

QUESTION OUVERTE

De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution

Jean-Luc Roelandt

RÉSUMÉ

La psychiatrie est la discipline médicale la plus liée à l'organisation sociale et politique de la société dans laquelle elle se met en œuvre.

Depuis 50 ans, a été confié à la psychiatrie seule (et malheureusement seule) l'ensemble de la question de la santé mentale – prévention, post-cure, réadaptation et soins. Or, cette question ne peut se concevoir qu'avec la participation de toute la société et de la médecine dans son ensemble : soins de santé primaire, logement, travail et insertion, loisirs, familles et environnement social, justice et police.

L'enjeu est ici de réintroduire la question de la santé mentale, en tant qu'élément de la santé publique, dans le débat politique et social.

Mots clés : santé mentale, santé publique, politique de santé, organisation des soins psychiatriques

ABSTRACT

From psychiatry to mental health following: a current review and possible developments. Psychiatry is the medical discipline most closely linked to social and political organization of the society where it is conducted.

For 50 years, the whole issue of mental health - prevention, aftercare, rehabilitation and care has been entrusted only to psychiatry (and unfortunately only). That question can not be conceived without the participation of the entire society and medicine in general: primary health care, housing, employment and inclusion, leisure, family and social environment, justice and police.

The challenge here is to reintroduce the issue of mental health, as part of public health in the political and social debate.

Key words: mental health, public health, health policy, organization of psychiatric care

RESUMEN

De la psiquiatría hacia la salud mental ; continúa : balance actual y pistas de evolución. La psiquiatría es la asignatura médica más relacionada con la organización social y la política de la sociedad en la que se lleva a cabo.

Desde hace 50 años, se le ha encomendado sólo a la psiquiatría (y desgraciadamente sólo a ella) el conjunto de la cuestión de la salud mental -prevención, poscura, readaptación y atención. Pues bien, esta cuestión solo puede concebirse con la participación de toda la sociedad y de la medicina en su conjunto : atención de salud primaria, vivienda, trabajo e inserción, ocio, familias y entorno social, justicia y policía.

Lo que se juega aquí es volver a introducir la cuestión de la salud mental, en tanto que elemento de la salud pública, en el debate político y social.

Palabras claves : salud mental, salud pública, política de salud, organización de la atención psiquiátrica

Psychiatre, chef de service, directeur CCOMS EPSM Lille Métropole, CCOMS, Lille
<ccoms@epsmilleetropole.fr>

Tirés à part : J.-L. Roelandt

La psychiatrie suit les évolutions anthropologiques de la société. Elle est passée d'une société familiale – à tendance fabrication de la névrose et élimination de la psychose – à une société plus narcissique, aut centrée, individualiste, fière de ses libertés individuelles, mais réclamant l'ordre public. Une société qui actuellement se situe à mi-chemin entre celles de la faute et celles de la honte.

L'augmentation des dépressions, de l'anxiété, de la consommation de toxiques et de psychotropes, ainsi que la part importante des tentatives de suicides et des suicides dans notre société sont corrélées aux conditions de vie et de travail, à la solitude de l'homme et aux facteurs environnementaux, qui font peser la faute sur l'individu et non plus sur le collectif [1].

De plus, il existe, dans l'imaginaire populaire [2], une coupure très nette entre, d'une part, le « fou » et le « malade mental » auxquels sont attribués les actes dangereux tels le « meurtre », « l'inceste », « les violences », « le viol », qui représentent l'altérité complète, l'autre absolu, et d'autre part le « dépressif », qui peut être tout un chacun, lié à la diminution de l'estime de soi, au risque suicidaire, à la souffrance de la personne et de ses proches et la nécessité d'une aide de l'ensemble de la société [3].

