



Commission chargée de la réflexion sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et santé mentale, présidée par Monsieur Edouard COUTY

Audition du Docteur Bernard DURAND,
Président de la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix Marine

Le 16 septembre 2008

Introduction

Notre fédération s'est réjouie lorsqu'elle a appris l'instauration de cette commission car elle avait apprécié et salué la qualité des propositions du plan psychiatrie et santé mentale de 2005 et elle commençait à regretter que l'on arrive déjà au terme de ce plan. Il y a en effet encore beaucoup de choses à faire pour qu'un pays riche (même si l'on sait que les réserves ne sont pas inépuisables) qui se targue d'être la patrie des droits de l'homme offre des réponses dignes à l'ensemble des personnes confrontées d'une manière ou d'une autre à la souffrance psychique, la douleur morale, la déraison, avec tout ce que cela peut apporter de solitude, mais aussi bien souvent de mise à l'écart et de stigmatisation. La nécessité de poursuivre le travail entrepris, avec un engagement concerté des différents services de l'Etat (CNSA incluse), était évidente : nous espérons bien que les usagers et l'ensemble des professionnels pourront se retrouver dans les propositions de votre commission et que celles-ci s'inscriront dans le prolongement du plan santé mentale.

Notre fédération s'inscrit dans une histoire de plus de cinquante ans : elle a été créée avant même 1960, date mythique de la première circulaire sur le secteur, par des psychiatres et des fonctionnaires convaincus qu'il fallait inventer des réponses sociales dans la cité pour accompagner les sorties de l'hôpital. Aujourd'hui, elle permet toujours le partage d'expériences et de réflexions entre des associations œuvrant en lien avec le service public de psychiatrie, sur la base de l'article L3221-2 du code de la santé, et des associations du champ médico-social et social qui s'efforcent depuis longtemps parfois de développer des formes originales d'accompagnement au long cours pour les personnes en situation de handicap psychique.

Au-delà du clin d'œil à une autre époque, celle du milieu du 20^{ème} siècle, qu'apporte la couleur ambiguë de notre croix, notre fédération se présente sous la bannière de la santé mentale. Mais qu'est-ce à dire ?

Cet intitulé « Santé mentale » ne constitue pas pour nous un euphémisme pour désigner la psychiatrie, comme c'est malheureusement trop souvent le cas. Il signifie tout à la fois un nouveau rapport à la souffrance psychique que les travaux d'Ehrenberg ont bien analysé et la prise en compte d'un champ qui, aujourd'hui, dépasse largement celui de la psychiatrie stricto sensu puisqu'il inclut un dispositif sanitaire, des établissements et services du champ médico-social qui relèvent de la CNSA ainsi que des structures sociales dont la compétence relève des collectivités locales. Comment donner une cohérence d'ensemble à ce dispositif extrêmement diversifié : sanitaire, médico-social, social, public, privé, associatif ? Comment définir et faire partager par tous ces acteurs une politique cohérente de santé publique qui prenne en compte aussi bien des réponses dans les moments de crise aigue, un suivi ambulatoire de qualité, un accompagnement répondant aux besoins quotidiens en matière de logement, de revenus et de lien social - en sachant que ces différentes problématiques peuvent certes se succéder mais aussi se jouer de manière simultanée - et garantir pour chacun de ces temps, **le respect et la dignité** des personnes concernées ? Tel est l'un de nos soucis majeurs que nous souhaiterions vous faire partager. Nul doute, pour ce faire, que les réponses doivent être diversifiées, mais il faut d'emblée souligner qu'elles ne peuvent se limiter à des réformes de structure ou de gouvernance des seuls outils hospitaliers qui sont abordées sous l'angle prévalant de la rationalisation et du financement des soins.

En guise d'introduction nous voudrions mettre en perspective quelques données préalables à toute proposition et plus précisément pointer trois éléments qui nous semblent constituer ce qui ressemble à une crise de la psychiatrie :

Une crise démographique : si l'on se réfère au livre blanc de la psychiatrie, présidé par Henry Ey dans la seconde moitié des années soixante, les besoins concernant le nombre de psychiatres étaient évalués alors à quatre mille. Aujourd'hui en France, nous sommes environ treize mille psychiatres - l'une des plus fortes densités du monde - et pourtant il y a des centaines de postes vacants dans le service public et l'on sait que cela va s'aggraver : il existe même des secteurs où l'on a du mal à trouver un psychiatre parlant correctement le français : dans le même temps, on trouve dans telle rue du 16^{ème} arrondissement de Paris autant de psychiatres que sur toute la Haute et la Basse Normandie. Est-il possible de remédier à cet état de fait qui va à l'encontre de l'équité républicaine ?

Une crise de moyens : même s'il n'a pas été théorisé comme tel en France, le mouvement de désinstitutionalisation des soins psychiatriques observé dans tous les pays développés s'est traduit par une diminution de plus de la moitié du nombre de

lits. On n'a cessé de parler durant toutes ces années d'alternatives à l'hospitalisation mais si l'on a développé, inégalement d'ailleurs, une palette d'institutions de soins (CMP, hôpitaux de jour, CATTP), on n'a pas pris en considération le fait que l'hôpital psychiatrique traditionnel était certes un hôpital dispensant des soins, mais aussi un lieu de vie pour nombre de personnes (le mot asile n'avait pas été proposé par hasard, même si les conditions de cet accueil ont conduit à lui donner une connotation péjorative). Or, qu'il s'agisse de logement, d'accompagnement social au quotidien, de réinsertion, très peu de choses ont été réalisées et les alternatives réelles, à l'échelle du pays sont encore embryonnaires. Les lois de 1975 sur le handicap et les institutions sociales et médico-sociales ont rarement été utilisées (à l'exception du recours à l'AAH) et les collectivités locales renvoyaient ces personnes de manière quasi-systématique vers la psychiatrie. Il faudra le livre blanc des partenaires de la Santé mentale et le rapport Charzat pour que l'on admette qu'une personne souffrant de troubles psychiques était également quelqu'un en situation de handicap.

