

Pour une nouvelle politique de santé mentale

Animateur : Sylvie Wieviorka
Rapporteur : Alice Dupeyroux

DATE: avril 2011

Les rapports établis par les groupes de réflexion du Lab sont des contributions libres aux débats et réflexions politiques du Parti socialiste.

Le groupe de travail «*Pour une nouvelle politique de santé mentale*», qui s'est réuni à 9 reprises dans le cadre du Laboratoire des idées du Parti socialiste, de fin novembre 2009 à juin 2010, a mené de nombreuses auditions et débats et a notamment reçu : **Jean-Yves Barreyre**, directeur du Centre d'études, de documentation, d'information et d'action sociales (CEDIAS), **Jacques Borgy** et **Marie Cathelineau** pour le Syndicat national des psychologues, **Loriane Brunesseaux**, ancienne vice-présidente de l'AFFEP (Association française fédérative des étudiants en psychiatrie), **Edouard Couty**, conseiller maître à la Cour des comptes, **Roland Gori**, psychanalyste et professeur de psychologie et de psychopathologie cliniques à l'Université d'Aix-Marseille I, **Agnès Metton**, secrétaire nationale de l'Intersyndicale des psychiatres publics, **Elisabeth Roudinesco**, professeur au département d'Histoire (UFR-GHSS) de l'Université Paris VII - Denis Diderot, **Norbert Skurnik**, secrétaire général de l'Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique.

Ont participé au groupe de travail aux côtés de :

Sylvie Wieviorka, psychiatre des hôpitaux, présidente du Psycom, Conseillère de Paris, qui animait le groupe et **Alice Dupeyroux**, qui en était le rapporteur

Guy Baillon, psychiatre des hôpitaux

Mathieu Bellahsen, interne en psychiatrie, ex-président de l'AFFEP et membre du Collectif des 39

Serge Blisko, député

Olivier Bonnot, responsable du Centre référent maladie rare à expression psychiatrique, responsable du groupe hospitalier Pitié Salpêtrière

Pierre-Henri Castel, agrégé de philosophie, docteur en psychologie clinique et pathologique

Alain Ehrenberg, CERMES 3 - Équipe CESAMES Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société

Laurent El Ghozi, président de l'association « Élus, santé publique & territoires »

Alexandre Farnault, conseiller technique au cabinet de Jean Marie Le Guen (adjoint au maire de Paris, chargé de la santé publique et des relations avec l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris)

Anne de Hauteclocque, Laboratoire des idées

Serge Kannas, coordinateur de la MNASM (Mission nationale d'appui en santé mentale)

Jean-Luc Roelandt, psychiatre (EPSM Lille Métropole)

Jean-Pierre Sueur, sénateur

Sommaire

Ce document comprend une courte note de problématique et de propositions et 7 fiches rédigées par les différents membres du groupe qui reprennent les principaux thèmes abordés au cours de nos réunions.

Note de problématique et de propositions	5
1. Propositions pouvant à notre avis faire consensus	6
2. Propositions pouvant faire débat	7

FICHE 1

La France, société du malaise ? L'autonomie, la souffrance psychique, la santé mentale	9
(par Alain Ehrenberg)	

FICHE 2

Psychisme et neuroscience : quelques enjeux idéologiques discrets mais redoutables à l'arrière-plan d'un développement scientifique majeur	12
(par Pierre-Henri Castel)	

FICHE 3

Enfance, adolescence et santé mentale : situation et perspectives d'action	17
(par Olivier Bonnot)	

FICHE 4

Transformation du paysage de la psychiatrie en France ces 20 dernières années	20
(par Serge Kannas)	

FICHE 5

Normes internationales, comparaisons européennes	22
(par Jean-Luc Roelandt)	

FICHE 6

La formation des acteurs	24
(par Mathieu Bellahsen)	

FICHE 7

Accueillir et soigner dans la ville	26
(par Guy Baillon et Laurent El Ghazi)	

Note de problématique et de proposition

La question d'une nouvelle politique de santé mentale dépasse très largement celle des soins à apporter aux personnes souffrant de troubles mentaux. Aux changements de notre société correspondent des évolutions dans le mode d'expression des conflits de relations sociales qui s'expriment de plus en plus par l'expression d'une souffrance psychique. Cette évolution s'objective à travers l'explosion des demandes de consultations en psychiatrie générale comme en pédo-psychiatrie. La dichotomie entre maladie et normalité s'estompe au profit d'un continuum qui va des troubles psychiatriques les plus sévères à la souffrance psychique qui peut concerner chacun d'entre nous.

En terme de santé publique, les maladies mentales occupent une place majeure. Nous reprendrons les propos d'Edouard Couty¹ :

« D'après l'OMS, les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence et elles sont responsables du quart des invalidités. En médecine générale, elles se situent au deuxième rang, derrière les maladies cardiovasculaires. Elles affectent une personne sur cinq chaque année, et même une sur trois si l'on se réfère à la prévalence sur la vie entière. L'OMS retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXI^{ème} siècle : la schizophrénie, les troubles bipolaires, les addictions, la dépression et les troubles obsessionnels compulsifs. Toutes les estimations indiquent que ce bilan, si des mesures ne sont pas prises rapidement, devrait s'alourdir dans les prochaines années, avec une augmentation de 50 % de la contribution des maladies mentales à la charge de morbidité due à l'ensemble des maladies d'ici 2020.

En France, les troubles psychiatriques sont responsables chaque année de 12 000 morts par

suicide, auxquels s'ajoutent la surmortalité non suicidaire (accidentelle, consommation d'alcool, de tabac et de drogue). Les études épidémiologiques comparées menées dans plusieurs pays européens montrent par ailleurs que la prévalence des différentes pathologies psychiatriques est relativement élevée en France. »

Nous devons être capables de proposer, face à l'importance des besoins et aux nouvelles demandes, **une gamme de services différenciés et adaptés, sur l'ensemble du territoire**, pour traiter comme il convient et le plus précocement possible (car plus les soins sont précoces plus ils sont efficaces et moins longue est la prise en charge) l'ensemble de ces situations. La façon de prendre en charge ces souffrances des plus intenses aux moins sévères, doit refléter nos valeurs humanistes, respecter les libertés individuelles, permettre l'épanouissement de tous, ne pas exclure, lutter contre les inégalités, associer les patients et leur entourage aux décisions qui les concernent.

Notre réflexion doit **se fonder d'une part sur une conception humaniste et contemporaine de l'individu souffrant**, de ses besoins et de ses aspirations, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants, d'autre part sur une bonne connaissance du système actuel de prise en charge et des expériences innovantes.

Nous devons tenir compte de l'émergence de nouvelles problématiques, telles que celle de la souffrance psychique au travail, ou celles liées à l'allongement de la durée de la vie, avec notamment l'explosion des maladies dégénératives (maladies d'Alzheimer).

¹ Propos tenus par Edouard Couty dans « Pluriels », lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, n°78, avril 2009

Nous devons pouvoir nous comparer aux autres pays, en particulier en Europe. La question de la formation des acteurs du champ de la santé mentale et de leur coordination avec l'ensemble des partenaires concernés (travailleurs des champs sanitaire et social, élus, usagers, familles et leurs associations...) doit être abordée. Si l'État doit garantir l'égalité des possibilités de prise en charge sur l'ensemble du territoire, la commune et le département restent les lieux privilégiés d'élaboration et de mise en œuvre des politiques concrètes en direction des personnes souffrantes et de leur entourage.

Nous sommes très critiques envers **la politique menée actuellement**. Elle **s'appuie sur la peur**, dresse les individus les uns contre les autres (les «malades mentaux» supposés dangereux contre les citoyens «normaux» qu'il faut protéger...), considère que le rôle des psychiatres est de lutter contre les éventuels débordements plus que de soigner les personnes. Cette politique est **inefficace, stigmatisante et dangereuse** car elle ne permet pas de mettre en œuvre dans la cité l'approche intégrative et apaisée dont les personnes souffrant de troubles mentaux et leur entourage ont besoin.

Nous avons fait à l'issue de notre travail des propositions, en prenant soin de préciser lesquelles nous semblent faire consensus et lesquelles sont contestées, par qui et pourquoi.

1. Propositions pouvant à notre avis faire consensus

1.1. Autour d'une **grande loi «santé mentale»** précédée d'un large débat parlementaire et réaffirmant fermement notre volonté de développer la prévention et le soin aux personnes souffrant de troubles psychiatriques dans la Cité:

- a. Garantissant le financement y compris de la prévention: nous devons **réaffirmer notre attachement au budget global assorti d'objectifs prioritaires de santé mentale**;

- b. Autour d'un territoire donné (le secteur?): **obligation de disposer d'une offre complète** allant du repérage précoce et du soutien à la parentalité à l'hospitalisation et au suivi en aval des crises (soins de suite et de réhabilitation);
- c. Précisant les **objectifs et les moyens de l'insertion sociale** des personnes présentant des troubles mentaux dans la cité;
- d. Révisant les **modalités du soin sans consentement**, que l'on pourrait renommer «soin sous conditions», et en confiant le contrôle à l'autorité judiciaire; les notions qui président à ces modalités (le «trouble à l'ordre public», «la dangerosité pour soi même ou pour autrui») doivent être strictement définies);
- e. Faisant obligation à toute commune (de plus de 10 000 habitants?) de mettre en place un **«Conseil municipal de santé mentale»** autour du secteur de psychiatrie desservant son territoire;
- f. Réformant la **formation des médecins** (un stage de 6 mois obligatoire en psychiatrie), des psychiatres, des travailleurs sociaux. Une révision des métiers concernés par la santé mentale semble s'imposer;
- g. Actant dans la loi la **place des patients et de leur entourage**, prévoyant le financement à bon niveau de leurs associations afin d'aider à leur développement et/ou la mise à leur disposition de personnes qualifiées (service civique, retraités), leur donnant un réel pouvoir de négociation dans les instances où ils sont représentés;
- h. Prévoyant une évaluation des politiques mises en œuvre. La création d'un **«Observatoire de la santé mentale»** disposant de moyens humains et financiers suffisants pourrait permettre cette évaluation, et aussi de développer une politique de recherche (cf point «c») adaptée aux besoins.