Tout cela explique l'explosion de la demande adressée au « psy », à qui l'on attribue la connaissance de la causalité du mal-être et dont on attend la thérapie adaptée pour tous les troubles qui perturbent les individus. En particulier ceux liés à l'adaptation des individus à la société, qui mettent à mal la cohésion sociale et constituent des facteurs exponentiels d'exclusion et de désinsertion. On constate parallèlement, en lieu et place des mécanismes de solidarité habituels, l'émergence des actions humanitaires, appelant à la bonne conscience, aux dons, au bénévolat. Tout cela traduit une évolution négative de la socialisation dans un contexte d'accentuation des inégalités financières et sociales et de précarisation accrue de toute une frange de la société. Le risque de présenter un trouble psychique (anxiété, dépression, trouble psychotique, addiction à l'alcool, à la drogue) est corrélé négativement au niveau de revenu des individus [4]. La santé mentale se situe donc dans ces dispositifs et processus qui doivent amortir les effets des crises sociales institutionnelles et personnelles. Nous assistons à une psychologisation des risques sociaux dans une société laïque ; la psychiatrie sert d'amortisseur, comme ont pu l'être antérieurement la religion, les syndicats, les partis politiques [5, 6].

La psychiatrie est l'affaire des équipes de psychiatrie. La santé mentale est une question de santé publique, c'est donc l'affaire de tous. On ne peut dissocier ces deux parties.

Depuis 50 ans, a été confié à la psychiatrie seule (et malheureusement seule) l'ensemble de la question de la santé mentale : prévention, post-cure, réadaptation et soins. Or, cette question ne peut se concevoir qu'avec la participation de toute la société et de la médecine dans son ensemble :

soins de santé primaire, logement, travail et insertion, loisirs, familles et environnement social, justice et police. L'enjeu est ici de réintroduire la question de la santé mentale, en tant qu'élément de la santé publique, dans le débat politique et sociétal.

La santé mentale dans le monde en quelques chiffres

Le rapport 2001 de l'OMS [7] sur la santé mentale dans le monde a mis en lumière la charge sociale des troubles psychiatriques, en termes de morbidité et de diminution de l'espérance de vie pour les personnes qui en souffrent.

L'OMS dans ce même rapport annonce que 54 millions de personnes souffrent de troubles mentaux graves et 154 millions de dépressions. Ces chiffres sont en augmentation constante. Pourtant, 35 à 50 % des cas graves dans les pays développés et 76 à 85 % dans les pays les moins avancés n'avaient bénéficié d'aucun traitement au cours des 12 derniers mois [8]. Les troubles mentaux sont fréquents pouvant toucher de 20 à 25 % de la population, voire 50 % sur toute la vie et dans tous les pays.

Toujours selon l'OMS la dépression sera, en 2020, pour l'ensemble du monde, la cause la plus importante d'arrêt de travail, d'invalidité et de diminution d'années de vie sans invalidité [9]. Aujourd'hui en France, les troubles psychiatriques graves sont la première cause d'invalidité et la deuxième cause d'arrêt de travail. Le suicide reste extrêmement élevé en Europe et particulièrement dans notre pays. Il est fortement corrélé à l'existence de troubles psychiques. Les problèmes de santé mentale touchent tous les âges des jeunes adolescents actifs et aux personnes âgées, avec des conséquences graves, à tous les moments de la vie.

Dans ses recommandations l'OMS insiste sur le fait que ce sont les approches communautaires qui apportent les meilleurs soins en santé mentale à la population ; elle plaide pour la fermeture des grandes concentrations asilaires et pour une intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaire [10].

La santé mentale requiert un projet de société au centre duquel se situerait le mieux vivre ensemble [11]. Il est évident qu'on ne pourra jamais demander aux services de psychiatrie seuls de mettre en œuvre les projets de vie des citoyens. Il s'agit de problèmes politiques qui concernent toute l'organisation sociale. Ce qui n'empêche pas de tenter de diminuer les facteurs de stress et de vulnérabilité pour réduire l'impact des troubles anxieux et dépressifs.

Mais, le dispositif de santé mentale est généralement discriminant et stigmatisant, ce qui accroît la perte de chance et les difficultés d'accès aux soins pour ceux qui le nécessitent.

C'est cette même stigmatisation qui empêche la représentation des usagers et la prise en charge de ceux-ci d'une manière adéquate [12].