Bref, il existe un déficit important de l'offre dans le champ social et médico-social que les initiatives prises par les familles de l'UNAFAM sont loin de combler cela bloque parfois la fluidité des hospitalisations, ce qui conduit à dire que l'on manque de lits hospitaliers (même si parfois cela est avéré). Il reste que l'on est bien obligé de considérer comme une régression le fait qu'un patient doive être hospitalisé dans un autre service que celui de son secteur, voire dans un autre hôpital, jusqu'à ce qu'une place se libère dans le service prévu pour l'accueillir : quid dans ces occurrences de la continuité des soins et du respect de la dignité des personnes ?

Une crise d'identité. En 1952, les statuts du mouvement que je représente se donnaient comme objectif «*d'exercer une protection ou une entraide psychologique et sociale en faveur des handicapés et mal adaptés psychiques*». Comment se fait-il que ce concept de handicap psychique ait été ensuite à ce point «*tabou*» et qu'il ait fallu l'impulsion prévalente des familles et des usagers eux-mêmes pour le réhabiliter ?

La psychiatrie a évolué sous la bannière de la sectorisation avec des effets contrastés le secteur qui était avant tout, comme le disait G. Daumézon, la mise à disposition d'une équipe garantissant une proximité et une continuité des soins a souvent pâti d'un attachement prévalent de certaines équipes à l'institution hospitalière. A l'opposé, le secteur a parfois pris une dimension totalisante n'envisageant rien d'autre pour le patient que la pérennisation des soins en ignorant les autres acteurs, étrangers au monde du soin, présents sur le terrain.

Mais quelles que furent les modalités de fonctionnement des secteurs, la psychiatrie qui avait eu du mal à être reconnue comme discipline autonome a construit son unité sur l'importance accordée à la dimension psychothérapeutique et institutionnelle de

la prise en charge de la maladie mentale. Aujourd'hui, ces certitudes vacillent avec l'influence du modèle neuronal où le sujet disparaît derrière ses symptômes objectivés avec le DSM, mesurés à coup d'échelles et appelés à s'amender grâce à des protocoles thérapeutiques. Les procédures de certification ont imposé la mise en place de nombreuses instances (CLIN, CLUD, CLAN, etc..) et les réunions entre soignants où l'on parlait des problèmes des patient sont parfois simplement remplacées par des discussions formelles à partir d'audits, de propos d'experts ou de fiches d'évènements indésirables. De même, les protocoles de mise en chambre d'isolement n'ont jamais été autant utilisés, ce qui est au final un recul en matière de liberté individuelle.

Aussi entre la pression des tenants de l'evidence-based medicine, la montée du handicap psychique, la crainte de la mort du secteur avec les nouveaux territoires de santé, l'inflation des procédures de toutes sortes et des tâches administratives, la psychiatrie vacille, doute d'elle-même et les professionnels qui ne se sont pas encore remis des 35 heures sont au bord du découragement.

Parler de l'avenir de la psychiatrie implique donc de prendre en compte ces prolégomènes. Nous ne traiterons pas de manière exhaustive toutes les questions évoquées dans les objectifs de votre commission, pour nous centrer essentiellement sur les missions de la psychiatrie à la veille de la loi «Hôpital, patients, santé et territoires».

I Que peut-on dire du bilan du plan psychiatrie et santé mentale

Nous avons salué en son temps la publication de ce plan qui faisait écho à nombre de nos préoccupations. Nous ne pouvions qu'approuver la volonté de faire évoluer l'image de la santé mentale, de renforcer, d'adapter et de revaloriser l'offre de soins et de développer les structures d'accueil du secteur médico-social avec un axe fort : **le décroisement** qui nous est apparu comme un objectif essentiel.

Ce plan a été accompagné d'un financement et nous avons pu suivre de manière transparente sa mise en œuvre par le truchement des réunions de suivi, la lettre du plan et les circulaires qui l'ont accompagné. Nous tenons ici à remercier Alain LOPEZ qui a coordonné ce travail et à souligner également combien nous nous sommes réjouis de voir l'ensemble des directions de l'Administration centrale et la CNSA impliquées de manière concertée par cette question des soins psychiatriques et du handicap d'origine psychique, là où nous avons vu durant des années s'opposer et se contredire les différentes directions de cette maison.

Nous retiendrons quelques points forts de ce plan :

- pour la première fois, on a traité de manière cohérente et concertée la **complexité des soins et de l'accompagnement social** des patients. Le décloisonnement annoncé s'est heurté parfois aux préjugés des professionnels, mais il faut saluer l'intérêt des expérimentations qui ont été menées en particulier en Haute Normandie et en Bourgogne. La mise en place des commissions régionales de concertation en santé mentale (CRCSM) a eu un impact inégal, mais on peut néanmoins noter les réalisations d'une région comme celle de Rhône-Alpes.

- **La création de 300 GEM** est une avancée extrêmement positive. L'engouement qu'ils ont suscité montre à quel point la question de la solitude et du soutien du lien social est essentielle et qu'ils correspondaient à une attente que l'offre de soins ne pouvait satisfaire. Ils ont mobilisé au premier chef les usagers et nous avons nous-même été témoin de l'impact positif qu'ils ont eu sur certains patients engagés dans leur mise en œuvre (nous pouvons même sans abus parler d'effets thérapeutiques indirects), mais aussi les familles et certains professionnels au sein des associations de parrainage. Ces GEM ont aussi vocation à devenir des lieux de partage et d'instauration de partenariats avec les autres structures de la cité et les institutions soignantes, comme le préconise la circulaire fondatrice du 29 août 2005. Il faut néanmoins regretter les difficultés auxquelles ont été confronté un certain nombre de GEM du fait des retards inacceptables dans le versement des subventions programmées.

- Le plan a permis le **développement du médico-social**, même si les réalisations sont inférieures aux besoins recensés dans les PRIAC. On constate néanmoins que 20 régions ont engagé la création de nouvelles places. Des crédits ont été alloués pour la création de 400 places de MAS et de FAM et 12 M€ ont été engagés pour l'ouverture de 750 places de services d'accompagnement médico-social (SAMSAH) dédiées au handicap psychique.