1.2. Parachever le mouvement de **rapprochement des lits d'hospitalisation et de l'ensemble des soins psychiatriques du lieu de vie** des usagers et des familles et rééquilibrer les crédits en faveur de

la prise en charge dans la cité, qui minore le recours aux hospitalisations.

1.3. Mettre en œuvre une politique de recherche en santé mentale qui combine recherche fondamentale et recherche clinique et donner une véritable place à la recherche en épidémiologie et en sciences sociales.

1.4. Améliorer la qualité des soins psychiatriques en prison. La question des prisons et des soins donnés aux détenus est plus large que celle des stricts soins psychiatriques, mais ils ne doivent pas être oubliés.

1.5. Supprimer la rétention de sûreté qui permet de garder enfermées des personnes ayant purgé leur peine (loi du 25/2/2008).

2. Propositions pouvant faire débat

2.1. Revoir l'actuel découpage des secteurs psychiatriques pour les adapter mieux aux modes de vie des habitants, en tenant mieux compte des modes de déplacement et des organisations réelles de la vie quotidienne (risque de se heurter à l'hostilité des actuels responsables des secteurs).

2.2. Réduire des disparités de moyens entre les différents secteurs. Une étude de l'IRDES de 2009 fait état d'inégalités en moyens humains comme en structures très importantes. Un plan progressif de réduction des inégalités, tenant compte des spécificités socio-démographiques de la population prise en charge, semble utile. Mais ce projet se heurtera évidemment aux intérêts des secteurs les plus nantis (parisiens ou franciliens avant tout).

2.3. Mettre en œuvre une véritable politique de la petite enfance prenant en charge la prévention et le repérage des enfants qui vont mal, aidant les familles très tôt à s'occuper convenablement de leurs enfants. La question du logement des familles est cruciale et une priorité devrait être donnée aux familles avec des jeunes enfants dans notre politique du logement. Il s'agit de la meilleure prévention des troubles des apprentissages qui sont clairement corrélés aux conditions de logement des familles.

2.4. Faut-il créer un service public unifié de santé mentale, et si oui sous quelle forme ? Le rapport Couty prévoit la création de groupements locaux de coordination pour la santé mentale (GLC). La critique de cette proposition porte sur le clivage qu'elle introduit entre l'hospitalisation et la prise en charge extra-hospitalière, qui feront l'objet de financements (et d'équipes?) distincts, ce qui signerait pour certains la fin du secteur (une seule équipe, un seul financement, prenant en charge l'intra et l'extra hospitalier). Dans son rapport, E. Couty demande la mise en place rapide de la VAP² (TAA³ psychiatrique), très contestée par les effets gestionnaires qu'elle induit. **La question du financement est évidemment centrale:** unique pour un secteur donné ou différencié en intra et extra hospitalier, et sous quelle forme : budget global, VAP ? La question de savoir s'il faut unifier ou distinguer prise en compte de la souffrance psychique et des dysfonctionnements d'une part, et traitement de la maladie mentale de l'autre, est un sujet majeur. Pour certains psychiatres, il faut garder la spécificité du traitement de la seule pathologie mentale. Pour de nombreux acteurs, il faut s'adapter aux nouvelles demandes et aux nouveaux contextes et être en capacité de prendre en charge l'ensemble.

2.5. La question de la création d'une **délégation interministérielle à la santé mentale**, rattachée au ministre de la Santé (ou au Premier ministre?), est elle-aussi posée. Est-ce que l'interministériel fonctionne ? Ne vaut-il pas mieux développer une ambitieuse politique de santé publique dont la santé mentale serait un volet ?

2.6. Il y a un **débat sur la question des lits d'hospitalisation.** Pour certains, nous manquons actuellement de lits d'hospitalisation, la réduction de leur nombre a été trop importante. Pour d'autres (cf. S. Kannas, J.L. Roelandt), c'est la faiblesse du développement des structures alternatives, des équipes d'intervention de crise, bref des capacités à traiter précocement et efficacement qui augmente le recours à l'hospitalisation. Nous sommes en

² VAP: valorisation de l'activité en psychiatrie

³ TAA: tarification à l'activité dans les établissements hospitaliers

quelque sorte au milieu du gué et l'immobilisme en ce domaine amènera mécaniquement à la régression (au retour à l'hospitalisation massive comme seule réponse possible). En terme humain, c'est une hérésie. En terme économique, c'est une gabegie...

2.7. Remplacer les actuels hôpitaux spécialisés par des établissements publics de santé mentale,

ce qui souligne que l'hospitalisation n'est plus le cœur de la prise en charge mais un élément parmi d'autres. Se heurte à l'hostilité des syndicats professionnels qui restent attachés à une conception classique du secteur, organisé autour des lits d'hospitalisation.

2.8. Création d'un master 2 de « spécialisation » pour les infirmiers

qui veulent travailler en psychiatrie et qui ne sont pas convenablement formés et préparés. Mais il faudra alors envisager une rémunération adaptée au niveau de diplôme. Former des personnes compétentes pour coordonner les équipes de psychiatrie avec les acteurs sanitaires et sociaux, les élus, les usagers (ingénieurs réseaux?).

2.9. Prendre des mesures fortement incitatives, par le biais du conventionnement avec la Sécurité Sociale, pour que les psychiatres libéraux participent au service public

de la santé mentale et prennent en charge des patients psychiatriques (ce qui n'est pas toujours le cas, de nombreux psychiatres libéraux étant de fait exclusivement des psychanalystes) se heurterait évidemment à l'hostilité des syndicats de psychiatres libéraux. Face à l'engorgement des dispositifs publics et devant la réticence de certains à consulter dans les CMP, on pourrait envisager la mise en place à titre expérimental de prises en charge encadrées, assurées par le secteur privé et convenablement remboursées (y compris la psychothérapie).

Fiche n° 1

La France, société du malaise ? L'autonomie, la souffrance psychique, la santé mentale (rédigée par Alain Ehrenberg)

Il y a aujourd'hui une incertitude sur ce que signifie et désigne la notion de pathologie mentale. Cette incertitude résulte :

- 1) du spectre de la santé mentale qui va des psychoses et des graves retards mentaux au développement personnel;
- 2) du fait que les parties prenantes sont fortement divisées non seulement sur les stratégies thérapeutiques, mais encore sur les conceptions sous-jacentes du sujet humain que ces conceptions engageraient, ce qu'on peut appeler les « Guerres du Sujet » (voir *Esprit*, novembre 2004).

La clarification de la place nouvelle occupée depuis une trentaine d'années par la santé mentale implique de surmonter deux obstacles :

- 1) sociologique, pour lequel elle est une pratique tendue entre contrôle social et réparation des dégâts du capitalisme mondialisé sur fond de crise de l'État-providence;
- 2) scientifique, qui se caractérise par la croyance en ce que la technique et la science (les neurosciences cognitives) apporteront les solutions.

1.1. Deux changements confus

1. Émotions, sentiments moraux, affect, subjectivité sont passés au centre de la société via la souffrance psychique et la santé mentale. Cela tient notamment à ce que la **santé mentale intrique santé et socialité** (les pathologies mentales sont des pathologies des idées et des émotions affectant la relation à soi-même comme à autrui).

2. Ces transformations s'opèrent sous l'égide de valeurs et de normes **rassemblées par le concept d'autonomie**. Ce concept désigne aujourd'hui trois valeurs interdépendantes : choix, initiative (que

l'anglais *agency* rend mieux) et responsabilité personnelle. Ils forment **le tournant personnel de l'individualisme**.

Ces deux transformations aboutissent à une situation dans laquelle nos relations sociales se donnent dans un **langage des affects** qui se distribuent entre **le « bien de la santé mentale »** et **le « mal de la souffrance psychique »**. L'intrication entre autonomie et subjectivité se caractérise par une certaine confusion. Il en résulte notamment une difficulté pour la gauche à intégrer l'individualisme (le tournant personnel) dans l'action publique.

La question préliminaire est alors : **comment parler** (autrement que par les stéréotypes de la perte des repères ou du méchant capitalisme globalisé) **de ce souci social et politique pour l'affect ?**

1.2. Réponse

Nous avons affaire à un **changement de statut social de la souffrance psychique**. Ce changement de statut veut dire que **des pathologies individuelles d'un certain genre sont devenues des affections sociales**, c'est-à-dire des malheurs personnels qui trouvent leurs significations dans les désordres du groupe – ceux de l'entreprise, de la politique, etc.

Aux changements dans la manière d'agir qui se condensent dans le concept d'autonomie **correspondent des changements dans la manière de subir** qui se donnent dans le concept de souffrance psychique. Nous sommes à la fois les agents et les patients de la vie sociale. Avec la santé mentale, on a assisté à une généralisation de l'usage d'idiomes personnels pour donner forme et résoudre des conflits de relations sociales,

particulièrement dans le monde du travail. Il s'agit d'un **langage de l'infortune ou de l'adversité qui unit le mal individuel au mal commun**. Ce qui veut dire que l'expression de problèmes, conflits ou dilemmes dans les termes de la souffrance est une déclaration qui compte, qui a une valeur telle, qu'elle est une raison d'agir en elle-même. Les différends doivent s'exprimer dans ce langage, car ce langage fait désormais autorité. Nous avons affaire à une expression obligatoire des émotions et des sentiments moraux.

Les confusions sur l'autonomie

Les confusions sur l'autonomie sont centrales en France parce qu'**on a beaucoup de mal à concevoir une politique de l'autonomie qui ne soit pas une politique «libérale»**. Le mot «libéral» signifie, dans la perspective antilibérale qui caractérise l'atmosphère française, que l'autonomie équivaut à l'abandon de la société et de l'individu aux forces du marché. La société française est divisée sur l'autonomie, et cette division se formule, selon moi, entre deux grands récits qui forment **deux pôles de la façon française de concevoir l'autonomie** dans lesquels les questions de souffrances psychiques sont centrales: celui de la **réaction républicaine** qui exprime une crise des rapports État/individu et celui du **nouveau progressisme individualiste** qui marque un désarroi face au nouveau capitalisme qui a récupéré la subjectivité individuelle dans une perspective instrumentale (le care ou le «revenons-à-nos valeurs» font plutôt partie de ce pôle).

