

éducation
POUR LA
santé
pour mieux vivre

LA Santé

de l'homme



Santé mentale

Des partenariats et des actions à promouvoir

359

Mai-Juin 2002 - 6 €

Vous travaillez dans les secteurs de l'éducation, de la santé ou du social ?

LA Santé de l'homme



Un outil de travail et de réflexion pour les acteurs de l'éducation pour la santé.

Avec six numéros par an, *La Santé de l'homme* vous permet de :

- suivre l'actualité de l'éducation pour la santé
- actualiser vos connaissances
- éclairer les pratiques et les méthodes d'intervention



Je souhaite m'abonner au tarif :

- France métropolitaine 1 an (6 numéros) **28 €**
- France métropolitaine 2 ans (12 numéros) **48 €**
- Étudiants 1 an (6 numéros) **19 €**
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros) **38 €**

• Soit un montant de €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

- Éducation des patients... formation des soignants, N° 341.
- Famille et santé, N° 343.
- Pratiques créatives, N° 344.
- Regards sur les dépendances, N° 347.
- De l'hygiène à la santé, N° 349.
- Handicaps : éduquer notre regard, N° 350.
- La démarche communautaire : un état d'esprit, N° 351.
- Jeunes et communication, N° 352.
- Les métiers de l'éducation pour la santé, N° 353.
- Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354.

• Soit un montant total de €

Ci-joint mon règlement par chèque bancaire chèque postal à l'ordre de l'INPES. Veuillez me faire parvenir une facture

Nom

Prénom

Organisme

Fonction

Adresse

Date et signature :

Aller de l'avant...

Le 4 mai 2002, le CFES a été remplacé par l'INPES. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé est un établissement public et a des missions élargies à tout le domaine de la prévention. Le capitaine du navire CFES que j'étais quitte donc ses fonctions et, à cette occasion, j'aimerais vous faire partager quelques réflexions.

Que dire de ces sept années – 1995 à 2002 – où j'ai eu l'honneur et la joie – au plein sens spinozien de sentiment d'exister et d'agir – d'être aux commandes du bateau CFES qui avait la chance d'être, en réalité, le pavillon d'une flotte de plus de cent vingt bateaux (les comités d'éducation pour la santé) ?

Le contexte a été porteur bien qu'ardu. Le chemin parcouru a été considérable mais bien minuscule à l'aune des besoins et des attentes. Les défis de l'avenir sont à la fois énormes et exaltants.

Au cours de cette période, notre action d'éducateurs de santé a été portée par une représentation sociale de la santé à la fois puissante et très ambiguë : suivant la phrase de G. Canguilhem « *la santé a remplacé le salut* »,

Le CFES a été pour moi un métier-passion...

elle s'est assimilée au bien-être, elle est devenue une valeur mais aussi, dans notre monde consumériste, une marchandise, un droit. Cet arrière-plan idéologique

est extrêmement facilitateur, en particulier pour notre action médiatique. Il constitue aussi une menace éthique car notre conception de la santé est moins impérialiste : la santé est une ressource, elle est au service de... projets de vie et de société.

Nous avons été fortement aidés, également, par la légitimation de la prévention liée à l'épidémie de sida et par l'émergence de l'éducation thérapeutique du patient due à la « pandémie des maladies chroniques » associée au vieillissement de la population. La prise de conscience du rôle de la précarité et des inégalités en tant que déterminants de la santé a donné plus de place au rôle de l'éducation à la santé. Du point de vue administratif, la régionalisation de la politique de santé, les emplois jeunes, ont accru les moyens du domaine le plus important de notre action : le travail de terrain.

En contrepoint de ces facteurs facilitateurs, nous avons pâti du poids des exigences bureaucratiques, de la rivalité entre les financeurs et de la prégnance de l'image, de la recherche du « coup » qui frappe les esprits, sur le travail de fond. Nous avons aussi subi au CFES, comme dans certains comités d'éducation, de vives résistances internes au changement. Mais les débats qui ont opposé le niveau national à l'action de proximité, les métiers de la communication à ceux de l'éducation, les discussions autour de la « peur » comme moteur ou comme frein ont plutôt mûri notre réflexion.

Dans ma lettre adressée le 15 octobre 1994 au Président du CFES pour étayer ma candidature au poste de Délégué général du CFES, j'écrivais : « *intégrer pleinement l'éducation à la santé dans le champ de la santé publique, articuler au mieux l'institution avec tous les décideurs, améliorer sa coopération avec les responsables locaux et les professionnels de terrain, travailler en étroite liaison avec les administrations de contrôle, conduire une équipe, faire appel aux techniques de communication les plus appropriées, veiller à la rigueur de la gestion : autant de tâches que j'aimerais pouvoir conduire, dans le but de renforcer la crédibilité et l'efficacité de la politique d'éducation à la santé* ».