- Le plan a également permis d'avancer, certes modestement, en matière de **logements dédiés aux personnes en situation de handicap psychique** : il faut citer la circulaire du 1^{er} mars 2006 qui initie un programme d'expérimentation de maisons relais destinées à des personnes souffrant de troubles psychiques. La circulaire du 3 mars 2008 fait ainsi état de 2959 places nouvelles qui devraient être financées.

- Il faut enfin citer le financement de **300 places nouvelles d'ITEP** et un effort pour le développement de SESSAD pour des enfants et adolescents souffrant de troubles dits du comportement.

- Par ailleurs, il faut encore évoquer l'effort qui a été mené avec l'implication de la Fédération Française de psychiatrie pour développer des formations des acteurs de première ligne au **repérage des troubles chez les enfants et les adolescents**.

II Les missions de la psychiatrie et de la santé mentale

Rappelons pour mémoire que jusqu'en 1985, on parlait « du dispositif de lutte contre les maladies mentales » et que celui-ci était financé directement par l'Etat au titre d'un fléau social. Les premiers dispensaires d'hygiène mentale, précurseurs des CMP s'étaient créés dans l'ombre des dispensaires d'Office publique d'hygiène sociale consacrés pour l'essentiel à la lutte contre la tuberculose.

Est-ce à dire qu'aujourd'hui où les soins psychiatriques sont pris en charge par la Sécurité sociale que cette dimension de santé publique est obsolète ? Faut-il considérer que la psychiatrie qui va disposer maintenant de sa T2A adaptée comme n'importe quelle discipline médicale, doit rentrer progressivement, comme l'ensemble du dispositif hospitalier, dans une logique de marché où le rapport qualité/coût devient le sésame de la modernité ? Nous ne le pensons pas.

Si la psychiatrie a pu progressivement se rapprocher du dispositif MCO et s'il n'est plus possible aujourd'hui de penser un dispositif d'accueil des urgences sans y inclure celui des troubles psychiques, ce qui constitue un progrès indéniable, les besoins des personnes atteintes d'affections psychiatriques dépassent largement les seules réponses thérapeutiques. C'est ce qu'a compris le plan psychiatrie et santé mentale. Poursuivre cette démarche est essentiel et pourtant la réorganisation du secteur sanitaire et plus spécifiquement hospitalier suscite un certain nombre d'inquiétudes.

Une des questions sous-jacentes lorsqu'il est question aujourd'hui des missions de la psychiatrie est celle justement d'en **préciser ses limites et ses modes d'articulations** avec d'autres dispositifs, ceux du champ médico-social, mais aussi du social, sans oublier les liens avec les représentants des familles et des usagers eux-mêmes (à distinguer des relations personnelles en rapport avec le suivi individuel). De ce point de vue le champ de la santé mentale constitue une mouvance qui dépasse largement celui de la psychiatrie. L'objectif de décloisonnement du plan psychiatrie et santé mentale de 2005 doit rester une priorité dans les années à venir, car le problème de l'usager n'est pas de savoir si à tel moment il a besoin d'une institution de soins et à tel autre d'une structure de soutien social, quand ce n'est pas des deux simultanément, mais de savoir s'il peut compter sans faille sur des professionnels compétents, disponibles et cohérents entre eux.

Le nombre de personnes concernées est important et cela n'est pas encore compris par les décideurs et les élus. Au moindre drame impliquant un malade, on ne manquera pas d'alerter l'opinion publique à coups de discours sécuritaires, mais lors de la première Conférence nationale sur le handicap, le 10 juin dernier, les personnes en situation de handicap psychique ont été totalement ignorées y compris dans le discours du Président de la République. Il nous semble donc important de rappeler

que les troubles psychiques concernent un nombre important de personnes, auxquels il faut ajouter leur famille et qu'il constitue un problème majeur de santé publique.

1°/ Quid du secteur psychiatrique dans la nouvelle logique des territoires et de la mise en place des Agences Régionales de Santé ?

Le secteur psychiatrique est devenu le cri de ralliement de l'ensemble des professionnels de la psychiatrie publique, y compris de la part de ceux qui sont restés longtemps «au chaud» dans leur établissement hospitalier spécialisé. L'émergence des concepts de réseau et de territoire de santé, vécus comme une production des technocrates de la santé coupés des réalités quotidiennes, a suscité inquiétude et incompréhension, car ils signent, pour certains, la disparition de la sectorisation psychiatrique.

Rappelons d'abord la **double dimension de la sectorisation psychiatrique**. A ses origines, elle est avant tout un changement de paradigme des soins : la patient n'est plus un sujet hospitalisé que l'on reverra éventuellement après son hospitalisation en post-cure, mais une personne en interaction avec un environnement familial et social qui lui-même doit être pris en compte : le patient sera soigné dans et avec cet environnement. **Proximité et continuité des soins** sont les maîtres mots et l'hospitalisation ne devient plus alors qu'un des temps de la prise en charge.

Dans un second temps, en 1985, avec sa légalisation (car jusqu'à cette date, il n'avait fait l'objet que de circulaires) le secteur psychiatrique est devenu également un **espace de planification sanitaire**. Aussi, il nous semble essentiel si l'on ne veut pas susciter de confusion de préciser de quel secteur parle-t-on.

Pour notre fédération, le découpage des années soixante qui globalement, a été très peu revu, malgré des changements géo-démographiques importants survenus depuis, n'est pas l'alpha et l'oméga de la sectorisation : le niveau de planification des équipements doit sûrement se situer aujourd'hui à un autre niveau, mais la dimension de proximité et de continuité des soins sur un territoire à dimension humaine reste une des valeurs à laquelle nous sommes très attachés et que nous défendons.

Nous savons que le projet portant réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires est pratiquement achevé et qu'il devrait être examiné prochainement par le Conseil des ministres. Sans prendre de position globale sur ce projet de loi, nous voudrions simplement mettre en avant quelques points. Si l'on peut reconnaître l'intérêt de mieux coordonner les différentes structures hospitalières sur un même territoire et de les regrouper dans les **communautés hospitalières de territoire**, quelle que soit leur activité, y compris psychiatrique, il est important que les missions et les règles d'évaluation de l'activité

soient clairement précisées. Car malgré tout, quoi que l'on pourra affirmer, nous savons, pour l'avoir déjà vécu, qu'il y a un risque de voir discrètement glisser des moyens de la psychiatrie vers d'autres priorités (du fait du coût des équipements lourds en particulier). Nous ne sommes pas certains que le RIMpsy soit vraiment une garantie, malgré le faible recul que nous en avons, et les MIGAC ne reflètent sûrement pas la complexité des tâches et des imprévus d'une pratique de secteur.