Comparaisons européennes

Des disparités aux causes multiples [13]

Le rapport OMS Europe publié en 2008 [14] pointe les écarts marqués et croissants, concernant les politiques de santé mentale (part du budget santé dédié à la santé mentale, plans de santé mentale, politique pharmaceutique) entre pays à revenu élevé et pays à faible revenu, parmi les 52 États membres de la région Europe de l'OMS. Ainsi, de nombreux pays ne consacrent-ils toujours qu'une très faible part de leur budget santé à la santé mentale. Sur plus de 100 pays qui ont fourni des données à l'OMS en 2001, une vingtaine accordent moins de 1 % de leur budget total de santé à la santé mentale, alors que l'OMS estime que 13 % de la charge de morbidité¹ totale sont imputables à l'ensemble des troubles neuropsychiatriques [15].

Dans 28 % des pays d'Europe, il n'existe pas de services spécialisés dans la collectivité pour traiter et soigner les personnes ayant de graves problèmes de santé mentale [16]. Dans le groupe des pays européens à faible revenu, 33 % seulement disposent de tels services ; dans le groupe à haut revenu, ces services existent dans 91 % des cas [17]. Dans tous les cas, lorsqu'ils existent, le niveau de développement de ces services varie considérablement.

La *figure 1* présente, à partir de quelques indicateurs, les systèmes psychiatriques de plusieurs pays européens. Nous comparerons essentiellement 3 pays : l'Angleterre, l'Italie et la France. Ces 3 pays, de taille similaire, ont eu des histoires différentes quant à l'intégration de la psychiatrie dans la Cité.

L'Italie a voté en mai 1978 la loi 180, interdisant toute nouvelle admission dans les hôpitaux psychiatriques. Cette décision a eu pour effet de réduire de manière drastique les nouvelles admissions en hôpital psychiatrique entre 1978 et 1980. L'Italie a fermé définitivement ses derniers grands hôpitaux psychiatriques spécialisés en 1999, après avoir ouvert de petites unités hospitalières en ville et dans les hôpitaux généraux. Un décret pris à la fin des années 1990 a accéléré le processus de fermeture et soutenu, avec plus d'évidence, le développement des départements de santé mentale territoriaux. À la fin de l'année 1998, il restait, dans les 57 hôpitaux psychiatriques italiens encore partiellement en fonction, avec environ 15 000 patients hospitalisés (dans les années 1970 l'Italie comptait 120 000 personnes internées). Fin 1999, le ministère de la Santé italien a pu finalement acter que tous les hôpitaux psychiatriques italiens étaient fermés. Mais, faute d'avoir suffisamment investi dans la communauté, les soins ambulatoires se sont peu développés, la prise en charge revenant surtout aux familles et aux organisations caritatives.

¹ En épidémiologie, la morbidité désigne le nombre de personnes souffrant d'une maladie donnée pendant un temps donné (en général une année) dans une population.

Les patients sont hospitalisés souvent, mais pour des temps très courts, ce qui explique le taux élevé d'admissions. Ils sont hospitalisés uniquement sous contrôle judiciaire (traitement obligatoire 7 jours renouvelables une fois, déclenché par un psychiatre et le maire et contrôlé par le juge). Par ailleurs, l'Italie a 1 600 lits de psychiatrie en prison, pour les délinquants jugés irresponsables du fait d'une maladie mentale (1 200 sont occupés, chiffre stable depuis 30 ans).

Au Royaume-Uni, depuis 20 ans, le gouvernement a investi massivement dans les soins communautaires et a fermé 112 de ses 126 hôpitaux psychiatriques. Les équipes de psychiatrie de proximité soignent dans la Cité et l'intégration est menée de concert avec les services sociaux, ce qui explique le faible taux d'admissions dans les hôpitaux. Le système est entièrement public et fournit l'ensemble des territoires de manière homogène. Le budget santé mentale représente 14 % du budget santé global du pays, contre 11,5 % en France et 6 % en Italie. Il y a très peu de lits psychiatriques : 20 lits pour 100 000 habitants (contre 100 en France et 5 en Italie) et ils sont tous situés dans les hôpitaux généraux. Beaucoup moins de psychiatres qu'en France : 12 psychiatres pour 100 000 habitants (contre 22 pour 100 000 habitants en France et 10 en Italie). Le nombre d'admissions en psychiatrie est faible : 300 admissions par an pour 100 000 habitants (contre 1 000 en France et 800 en Italie). Ce qui traduit un suivi important dans la cité par des équipes mobiles, qui permet le maintien dans l'environnement familial. Le recours à l'hospitalisation reste l'exception, contrairement à l'Italie et la France, où l'hospitalisation reste le recours et qui cumulent lits en service de psychiatrie à l'hôpital général, lits d'hospitalisation psychiatriques et prise en charge familiale.