Ce n'est pas à moi de dire si le CFES a avancé dans les directions alors esquissées et si *La Santé de l'homme*, sur le fond comme sur la forme, a pu en refléter l'évolution. Ce qui m'a surtout intéressée dans ma mission au CFES a été de donner du « sens » à notre travail : signification aux mots, orientation à l'institution. Mais ici, le « moi » doit céder la place au « nous » tant il s'agit d'une œuvre collectivement accomplie, y compris avec le réseau des comités qui a été constamment une priorité. Je rends hommage ici aux personnalités qui m'ont personnellement guidée et soutenue, avec une force particulière : F. de Paillerets, J.-P. Deschamps, F. Baudier, R. Demeulemeester, M. Depinoy... Mais la caractéristique des vrais « chefs » n'est-elle pas « *qu'une fois leur but atteint, les gens diront "nous avons fait cela nous-mêmes" ?* »*.

Le CFES a été pour moi un métier-passion : passion pour l'objet – noble et utile – qu'est l'éducation à la santé, goût pour la démarche intellectuelle qu'elle requiert, découverte du monde de la communication et des éducateurs de terrain, émerveillement devant l'inventivité et parfois la beauté de certaines réalisations : des spots télévisés impliquants et émouvants, des affichettes interpellatives, des coffrets pédagogiques ludiques, des CD de rap, des romans-feuilletons...

Une nouvelle ère s'est ouverte. Elle est le fruit de nos efforts à tous : l'éducation pour la santé a été reconnue comme mission de service public. C'est une consécration. C'est aussi un défi. Cette mutation requiert un nouvel élan, une vision plus ample (l'horizon devient le réseau de l'ensemble des acteurs de prévention), des méthodes de travail différentes, un nouveau style.

Bienvenue à tous ceux qui prennent le relais. Nous avons confiance dans leur esprit de responsabilité et dans leur professionnalisme. Bienvenue en particulier à Philippe Lamoureux qui prend la direction générale de l'INPES. Inspecteur général des affaires sociales, il a une expertise reconnue en matière de santé publique et de gestion d'établissements publics. C'est avec espoir et avec la sérénité du devoir accompli que je lui transmets le flambeau.

Bernadette Roussille

* citation de Lao-tseu

Numéro spécial

Santé mentale : des partenariats et des actions à promouvoir

Présentation

Sectorisation psychiatrique et santé mentale : vers une nouvelle dynamique partenariale

Nathalie Cuvillier 5

I. Atténuer la stigmatisation des maladies mentales

Une approche sociologique de la santé mentale

Michel Joubert 6

Objectifs d'une campagne d'information auprès de la population

Aude Caria 10

Les campagnes d'information en santé mentale : quelques exemples internationaux

Stéphanie Wooley 13

L'audiovisuel au service de la santé mentale

Alain Bouvarel 15

II. Droits des malades et rôle des associations d'usagers en santé mentale

Les nouvelles modalités d'accès des usagers à l'information médicale

Nathalie Cuvillier 17

Le rôle des associations d'usagers en santé mentale

Claude Finkelstein 19

Évolution des rapports entre usagers et professionnels

Alain Pidolle 21

III. Développer des partenariats en santé mentale

Évolution des compétences des professionnels de la santé mentale

Gérard Massé, Serge Kannas 23

La pédopsychiatrie au pays de l'éducation
Yves Buïn 27

La santé mentale au travail

Michel Debout, Thierry Faict 29

La demande des politiques aux psychiatres

Laurent El Ghazi 32

Les partenariats professionnels : activité libérale et secteur de psychiatrie

Marie-Christine Hardy-Baylé 35

L'évaluation des besoins de soin en santé mentale

Viviane Kovess 39

Du soin à la réinsertion

Marcel Jaeger 41

Insertion sociale et professionnelle : l'attente des usagers

Jean Canneva 43

IV. Développer des programmes spécifiques de prévention

Repérer et prendre en charge des personnes en crise suicidaire

Murielle Rabord, Jean-Louis Terra 46

Le suicide des personnes âgées

Michel Debout, Thierry Faict 48

Des mineurs en grande difficulté

Danielle Barichasse, Jean-Yves Fatras 50

Souffrance psychique et souffrance sociale

Jean Furtos 51

La santé mentale dans l'esprit d'Ottawa
Fabien Tuleu 53

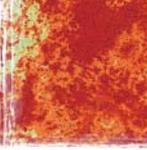
Pour en savoir plus

Catherine Lavielle et Anne Gareau 55

Dossier coordonné par **Nathalie Cuvillier**, Chef du Bureau de la Santé mentale, Sous-direction de la santé et de la société, direction générale de la Santé, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées et **Véronique Espérandieu**, chargée de mission auprès du Directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Illustrations : Emmanuelle Houdart

359



Sectorisation psychiatrique et santé mentale : vers une nouvelle dynamique partenariale

La pratique professionnelle dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale est en profonde évolution. La prise en compte grandissante des besoins de santé mentale – appuyée notamment sur la connaissance épidémiologique des troubles et de leur retentissement fonctionnel –, l'inflation des demandes et l'irruption dans le champ social et éducatif des problématiques de santé mentale conduisent les professionnels à proposer de profondes transformations dans les modalités d'intervention. Les représentations attachées à la maladie mentale ou aux problèmes d'ordre psychologique en sont également modifiées.