Une autre question sur laquelle nous souhaitons attirer votre attention concerne **les offres des structures privées à participer aux missions de service public** nous pensons qu'il faut être vigilant pour que les critères d'évaluation, y compris financiers, respectent les différences des missions. Le secteur privé à but lucratif s'est fortement restructuré avec de grands groupes financiers qui souhaitent être comparés aux structures sanitaires publiques et sont favorables à une convergence tarifaire entre le public et le privé. Or, quoi que peuvent dire certains et aux exceptions près, la population accueillie dans les structures sanitaires privées n'est pas exactement la même que dans le service public (il suffit de demander aux experts visiteurs de la HAS qui ont tous constaté ces différences). De ce point de vue, il faut rappeler avec force que le secteur reste le meilleur moyen de favoriser l'accès aux soins des plus démunis qui en sont souvent les moins demandeurs.

Nous pensons qu'il faudra donc être très circonspects sur les offres que des établissements privés vont faire de participer aux groupements de coopération sanitaire proposés par la loi. Nous insistons pour que les règles soient claires et respectent les charges de travail et les contraintes du secteur public en termes de population accueillie dont il n'est pas certain que les critères du RIMpsy rendent vraiment compte. Si nous n'y prenons garde, ces «coopérations» risquent d'avoir pour effet de mettre faussement en concurrence et non en partenariat deux modes d'exercice de la psychiatrie et d'accélérer l'essor d'une psychiatrie à deux vitesses comme cela menace l'ensemble du dispositif hospitalier (et parfois de manière insidieuse, lorsque des considérations de type libéral avec des critères d'argent viennent ordonner les priorités ou les calendriers de consultation). Ne nous méprenons pas non plus sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui ne peuvent se recouvrir entre le public et le privé à but lucratif.

Une question importante est donc l'avenir du secteur : s'il est acquis que la planification et la répartition des moyens se jouent à un autre niveau, il nous semble que le cadre du secteur reste la bonne dimension (avec les ajustements qui sont ça et là nécessaires) pour **une offre de soins à taille humaine**. Au sein d'un véritable réseau sanitaire et social, le Centre Médico-Psychologique doit rester le pivot des actions de soins et de partenariat avec les structures sociales, au niveau, là du quartier d'une ville, là d'une commune, là d'un canton, là d'une partie d'un département. Si l'on veut développer une meilleure inclusion des équipes psychiatriques dans le tissu social et favoriser les complémentarités avec les

nouveaux outils que peuvent être les SAMSAH ou les SAVS, il faut que les professionnels et les responsables construisent des liens de proximité sur le plan clinique et dans des démarches de contractualisation et de conventionnement. Nous savons que les internes sont attachés à cette pratique du secteur et sont même prêts à demander des temps de stage dans ces structures médico-sociales.

Pourtant on constate déjà que l'aire de définition de la politique de santé mentale est de moins en moins sectorielle et se fait de plus en plus à distance du patient et selon des critères qui s'éloignent des besoins constatés sur le terrain au profit des besoins définis par les tutelles à partir de raisonnements gestionnaires qui écrasent les objectifs proprement sanitaires.

Certes, on peut imaginer que les axes politiques soient définis au niveau de l'Agence régionale de Santé : c'est le projet régional de santé qui définit les objectifs pluriannuels des politiques de santé. Mais pourra-t-on décliner ces objectifs localement sans relais clinique au plus près du terrain et sans un relais administratif au niveau du département. En effet, les relations avec les collectivités locales sont appelées à se développer car celles-ci seront de plus en plus concernées par ces problématiques de santé mentale et de handicap psychique. On peut concevoir qu'un directeur d'agence régionale de santé s'intéresse aux plateaux de chirurgie cardio-vasculaire ou qu'il arbitre des décisions à propos du renouvellement d'un IRM ou d'un Pet scan, mais même si le schéma régional d'organisation médico-social va dorénavant être élaboré au niveau de l'ARS, peut-on vraiment croire que ce directeur aura la disponibilité et la culture pour s'intéresser à la signature d'une convention entre un CMP et un SAVS ? C'est pourquoi nous pensons que la délégation départementale de l'ARS que madame le Ministre de la Santé de la jeunesse, des sports et la vie associative a évoquée dans son discours récent devant le corps préfectoral est un niveau indispensable dans le champ de la santé mentale.

Nous voudrions également dire quelques mots sur la **qualité des soins** qui est à juste titre régulièrement énoncée comme priorité dans la modernisation des établissements de santé. Il faut répéter que s'il est légitime que les contraintes d'hygiène (depuis le lavage des mains jusqu'à l'application de la méthode HACCP et un CLIN opérationnel) s'appliquent aux établissements de soins psychiatriques, la qualité des soins psychiatriques est d'abord une question de moyens humains et d'expérience humaine : on pourra développer tous les protocoles souhaitables pour contenir un patient agité, jamais ils ne remplaceront le savoir être et les capacités de contenance que peuvent donner des bras qui savent entourer un patient, un sourire qui peut soulager ou un mot rassurer, question d'expérience qui ne s'apprend ni dans les salles de cours des IFSI, ni dans les livres. Cela demande des temps de reprise clinique et institutionnelle qui sont de plus en plus difficiles à garantir dans les services, tant la qualité est devenue parfois synonyme de « paprasserie ».

Il faut aussi rappeler qu'on ne peut référer la qualité des soins au «risque zéro», ce qui est illusoire et de l'ordre de la pensée magique. La «qualité» produite par une uniformisation des pratiques, c'est l'illusion de la sécurité sanitaire, médico-légale... et médiatique. La qualité réelle dépend de l'engagement et du sens des responsabilités de chaque professionnel qu'il faut donc développer et encourager.