Ces deux récits ont en commun l'aveuglement à ce qu'est une vie sociale, une vie en commun, et à ce en quoi peut consister la recherche du bien public: **leur conception du social est purement politique**, c'est-à-dire qu'ils transforment systématiquement les obstacles en adversaires. Le risque est une perspective politique purement rhétorique - plus du côté de la dénonciation que de l'action.

Mon hypothèse sur la division française: l'aspiration à l'autonomie était une aspiration à l'indépendance, l'autonomie comme condition est compétition (et coopération). L'indépendance s'est concrétisée dans le domaine des mœurs, c'est-à-dire dans la

possibilité morale de choisir la vie qu'on entend mener, mais dans le domaine de l'action, c'est la compétition et la coopération qui est le fait. Dans le passage de l'aspiration à la condition, l'autonomie a donc changé de signification sociale, et c'est ce changement qui divise la société française.

Quand je dis «condition», je veux dire qu'elle est la condition de tout le monde, mais que tout le monde n'est pas égal face à cette condition. Ambiguïté de l'autonomie: **l'autonomie n'est pas une propriété des individus qui arriveraient ou non à être autonomes, mais est une configuration d'idées-valeurs imprégnant nos façons d'être**, les relations que nous avons les uns avec les autres. Elle est dans la relation sociale et non dans la tête des individus. **L'autonomie se pose donc dans des termes neufs dont il faut faire apparaître les conséquences sur deux plans proprement politiques, la justice et les inégalités.**

La racine du «malaise français»: la santé mentale dans les inégalités d'aujourd'hui

Aujourd'hui, c'est l'inégalité sociale de la distribution des capacités personnelles face aux exigences du marché du travail et de l'emploi qui est l'enjeu décisif. Ce sont toujours les mêmes couches sociales qui subissent les inégalités, mais dans le contexte nouveau du travail flexible. Ces inégalités mettent en relief des dimensions personnelles qui étaient secondaires dans l'organisation fordienne/taylorienne du travail. Quand le travail, même répétitif, est de plus en plus caractérisé par des relations entre êtres humains, quand son efficacité réside dans les relations entre les acteurs et entre les activités, les capacités à organiser, à animer et à communiquer «sont de plus en plus des éléments importants de la compétence personnelle dans tout type d'activité, à tout niveau»⁴. Non seulement le niveau d'éducation exigé a augmenté, mais également les compétences sociales et ce que l'on commence à appeler les compétences émotionnelles, c'est-à-dire la santé mentale.

⁴ Boissonnat J. (rapport de la commission présidée par), *Le Travail dans vingt ans*, Paris, Odile Jacob, La Documentation française, 1995, p. 259.

Ce dernier aspect résulte de ce que la socialité implique désormais une bonne structuration de soi. La socialisation réussie repose alors bien plus que par le passé sur ses propres capacités à décider et agir de soi-même. Autrement dit, les compétences cognitives, sociales et émotionnelles sont la clé des inégalités d'aujourd'hui⁵.

Ce changement majeur dans les inégalités donne à **la responsabilité personnelle** une place inédite. C'est aussi **le nœud de la difficulté** à bien penser la politique de lutte contre les inégalités parce qu'elle heurte de plein front la conception française de l'égalité, dont le concept central est celui de protection, et une protection impliquant d'avoir un statut (plus ou moins bon, mais un statut quand même). **L'égalité d'aujourd'hui est une égalité de l'autonomie qui implique de placer l'accent sur les compétences**: il s'agit de rendre les individus capables de saisir des opportunités en les aidant à entrer dans la compétition et à être ainsi des agents de leur propre changement. Or capacité, opportunité, compétition, ce sont apparemment les mots du libéralisme ou du néolibéralisme. De là, la difficulté à formuler un discours politique de gauche, difficulté mais pas impossibilité à condition de faire évoluer les esprits (au lieu de *seulement* se recentrer-sur-nos-valeurs en rappelant rituellement le déclin du vivre-ensemble).

On peut distinguer entre **une responsabilité-abandon** et une **responsabilité-participation**. Dans le premier cas, on a **une politique qui rend responsable sans rendre capable** (c'est « l'élitisme républicain » qui peut aller jusqu'à la responsabilité-punition, comme dans le projet de loi Ciotti proposant de supprimer les allocations familiales des parents dont les enfants ont un fort absentéisme scolaire). Il faut aller vers **une politique qui rend capable d'être responsable**⁶.

Il me semble parfaitement possible de **plaider pour une politique de l'autonomie**, c'est-à-dire **une politique centrée sur la capacité d'agir des personnes**, mais à condition de dire clairement comment le concept de capacité permet de redéfinir la substance de la solidarité sociale, c'est-à-dire qu'il implique non l'abandon des individus à eux-

mêmes, mais la responsabilité collective mettant l'accent sur la lutte contre l'inégalité des capacités d'agir (Esping-Andersen, Meda, Donzelot, etc.). Il s'agit **d'organiser une capacité commune de la société en vue des accomplissements individuels** (voir A. Sen).

Les éléments de cette politique sont bien connus : il s'agit, par exemple, de promouvoir une intervention précoce sur la petite enfance (la priorité étant les enfants pauvres) en agissant sur les 0-3 ans (via un développement intensif des places en crèches accompagnées d'activités d'éveil susceptibles de compenser les inégalités sociales) et l'école primaire avant tout (25 % acquis fragiles, 15 % difficultés sévères, d'où absentéisme important en lycée professionnel) et d'investir sur la jeunesse. **Assurer que l'enfant disposera des compétences nécessaires pour mener une « vie bonne »** (pour les économistes comme Richard Layard, la référence est le concept de bonheur, pour Amartya Sen, celle de liberté d'agir), **voilà le nouveau bien commun**. Sans multiplier les exemples (comme la formation tout au long de la vie), le point à souligner est que **cette perspective reste à la marge du débat politique**, ce qui ne permet pas à l'opinion de se figurer les enjeux et les stratégies possibles. **La conséquence est de ne se donner aucun moyen de sortir du « malaise »**, c'est-à-dire des multiples raisons qui conduisent à penser que le lien social s'est affaibli et que nous ne faisons plus vraiment société.

⁵ Il existe une corrélation entre la santé mentale dans la petite enfance et l'insertion sociale à l'âge adulte. Voir en particulier, J. Heckman, The economic, technology, and neuroscience of human capability formation, *PNAS*, 14 août 2006, vol. 104, n°33, p. 13250-13255.

⁶ Et si le PS souhaite adopter la perspective du *care*, il doit la subordonner à cette politique, sauf à rester dans la généralité d'un discours généreux, mais sans conséquences réelles pour les gens.

Fiche n° 2

Psychisme et neuroscience : quelques enjeux idéologiques discrets mais redoutables à l'arrière-plan d'un développement scientifique majeur

(rédigée par Pierre-Henri Castel)

Il est question pour moi d'aborder ici un thème qui dépasse de loin les questions de stricte «santé mentale». Il s'agit de **l'émergence d'une nouvelle forme de rationalité**. Elle n'apparaît pas clairement dans les considérations que font les gens au quotidien, quand ils raisonnent sur leurs états psychiques, leur bien-être ou leur mal-être. Mais c'est une rationalité savante, qui joue un rôle organisateur, désormais, quoique discret, dans la manière qu'ont les décideurs bureaucratiques de concevoir de nombreux problèmes et, assez étonnamment, puisque ce n'était pas le cas avant, les problèmes sociaux : cette rationalité, c'est **celle de la neurobiologie et des neurosciences**.

2.1. Quelques remarques

Première remarque

La signification politique et idéologique générale de l'émergence de cette nouvelle rationalité, à partir de l'économie «libérale»

En général, comme on sait, **à droite, un certain nombre de faits sociaux sont présentés comme relevant de contraintes objectives** (la Nature est faite comme ça, le fonctionnement de l'économie est comme cela, ce sont des lois mathématiques). Toute tentative de faire autrement et en particulier de décider politiquement comment les choses pourraient être, de décider des fins, et pas juste des moyens, constitue une infraction aux lois scientifiques du monde tel qu'il est.

À gauche, on connaît ce discours appliqué à l'économie. On sait, depuis des lustres, cette

«résignation» à l'ordre du monde, tel qu'il est, directement liée à l'appareil de pouvoir qui substitue aux choix politiques la soumission à des impératifs de gestion rationalisée en termes d'impératifs économiques ou «rationnels». À cet égard, les réflexions de Habermas dans *«La science et la technique comme idéologies»* n'ont pas pris une ride. Disons même qu'elles peuvent être réactualisées. **L'économie néolibérale actuelle**, qui se présente à la fois comme une manière de faire de la politique et comme une forme de rationalité intrinsèque, **invoque rituellement l'idée qu'il faut partir du comportement des individus qui exercent leur responsabilité individuelle dans leurs actes. Du coup, les interventions de l'État sont essentiellement des perturbations de ces interactions «naturelles» entre individus**. Il est intéressant de regarder comment ce modèle est diffusé par les grands professeurs d'économie et de regarder quelles sont les conceptions qui servent à forger les esprits dans les grandes universités anglo-saxonnes, aux États-Unis, mais aussi en France à Polytechnique. Or, à gauche, on sait depuis longtemps que **ce type de pensée soutient une pratique politique et sociale qui produit de l'injustice et des inégalités insupportables**.