Le modèle anglais développe dorénavant des psychothérapies par ordinateur et continue à investir massivement pour les soins à domicile. Il garantit les droits des usagers et intègre des ex-usagers au sein des équipes de psychiatrie elles-mêmes (système des pairs-aidants professionnalisés). Il base son développement sur des données épidémiologiques et de santé publique, ce qui lui permet d'adapter les besoins à la demande.

Par ailleurs, l'Angleterre s'est dotée de 1 400 lits de sécurité sous contrôle judiciaire : 700 pour les prisons (qui correspondent aux UHSA² chez nous) et 700 pour les UMD³ (malades très difficiles ayant commis des actes et délits et jugés irresponsables). Le reste des services de psychiatrie est ouvert et intégré dans la communauté.

Enfin, le taux de suicide pour 100 000 habitants est faible au Royaume-Uni : 6,38 contre 16,32 en France 5,98 en Italie.

² Unité hospitalière spécialement aménagée.

³ Unité pour malades difficiles.

	Psychiatres pour 100 000 habitants	Lits pour 100 000 habitants	Admissions pour 100 000 habitants	Taux de suicide pour 100 000 habitants	Part en % du budget santé mentale sur le budget santé générale
France	22	95,2	1 020	16,32	12
Italie	9,8	8	758	5,98	5
Royaume Uni	12,7	23	286	6,38	14
Belgique	23	152	900	19,6	11
Allemagne	8,7	75	1 240	11,0	11
Suède	24	54	1 200	12,0	10
Espagne	6,1 (national)	8 (Galice)	184 (Castille)	7 (national)	7 (national)
Roumanie	4,7	75	1 301	12	3
Grèce	15	18	355	3	Non

RECOMMANDATIONS OMS 2001 et 2005	SITUATION EN FRANCE
Traiter les troubles au niveau des soins primaires	Pas de lien entre médecins généralistes et psychiatres, système de santé mentale et de santé primaire. <i>Seuls 20% des secteurs de psychiatrie publiques ont un lien systématique avec les généralistes.</i>
Rendre les psychotropes disponibles	Premier pays consommateur... <i>Quelques initiatives pour améliorer la détection, le diagnostic, radéquation de la prescription, l'information de la population...</i>
Soigner dans la communauté Mettre en place des services de proximité pour traiter et soigner les personnes ayant des problèmes de santé mentale dans la collectivité. Ces services devraient être accessibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et la devraient être dispensés par une équipe multidisciplinaire mobile.	Le secteur de psychiatrie est encore trop hospitalocentré, peu installé dans les villes. Les liens avec les partenaires de la Cité ne sont pas suffisamment structurés. <i>30% des personnels sont en extra-hospitalier et 70% en intra-hospitalier, alors que 88% des personnes sont suivies en ambulatoire.</i> Développement des équipes mobile psychiatrie et précarité. Peu d'équipes mobiles attachées au secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile
Eduquer le grand public	Campagne dépression (INPES) : 600 000 guides diffusés mais résultats non communiqués. <i>Pas de système d'information publique organisé et financé.</i>
Associer les communautés, les familles et les usagers	<i>Très peu de secteurs organisent des réunions régulières avec les familles, les usagers, les élus (5%).</i>
Offrir des services résidentiels	<i>Manque 45 000 places en hébergement et logement accompagné (estimation UNAFAM).</i>
Adopter des politiques, des programmes et une législation au niveau national	Programmes et plans existent mais nécessité d'un suivi coordonné et interministériel.
Développer les ressources humaines	Existent mais trop majoritairement à l'hôpital, peu diversifiées, très inégalement mal réparties et avec un secteur privé tort et qui ne répond pas aux objectifs de santé publique.
Etablir des liens avec d'autres secteurs	Police, justice, logement, travail, loisirs, éducation. <i>Peu de mise en place de réseaux de santé mentale organisés avec les élus et avec une forte participation des usagers (environ 20 conseils locaux de santé mentale).</i>
Surveiller la santé mentale des communautés	A comprendre en France comme les exclus, prisonniers, migrants, adolescents difficiles qui doivent avoir une approche ciblée car ne répondent pas bien aux logiques d'habitat. Ce sont les dispositifs intersectoriels territoriaux.
Soutenir la recherche	- Mise en place de la Fédération de recherche sur la santé mentale dans le Nord Pas-de-Calais qui mutualise sur des projets de recherche 39 hôpitaux. - Nécessité d'une recherche/développement en santé mentale communautaire. <i>- Pas de professeurs d'université sur le champ de la santé mentale communautaire..</i>