2°/ Mieux connaître et informer sur le handicap psychique

Il a fallu des années pour que le monde de la psychiatrie s'accommode du terme de handicap qui a été perçu lors de la publication des lois de 1975 comme la volonté d'identifier une catégorie de population pouvant faire l'économie des soins. L'analyse menée par F. Chapireau et la diffusion des travaux de Wood ont permis progressivement de sortir du clivage soins/handicap pour une conception beaucoup plus dynamique et processuelle des conséquences de la maladie sur le plan social.

La loi du 11 février 2005 est un compromis entre l'importance accordée en France à la notion d'incapacité (voire même de déficience) et la conception du handicap retenue par l'OMS qui, avec la CIF, insiste sur le poids de l'environnement.

Cette loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, constitue une avancée importante. elle permet de renouveler la politique française du handicap avec la notion de plan individualisé de compensation, la mise en place de la CNSA et des maisons des personnes handicapées et permet de **passer d'une logique de structures à celle de services**.

Plus spécifiquement, dans notre champ, elle reconnaît que l'on peut être en situation de handicap pour des raisons d'ordre psychique. de ce point de vue, elle ouvre des perspectives qui contribuent à changer la donne de tout le dispositif de soins et d'aide aux malades mentaux. Cela dit, elle affirme également que le handicap n'est pas exclusivement un attribut de la personne, mais avant tout une limitation d'activité et/ou une restriction de participation à la vie en société. Cette limitation est liée à de nombreux obstacles dont beaucoup tiennent à l'organisation même de cette société.

Le plus important n'est donc pas seulement la reconnaissance du handicap psychique, mais le fait que, justement, ceux qu'on appelait jadis les aliénés soient considérés sur le même plan que les autres personnes handicapées, avec la même exigence de solidarité, de compensation du handicap et de recherche de la meilleure autonomie possible. Cela conduit bien sûr à interroger la pertinence des dispositifs «spécifiques» exclusifs, car ils contribuent à alimenter la stigmatisation liée aux troubles psychiques. Mais en même temps, l'accueil de personnes handicapées psychiques a ses exigences.

Définir celles-ci nécessite que cette notion de handicap psychique qui est encore insuffisamment connue fasse l'objet d'études et de travaux de recherche. Il faut comprendre les difficultés à appréhender une forme de handicap qui est intangible, comme l'a écrit Denis Leguay, variable dans le temps, non revendiqué et même dénié par les intéressés eux-mêmes. On conçoit les obstacles que les professionnels du handicap peuvent rencontrer lorsqu'il s'agit d'aborder le projet de vie d'une personne qui doute de son identité et dont le temps logique est différent du nôtre

Il s'agit d'éviter de tomber dans un certain nombre d'écueils, comme celui d'en rester à une approche bienveillante et empathique, ou a contrario de se précipiter dans l'utilisation de référentiels standardisés censés aider à l'élaboration de plans d'action qui hiérarchisent des priorités. De ce point de vue le guide d'évaluation multidimensionnel GEVA mis à la disposition des MDPH devra vraisemblablement être adapté au handicap psychique.

La CNSA a compris cette nécessité et nous attendons les résultats de l'expérimentation actuellement menée sous sa houlette qui vise à analyser sur une quinzaine de sites où ont été constitué des binômes MDPH/équipes de psychiatrie, les démarches d'évaluation communes entre secteurs psychiatriques et équipes pluridisciplinaires des MDPH en matière de handicap psychique avec la perspective de les rendre transposables à d'autres territoires.

Nous avons donc besoin de travaux théoriques et cliniques sur ce qu'est le handicap psychique et d'outils pour aider professionnels et usagers à formuler ces projets de vie à partir desquels seront élaborés les plans de compensation proposés par la commission des droits et de l'autonomie des MDPH.

On sait qu'avec certaines de ces personnes, le plus important reste ce qui ne se dira pas, ce qui ne s'énoncera pas, ne se planifiera pas, ne pourra se prévoir. Avec les affections psychotiques chroniques et particulièrement schizophréniques on sait l'importance de l'inattendu il est donc essentiel de laisser la possibilité de la surprise, de l'inattendu, loin d'un projet «bien ficelé». C'est dire la complexité de la tâche.

Cela passe par la formation des personnels des MDPH, mais aussi par **des modes de coopération entre équipes de santé mentale et équipes des MDPH** il n'y aura pas de politique nouvelle du handicap valorisant la compensation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique si les équipes de psychiatrie (et les professionnels du médico-social) ne s'impliquent pas plus dans les MDPH qu'elle ne l'ont fait dans les COTOREP. Il faut en particulier en finir avec la disparité des taux d'incapacité accordés selon les CDPA (c'était en tout cas flagrant avec les COTOREP) ce qui conditionne par exemple la possibilité de recourir à une tierce personne utile pour cofinancer l'accompagnement social collectif dans un mode de logement banalisé avec la présence d'une gouvernante.

3°/Le médico-social et le social

Le contexte de création du médico-social, lié au concept de handicap lui-même a été associé dans l'esprit des professionnels de la psychiatrie à celle de renoncement aux soins. Le modèle du secteur quasi-exclusivement centré sur la prévalence du soin, a pu apparaître souvent «totalitaire» et méprisant pour les autres institutions sociales et les acteurs sociaux présents dans la Cité. Beaucoup de professionnels du soin ont pensé pendant longtemps que personne d'autres qu'eux n'étaient capables de s'occuper de patients au long cours□ ils confondaient d'une certaine manière les soins proprement dits et la nécessité de prendre soin dans un accompagnement quotidien, car dans leur esprit tout devait être soin.

Nous constatons néanmoins que les mentalités sont en train de changer et que l'image péjorative du médico-social s'améliore. Ce sont même parfois les initiatives des familles de l'UNAFAM qui les amènent à découvrir les effets d'amélioration que peut offrir un SAVS. Citons pour mémoire le film «Faire reflourir en moi la vie», réalisé dans un SAVS d'une association «Espoir» à Nancy, qui montre l'impact d'une telle structure sur la vie de patients/handicapés psychiques (on voit bien qu'il s'agit des mêmes personnes et que leur catégorisation est simplement liée au regard qu'on leur porte). Il est de plus en plus admis également que les démarches de réhabilitation psychosociale demandent des outils qui ne sont pas ceux des soignants et qu'il y a d'autres professionnels capables d'aider les personnes handicapées psychiques à développer par exemple des habiletés sociales. Il y a une dizaine d'années pourtant, des intervenants étrangers venus participer à un colloque à Angers sur la réhabilitation psychosociale, s'étonnaient de la place prévalente des psychiatres dans ce colloque.