Mais un autre paradigme de savoir et de pouvoir est en train de s'introduire dans le débat, en exploitant certaines possibilités d'interprétation des neurosciences. Et c'est là-dessus que je voudrais attirer votre attention. Ce paradigme reprend un certain nombre de **postulats** qui sont très attaqués d'un point de vue de l'économie ou de l'économie politique libérale, **en leur donnant une nouvelle légitimité et un nouvel essor**. C'est en cela qu'il y a bien un

nouveau paradigme idéologique des neurosciences, qu'il ne faut évidemment pas confondre avec les neurosciences elles-mêmes. **L'application des mêmes prémisses d'analyse individualistes à la vie sociale** et, en général, à l'intelligibilité des faits sociaux y est plus subtile, puisque cela passe par le cerveau.

C'est pourquoi **il faut regarder de près ce qui se passe quand on construit des programmes de lutte contre les retards d'éducation**, ou la violence des enfants et des adolescents, ou les apprentissages, ou bien d'optimisation des performances individuelles au travail, qui reposent sur des « avancées des neurosciences ».

Car si on considère comme une vérité scientifique que **les sociétés** ne sont rien que **des cerveaux individuels en interaction**, cela donne une couleur biologique et scientifique, mesurable et expérimentalement contrôlable, et donc finalement évaluable en termes de coûts, à un certain nombre d'interactions. **On retrouve, alors, les présupposés idéologiques de bases de l'individualisme.** Les individus sont des agents qui interagissent et l'on n'a pas besoin de penser collectif en tant que « collectif ». Ce qu'on appelle le « collectif », lit-on de plus souvent, ce ne sont que des « effets émergents » de ces interactions entre individus. Et donc, encore une fois, **au lieu d'avoir des choix politiques collectifs** en faveur de telle ou telle option, on n'aurait plus qu'à laisser la science décider du meilleur usage de notre « capital neurobiologique individuel ». Les actions de l'État ne devraient plus avoir pour but que de permettre à chacun d'optimiser le retour sur investissement de ce capital d'un nouveau type, où **chacun est l'entrepreneur non de lui-même, mais de son cerveau, entendu comme son capital neurobiologique.**

Ce que l'idéologie micro-économique a eu le plus grand mal à faire admettre, l'idéologie neuroscientifique le fait passer bien plus facilement.

Deuxième remarque

La santé mentale comme champ libre pour cette nouvelle rationalité

Ainsi, être en bonne santé c'est finalement avoir une bonne régulation, strictement interne à

l'individu, de sa santé mentale, c'est-à-dire, de son cerveau. Il existerait alors, c'est vrai, du relationnel, mais la notion politique de « social » perdrait son sens. **Vider le « social » de son sens est le but idéologique de toutes les approches néolibérales.**

C'est dans cette perspective que l'on doit, à mon avis, comprendre l'émergence des nouveaux mots composés en « neuro », bien au-delà des neurosciences proprement dites: **neuro-économie, neuro-éthique, neuro-marketing, neuro-droit, neuro-mimétique** (l'émulation de l'esprit humain par les robots), **neuro-psychanalyse**, voire « neurobics » (comment « muscler » son cerveau!)... Cette conception a tendance à se généraliser comme un paradigme savant, mais aussi à se populariser, au point où, même dans les magazines, les sentiments peuvent être représentés par une image du cerveau. **La neuro-imagerie, par exemple, accrédite l'idée que quand vous avez un état mental, il faut aller le chercher dans votre tête. Pas dans l'histoire de vos rapports avec autrui**, et en tout cas, nulle part où une action politique ou sociale serait imaginable.

Par conséquent, si on réussit à **faire passer l'idée que chacun est un entrepreneur de son capital neurobiologique** comme postulat et que, lorsque l'entrepreneur a du succès, il est en bonne santé mentale, on en arrive à remplacer les normes sociales et collectives par de simples « phénomènes émergents », qui sont, à la limite, des illusions pré-scientifiques.

Les perspectives des enfants, par exemple, seront remplacées par des **potentiels génétiques** et des prises en charge « développementales » **purement techniques, et donc « apolitiques »**. C'est le fait bien connu qu'on n'a pas à se poser la question de la pauvreté des familles, de la ségrégation sociale, des inégalités, si on dispose de techniques « apolitiques » de gestion et de contrôle des individus à risques, des enfants et des adolescents potentiellement violents, etc. Au lieu de faciliter en général la socialisation des enfants par l'action éducative, on peut inventer des techniques de « remédiation cognitive », pour les déficits de leurs « capacités d'empathie » – je sais que ça peut paraître extravagant, mais c'est néanmoins dans cette direction que nous allons.

Troisième remarque

Une manière de reconfigurer discrètement les problèmes des individus sous couvert de gestion démocratique et technocratique

Le socle républicain (l'éducation, la justice, l'égalité des droits...) qui semble consister en catégories partagées, à droite comme à gauche, **est ainsi subtilement remis en cause**, à un niveau d'élaboration tel que les politiques publiques peuvent être tout à fait concernées. Cette transformation est pour le moment souterraine, puisqu'elle ne concerne que les gens capables d'utiliser des outils très sophistiqués. Mais les conséquences en sont visibles par exemple au Québec. **Au Canada, la neurobiologie prend de l'importance dans les politiques publiques**, et elle commence aussi à s'intéresser à la violence non seulement des adultes incarcérés, mais des enfants d'âge scolaire. Car plus les connaissances scientifiques avancent et deviennent objectives, plus elles sont considérées comme un moyen « consensuel », « apolitique », de réguler des problèmes individuels, sans que jamais, absolument jamais, on ne prenne le risque de poser le problème de la violence au niveau social.

Les décideurs sont, là-bas, très en attente de **« critères objectifs » pour élaborer des politiques publiques efficaces d'aide** aux individus en difficulté. Car tout cela, j'insiste, est bien intentionné. Les neurosciences y sont, par exemple, utilisées pour « lutter contre la violence à l'école » (qui s'en plaindrait ?), en proposant de sélectionner les enfants à soigner et à surveiller, puis à prendre en charge, sur la base de critères de type biologiques et comportementaux. Il est d'ores et déjà acquis que c'est la **base d'une surveillance directe des familles « à risques »**, mais au nom du bien-être.

On peut aussi, non pas de façon négative (pour contrôler), mais de façon positive (pour promouvoir), partir en quête de la « santé mentale positive ». Dans ce cas, la neuro-économie fournit un paradigme d'interprétation et d'action qui s'appuie sur **les effets neurobiologiques de la récompense**. C'est le **pilier de la nouvelle « économie du bonheur »** en pleine émergence. On voit apparaître toute une

littérature du « développement personnel » avec des figures de l'individu qui sont en train d'émerger autour de la question du bonheur, autrement dit, de l'accroissement de ses performances cérébrales. Je rappelle que ce sont les plus gros tirages de la presse mondiale : c'est là, discrètement, que se façonnent les perceptions que les gens ont d'eux-mêmes.

À mes yeux, il faut trouver un moyen politique, et pas juste protestataire, de répondre à ce défi, de prendre en compte à quel point cette nouvelle idéologie est extrêmement efficace. La pétition « Pas de 0 de conduite » est certainement sympathique, pour rester sur le terrain de la santé mentale, du développement des enfants et des politiques d'éducation. Mais elle est limitée dans ses conséquences, si on ne s'adresse pas aux **enjeux de fond** : la transformation des **aspirations individuelles** à l'âge des neurosciences, le **besoin d'objectivité « apolitique »** dans la gestion démocratique des individus « à risque », etc.

2.2. Quelques exemples

Car **le mal-être**, s'il a sa cause en moi et dans mon cerveau, non dans mes relations avec autrui, devient alors une **affaire « privée »**. Les gens apprennent alors à l'envisager comme un trouble biochimique de leur cerveau, qui peut être amélioré par un médicament. Ce phénomène, qui n'a rien à voir avec le lobby pharmaceutique (le lobby pharmaceutique surfe sur cette vague, il ne la crée pas), est un véritable mouvement social qui dépasse le domaine de la psychiatrie et qui existe dans d'autres domaines.

Les gens peuvent considérer que c'est un progrès qu'on leur mette à disposition des alternatives « neutres », « objectives », « cérébrales », à la réflexion sur les causes de leur mal-être ou de leur manque d'accomplissement personnel. Pensez aux « drogues de la performance », et aux nouvelles adaptations qu'elles promettent à des conditions de travail de plus en plus dures. Pensez aussi au grand mythe qui va bientôt débarquer des États-Unis, « l'enhancement », l'auto-transformation technologique délibérée des individus, grâce aux prothèses cérébrales et aux médicaments qui font

exploser les performances cognitives. Ce sont les individus qui auront « appris » à se prendre en charge. **Les conditions socio-politiques du partage de la richesse**, la façon dont les **inégalités sociales** et toutes les différences entre les individus ont été socialement et politiquement produites, vécues comme des carences privées **pourront rester à l'abri de toute critique**.

Mais ce n'est pas le seul côté des choses.

Car **la neurobiologisation** de la santé mentale permet maintenant **d'illustrer et de confirmer son mal-être** (qu'on est vraiment mal, pas subjectivement mal, si j'ose dire) par une simple image de son cerveau. Cette objectivation permet de montrer plus facilement ses souffrances parce qu'elles sont biologiques « et donc réelles ». Et donc il est possible, voire hautement vraisemblable, qu'il y aura une demande croissante en faveur d'une telle objectivation « cérébrale » du mal-être (et même du bien-être). **La référence au cerveau est donc aussi, et c'est essentiel, en adéquation à des demandes de type démocratique, des demandes de reconnaissance objective de la souffrance et du mal-être**. Les associations de malades mentaux, certes, mais surtout de gens qui ont des souffrances psychiques et psychosociales, par exemple, ne souhaitent pas que l'on s'intéresse à elles en tant que « sujets », ou pour des motifs « psychologiques ». Elles souhaitent souvent que l'on soigne leur cerveau, autrement dit, que l'on traite leur maladie « réelle ».

