loi sont applicables à la Nouvelle-Calédonie et à la Polynésie française :

- le II de l'article 4 ;

- l'article 13 ;

- le III de l'article 14 ;

- le II de l'article 62.

V. - Les articles 16-13 et 375-9 du code civil sont applicables en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française, dans le territoire des îles Wallis et Futuna et dans les Terres australes et antarctiques françaises.

VI. - Les articles 706-2 et 720-1-1 du code de procédure pénale sont applicables en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et dans le territoire des îles Wallis et Futuna.

VII. - Les articles du code de la santé publique mentionnés à l'article 108 de la présente loi sont abrogés à Mayotte. Les mentions de ces articles qui figurent aux articles L. 4412-1, L. 4413-1 et L. 4441-1 sont supprimées.

VIII. - 1° L'entrée en vigueur prévue à l'article 44 pour les dispositions mentionnées à cet article s'applique à celles de ces dispositions étendues et adaptées à Mayotte, en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française, dans le territoire des îles Wallis et Futuna et dans les Terres australes et antarctiques françaises. Les élections interviendront dans les six mois suivant la date de publication du décret prévoyant leur application dans ces collectivités. Les mandats des conseillers locaux en cours à cette date seront, en tant que de besoin, prorogés jusqu'à la proclamation des résultats des élections.

2° Les dispositions de l'article L. 4126-2 du code de la santé publique, telles qu'elles sont modifiées par le II de l'article 62, entrent en vigueur, pour leur extension à Mayotte, en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et dans le territoire des îles Wallis et Futuna, dès la publication de l'ordonnance prévue à l'article 125.

L'entrée en vigueur des autres dispositions de l'article 62 qui sont étendues à ces collectivités est fixée par le XVI de cet article.

3° Les dispositions de l'article 69 sont applicables à Mayotte et dans le territoire des îles Wallis et Futuna.

4° L'article 73 est applicable à Mayotte sous réserve de l'adaptation suivante : les praticiens installés à Mayotte participent aux élections organisées dans le cadre de la région Ile-de-France.

Jacques Chirac

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

Lionel Jospin

Le ministre de l'économie,

des finances et de l'industrie,

Laurent Fabius

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Elisabeth Guigou

La garde des sceaux, ministre de la justice,

Marylise Lebranchu

Le ministre de l'intérieur,

Daniel Vaillant

Le ministre délégué à la santé,

Bernard Kouchner

Le secrétaire d'Etat à l'outre-mer,

Christian Paul

(1) Loi n° 2002-303.

- Directives communautaires :

Directive 85/432/CEE du Conseil du 16 septembre 1985 visant à la coordination des dispositions législatives réglementaires et administratives concernant certaines activités du domaine de la pharmacie ;

Directive 98/79/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 octobre 1998 relative aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro.

- Travaux préparatoires :

Assemblée nationale :

Projet de loi n° 3258 ;

Rapport de MM. Claude Evin, Bernard Charles et Jean-Jacques Denis, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 3263 ;

Discussion les 2, 3 et 4 octobre 2001 et adoption, après déclaration d'urgence, le 4 octobre 2001.

Sénat :

Projet de loi n° 4 ;

Rapport de MM. Francis Giraud, Gérard Deriot et Jean-Louis Lorrain, au nom de la commission des affaires sociales, n° 174 (2001-2002) ;

Avis de M. Pierre Fauchon, au nom de la commission des lois, n° 175 (2001-2002) ;

Discussion les 24, 30 et 31 janvier, 5 et 6 février 2002 et adoption le 6 février 2002.

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat, n° 3582 ;

Rapport de M. Claude Evin, au nom de la commission mixte paritaire, n° 3587 ;

Discussion et adoption le 12 février 2002.

Sénat :

Rapport de M. Francis Giraud, au nom de la commission mixte paritaire, n° 220 (2001-2002) ;

Discussion et adoption le 19 février 2002.



Copier ou envoyer
l'adresse de ce document