Mais ces personnes en situation de handicap du fait de leurs troubles psychotiques doivent également être assurées d'une permanence des soins. Ce sont les deux à la fois : soin et accompagnement social dont elles ont besoin□ il ne s'agit pas de choisir l'un ou l'autre ou l'un contre l'autre, mais de proposer l'un et l'autre avec des professionnels respectifs qui se reconnaissent comme partenaires.

Pour nous, il existe deux cultures qui, aujourd'hui encore, ont tendance à s'ignorer voire à se concurrencer□ une logique du soin et une logique de l'accompagnement qui mobilisent toutes deux des métiers différents. Ces deux logiques, ces deux cultures doivent être complémentaires et même souvent contemporaines. C'est ce qu'ont bien compris les acteurs du CRCSM de la région Rhône-Alpes qui se sont préalablement employés à fonder, selon leurs propres termes, **une culture commune**. Il s'agit de dépasser l'idée que le sanitaire doit ou peut tout faire, comme on le voit encore aujourd'hui dans certaines structures de secteur où l'on ignore complètement le social, et, à l'opposé, que le social prétende faire tout seul, en faisant l'économie des psychiatres. Il ne s'agit pas que les professionnels du soin se mettent à faire du

social, ni que les professionnels du social veuillent se substituer aux soignants, mais que les uns et les autres puissent se rencontrer et construire ensemble une nouvelle culture, un métissage au sens noble du terme où les uns et les autres s'enrichissent de leurs pratiques respectives et de leurs différences.

De ce point de vue, nous ne pensons pas -ce qui n'a pas toujours été le cas - que ce soit nécessairement la meilleure solution que l'hôpital gère du médico-social, d'une part parce que souvent cela conduit simplement à identifier autrement des unités de patients chroniques très déficitaires et souvent plus ou moins oubliés, dans le seul but que l'établissement hospitalier conserve ses moyens, alors même que ses propres missions telles qu'elles ont été définies et validées dans les projets de soins n'ont pas encore totalement mises en oeuvre. Il est essentiel que les acteurs concernés s'interrogent sur leur mission première inscrite dans les projets de leur institution (eux-mêmes inscrit dans les schémas de territoire) source de leur légitimité. Nous l'avons dit, il vaut mieux chercher à faire se rencontrer deux cultures différentes et complémentaires que de vouloir faire ce que d'autres feront mieux que vous.

Une inquiétude souvent rencontrée chez les acteurs du soin est que l'on fasse glisser des moyens de l'enveloppe sanitaire vers le médico-social. Lorsque l'on ne cesse de mettre en avant la question du financement des soins, on comprend que la tentation soit grande. Nous avons néanmoins pris connaissance de la circulaire du 19 mai 2008 qui stipule que les opérations de transformation de capacités sanitaires en structures médico-sociales accompagnées d'un transfert concomitant des crédits sanitaires à l'enveloppe médico-sociale ne pourraient être qu'exceptionnelles et justifiées par des considérations régionales très spécifiques. Nous espérons que cette circulaire sera appliquée et renouvelée, car les soins de proximité permettant d'anticiper sur des hospitalisations sont encore en maints endroits en situation déficitaire.

Il faut absolument éviter la politique des vases communicants et faire du médico-social une variable d'ajustement du dispositif sanitaire. Le médico-social n'est pas fait pour réduire la durée de séjour des patients en psychiatrie, mais pour apporter un mode d'accompagnement, soit en ambulatoire, soit en matière d'hébergement et de vie quotidienne, qui ne se substitue pas aux soins mais en est un complément et parfois même une condition.

Mais il faut souligner dans le même temps que la continuité du soin est également une condition pour que les personnes concernées puissent bénéficier de ces modalités d'aide à vivre. Il en est de même pour des structures sociales comme les SAVS, dont les offices sociaux croix marine des années 50 étaient une préfiguration. Il faut insister sur cette simultanéité du soin et de l'accompagnement et non penser ces deux champs dans une logique d'alternance, même si pour certaines personnes le recours au soin a tendance à se réduire de plus en plus... mais

attention à l'illusion de croire, que ce soit du côté du patient ou des acteurs sociaux que l'on peut en faire l'économie... car cela conduit le plus souvent à l'échec et à une nouvelle hospitalisation avec la souffrance que cela implique surtout si l'on doit recourir à une HDT. Il faut d'ailleurs souligner que dans de nombreuses occurrences, ce sont les équipes de secteur (et a fortiori les libéraux) qui se dérobent aux sollicitations par exemple des CHRS qui accueillent des plus en plus de personnes, certes en situation de précarité, mais dont l'état psychique justifie la mise en œuvre de soins.

Nous ne pensons pas que la psychiatrie moderne puisse se satisfaire d'un modèle où coexisteraient des services psychiatriques privilégiant une approche strictement médicale dans les moments de crise et un dispositif social et médico-social au rabais gérant la vie des usagers au quotidien. Il s'agit au contraire que la psychiatrie (en y incluant les psychiatres libéraux) élabore en commun des projets avec les acteurs du social et les professionnels du médico-social présents sur les territoires, de telle sorte que l'on puisse garantir à la fois une continuité des soins, un hébergement personnel, un revenu minimum et un accompagnement quotidien de qualité (avec le recours possible d'un GEM et d'un SAVS). C'est cela qu'attendent les personnes souffrant de troubles psychiques au long cours et leurs familles.

Les groupements de coopération sanitaire prévus dans le projet de loi pourront effectivement contribuer à favoriser des modes de coopération privilégiés entre établissements de santé public et secteur médico-social, mais ces groupements n'auront d'efficacité que s'ils sont l'expression d'une évolution des acteurs sur le terrain soutenu par un niveau de tutelle intermédiaire plus proche d'eux que l'ARS.