Figure 1. Situation de la santé mentale en Europe : quelques comparaisons.

En France les indicateurs montrent que la politique de secteur prônée depuis cinquante ans n'a pas été mise en œuvre de manière efficace. En effet la France dépense qua-

siment autant que le Royaume-Uni (en % budget global santé) pour un système qui n'a pas encore choisi clairement son organisation. Les soins et les budgets sont encore très

hospitalo-centrés et les inégalités territoriales d'offre de soins sont majeures, faute du déploiement coordonné, sur l'ensemble du territoire, d'une politique effective de soins et de prévention de proximité.

Le système de psychiatrie et santé mentale anglais est le modèle de référence choisi par l'OMS Europe en 2009. Même si l'OMS considère que la sectorisation à la française, soit une seule équipe responsable de la prévention jusqu'à l'hospitalisation, est la meilleure formule.

L'organisation des soins psychiatriques en France

Comparé aux autres pays européens et hors Europe, le système psychiatrique français se situe à un niveau intermédiaire entre une psychiatrie essentiellement hospitalière et celle intégrée dans la Cité. Pour répondre à l'enfermement des malades mentaux dans les asiles – formidable exclusion au XIX^e et XX^e siècle – la France a inventé une politique de sectorisation psychiatrique prônant un dispositif territorial de prise en charge des troubles psychiques pour une population donnée, incluant prévention, soin, post-cure et réadaptation. Une seule équipe pluridisciplinaire est responsable de la gestion de la santé mentale sur un territoire. Un mouvement de transfert des moyens de l'hospitalisation temps plein vers les prises en charge ambulatoires hors hôpital a commencé dans les années 1970. Toutefois, cette politique n'a pas été mise en application de manière nationale, coordonnée, homogène et équitable.

Malgré les efforts de ses promoteurs, la politique de sectorisation s'est arrêtée dans les années 1990 du fait de plusieurs raisons :

- l'hospitalo-centrisme et la difficulté à dépasser les intérêts locaux (les hôpitaux constituant des bassins d'emplois) ;
- l'existence d'un système parallèle privé qui s'est plus intéressé aux pathologies anxio-dépressives soignables et a mis en place des modalités de choix et de tri des clients, tant en ville que dans les cliniques privées. Ce système a pu prospérer du fait de la stigmatisation liée à l'hôpital psychiatrique ;
- la liberté d'installation des psychiatres a créé une inégalité de moyens et de densité de professionnels, dans un système de santé entièrement remboursé par la Sécurité sociale. Actuellement le taux de psychiatres par habitants varie de 1 à 10 entre les départements [18] ;
- la non-intégration du système hospitalo-universitaire dans le dispositif sectoriel (pas de professeurs de psychiatrie communautaire⁴ par exemple, alors qu'elle est exercée partout) ;
- le développement de l'intersectorialité et de la prise en charge par pathologie, au détriment d'une psychiatrie

⁴ Au sens anglo-saxon de « service de psychiatrie intégré dans la communauté/Cité ».

citoyenne intégrée dans une médecine conventionnée. Cela a conduit à des filières essentiellement médicales (oubliant la dimension sociale), et le développement de stratégies d'élimination de ce que l'on appelle les « patates chaudes » (les problèmes graves et aigus gérés par le système public sans réelle prévention territoriale) ;