Prenez le cas bien connu depuis les travaux de Young du **stress post-traumatique**. L'administration américaine des anciens combattants souhaitait faire reconnaître la réalité des différents degrés de traumatismes vécus par les soldats envoyés au Vietnam à partir de 1968. Elle a effectué des études qui ont également révélé **l'existence de traumatismes non pas juste chez les victimes, mais chez les tortionnaires** (dans Rambo, Sylvester Stallone est typiquement atteint d'un stress post-traumatique!). Au lieu de punir, ou de se poser des problèmes moraux, **on a simplement créé de nouveaux malades**. Mais la chose n'en est pas restée là. Car la biologisation permettait de

prévoir l'existence tant d'une souffrance du côté des torturés que de celui des tortionnaires.

La biologisation neutralise complètement les enjeux politiques ou moraux, les responsabilités des uns et des autres, etc. Il est facile de prolonger la réflexion sur le « stress » de guerre, en pensant à ce qu'on appelle aujourd'hui plus généralement **le « stress » dans les entreprises**, dans un contexte de « guerre économique ». **Le biologiser, c'est le dépolitiser**.

2.3. Pour conclure

Dans un contexte où l'on incite les gens à « prendre en main » eux-mêmes leur santé, où l'on fait l'éloge de l'autonomie de chacun, où le degré de responsabilité personnelle que chacun atteint est devenu un indice de sa valeur (y compris de sa valeur sur le marché du travail), quand cette santé inclut la santé mentale, le traitement du mal-être offert sur la base des neurosciences s'adapte parfaitement à une certaine **demande sociale**: la demande de **« reconnaissance objective » du mal-être**.

Ainsi, lorsque l'on fait des **études comparées** dans des services de santé mentale, les uns plus « biologisants », pensant en termes de psychotropes, de TCC (thérapies cognitivo-comportementales), ou de « remédiation cognitive », de causalité génétique ou cérébrale, etc., et les autres plus proches de la psychiatrie sociale et de la psychanalyse, réfléchissant en termes de « réinsertion sociale » et de psychothérapie, avec une idée de la causalité regardant du côté de la famille et du milieu de vie, on se rend compte d'une chose étonnante. C'est que les idéaux d'autonomie et de réadaptation sont très demandés par les familles, parce qu'ils ne stigmatisent pas. Ils répondent à des besoins individuels forts en contexte démocratique. **Les TCC rencontrent du succès dans la mesure où s'y fabrique une sorte de normalité objective qui est une demande légitime**.

Inversement, personne ne veut non plus que son enfant soit « normalisé ». La **demande des individus d'avoir justement un traitement individualisé**,

surtout dans le domaine de la santé mentale, mais pas uniquement, bref, que la subjectivité ne disparaisse pas du tout, demeure, et elle est **forte**. **Les individus sont contradictoires** dans la mesure où ils voudraient être à la fois normaux et singuliers. Mais si on les normalise trop ils rappellent qu'ils sont singuliers et si on les abandonne à leur singularité, ils commencent à s'inquiéter pour leur normalité.

C'est la raison pour laquelle je ne crois pas au danger d'une disparition totale de l'approche psychanalytique en santé mentale, ou de quelque chose qui en soit l'équivalent, sous les coups de boutoir d'une sorte de World Psychiatry acquise aux laboratoires pharmaceutiques, noyant le poisson sous le «neuro-scientisme», dans un contexte de pratiques sécuritaires tous azimuts. Ces **positions d'ultra-gauche** sont populaires, mais elles sont naïves, elles montent en épingle des circonstances particulières, et elles sont dépourvues de signification politique, car elles **sont impuissantes à formuler des contre-analyses et à passer de la protestation morale à la proposition politique**.

En fait, la vraie difficulté, c'est que **les individus ont des aspirations contradictoires : à être normaux sans être «normalisés», et en même temps à être considérés comme des êtres singuliers sans qu'on leur dise que leurs souffrances sont «purement subjectives»**.

L'exploitation idéologique des neurosciences dans la santé mentale aujourd'hui a ainsi deux faces: **elle produit des cautions de normalité scientifiquement dépolitisées**, elle objective le mal-être dans les cerveaux sans stigmatiser personne; **en même temps, elle répond à des attentes fortes dans les sociétés démocratiques, notamment celles de reconnaissance objective du mal-être**, d'impartialité scientifique, de contrôle et d'évaluation sur les résultats, les coûts, etc.

Les questions de santé mentale nous intéressent, Ehrenberg et moi, parce qu'elles **sont des révélateurs d'une transformation subtile de l'espace du débat politique**. Il existe des catégories qui paraissaient évidentes, surtout à gauche, qui sont en train d'être subtilement minées, au niveau de la formation des élites comme au niveau des grands

référents intellectuels, **par l'émergence du nouveau paradigme des «neurosciences sociales»**: des nouvelles normes de la vie en société, édictées au nom des neurosciences et qui seraient politiquement neutres (dans l'éducation, y compris étendue aux adultes et à la formation tout au long de la vie, dans la justice et la prévention «individualisée» de la violence, dans le «développement personnel», dans le «perfectionnement cognitif» de chacun, dans la prise en charge du malaise social face à des conditions d'existence injustes, etc.). C'est le **vieux motif idéologique de la droite** qu'il faudrait remplacer la délibération politique en faisant **un usage technocratique des acquis des neurosciences**. En sorte, bien sûr, que les questions gênantes ne soient jamais posées.

Mais ce qui est sûr, c'est qu'il faut faire autre chose que protester contre les actuels scandales. **Il faudrait inventer un moyen de gauche (déjà, républicain, ce serait pas mal), de prendre en compte les revendications contradictoires des individus pour ce qui regarde leur bien-être psychique**. Sinon les progrès des neurosciences ne feront que nourrir un programme politique qu'on connaît d'avance: accélérer la privatisation des responsabilités de chacun (en termes assurantiels par exemple), rationaliser tous les coûts de santé mentale vers le bas, évacuer les problèmes sociaux (pauvreté, injustice, etc.) en proposant des traitements uniquement destinés aux individus à risque, et tout cela, bien sûr au nom de quelque chose contre quoi personne n'osera rien dire: la Science.

Fiche n° 3

Enfance, adolescence et santé mentale : situation et perspectives d'action (rédigée par Olivier Bonnot)

Quelques points saillants sur les développements qui peuvent amener des **propositions en terme de politique publique dans ce domaine**.

3.1. Constats et analyses

1^{er} constat : les chiffres

On peut estimer à environ **1 million les enfants et adolescents** qui présentent une pathologie dont les aspects environnementaux sont prédominants (de l'hyperactivité à la dépression auxquels s'ajoutent 500 000 troubles anxieux⁷). Il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique car toutes les études montrent que ces troubles anxieux, ces troubles dépressifs et les troubles divers psychiatriques qui se manifestent dans l'enfance sont un facteur de risque de trouble à l'âge adulte.

Insistons quand même un instant sur ce que certains psychiatres ont appelé nouvelles pathologies ou **pathologie du lien**, en tout cas des pathologies qui caractérisent (avec des niveaux d'intensité variables) des sujets instables, irritables et impulsifs, au fond peu sûrs d'eux, abusant souvent d'alcool ou autres... La conséquence est souvent des difficultés scolaires, des difficultés d'insertion professionnelle et sociale... Un des facteurs étiopathogéniques, causal, de ces troubles se trouve dans le 2^{ème} « constat », les aspects développementaux.

2^{ème} constat : les aspects développementaux

L'éducation précoce des enfants est aujourd'hui plus difficile pour les parents - qui sont d'ailleurs souvent stigmatisés sur ce point. Il faut dire qu'autour d'eux, les manques sont importants et de nombreuses carences sont ainsi à prendre en compte :

1. déficit des **conseils** des parents et des familles, de professionnels qui soient de **proximité**;
2. capacité à être et se sentir parent défaillant (c'est la notion de **parentalité**), peu de lieux de prévention pour apporter un soutien;
3. **conditions de vie** de la famille difficiles (pas facile de faire de l'autorité dans 12m²) et enfin, plus largement,
4. le **message ou l'état d'esprit de la société** qui va de la permissivité accordée aux enfants, " parce que la vie va être dure pour eux plus tard et qu'il faut en profiter", à "il vaut mieux savoir se défendre et ne pas se laisser marcher sur les pieds", jusqu'à des phénomènes plus macro-sociétal.

Quelques chiffres révélateurs du malaise :

1. **nos élèves sont les plus anxieux d'Europe** par rapport à l'école (PISA OCDE 2009 et INVS 15 %, 2009);
2. le facteur de réussite scolaire qui s'avère le plus important, battant même le quotient intellectuel, est la **taille de l'appartement et le nombre d'enfants par chambre** (M Hernu, Mémoires EHESS 2007);
3. alors que la quasi-totalité des élèves rentrent au CP avec un désir d'apprendre et d'aller à l'école, on retrouve **en fin de primaire 50%** des garçons et 42% des filles qui disent **ne pas aimer l'école**, et d'ailleurs sont en échec⁸.

3^{ème} constat: les structures

Le moins que l'on puisse dire, c'est que c'est une certaine jungle des structures. La **prise en charge des enfants présentant des troubles psychiatriques**, que ceux-ci soient directement psychiatriques (disons autisme par exemple, pour faire simple), ou en lien avec des troubles des apprentissages (dyslexies et autres «dys»), ou présentant des troubles du comportement, peut se faire sur **2 schémas différents**:

- 1. Soit par association: Éducation nationale/ Affaires sociales** (et en fait Conseil général), les **SESSAD**⁹ (créés par Alain Savary en 1982). Parfois associé à un Centre médico-psychologique (**CMP**), ministère de la Santé, mais qui peut être un **CMPP**¹⁰, associatif, sur certains secteurs, et évidemment à l'aide de l'Aide sociale à l'Enfance (ASE), dépendante originellement du ministère des Affaires sociales mais financée par le département. On peut donc se retrouver avec une nécessité de collaboration ASE/EN/CMP, voire ASE/EN/CMPP.
- 2. Soit principalement dans le milieu sanitaire** en raison soit de l'importance de la pathologie, soit de l'importance de son retentissement, en particulier sur le plan comportemental; là aussi les liens **ASE/EN** sont essentiels et souffrent de l'autorité partagée, des objectifs des tutelles qui ne sont pas les mêmes (c'est le moins que l'on puisse dire).