Dans ces partenariats à développer entre champ sanitaire psychiatrique et structures médico-sociales, nous voudrions souligner le rôle de «[passeur]» que peuvent avoir les associations 1901 œuvrant en lien avec le service public de psychiatrie, sur la base de l'article L3221-2 du code de la santé elles ont le plus souvent été créées à l'initiative des équipes soignantes et elles sont généralement soutenues par les directions des établissements hospitaliers. Nous souhaiterions que vous rappeliez l'existence de cette composante du tissu de la psychiatrie ayant fait le constat que certains directeurs étrangers à cette culture ne pouvaient imaginer qu'une association pouvait être un facilitateur de liens mais uniquement une anomalie dans une logique managériale et financière de pointe.

Nous voudrions enfin souligner à propos du champ médico-social que le constat évoqué dans notre introduction sur les postes vacants est également valable pour celui-ci. Du fait de la quasi-impossibilité de recruter des psychiatres, les directeurs transforment les organigrammes initialement prévus, au point qu'il ne s'agit plus que de temps «[en pointillé]» qui ne permettent plus d'assurer d'autres tâches que médico-administratives (certificats).

Nous ne développerons pas le problème de l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques sur laquelle la DGAS, la CNSA et l'AGEFIPH se sont interrogés il y a un peu plus d'un an. Cette démarche semble restée sans suite, mais il existe un certain nombre d'associations qui œuvrent depuis des années dans ce domaine ; certaines sont adhérentes depuis longtemps de notre mouvement et plusieurs d'entre elles ont formé un réseau très dynamique sur cette problématique difficile, le réseau Galaxie.

4° / La pédopsychiatrie et le médico-social enfant et adolescent.

Dans le champ de l'enfance, il existe depuis longtemps une complémentarité entre les secteurs infanto-juvéniles inégalement pourvus et le secteur dit de « l'enfance handicapée » qui existait sous le nom « d'enfance inadaptée » antérieurement aux lois de 1975. Dès l'instauration de la sectorisation, il était proposé (circulaire de mars 1972) une complémentarité avec les CMPP et les IME dans une logique que l'on pourrait dire de réseau qui a été freinée par les lois de 1975 et le clivage qu'elles ont introduit entre les deux champs.

Plus qu'en psychiatrie générale l'opposition entre soins et médico-social était souvent artificielle et là où l'offre était insuffisante, on voyait régulièrement des enfants proposés simultanément en hôpital de jour et en IME lorsque ce n'était pas également en institut de rééducation (actuels ITEP), en tout cas, les passages d'un champ à l'autre étaient fréquents. Il ne faut d'ailleurs pas oublier que la nouvelle mouture des annexes XXIV de 1989, soulignait la dimension non exclusivement pédagogique de ces établissements qui devaient avoir également une composante thérapeutique. Les dernières années ont été marquées par la plus grande ouverture de l'Ecole aux enfants dits handicapés dont ceux suivis par les secteurs de psychiatrie infanto-juvéniles et la transformation de places d'IME par des SESSAD. Enfin, il faut rappeler que les instituts de rééducation sont devenus des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques ; en principe, ce renforcement de la composante psychiatrique devrait se traduire par une augmentation du nombre de postes de psychiatres, mais là non plus la réalité ne suit pas.

Le fonctionnement des CDES dans lesquelles les pédopsychiatres de service public étaient présents avait pendant de nombreuses années globalement bien régulé les orientations des enfants, même s'il y avait un consensus pour dénoncer le manque de places en particulier pour les autistes (dont on sait qu'il fallait les orienter pour beaucoup en Belgique). Le plus important dans le mode de fonctionnement antérieur était l'existence des CCPE pour les enfants de maternelle et du primaire et des CCSD pour ceux du secondaire, qui permettait un travail de proximité avec l'institution scolaire (pédagogues, assistantes sociales et médecins de l'Education nationale) ; cela permettait de n'orienter vers la CDES que les enfants qui

nécessitaient une admission en institution spécialisée, les autres pouvant être adressés à un CMP ou un CMPP avec parfois des aménagements pédagogiques concertés avec l'école. La suppression de ce niveau de travail pluridisciplinaire de proximité a eu pour effet que les enfants qui posent problème au sein de l'école sont immédiatement adressés à la MDPH avec des parents qui ne comprennent pas cet étiquetage et la lourdeur des démarches. Cela a par ailleurs pour effet de retarder parfois des prises en charge ambulatoire (elles-mêmes compromises par la saturation de presque tous les CMP et CMPP). Une évaluation de ces fonctionnements nous semble souhaitable.

Le plan psychiatre et santé mentale a prévu de renforcer l'offre médico-sociale en ITEP et SESSAD avec en particulier le financement de 300 places nouvelles d'ITEP. Il reste que rien ne garantit que l'on pourra recruter les psychiatres que le sigle «Thérapeutique» exige plus que jamais.

Cette situation est inquiétante car il a fallu de nombreuses décennies pour construire un dispositif qui a su évoluer en lien avec la demande des parents (l'UNAPEI elle-même est aujourd'hui plus demandeuse de services que de places) et il est important que ce dispositif essentiellement associatif puisse garder son potentiel indispensable pour poursuivre son évolution.

III Les problèmes démographiques et de formation

1°/ Les problèmes de démographie

Nous avons évoqué dans nos prolégomènes la situation inquiétante de la démographie des psychiatres, mais ne nous voilons pas la face, le problème majeur est celui de leur répartition. Avec un nombre qui est appelé à se réduire, il est urgent de prendre ce problème à bras le corps, car il n'est pas tolérable de laisser s'installer ce que notre ministre, en évoquant également le nombre de postes de médecins de santé publique non pourvus, devant le corps préfectoral, appelle à juste titre les déserts médicaux.

Nous ne pouvons que nous féliciter de l'augmentation du nombre de places ouvertes à l'examen classant en psychiatrie qui était passé à 300 en 2005, mais après trois années à ce chiffre, il est retombé à 280 en 2008. Cela dit, l'augmentation du nombre de places offertes n'aura aucun impact si ces futurs psychiatres s'installent en libéral à Paris, Bordeaux ou Nice.