– la non-différenciation « malade-délinquant » qui a transformé durant les deux siècles précédents les services de psychiatrie en de véritables prisons, et accru la confusion dans la population entre malades et délinquants ;

– une place insuffisante pour les associations d'usagers et de familles et un retard dans la reconnaissance du handicap lié aux pathologies psychiatriques ;

– un cloisonnement des professionnels qui œuvrent à la santé mentale des populations. En particulier un champ cloisonné et concurrentiel pour les troubles anxio-dépressifs (psychanalystes, psychothérapeutes, cognitivistes, psychologues, psychiatres privés et maintenant coaches, thérapeutes corporels, etc.) qui vont dans le sens du bien-être et de l'accomplissement de soi dans une société d'individus solitaires, défenseurs de leur sphère privée et de bien-être personnel.

Parallèlement au développement inhomogène et incomplet des secteurs de psychiatrie, ont émergé des nouvelles demandes sociales ayant un retentissement élevé de détresse personnelle : troubles psychiques graves liés au travail, aux chocs, aux traumatismes, victimologie, situations extrêmes, suicides et tentatives de suicide, chômage, précarité, pauvreté, mauvais traitements. L'ensemble de ces demandes a mis en tension le système de psychiatrie publique, qui se doit d'une part de répondre aux troubles psychiatriques les plus graves, mais aussi prévenir et réparer les douleurs psychiques les plus graves comme les plus intimes. La psychiatrie est devenue la réponse attendue et entendue à la souffrance psychosociale.

Or, tous ces problèmes qui touchent au « vivre ensemble » sont des problèmes politiques par excellence. Les politiques sociales menées ont des conséquences sur la santé et donc sur la santé mentale.

Quelques pistes d'évolution

Depuis 1945, plusieurs dizaines de rapports et lois et deux plans nationaux sur la psychiatrie ont été publiés ; leurs recommandations vont toutes dans le même sens. Malheureusement, leur mise en application est toujours inachevée et inégale.

À partir des constatations sus-décrites, nous proposons quelques pistes pour achever une réforme psychiatrique qui n'en finit pas d'aboutir en France et pour permettre un débat ouvert, non stigmatisant, et argumenté.

Intégrer la santé mentale dans une loi de santé publique générale

Les problèmes de santé mentale touchent toutes les catégories de population, leur prise en compte concerne des champs d'intervention très divers et ne peut être restreinte à un débat de spécialistes ou à une loi sécuritaire. Elle concerne toute l'organisation sanitaire et sociale du pays et ne se résume à un appendice d'une loi sur l'organisation de l'hôpital. Cette loi devrait garantir l'application, sur l'ensemble du territoire national, des principes d'une psychiatrie intégrée dans la Cité et la réduction des inégalités territoriales de santé mentale. Cette loi doit promouvoir les conseils locaux de santé et santé mentale au niveau des territoires de proximité, associant élus, usagers, familles, acteurs du système de soins primaires, services sociaux, associations et services de psychiatrie tant adultes qu'infanto-juvéniles. Elle organisera au niveau national le même décloisonnement qu'au niveau local par la création d'une délégation interministérielle pour la santé mentale établit une transversalité entre les ministères concernés par les soins, l'insertion et les droits des personnes ayant des troubles psychiques.

Renforcer la présence des usagers dans tous les dispositifs de santé mentale et de psychiatre :

- intégrer les usagers dans le contrôle qualité et la certification réalisés par la Haute Autorité de santé ;
- développer des commissions de recours indépendantes des établissements de soins ;
- soutenir le développement des groupes d'entraide mutuelle (Gems) ;
- créer dans tous les services de psychiatrie des postes de médiateurs de santé (pairs-aidants), permettant l'embauche d'anciens usagers au titre d'experts d'expérience au niveau de leur qualification professionnelle ;
- faire siéger efficacement les usagers dans les Conseils d'administration des établissements publics de santé mentale ;
- faire participer les usagers à la Haute autorité de lutte contre les discriminations et l'exclusion (Halde).