Cela va poser des problèmes récurrents:

1. Enjeu entre les structures et absence de responsabilité
2. Disparités régionales nettes
3. Parents en otage puisque leur souhait, compréhensible, est toujours le maintien en milieu scolaire traditionnel

Au bout du compte, l'État a dilué sa compétence sur la question de la petite enfance et de l'enfance et, bien entendu, n'est pas aujourd'hui en mesure d'impulser une quelconque politique globale.

3.2. Proposition: regrouper les politiques publiques - le SPPE

En conséquence, il faut sûrement proposer une politique de l'enfance et de la famille... Une sorte de tarte à la crème, mais que je vais essayer de développer devant vous avec une sorte d'ambition démesurée, celle en tout cas d'en faire un axe prioritaire au même titre que les grands sujets régaliens... c'est pas gagné!

3.2.1. Pourquoi une politique de l'Enfance et de la famille ?

- La famille a un rôle **éducatif** primordial qu'il faut soutenir. Cela peut avoir des effets sur:
 1. l'incivisme quotidien (insécurité perçue) et la délinquance des mineurs (insécurité perçue et réelle + risque pour l'avenir);
 2. l'investissement scolaire. L'éroussement de la curiosité infantile n'est pas une fatalité.
- Notre pays n'est pas si mal placé mais la **fécondité** reste faible surtout si on la compare aux autres pays. Cela peut avoir des effets sur:
 1. les retraites par une action mécanique évidente.
 2. la créativité et le dynamisme de la jeunesse ainsi que l'image positive d'un «pays jeune».
- Les familles sont consommatrices de biens qui ne se délocalisent pas: logements, équipement urbain, infrastructures de loisir (parcs, hôtels, restaurants...), services publics (crèche, écoles, train).

Sur le plan de la **stratégie politique** on peut noter qu'il s'agit d'un **sujet de proximité aux conséquences collectives**.

⁷ Rapport Inserm 2001

⁸ Le nombre d'élèves sortant sans diplôme, autour de 20% en diminution, nous situe en 5^{ème} place européenne (l'Allemagne à 12) et se fait surtout en faveur des DEUG et les aspects techniques même si tout a augmenté.

⁹ SESSAD: Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile

¹⁰ CMPP: Centre médico-psycho-pédagogique

3.2.2. En réponse, les mesures d'urgence à prendre

• Action sur la fécondité

1. **Droit opposable à la garde d'enfant** (incitation à la crèche d'entreprise sur le modèle du restaurant d'entreprise, création de crèches, augmentation des assistantes maternelles). Gain de productivité et création d'emploi.
2. **Revoir le système de décompte des annuités pour la retraite des femmes ayant eu des enfants.**

• Aide à l'insertion scolaire

3. **Renforcement de la présence des enseignants dans l'enceinte de l'école**, sur le mode campus anglo-saxon. Cela nécessite au minimum de créer des bureaux pour les enseignants.
4. **Renforcement et développement des dispositifs relais (internat et externat)**
5. **Ouverture tardive des bibliothèques municipales ou scolaires** pour l'aide au devoir ou l'éveil.

• Aide à la parentalité

6. Prévention: **dépistage des familles à risques** (avant la naissance), renforcement de l'existant (CMP, CMPP, CAMPS, PMI, CAPP= simplification?).
7. Mise en place du **Contrat Familial pour l'Enfant (CFE)** dès la première difficulté (échec scolaire, incivisme ou difficulté éducative) ou lors du dépistage. Aide éducative, obligation des parents et des enfants à s'investir dans la vie des écoles, incitation à s'investir dans les services publics (service civil obligatoire, stage d'été chez les pompiers, dans les mairies ou la police, etc...).

Le CFE est un **dispositif** impliquant l'Aide sociale à l'Enfance, la Justice, la brigade des mineurs, le secteur psychiatrique, l'Éducation nationale, les services municipaux. Coordonné par le préfet ou son représentant en lien avec le grand service public de l'enfance, il a pour objectif de proposer

une aide globale associée à une surveillance et une répression accrue. Lorsqu'une famille entre dans le CFE, elle dispose d'aides globales qui sont conditionnées à sa participation active. On peut envisager, pour impliquer le secteur privé, que les entreprises privées qui embauchent des signataires du CFE puissent bénéficier d'exonération.

• Actions répressives

8. Renforcement de la justice des mineurs dans l'esprit de l'ordonnance de 45 en privilégiant la réparation immédiate des actes délictueux. Cette mesure n'a de sens que si elle est accompagnée des autres mesures.

• Actions préventives

9. Informations sur les troubles psychiatriques et les troubles instrumentaux des enfants et des adolescents au plan professionnel et grand public.
10. Se doter des instruments (y compris épidémiologique) pour détecter les troubles précoces, suivre les patients et évaluer l'efficacité des mesures prises.

• Actions symboliques au niveau national

11. Création d'un **service public de l'enfance et de la famille.**

Fiche n° 4

Transformation du paysage de la psychiatrie en France ces 20 dernières années (rédigée par Serge Kannas)

4.1. Fin de cycle

La psychiatrie publique arrive à la fin d'un cycle de déshospitalisation engagé à la moitié du XX^{ème} siècle, suite à un siècle de relégation/concentration asilaire. On est passé en soixante ans de 120 000 à 40 000 lits d'hospitalisation complète publique grâce aux progrès des traitements psychosociaux et familiaux, aux aides financières pour le handicap, au transfert vers d'autres structures (EHPAD, médico-social), à l'équipement médical et en infrastructure généralisé sur le territoire (politique de secteur), à une chimiothérapie efficace, sur fonds de mouvement anti-asilaire de la société, d'une partie des psychiatres, des mouvements de consommateurs, d'usagers et de familles.

Ce cycle a produit des progrès significatifs : 80 % des personnes malades sont traitées chez elles, 10 % seulement à l'hôpital exclusivement. On trouve maintenant des psychiatres, des infirmiers et des réponses de proximité un peu partout sur le territoire, malgré des zones de désertification, et les soins continuent d'être en majorité gratuits pour les personnes qui recourent à la psychiatrie publique. Le « succès » de la psychiatrie a renforcé sa banalisation et sa résonance dans la société. Les demandes qui lui sont adressées explosent, saturant l'ensemble des dispositifs publics et privés, hospitaliers et ambulatoires.

4.2. Nouveaux problèmes et conséquences

Toutefois de nombreux problèmes demeurent et de nouveaux sont apparus : le moindre recours à l'hospitalisation a transféré **sur les familles la charge du soin** sans anticiper ni accompagner ce transfert. Le rôle des proches ne peut s'accroître

seulement dans la représentation institutionnelle, déjà légitime, il doit être reconnu dans les projets de soins et le type des services à orienter ou réorienter en fonction des besoins. Les interactions santé/social, le vivre ensemble, le logement, les troubles du voisinage jusqu'à l'ordre public, donnent aux élus un rôle croissant dans l'analyse de l'offre et de la réponse aux besoins en psychiatrie et en santé mentale dans la cité, nonobstant les prérogatives légales et financières des collectivités. La place des usagers augmente, non seulement dans leur représentativité, mais dans le rôle croissant qu'ils jouent dans les conditions de leur propre rétablissement (mouvements d'entraide, pair-aidance...).

Le cycle qui s'achève produit aussi **des effets indésirables majeurs** : une précarisation accrue de certains malades devenant SDF et rejoignant le mouvement croissant d'une précarité sans logement ou n'en conservant plus ; la transformation des séjours hospitaliers longs en séjours plus courts mais répétitifs, la personne malade conservant la même dépendance institutionnelle symbolique ; la judiciarisation croissante des personnes malades mentales de plus en plus souvent incarcérées.

Cette conjonction se traduit par une **insuffisance d'accompagnement social** (logement et services) **et sanitaire dans la ville**, qui ne limite pas suffisamment le recours à l'hospitalisation malgré la diminution des lits, où près de 10 000 personnes séjournent encore à l'année dans des conditions médiocres ne correspondant pas à leurs besoins de vie. La psychiatrie présente donc la combinaison d'un appui insuffisant dans la communauté et d'une crise hospitalière qui vient au premier plan, reflet de cette insuffisance, rythmée par les événements graves.

Nous sommes donc à la croisée des chemins, la situation actuelle reflétant une déshospitalisation inaboutie faute de renforcement d'actions dans la cité. Si des logements et des services, ainsi que l'accompagnement sanitaire, sont fournis pour répondre aux besoins, des progrès continueront alors vers la désinstitutionnalisation (et non seulement la déshospitalisation), la citoyenneté et les droits des personnes malades mentales. La persistance de la situation actuelle comme le renforcement de l'hospitalisation à chaque arbitrage renforceront un équilibre nouveau vers une réinstitutionnalisation généralisée évitable.

En même temps, la faiblesse des ressources additionnelles à attendre fait craindre que la seule voie de passage dans ce carrefour étroit soit de réduire raisonnablement la place de l'hospitalisation pour en redéployer les moyens dans la communauté.

Fiche n° 5

Normes internationales, comparaisons européennes

(rédigée par Jean-Luc Roelandt)

Les expériences étrangères sont riches d'enseignements pour la France. Si cette dernière a été pionnière jusqu'à la fin des années 60 grâce aux principes de la sectorisation psychiatrique : pour un territoire de proximité, continuité des soins, même équipe hôpital/ville, développement de structures alternatives dans la cité, soins et insertion médico-sociale des patients, elle est dépassée certainement aujourd'hui dans l'organisation des services de soins communautaires qui sont plus centrés sur l'utilisateur et ses ressources propres et celles des services sanitaires et sociaux de base. L'exemple de l'Angleterre est particulièrement riche en enseignements en ce début de XXI^{ème} siècle.

5.1. État des lieux

Il existe encore des grands hôpitaux psychiatriques fonctionnant dans les conditions du XIX^{ème} siècle et des services de pointe.

Le modèle du XX^{ème} siècle est celui de l'hôpital avec un CMP, quelques infirmiers attachés qui font des visites à domicile, et avec un hôpital de jour.