Des problématiques spécifiques de santé publique (suicide, précarité, mineurs en grande difficulté, agresseurs sexuels, etc.) appellent des réponses qui dépassent le champ de la santé et qui ne peuvent cependant se dispenser de l'appui des professionnels spécialisés en psychiatrie. Ces approches imposent de réaffirmer l'identité de ces professionnels spécialisés, identité en lien direct avec leurs compétences psychopathologiques. Il n'en demeure pas moins que la santé mentale constitue un réel enjeu de société auquel sont notamment confrontés les élus locaux dans leur responsabilité à l'égard de leur concitoyens.

En outre, la structuration des associations représentant les intérêts des usagers, ainsi que la nature même des troubles de santé mentale dans leur triple dimension – biologique, psychologique et sociale – obligent les professionnels au partenariat, concrétisé dans sa forme la plus aboutie par le travail au sein de réseau de santé.

Une nouvelle dynamique est à l'œuvre. Elle s'est notamment traduite par la production de plusieurs rapports sur la psychiatrie et la santé mentale (Cour des comptes, rapport des Drs Piel et Roelandt, rapport Charzat, etc.). Ces contributions ont permis l'élaboration d'un plan « santé mentale » proposant, en lien avec les professionnels, de poser les bases d'une rénovation

de la politique de psychiatrie et de santé mentale. Ces évolutions méritent d'être accompagnées par les responsables institutionnels et soutenues activement par les professionnels spécialisés, dont bon nombre ont saisi l'importance des changements en cours. C'est avec l'ensemble des professionnels, dans le cadre d'une prise de conscience collective des transformations à conduire pour redonner aux principes fondateurs de la sectorisation psychiatrique toute leur efficacité, que seront surmontées les graves difficultés actuellement rencontrées par certains dans des zones le plus souvent rurales ou semi-rurales jugées peu attractives par les professionnels.

L'adoption d'un plan de santé mentale en novembre dernier, au sens d'une véritable programmation en santé associant l'État, les élus locaux, les usagers et les professionnels sanitaires et sociaux et proposant des outils juridiques d'appui (contrats pluriannuels de développement de la santé mentale, conseils locaux ou territoriaux de santé mentale, etc.) constitue une première réponse à l'importance des besoins constatés dans le champ de la psychiatrie et plus largement dans celui de la santé mentale. L'un des facteurs de réussite réside essentiellement dans la détermination et la continuité des actions entreprises au regard de l'objectif visant à mieux répondre aux besoins des personnes, à la fois pour maintenir ou améliorer l'état de santé et garantir le respect des droits des personnes fragilisées par une santé mentale déficiente.

Le présent numéro de *La Santé de l'homme* s'applique à faire le point de ces évolutions afin de proposer une nouvelle approche de la politique de santé mentale, notamment dans sa dimension de prévention et d'éducation à la santé.

Nathalie Cu villier

Chef du Bureau de la santé mentale,
 direction générale de la Santé,
 ministère de la Santé, de la Famille
 et des Personnes handicapées, Paris.



Une approche sociologique de la santé mentale

À partir d'une réflexion sur les définitions de santé mentale et de maladie mentale, le sociologue Michel Joubert tente de faire apparaître les dimensions individuelles et les représentations sociales de ce champ. Une mise à distance indispensable à l'action en santé publique, comme le prouve actuellement le travail sur les questions de précarité.

Parler de santé mentale en France s'est longtemps résumé à parler de psychiatrie, de soins ou de « conduites déviantes » (suicide, toxicomanie) (1). Pourtant, dans beaucoup de pays, cela fait près d'une vingtaine d'années que la conception de la santé mentale s'est élargie en intégrant un ensemble de déterminants relatifs aux interactions entre les individus et leur environnement, qu'il s'agisse de la santé mentale des jeunes (2), des migrants (3), de la santé mentale au travail (4), des politiques de prévention (5) ou de l'impact de la pauvreté (6).

Au contraire de la maladie, la santé mentale ne cristallise pas socialement ou institutionnellement (bases biologiques établies, statut des personnes touchées, professionnels et instances spécialisées, interactions explicitement centrées sur la gestion du phénomène). Elle apparaît en premier lieu comme un espace de représentation (7), traversé par divers marqueurs sociaux et culturels qui la positionnent à l'interface de problématiques plus objectives comme le travail, la famille ou la position sociale. La dimension subjective et relative de la définition de la santé par l'Organisation mondiale de la santé (sentiment de bien-être ou de mal-être) se trouve renforcée avec la santé mentale où la qualité de la « vie mentale » (corrélée aux conditions de vie) et les variables psychosociales (respect, protection, promotion) se trouvent placées au premier plan (8). Travailler sur la santé mentale aujourd'hui revient à aborder conjointement la manière dont les « problèmes » sont produits socialement,

dont ils se manifestent et sont intégrés par les personnes et dont ils sont pris en compte par les différentes catégories de professionnels concernés, psychiatres compris. Pour comprendre la manière dont émerge aujourd'hui cette demande sociale, il faut d'abord décodifier les débats de définition.