Répartir les moyens en fonction des besoins des populations :

- lancer un débat national sur les priorités de santé mentale ;
- utiliser les enquêtes nationales épidémiologiques et sociologiques pour donner des éléments de choix au niveau territorial local et permettre de déployer les moyens là où ils sont utiles ;
- donner la priorité au secteur public et conventionner le secteur privé avec le secteur public, pour la mise en place de la politique de santé mentale territoriale ;

- promouvoir la formation universitaire des personnels infirmiers et socio-éducatifs ;
- redéfinir la répartition des tâches et rôles, et embaucher suffisamment de psychologues dans les services pour permettre l'accès à la psychothérapie dans le secteur public.

Achever la révision de la loi de juillet 1990 par la mise en place d'une loi d'obligation de soins désespérée

Cette loi, non spécifique à la psychiatrie, permettrait des soins obligatoires, quelle que soit la pathologie le nécessitant, elle serait mise en place pour tous les citoyens, sous contrôle judiciaire (type juge de tutelle, des familles ou des libérés).

Pour la psychiatrie, le soin obligatoire peut être :

- soit un soin ambulatoire obligatoire (dans les faits, il y a eu en 2005 : 22 088 personnes en sorties d'essai HDT pour 43 départements et 21 702 personnes en sorties d'essai HO pour 69 départements en France) [19] ;
- soit une hospitalisation. Envisager un regroupement des 2 modalités HO, HDT, et en supprimer la référence à l'ordre public. Cette hospitalisation pourrait avoir lieu dans n'importe quelle structure hospitalière de psychiatrie.

Il s'agirait d'une légalisation de l'obligation de soin. En la rendant indépendante de l'hospitalisation, c'est l'obligation de soins qui primerait, pas le lieu où elle s'exerce. Les débats sont en cours sur le sujet.

Créer un service médico-légal de psychiatrie

Il faudrait créer un service de psychiatrie médico-légale (« forensic psychiatry », comme il en existe dans d'autres pays). Sous contrôle judiciaire, il regrouperait les délinquants présentant des troubles psychiatriques, responsables de leurs actes, pris en charge par les UHSA et SMPR⁵ en prison, et les patients psychiatriques jugés irresponsables dans les prisons psychiatriques que sont les UMD. Les modalités de sortie et de réinsertion seraient elles aussi placées sous contrôle de la justice. La psychiatrie ne ferait que soigner et donner un avis sur la sortie des personnes qui y séjournent. Cela éviterait la confusion des rôles et des fonctions.

Créer un centre national d'information et de formation en santé mentale avec l'INPES⁶ et la Halde

Il aurait pour rôle de lutter contre la stigmatisation et les discriminations, sur le modèle du programme « See Me » en Écosse⁷ :

- nomination au niveau national d'un délégué interministériel à la santé mentale, placé auprès du Premier ministre ;

⁵ Service médico-psychiatrique régional.

⁶ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

⁷ <www.seemescotland.org>.

– s'appuyant sur un conseil national de santé mentale indépendant, regroupant une majorité d'élus et d'usagers, les sociétés savantes et des personnalités qualifiées. Bâti sur le modèle du conseil national des villes, ce conseil national pourrait donner des avis sur l'ensemble de la politique et se saisir de tout problème concernant la psychiatrie et la santé mentale.

Dynamiser la recherche :

– créer 50 postes de PUPH en santé mentale communautaire, afin de l'enseigner et la promouvoir au niveau national, et faire des pratiques de psychiatrie intégrées dans la Cité un objet de recherche et de développement ;
 – fédérer les hôpitaux au niveau régional pour la mise en place de centres de recherches cliniques, épidémiologiques et socio-démographiques en santé mentale, qui fourniront au niveau régional l'ensemble des données statistiques et scientifiques nécessaires à l'élaboration des politiques de santé mentale⁸ ;
 – fédérer la recherche en santé mentale au niveau des structures nationales de recherche cliniques, épidémiologiques et sciences humaines en relation avec l'Inserm et le CNRS ;
 – créer une ligne budgétaire de recherche et développement dans tous les EPSM et hôpitaux gérant des pôles sectoriels de psychiatrie ;
 – transformer les DIM en Département d'information et de recherche médicale et les relier aux recherches/actions que sont les évaluations des pratiques professionnelles, au niveau national et local ;
 – intégrer les usagers dans les processus de recherche comme cela se fait aux États-Unis et au Canada dans le cadre de la « recherche participative ».