Le modèle du XXI^{ème} siècle met en **première ligne de soins le « self help » (aide aux aidants)** des pairs, de la société, des familles comme le plus important, suivis par une prise en charge en soins de santé primaire (médecins généralistes, infirmiers généraux, etc.). **En deuxième ligne**, articulée à la première, se situent **les services de psychiatrie disséminés** sur les territoires : des services de soins de consultation ambulatoire, de réhabilitation, le service de logement, d'emploi et de loisirs, services de soins intensifs dans la communauté, services de soins à domicile, la prévention et les interventions précoces, les services d'utilisateurs et de pair-aidance,

les lieux d'hospitalisation, et l'hospitalisation sécurisée pour des personnes ayant commis des actes illégaux. Il s'agit de petites structures elles-mêmes disséminées dans la cité, dans les hôpitaux généraux.

Il y a inversion du processus : face à l'ancien modèle de l'hôpital avec ses alternatives, un parcours de soins et d'aide où l'hôpital n'est qu'un des maillons où **la prise en charge est essentiellement dans la communauté.**

5.2. Données objectives européennes

Il est possible dorénavant, grâce au plan d'action de l'OMS Europe, de comparer les indicateurs entre pays¹¹. Les 52 pays de la zone Europe sont très divers, le budget alloué au service de santé mentale des budgets de santé varie de 3 % (Roumanie) à 14 % (Royaume-Uni).

L'Angleterre et l'Italie ont fermé leurs hôpitaux psychiatriques depuis bien longtemps. Les chiffres collectés par l'OMS Europe pour 100 000 habitants montrent que, pour deux fois moins de psychiatres dans ces deux pays, il y a **très peu de lits d'hospitalisation en Italie et en Angleterre, contrairement à la France** (Italie: 8; Angleterre: 12; France: 22). Les admissions en hospitalisation sont élevées en France (1020 pour 100 000 habitants), relativement élevées en Italie (758) et peu élevées au Royaume-Uni (286).

Les budgets de santé sont de 14 % pour la Grande-Bretagne (1^{ère} en Europe), **12 % pour la France**

¹¹ Source: OMS Europe 2008 « Policies and Practices for Mental health in Europe » - meeting the challenges

(2^{ème} en Europe) et 5% en Italie - un budget de santé bien moindre que l'Angleterre et la France.

5.3. Comment interpréter ces chiffres ?

La France reste un pays d'hospitalisations prépondérantes malgré le discours à propos de la sectorisation. Elle a un taux de psychiatres très important, beaucoup de lits, un budget conséquent pour la santé mentale. Les nombreuses admissions à l'hôpital sont la conséquence de **l'insuffisance de la prise en charge communautaire** et d'une trop forte présence de l'hospitalisation.

L'Italie a fermé les hôpitaux psychiatriques en 1999 et elle a créé 15 lits par zone à l'hôpital général ou dans la communauté pour les hospitalisations et les soins ambulatoires. Le taux élevé d'admissions et d'hospitalisations de très courte durée dans très peu de lits montre qu'elle a un recours important aux familles, et que celles-ci restent engagées dans le système de soins en pays latin.

L'Angleterre a fermé les hôpitaux psychiatriques dans un premier temps et a majoritairement investi dans la psychiatrie communautaire ces dernières années (14% du budget de santé). Avec un nombre moindre de psychiatres, elle a peu de lits, peu d'admissions, grâce aux services de soins communautaires mis en place dans l'ensemble du pays. L'investissement financier, d'une part, a été dans la cité et les résultats sont au rendez-vous. Les autres pays européens varient entre ces deux extrêmes France/Angleterre/Italie, suivant leurs degrés d'investissement dans la communauté.

La France est, par contre, bien située pour **la participation des usagers et des familles dans le processus de décision et de concertation en santé mentale**. Les GEMs (Groupes d'Entraide de Malades) sont un exemple international (25 000 000 euros donnés directement aux associations d'usagers par l'État).

Enfin, la Hollande a développé le système de personnes de confiance, indépendantes et partiales,

en faveur des usagers - qui peuvent se rendre en tout lieu de soins et défendre les patients là où ils sont.

Alors que la plupart des systèmes de soins sous contrainte sont sous contrôle judiciaire en Europe, **la France est paradoxalement un pays où il y a le moins de soins sous contrainte** en Europe (11/100 000habitants) avec le Portugal (6/100 000 habitants).

Le modèle le plus efficace en faveur des usagers en Europe est certainement celui de la santé mentale communautaire, prôné par l'OMS, intégrant les services de soins psychiatriques à la personne dans la cité.

Fiche n° 6

La formation des acteurs

(rédigée par Mathieu Bellahsen)

6.1. Préambule

La formation des professionnels gravitant dans le champ de la psychiatrie est l'un des éléments fondamentaux pour qu'une **politique du soin psychique** se mette en place dans un dynamisme retrouvé promouvant une psychiatrie humaniste non ségrégative. Cette question centrale s'articule à une certaine **idée du lien social aménageant une place à la folie**, à la souffrance psychique des patients, **au cœur de la cité**. Ce travail de terrain impose des exigences particulières, différentes des autres spécialités médicales, la psychiatrie se trouvant au carrefour de nombreuses interfaces (sociale, médicale, justice, travail...).

Prendre acte de cette spécificité de la psychiatrie (notamment dans son rapport à la neurologie et aux neurosciences, aux sciences humaines et à l'action sociale) est une décision politique majeure pour penser la formation des professionnels: la psychiatrie n'est pas une neuropsychiatrie!

Enfin, il s'agit de partir du terrain et de la singularité des situations plutôt que de la santé publique et de l'anonymat gestionnaire qui la caractérise.

6.2. Les objectifs

Le constat actuel est celui d'une formation détachée de la spécificité du travail en psychiatrie et de la pratique des acteurs de terrain qui s'étaient sur la **transmission de savoirs spécifiques** (savoir faire, expériences, capacités relationnelles...) **et ne peuvent se résumer seulement aux enseignements théoriques**, ni à la bonne gestion et à l'application des protocoles.

Des savoir-faire spécifiques et des techniques précises (notamment relationnelles, médicales et institutionnelles) acquises à partir d'une expérience de terrain doivent constituer le **cœur de la formation**. De ce fait, une formation de qualité impose une **multiplicité d'acteurs**, aux premiers rangs desquels les équipes de psychiatrie et les praticiens de terrain, les familles, les usagers et les intervenants du champ social. Ainsi, la **transdisciplinarité** est à même de relever le défi de la spécificité de la formation en psychiatrie, en privilégiant le dialogue et la confrontation des différents points de vue qui concernent tous les futurs professionnels, quelque soit leur statut professionnel. Cette transdisciplinarité nécessaire peut être promue comme **l'épicentre organisateur de la formation**.

Ce socle centré sur le travail avec les patients, les familles et les acteurs du champ social **remet en question le modèle managérial de la psychiatrie**, il s'accommode mal des effets de la délégation de responsabilité, d'évaluation des pratiques professionnelles dans ses modalités actuelles et des accréditations/certifications successives qui ont produit des effets contre-productifs dans les pratiques psychiatriques, notamment sur les collectifs de travail innovants.

Ainsi, la formation en psychiatrie nécessite un **renversement de paradigme** qui s'appuie sur une **conception globale de la maladie mentale où l'accueil et le soin déterminent la formation nécessaire**. Ce qui constitue la seule possibilité à même de renverser la pente déshumanisante actuelle des soins en psychiatrie.

En ce sens, le contenu des enseignements universitaires actuels, censés garantir la formation des

professionnels, sont largement insuffisants, d'autant plus qu'il **n'est plus mention du soin relationnel psycho-dynamique**, du temps, nécessaire pour prendre soin et du travail d'équipe, chacun travaillant dans son coin en fonction de ses compétences. **Ce qui provoque cloisonnement des professionnels**, ségrégation puis stigmatisation des patients consécutive à la logique d'expertise appliquée à la psychiatrie.

La nécessité de travailler avec les autres professionnels autour du patient (et non d'objectifs médico-économiques et de contrôle social exclusifs) renverse également la question de **l'expertise qui désagrège le champ psychiatrique en le fragmentant** de plus en plus, autour de compétences perdant de vue la nécessité d'un soin psychique relationnel.

Il s'agit de restaurer ainsi une **pensée collective des soins** plutôt qu'une compartimentation des tâches: privilégier la continuité des soins plutôt que la continuité des prises en charge (une même équipe autour d'un patient).

6.3. Propositions

La formation doit permettre d'**avoir des outils théoriques et pratiques**, d'abord et avant tout, pour le travail de terrain, ce qui n'est pas le cas actuellement. Les enseignants doivent être également **formés à la pratique quotidienne de la psychiatrie**, comme elle se transmet dans des collectifs de travail privilégiant un accueil, du temps et une convivialité en psychiatrie (entendu au sens large: médico-social, social...). Dans ce cadre, les formateurs doivent comprendre les familles et les patients ainsi qu'un appui plus important sur les sciences humaines, pour que la psychiatrie ne se réduise pas à une conception prêtant au retour à la neuro-psychiatrie.

On pourrait imaginer des **collèges locaux de santé mentale**, pour la formation transdisciplinaire des acteurs, constitués de familles, patients, psychiatres (tout mode d'exercice), médecins généralistes, infirmiers, travailleurs sociaux, chercheurs en sciences humaines... afin de décroiser la psychiatrie de sa position uniquement médicalisée:

1. Création de **collèges de formation décroisés** pour les professionnels travaillant en psychiatrie.

2. **Formation spécifique centrée sur les pratiques:**

- Avec des **troncs communs réunissant les futurs professionnels** (modules transdisciplinaires sur le soin relationnel, groupes de partage d'expériences, de vécu...).

- Pré-requis: **formation aux pathologies classiques**, lourdes et complexes de la psychiatrie, ainsi qu'aux nouvelles formes que prend la clinique, afin de ne pas diluer la psychiatrie dans les problématiques plus larges de la santé mentale.