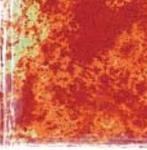
Un enjeu et une lutte de définition

Aborder le champ de la santé mentale suppose d'abord de tracer clairement les lignes de partage et d'interaction avec les phénomènes relevant strictement de la maladie mentale. Il existe une difficulté à penser les deux termes comme participant d'un même champ : le premier terme (santé mentale) renvoie à une grande pluralité de facteurs (déterminants sociaux, environnementaux et individuels de la santé), alors que le second (maladie mentale) rend compte d'une modalité particulière de classement, de gestion et de traitement des troubles psychiques. La tendance dominante consiste – depuis les années quatre-vingt – à penser les questions de santé mentale à partir d'un modèle dichotomique à dominante médicale (être en bonne santé mentale/être malade mental). Ce modèle présuppose que les personnes qui connaissent des troubles sur le plan psychique entrent dans une pathologie avec des symptômes répertoriés qui peuvent relever de catégories médicales spécialisées (9). Nous aurions, d'un côté, une « santé mentale positive » (10) et, de l'autre, des pathologies reconnues susceptibles de faire l'objet de soins spécialisés. Cette vision duale n'a

pas permis de comprendre les « états intermédiaires » (tensions, formes de détresse, niveaux de vulnérabilité) qui portent des souffrances et appellent des secours, ni les processus (déstabilisation, potentialisation, *feedback*) qui permettraient d'agir préventivement sur les différentes formes d'aggravation ou de passage à l'acte. Pour rester dans une « santé mentale positive », il suffirait de préserver des équilibres relationnels et un bon soutien social, de bénéficier de conditions de vie satisfaisantes et d'activités valorisantes. Or, on connaît bien les limites et le dilemme portés par ce type de préconisations : la prévention reste incantatoire et ce sont les déterminants pathologiques qui dominent l'orientation des politiques publiques (soins, prise en charge). Nous avons longtemps connu la même équation dans le domaine de la toxicomanie (12).

Il est possible de distinguer trois orientations dans la définition du champ de la santé mentale qui renvoient à trois logiques d'intervention. La santé mentale considérée comme un capital se rapproche de la promotion de la santé. La santé mentale comme domaine d'expression de la souffrance intègre des composantes sociales et culturelles. Enfin, la santé mentale considérée comme le plan où les individus se confrontent à l'adversité, s'adaptent ou recherchent de nouveaux équilibres.

Les synthèses nord-américaines relatives aux réalités et processus concernés recensent plusieurs composantes psychosociales qui rendent bien compte de la modélisation des attentes



de la société à l'égard des individus : l'estime et l'acceptation de soi, la réalisation de ses potentiels (développement personnel, autonomie, objectifs de vie, maîtrise de l'environnement), la capacité à se maintenir en forme, l'engagement dans des relations significatives et positives avec autrui, et le bien-être psychologique. R. Massé, un anthropologue québécois de la santé (15, 16), a tenté d'identifier des « idiommes de détresse », c'est-à-dire les formes et les canaux d'expression (culturels et sociaux) permettant aux individus d'exprimer la souffrance psychosociale et le

malheur intime (17). Il les regroupe (18) autour de quatre pôles : les logiques d'autodévalorisation (ou de dépréciation de soi)/les mécanismes de démoralisation (perte de sens, pessimisme à l'égard du futur)/l'angoisse et le stress/le retrait, avec le repli sur soi et l'isolement social. Parler de ce que l'on ressent de négatif sur « soi » est vécu comme une marche de plus dans la dévalorisation (19) ; pour « garder la face », on aura tendance à masquer, occulter ou euphémiser. Cela vaudrait dans les relations conjugales, les relations entre pairs chez les adolescents comme dans les relations ordinaires de sociabilité. Cette difficulté a d'importantes incidences sur le plan social : les attitudes de repli viennent bouleverser les interactions sociales et les logiques de soutien ; la dévalorisation conduit à abaisser le seuil d'interpellation à l'égard des intervenants sociaux ; la démoralisation peut conduire l'individu à « prendre sur lui », c'est-à-dire à se considérer comme seul responsable des difficultés qu'il rencontre.

La santé mentale peut enfin être appréhendée du point de vue des logiques d'adaptation et dans lesquelles s'inscrivent les personnes. L'attention est alors portée sur les ressources mobilisées par les personnes (20) : la territorialité, les capacités d'attachement, la résilience (21), l'*empowerment* (22), le soutien social et les mécanismes de protection. Mais comment mesurer et saisir ces processus sans stigmatiser : comment écouter et aider sans alimenter la honte et la dévalorisation, comment

développer le sentiment de compétence sans psychologiser la situation d'une personne, comment prévenir sans s'immiscer abusivement dans la vie des individus, effacer le rôle du contexte et des processus qui conduisent à « produire du malheur » (23) ? Il est possible de repérer dans une communauté (un groupe, les habitants d'un quartier, d'une région) des capacités de « résilience sociale », c'est-à-dire une aptitude partagée à produire des ressources et une mobilisation appropriée permettant de répondre aux détresses individuelles

et collectives (24). C'est sur cette « capacité » de mobilisation que tablent la plupart des interventions (promotion de la santé, actions communautaires, travail social, mobilisations syndicales et politiques) : la prise de conscience, l'interpellation sociale et politique, les différentes formes de lutte sur les conditions de vie et de travail, la qualité de l'espace public (salubrité, sécurité, services publics, droits sociaux).