Ces quelques propositions permettraient enfin la mise en place d'un système public de psychiatrie et de santé mentale reprenant tous les acquis français, en les développant au mieux. Elles permettraient aussi de mener à terme l'application des recommandations de l'ensemble des rapports qui ont été produits depuis 30 ans : Demay, avec les établissements publics de santé mentale, Massé, avec la place de la psychiatrie à l'hôpital général, Clery-Melin, le développement de l'extrahospitalier et des structures alternatives à l'hospitalisation, Piel-Roelandt, avec le développement de la psychiatrie résolument dans la cité, Roelandt, avec la participation pleine et entière des usagers et des élus, Strohl, sur la modification de la loi de 1990, et enfin, Couty, à la condition de maintenir la cohésion du secteur et en le conduisant au bout de sa territorialisation.

Tous ces rapports vont dans le même sens. Tous ont rencontré et rencontrent les mêmes résistances. Encore un petit effort et nous y sommes presque !

Conflits d'intérêts : aucuns.

⁸ Sur le modèle de la Fédération régionale de recherche en santé mentale de la région Nord-Pas-de-Calais www.santementale5962.com/

Références

1. Erhenberg A. *La Fatigue d'être soi*. Paris : Odile Jacob, 1998.
2. Bellamy V, Roelandt JL, Caria A. *Troubles mentaux et représentations de la santé mentale – premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. Études et Résultats*, 2004, p. 347.
3. Bellamy V, Roelandt JL, Caria A. Premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale : images et réalités. *L'Information Psychiatrique* 2005 ; 81 : 295-304.
4. Surault P. Milieu social et santé mentale : représentations, stigmatisation, discrimination. *L'Information Psychiatrique* 2005 ; 81 : 313-24.
5. Laval C, Furtos J (dir.). *La Santé mentale en actes : de la clinique au politique*. Toulouse : Érès, 2005, 357 p.
6. Demailly L. « La psychologisation des rapports sociaux comme thématique sociologique ». In : Bresson M (dir.). *La Psychologisation de l'intervention sociale*. Paris : L'Harmattan, 2006, p. 35-50.
7. OMS. *Rapport sur la santé dans le monde : santé mentale nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : OMS, 2001.
8. OMS. *MHGAP Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale*. Genève : OMS, 2008.
9. OMS. *La Situation de la santé mentale*. Genève : OMS, 2004.
10. OMS 2001, 2004, 2005, 2008 et Forum mondial pour la santé mentale communautaire. .
11. OMS. Rapport de la Conférence interministérielle d'Helsinki : santé mentale relever les défis, trouver des solutions OMS Europe 2005.
12. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N. Morven and the INDIGO (International study of Discrimination and stigma Outcomes.) Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia : a cross-sectional survey. *Lancet* 2009 ; 373 : 408-15.
13. Daumerie N, Rhenter P, Roelandt JL. Psychiatrie et santé mentale en Europe. *La documentation Française* 2009 ; 354.
14. OMS. *Politiques et pratiques en santé mentale en Europe*. OMS Europe, 2008.
15. OMS. *Atlas ressources consacrées à la santé mentale dans le monde*. Genève : OMS, 2001.
16. Muijen M. Les soins de santé mentale dans les services de secteur. Document préparatoire à la Conférence ministérielle d'Helsinki 2005, 2004. EUR/0/5047810/B2.
17. OMS. *Politiques et pratiques en santé mentale en Europe*. OMS Europe, 2008.
18. Collet M, Sicart D. « Les psychiatres ». In : Coldefy M (coord.). *La Prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques*. Éditions de la Documentation française, 2007.
19. Circulaire DGS/MC4 no 2008-140 du 10 avril 2008 relative aux hospitalisations psychiatriques sans consentement en 2005, p. 172-185. BO Santé-protection sociale-Solidarités n° 2008/5 du 15 juin 2008.