Depuis des années, on parle de mesures incitatives (c'est toujours comme cela que l'on s'adresse aux médecins), mais on sait ce que cela donne. Nous ne préconisons pas

un enrégimentement des médecins, mais rappelons néanmoins que depuis longtemps, on a bien su réguler l'installation des pharmaciens. Faut-il imaginer que les jeunes médecins dont le coût des études est pris en charge pour l'essentiel par la collectivité, soit astreints à exercer d'une manière ou d'une autre durant quelques années dans des régions découvertes ? Doit-on conditionner la possibilité d'une installation dans les zones déjà suréquipées à notre première hypothèse ? Nous n'avons pas de solution toute faite à proposer, mais la création des ARS ne réglera pas ce problème magiquement et nous formulons le vœu qu'il devienne réellement une priorité.

2°/ Les problèmes de formation

Nous ne ferons que survoler cette question pour souhaiter que l'on se penche sur le fonctionnement des IFSI qui pour beaucoup d'entre eux n'offrent qu'une formation très insuffisante en psychiatrie. Les jeunes infirmiers/infirmières (force est de constater que la présence masculine manque de plus en plus dans les services) n'ont pas reçu de formations adaptées à cette discipline ; elles sont souvent en nombre insuffisant dans les services et l'on comprend qu'elles s'angoissent rapidement, ce qui explique pour une grande part le recours de plus en plus fréquent aux mesures de contention ; cela n'est pas néanmoins sans retombées sur la qualité des soins et la dignité accordée aux patients, malgré l'application de protocoles validés par la Haute Autorité de Santé.

On peut donc s'interroger sur la formation des infirmiers ; la question d'une formation complémentaire pour les infirmiers travaillant en santé mentale qui existe dans certains pays et dans d'autres spécialités (par exemple en anesthésie) n'a pas été résolue, mais elle est néanmoins nécessaire. Le recours au tutorat a été une excellente idée et il est souhaitable de poursuivre cette démarche en bénéficiant encore des quelques infirmiers de « la vieille école » qui restent en activité.

Nous voudrions également souligner qu'il existe dans le médico-social des professionnels qui n'avaient au départ aucune formation psy et qui à force de côtoyer, année après année des personnes atteintes de troubles psychotiques chroniques ont acquis une expérience qui pourrait être partagée avec de jeunes infirmières. Nous ne nous étendrons pas sur cette question, mais il serait souhaitable de décroisonner également les formations y compris les formations initiales.

IV les politiques de santé publique

Nous avons déjà souligné que la psychiatrie et la santé mentale relevaient de la santé publique, discipline bien mal en point également dans notre pays. Dans notre discipline, les travaux de recherche épidémiologique sont peu nombreux et les démarches d'évaluation des pratiques exceptionnelles.

Une politique de santé ne peut non plus se passer des médecins généralistes. Malheureusement en France, malgré l'examen classant incluant toutes les spécialités y compris maintenant la médecine générale, ce sont rarement les premiers qui choisissent cette discipline qui devrait être le pivot d'un système de santé moderne. C'est un problème complexe, mais notre système apparaît bien à bout de course lorsqu'on le compare à de nombreux pays voisins. Quoi qu'il en soit, on aura besoin des généralistes pour répondre aux besoins en matière de troubles psychiques et il est nécessaire de contribuer à leur formation continue et de préciser leur place dans le dispositif de distribution des soins.

Un certain nombre d'actions de promotion de la santé mentale avaient été programmées dans le plan psychiatrie et santé mentale avec une mobilisation de l'INPES. Des actions spécifiques ont été conduites en particulier en matière de prévention du suicide.

Depuis la publication du plan, on a vu également la campagne initiée par le Centre collaborateur OMS avec l'UNAFAM, la Fnapsy et l'Association des maires de France sur le thème «*Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques*» avec l'utilisation d'affiches présentant une image de Rorschach. Si de telles campagnes sont intéressantes, leur impact nous semble néanmoins très limité.

De même quel poids peuvent avoir des spots de l'INPES, à côté des représentations véhiculées quotidiennement par la presse dans les faits divers ou les feuilletons de TF1 ou M6.

En revanche, nous sommes convaincus que l'implantation d'un GEM en pleine ville, parfois dans la rue principale comme nous avons eu l'occasion de le constater, interpelle indéniablement la population (lorsqu'il s'agit par exemple d'un bistrot sans alcool) et que cela peut avoir des effets à plus long terme sur la représentation des troubles psychiques dans la population.

En conclusion

Nous espérons que la large concertation menée par votre commission conduira à dégager des points d'accord qui permettront de conforter une démarche qui tend à la fois à mieux intégrer la psychiatrie dans l'ensemble du dispositif sanitaire français au moment où celui-ci connaît une réforme de structure radicale et de mieux l'articuler avec tous les acteurs qui oeuvrent pour améliorer l'état de la santé mentale dans notre pays.

Nous avons délibérément laissé de côté de nombreux points que nous aurions souhaité aborder y compris des questions essentielles comme la réforme de la loi de 1990 sur les hospitalisations sous contrainte, les problèmes liés à la précarité et à la pauvreté (mais vous avez écouté le directeur de l'ORSPERE), les rapports de la psychiatrie avec la Justice qu'il s'agisse de la présence de la psychiatrie au sein du système pénitentiaire ou de l'application de la loi du 17 juin 1998.

Nous avons choisi de nous focaliser sur les préoccupations privilégiées des acteurs de terrain qui, au sein du champ associatif, continuent de croire à la possibilité de développer des solidarités autour de la souffrance psychique et de faire travailler ensemble professionnels du soin, travailleurs sociaux, élus, en lien avec les familles et les usagers eux-mêmes. La qualité des soins que nous souhaitons tous, ne sera jamais réductible à de stricts repères médicaux objectivables, car il ne peut y avoir de soins dans ce champ du psychisme que dans la reconnaissance de l'altérité et dans la dimension de l'intersubjectivité qui en est la condition. S'il est un secteur de la médecine où la référence à la démocratie sanitaire, chère à l'un de nos anciens ministres de la santé, peut avoir un sens c'est bien dans ce champ de la psychiatrie et de la santé mentale, mais il y a encore du travail à réaliser pour que chaque usager puisse être reconnu citoyen à part entière comme nous y incite les lois récentes. Nous espérons que les fruits de votre travail y contribueront.