La définition qui se dessine au croisement de ces trois orientations permet de dépasser l'image dichotomique (présence/absence d'un trouble mental). Cela n'empêche pas la santé mentale de fonctionner ici comme une valeur, c'est-à-dire comme un idéal rationnel de ce qu'une société, à un moment donné, considère comme l'optimum d'équilibre vers lequel les individus devraient tendre ; un cadre normatif autour duquel tout un ensemble de jugements, de sanctions et de traitement des individus vont œuvrer. On y retrouve : le travail (capacité à s'adapter, à atteindre des performances), l'intervention sociale (besoins d'aide) et les expertises médicales (qualification des pathologies), mais aussi la famille et les pairs (évaluation de la capacité de chacun à tenir son rôle sur le plan des affects et de la sociabilité). À chaque niveau d'interaction, des logiques d'évaluation engageant des valeurs et des jugements se trouvent impliquées et participent à qualifier, mais aussi à conforter, l'état de santé mentale d'une personne. Cette dernière serait alors conduite à intégrer ces éléments, à les constituer comme repères susceptibles de l'aider à s'identifier ou à se démarquer. La « psychologie commune », c'est-à-dire

les schèmes utilisés par les individus pour construire les représentations de soi et les sensations identitaires, intègre un standard de ces valeurs : de ce qui fait qu'à un moment donné on considère « aller bien » ou « aller mal », se sentir « bien dans sa peau », à « sa place » ou, au contraire, en tension ou en crise identitaire (ne pas se reconnaître et donc s'apprécier ; se sentir « déplacé » ou disqualifié et en souffrir). Les déterminants sociaux pèsent ici fortement. Les processus de qualification/invalidation qui traversent l'institution scolaire, la sphère de l'insertion professionnelle et l'espace public interfèrent ouvertement sur la pondération et le jeu des « marqueurs » de santé mentale.

Comprendre les difficultés et souffrances vécues – sur un plan sociologique ou anthropologique – suppose que l'on adopte une approche multidimensionnelle de la santé mentale, permettant d'identifier les composantes de l'expérience des personnes affectées : manière d'aborder les difficultés, de rendre compte de sa détresse. Ce type d'investigation permet de percevoir des configurations d'expression plus « ouvertes » (moins psychologisées) de la souffrance vécue en y réintégrant les variations sociales et culturelles dans la manière de traduire les affects, les émotions et la souffrance (25).

Les cadres sociaux de l'expérience individuelle et de la souffrance psychique

Les travaux de Goffman (26) abordent les normes et les cadres qui dessinent les conditions que les individus doivent intégrer pour interagir avec des formes routinisées d'expression de la souffrance et des difficultés (27) qui peuvent déstabiliser la logique même de l'expérience sociale. Les processus dits d'exclusion, la dégradation des supports sociaux résultant de conditions sociales précaires peuvent faire voler en éclat ces « cadres de l'expérience », avec la nécessité pour les personnes de se reconstituer des cadres adaptés. Les travaux auxquels nous avons participé pointent l'imbrication de ces cadres de référence dans les histoires des personnes les plus vulnérables. À défaut de pouvoir disposer d'un support social stable et cohérent (28) dans les contextes de précarisation (29), les personnes sont conduites à bricoler des supports de fortune, à s'inscrire dans des manifestations « patholo-

giques », jusqu'à développer des conduites « limites » en recourant à diverses logiques de substitution ou de déplacement. Cette manière d'envisager la santé mentale redonne une place aux bases de l'inscription des individus au sein du système social et au « sens de la cohérence » (30) des pratiques individuelles et collectives. Beaucoup de déséquilibres qui s'expriment sur le registre de la santé mentale (tentatives de suicide, dépression, consommations excessives de produits psychoactifs, violences) apparaissent comme des résultantes des processus de vulnérabilisation qui traversent les différents sphères de la vie sociale. Il ne s'agit pas ici de réduire les dimensions proprement individuelles, tant de la fragilité que de la manière de traduire et d'exprimer les tensions et traumatismes vécus, mais de les rapporter à l'évolution des cadres sociaux (31). Cette manière de voir a des incidences directes sur les possibilités d'action en santé publique.