- **Centrer sur les pratiques dans la cité**, ainsi que les pratiques **en hospitalisation lorsqu'elles gardent le souci d'une hospitalité pour la folie**, plutôt que sur les pratiques d'expertises, chaque psychiatre devant être un clinicien en psychiatrie générale (sinon risque de ségrégation par pathologies etc.).

3. La formation devrait également **sortir de son hospitalo-centrisme** afin d'intégrer l'hôpital, non comme le cœur de la formation, mais comme l'un des éléments du dispositif, parmi beaucoup d'autres.

4. **Conforter l'intégration des sciences humaines dans le champ de la psychiatrie**, les problèmes épistémologiques qui lui sont posés ainsi que l'histoire de la psychiatrie afin de comprendre l'émergence des découvertes dans leur contexte.

5. Maintien de la **spécificité des psychologues** dont le statut ne se limite pas au champ de la santé, mais s'étend aux sciences sociales et humaines.

Fiche n° 7

Accueillir et soigner dans la ville

(rédigée par Guy Baillon et Laurent El Ghozi)

Ce titre constitue la définition même de la psychiatrie de secteur qu'il est utile de reprendre aujourd'hui dans sa plus grande simplicité et son exigence.

Il est **opportun et nécessaire de l'éclairer en complétant les données de la psychiatrie classique par les apports modernes** provenant à la fois de la neurophysiologie, de la sociologie, de la psychanalyse, des familles et des patients en association, et pour la France des apports de plus de 50 années de pratique de psychiatrie de secteur et de psychothérapie institutionnelle.

Toutes ces données nouvelles constituent des « ouvertures » déterminantes complétant les acquis (gènes, biologie, sociologie) car elles convergent pour montrer le **rôle complémentaire de l'environnement**. En effet, dès la naissance l'équipement neurologique « non terminé » du bébé se poursuit dans le contexte de ses liens avec sa mère; ceux-ci entraînent la construction de nouveaux liens neuronaux et de liens psychiques ainsi que la naissance de l'esprit; cette influence intègre rapidement l'entourage de la mère. Cette co-construction neurologique et psychique, démontrée par la neurophysiologie, rejoint les apports de la psychanalyse, et se prolonge jusqu'à la mort.

Cette influence de l'environnement se poursuit et s'élargit. Les associations de familles et de patients psychiques ont su montrer avec force le rôle des liens avec l'entourage; enfin la psychiatrie de secteur et la psychothérapie institutionnelle l'ont confirmé en développant avec succès les démarches thérapeutiques s'appuyant toujours à la fois sur la personne et sur des « collectifs ».

L'abord des troubles psychiques d'une personne doit donc toujours s'ouvrir au-delà de l'individu et associer la personne et ses liens relationnels.

Les réponses thérapeutiques et sociales vont donc s'efforcer d'intégrer ensemble (au lieu, comme avant, de les opposer dans des débats stériles) toutes ces données en une base commune.

Déjà, dans le champ social, **la loi du 11 février 2005**, dite de « l'égalité des chances et d'accès à la citoyenneté pour les handicapés », a provoqué une révolution culturelle en donnant une **définition ouverte, évolutive, du handicap psychique** - celui-ci étant défini comme constitué par les conséquences sociales des troubles psychiques graves et de leur traitement, et considéré comme produit par l'interaction entre la personne et son milieu. Cette définition permet **d'élaborer des réponses individuelles et collectives** tenant compte à la fois des difficultés relationnelles et de la « vulnérabilité » des personnes souffrant de troubles psychiques graves, ceci **en s'appuyant sur les « potentialités » de la personne** et non pas en se laissant limiter par ses déficits.

Ces définitions nouvelles montrent que la représentation des troubles psychiques comme l'élaboration des réponses à apporter s'ouvrent sur la **nécessaire prise en considération du « projet de société » offert aux personnes** au décours de cette trajectoire de soin et de compensation. **Tout projet de société interroge les notions de répartition des richesses et les notions de répartition du travail** (il y a une possibilité de "penser" le travail en proposant un travail à toute personne selon ses potentialités), la pauvreté et l'isolement (qui peuvent être le résultat d'une autonomie trop vite promise) étant le point déclive de toute évolution sociale non contrôlée.

Force est de constater qu'une organisation trop exclusivement médicalisée de la psychiatrie, des

formations trop cloisonnées de ses acteurs sont facteurs de régression et d'altération; organisation, réflexion et formations doivent être revisités à la lumière de ces données modernes, afin de créer des "ouvertures" et de permettre la diffusion de cette nouvelle donne.

Enfin l'ensemble de ces définitions doit **prendre de plus en plus de distance avec tout ce qui est mesures et attitudes d'assistance** car sources de dépendance accrue, et au contraire s'ouvrir à une solidarité et une fraternité donnant accès pour tous à la citoyenneté. La finalité étant de **permettre à la personne de développer à la fois son estime d'elle-même et ses liens aux autres et d'accéder ainsi à la citoyenneté.**

7.1. L'ancrage local dans la Cité

«**L'ancrage local**» des soins psychiques, c'est-à-dire dans la **proximité des lieux de vie des personnes qui souffrent sur le plan psychique**, est la base de la psychiatrie de service public, celle-ci s'appuie sur la cité. De même l' élu local est à l'écoute des besoins et des paroles de ses électeurs, point de départ de son lien avec l'échelon national, parlementaire. **Élu local et psychiatre doivent donc dialoguer.**

Cet ancrage local est la **dimension fondamentale de la psychiatrie française** qui depuis 1960 cherche à appliquer la politique de secteur en psychiatrie; c'est précisément sur ce point que, dans beaucoup de secteurs, la réalisation de la psychiatrie de secteur n'a pas encore abouti. Cet arrêt est dû au fait que ses acteurs n'ont pas compris que ces liens avec la cité, ses membres, en étaient le point central.

7.2. Préalables

La question budgétaire est un premier préalable pour que ce lien se développe; il est essentiel que les équipes du service public aient un **minimum de liberté pour avoir la créativité et l'initiative** leur permettant d'établir le lien entre la cité et le travail des soignants, ce lien étant la base de leur activité. La seule solution budgétaire qui soit équitable serait

que, pour l'ensemble du travail de secteur (soins et préventions, à l'hôpital et en extrahospitalier), soit attribué un **budget forfaitaire par habitant**, en tenant compte des déterminants de santé de la zone économique, son activité étant analysée à la fin de chaque année (80 % des budgets des secteurs devant être consacrés aux soins et à l'insertion en ambulatoire). L'expérience nous a appris que le personnel requis comporte un psychiatre et dix paramédicaux (infirmier, psycho, AS,...) pour 10 000 habitants (secteur de 60 à 80 000 habitants). Il est également essentiel de «sanctuariser» les structures et activités dans la communauté ainsi que leurs financements, surtout en période de restriction budgétaire.

Le second préalable est la **formation initiale spécifique** de tous les acteurs aux «**fondamentaux de la psychiatrie de secteur** (continuité de la disponibilité de l'équipe, accessibilité et lisibilité des soins, appui du soin sur le contexte relationnel et social de chaque patient, articulation avec le médico-social et les soins de ville) **et aux outils de la psychothérapie institutionnelle** (travail centré sur le collectif), prolongée par une formation permanente. À la réalisation de cette formation doivent être associés familles, usagers, acteurs sociaux, élus.

7.3. Les soins dans la ville

L'organisation des soins dans la ville doit être simple. Ils sont **tous situés dans la cité** et se déclinent autour de **quatre pôles distincts** mais animés par une seule équipe:

- **pôle de l'accueil de l'urgence**, (y compris celles de l'hôpital général) mobile, y compris à domicile,
- pôle de soins intensifs avec 20 lits (maximum!) pour 60 000 habitants (un lit pour 3 000),
- un pôle de soins extensifs comprenant un hôpital de jour de 15 places et des CATT¹²,
- **un pôle de soins ambulatoires.**

¹² CATT: Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel - le CATT est un des moyens du dispositif de santé mentale mis à la disposition de la population dans le cadre de la sectorisation.

Selon chaque cité ces pôles peuvent éventuellement être regroupés en 2 ou 3 espaces, chaque équipe ayant toute liberté pour proposer d'y créer les modalités de soin, de prévention, de réhabilitation... lui paraissant les mieux adaptées aux diverses pathologies de sa population. Ces quatre pôles doivent impérativement être localisés sur le territoire de la commune. Cependant les lits peuvent être juxtaposés (sans être mélangés) aux lits d'un ou deux autres secteurs et du secteur infanto-juvénile correspondant dans l'une des villes concernées.

Chaque équipe de secteur se doit de s'adapter à la population de la cité (besoins, ressources, histoire et géographie...) et à son évolution. Cette évolutivité sera garantie par la création d'un Conseil local en santé mentale pour chaque secteur. Il rassemble professionnels de la psychiatrie (soins), de l'action sociale (compensation sociale), des services sanitaires de première ligne et de tous les services participant à une meilleure intégration citoyenne des malades. Il intègre des représentants des familles et des usagers. Il est co-dirigé par un élu du territoire et par le chef de secteur (ou il est dirigé par un élu du territoire, secondé par le chef de secteur) et comporte au moins trois missions :

1. L'une à **visée informative**, établissant des liens informels entre les différents acteurs professionnels, habitants et membres des diverses institutions du secteur ; grâce à ce travail interactif elle mettra fin peu à peu à la stigmatisation de la psychiatrie par son action diffuse sur la population et facilitera l'accès égal pour tous à la prévention et aux soins psychiques.
2. La seconde **de prévention**, celle-ci nécessite l'articulation des différents acteurs en particulier associant ceux de l'enfance et adolescence à ceux des autres âges de la vie.
3. La troisième est **décisionnelle**, associant élus, usagers et soignants elle a pour but de veiller à faire les choix nécessaires pour assurer la meilleure prise en charge médicale, sociale et citoyenne des usagers.



10, rue de Solférino 75333 Paris cedex 07
Tél.: 01 45 56 77 09

www.laboratoire-des-idees.fr