Perspectives de travail en santé mentale

Le thème de la santé mentale est l'objet d'une interrogation croissante (32) : il était jusqu'ici du ressort de la gestion individuelle des difficultés psychologiques (prescription de thérapies, de psychotropes et de divers produits censés assurer la « remise en forme ») (33) avec un marché de prestations en grande partie réservé aux classes moyennes et supérieures. Il réapparaît, à une échelle significative avec la « question de l'exclusion » et la découverte des troubles « psychosociaux » (34, 35) vécus par les personnes en grandes difficultés socio-économiques. Les demandes remontent aujourd'hui de la dynamique engagée par les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) – Dispositif opérationnel sur le plan de la santé de la loi de lutte contre les exclusions – et des Ateliers santé ville (ASV) – Dispositif de la politique de la ville). Dans beaucoup de villes et de régions, le thème de la « santé mentale » se trouve placé au premier plan des priorités, avec une multitude de problématiques dont la priorisation varie d'un site à l'autre : mal-être et dépressions, conduites addictives, tentatives de suicide, violences, dévalorisation et difficulté à se motiver pour sortir de divers problèmes (scolaire, insertion professionnelle, isolement).

Les personnes connaissant de profondes difficultés sociales – chômage (22), précarité, insertion, événements de vie fortement déstabilisants – sont confrontées à des *problèmes de santé mentale*, dans le sens où elles doivent s'adapter à des conditions pour lesquelles elles ne sont pas préparées, gérer leurs relations et leurs émotions en conséquence, de façon à rétablir un minimum d'équilibre (bien-être subjectif, développement et emploi optimum des capacités mentales cognitives, affectives et relationnelles, réalisation des buts individuels et collectifs). Ces situations conduisent une partie d'entre elles à potentialiser des fragilités psychologiques au travers de troubles psychiques caractérisés. La précarité rend le travail d'ajustement extrêmement difficile d'autant plus que les personnes ne sont pas forcément en demande d'une aide spécifique : leurs « problèmes sociaux » priment, les « psy » font peur et ils ne voient pas très bien le type d'aide qu'ils pourraient leur apporter. Le paradoxe d'un problème vécu sans possibilité de s'exprimer ou de demander une aide se trouve à la source d'un enchaînement d'autres difficultés : dégradation des relations avec les proches (famille, travail), culpabilisation (prendre sur soi, auto-dévalorisation), engagement de conduites problématiques (consommation excessive de produits psychoactifs, perte de contrôle dans les interactions, passages à l'acte) (36).

L'absence d'*interventions de « première ligne »* qui permettraient d'apporter un soutien approprié aux personnes concernées, avant qu'elles ne connaissent d'autres dégradations, est ressentie aujourd'hui comme un véritable problème de santé publique. Cela vaut pour les enfants, les adolescents comme pour les adultes, avec des manifestations qui se jouent tant dans la famille, à l'école, au travail que lors des interactions en public. Les professionnels en contact avec ces personnes (éducateurs, travailleurs sociaux, médecins généralistes) ne se sentent généralement pas outillés pour aborder ces questions et leur apporter une aide (écoute, prise en compte, soutien psychologique, réhabilitation, orientation, etc.). Le besoin de dispositifs intermédiaires (entre l'intervention spécialisée et les actions de droit commun) et de formations plus adaptées se fait donc fortement sentir : ils permettraient d'éviter la stigmatisation

et la médicalisation des situations, sans pour autant occulter les orientations quand elles s'avèrent nécessaires (actions à bas seuil, intégration de soutiens et conseils « psy » dans les différents lieux concernés : collèges, dispositifs d'insertion, quartiers). Cette

1. J.-P. Vignat (11) et Congrès de Grenoble de la SFSP, 1998.

2. Cf. le bilan effectué pour les États-Unis par A.V. Horvitz, T.L. Scheid (13). Au Québec, c'est en 1985 qu'un travail est engagé sur la définition du champ (14).

conjoncture suppose que soit repensé le cadre général de la politique publique en matière de santé mentale (37), sans que les ajustements nécessaires se fassent au détriment des dispositifs de soins qui doivent, de leur côté, continuer à assurer la prise en charge la moins excluante possible des personnes touchées par les maladies mentales. La conscience est forte aujourd'hui de la nécessité de sortir des déterminations simples et causales

(38) : les maladies mentales ne sont pas causées par la précarité, les problèmes de santé mentale ne doivent pas être médicalisés et renvoyés systématiquement à la psychiatrie. D'autres référents, outils d'analyse et d'action, sont en train d'émerger.

Michel Joubert

Maître de Conférences de Sociologie,
Université Paris VIII,

Chercheur au Cesames (UMR CNRS-Paris V).

► Références bibliographiques

- (1) Lepoutre R., Kervasdoué J. de (sous la dir.). *La santé mentale des Français*. Paris : Odile Jacob, 2002 : 342 p.
- (2) Comité de la santé mentale du Québec. *La santé mentale des enfants et des adolescents*, Gouvernement du Québec, 1985.
- (3) Vezina M., Cousineau M., Mergler D., Vinet A., Laurendeau M.C. *Pour donner un sens au travail. Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur, 1992.
- (4) Bibeau G., Chan-Yip A.M., Lock M., Rousseau C., Strelin C., Fleury H. *La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur, 1992.
- (5) Blanchet L., Laurendeau M.-C., Paul D., Saucier J.-F. *La prévention et la promotion en santé mentale. Préparer l'avenir*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur, 1993.
- (6) Robichaud J.-B., Guay L., Colin C., Pothier M., Saucier J.-F. *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale. De l'exclusion à l'équité*. Montréal : Gaëtan Morin Editeur, 1994.
- (7) Herzlich C. *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Paris : EHESS, 1975 : 212 p.
- (8) Organisation mondiale de la santé. *Dimensions sociales de la santé mentale*. Genève, OMS, 1981.
- (9) Kirk S., Kutchins H. *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 1998 : 432 p.
- (10) Kovess V. *Épidémiologie et santé mentale*. Paris : Flammarion, Médecine-Sciences, 1996.
- (11) Vignat J.-P. *La santé mentale en France : état des lieux*. Santé Publique 1999 ; n° 2 : 127-36.
- (12) Bergeron H. *L'État et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*. Paris : Puf, coll. Sociologies, 1999 : 384 p.
- (13) Horvitz A.V., Scheid T.L. *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories and Systems*, Cambridge University Press, 1999.
- (14) Corin E.E., Grunberg F., Séguin-Tremblay G., Tessier L. *La santé mentale du Québec. De la biologie à la culture*. Comité de la santé mentale du Québec, Gouvernement du Québec, 1985.
- (15) Massé R. *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal : Gaëtan Morin, 1995.
- (16) Massé R., Poulin C., et al. *The structure of mental health: higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures*. Social Indicators Research 1998 ; 45 : 475-504.
- (17) Laé J.-F., Murard N. *Les récits du malheur*. Paris : Descartes et Cie, coll. Interfaces-société, 1995 : 191 p.
- (18) Massé R., Poulin C., Lambert J., Dassa C. *Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique au Québec : l'ÉMMDP*. Revue Canadienne de Santé Publique 1998 ; 89 (3) : 183-9.
- (19) Gaulejac Vincent de. *Les sources de la honte*. Desclée de Brouwer, coll. Sociologie clinique, 1996 : 315 p.
- (20) Tousignant M. *Soutien social et santé mentale : une revue de la littérature*. Sciences sociales et santé 1988 ; XXI, vol 6, n° 1.
- (21) Cyrulnik B. *Les nourritures affectives*. Paris : Odile Jacob, 1993 : 244 p.
- (22) Ozamiz J.A., Gumplmaier H., Lehtinen V. *Unemployment and Mental Health*. Faculty of Political and Sociological Sciences, University of Deusto, Bilbao, 2001.
- (23) *Rhizome*. Bulletin national santé mentale et précarité, n° 5, juillet 2001.
- (24) Tousignant M. *Villes, violences et santé mentale*. In : M. Joubert (sous la dir.). Erès, Div-Obvies (à paraître).
- (25) Kleinman A., Good B. *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley : University of California Press, 1985.
- (26) Goffman E. *Les cadres de l'expérience*. Paris : Les Editions de Minuit, coll. Le sens commun, 1991 : 573 p.
- (27) Kleinman A. *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*. New York : The Free Press, 1988.
- (28) Joubert M. *Crise des supports sociaux et démarches de santé communautaire*. Revue Internationale de Psychosociologie 1998 ; vol. V, n° 9 : 123-34.
- (29) Joubert M. *Précarisation et santé mentale. Les déterminants sociaux de la souffrance psychique*. In : Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V. (sous la dir.). *Précarisation, risque et santé*. Paris : 2000.
- (30) Antonovsky A. *The Sense of Coherence: An Historical and Future Perspective*. In : McCubbin H.I., Thompson E.A., Thomson A.I., Fromer J.E. *Stress, Coping, and Health in Families*. Thousand Oaks, Sage Publications, 1998 : 3-20.
- (31) Joubert M. *La vie de Marlène : entre dépendance et autonomie*. Ethnologie française 2002 ; XXXII : 103-14.
- (32) Ehrenberg A., Lovell A. *La maladie mentale en mutation : psychiatrie et société*. Paris : Odile Jacob, coll. Sciences humaines, 2001 : 350 p.
- (33) Castel R., Le Cerf J.-F. *Le phénomène psy et la société française*. Le Débat 1980, n° 1, 2, 3.
- (34) Jaeger M. *L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie*. Paris : Dunod, coll. Action sociale, 2000 : 172 p.
- (35) Strohl H., Lazarus A. (eds). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Groupe de travail Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale. Paris : Div, Dirmi, 1994.
- (36) Joubert M. (sous la dir.), et al. *Ville, violence et santé mentale*. Erès, Div-Obvies (à paraître).
- (37) Kovess V., et al. *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2001.
- (38) Lantéri-Laura G. *Essai sur mes paradigmes de la psychiatrie moderne*. Paris : Éditions du Temps, coll. Esquisses, 1998 : 288 p.

Objectifs d'une campagne d'information auprès de la population

Changer l'image de la santé mentale passe par une démarche de communication auprès de la population mais aussi des médias et des professionnels. Mais l'information ne suffit pas, seule une action de promotion de la santé mentale inscrite dans la durée permettra l'évolution des pratiques et des représentations.

« La seule différence entre un fou et moi, c'est que moi je ne suis pas fou. »

Salvador Dali

Cette année en France, une personne sur quatre aura un problème de santé mentale : trouble dépressif ou anxieux, alcoolisme, toxicomanie, démence, anorexie ou schizophrénie. Les conséquences de ces problèmes en terme d'invalidité sont plus importantes que pour une maladie comme le diabète : arrêts de travail, perturbations familiales, altération des relations sociales voire exclusion. Tout le monde peut être concerné à titre personnel, familial ou professionnel. Pourtant, les seules campagnes d'information grand public sur ce sujet sont celles menées tambour battant par les médias lors d'un fait divers spectaculaire (« Folie meurtrière à Nanterre » étant l'exemple le plus récent).

Le Plan national santé mentale du ministère de la Santé (1) prévoit de « *lutter contre la stigmatisation attachée aux maladies mentales* » en proposant, entre autres, une campagne d'information grand public sur le sujet. Mais comment « communiquer » sur un sujet si complexe et tabou ?

Image de la santé mentale, image de la folie

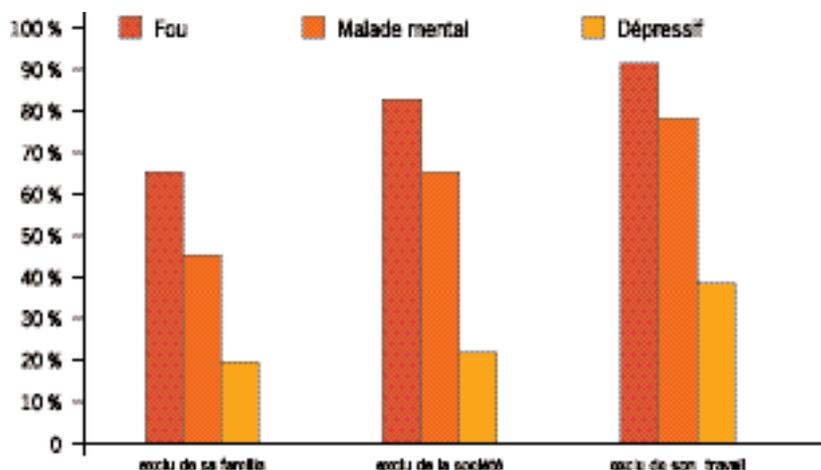
Informé en santé mentale suppose de s'interroger sur l'envers du miroir : l'image de la folie et de la maladie mentale. Les représentations sociales de la folie sont ambivalentes, de la folie meurtrière à l'amour fou. Le fou c'est toujours l'autre, le différent, auquel on ne peut s'identifier. Pour la maladie

mentale, expression médicalisée de la folie, les représentations sont plus péjoratives. Selon les enquêtes anglo-saxonnes, le malade mental est décrit par la population comme quelqu'un de dangereux, imprévisible, ayant des problèmes de communication, pouvant s'en sortir par lui-même et répondant peu aux traitements (2).

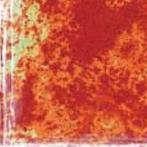
En France, une enquête du centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale, auprès de plus de 7 000 personnes (3), mon-

tre que la population associe actes violents et illégaux (meurtre, viol, inceste, agressions) à la *folie* ou à la *maladie mentale*. Les personnes interrogées pensent qu'un *fou* et un *malade mental* ne sont responsables ni de leur état, ni de leurs actes, qu'il faut les soigner même s'ils ne le veulent pas et qu'ils ne sont pas conscients de leur état, qu'ils souffrent peu mais leur famille beaucoup. Cette représentation assimilant folie et danger, malade mental et criminel, a justifié, depuis des siècles, l'exil des personnes souffrant de troubles mentaux dans des lieux fermés,

Pourcentage de personnes pensant qu'un « fou », un « malade mental » ou un « dépressif » est exclu de sa famille, de la société ou de son travail.



D'après l'enquête CCOMS « La santé mentale en population générale : images et réalités ». Échantillon de 7 260 personnes sur les sites de Guadeloupe, Lille, Marseille-Nord, Nantes, Pyrénées-orientales, Réunion, Tourcoing, Sud des Hauts-de-Seine et Vallée de la Lys.



hors des villes, confondant soins et enfermement et excluant de fait ces individus de la citoyenneté.

Ces images négatives ne sont pas l'apanage du grand public, elles sont partagées par les professionnels de soins généraux et de la psychiatrie (4), et par les patients eux-mêmes, qui préfèrent se dire « déprimés » que « psychotiques » car « *c'est moins mal vu* ».

La discrimination des personnes et du système de soins

Les premières victimes de ces images péjoratives sont les personnes souffrant de troubles mentaux et leurs proches. Le poids des images ajouté à celui de la maladie leur inflige une double peine. La souffrance psychique liée aux troubles est alourdie par celle produite par les attitudes discriminatoires qui ont des conséquences dans tous les domaines : isolement, exclusion du monde professionnel ou scolaire, rejet de l'entourage, perte des droits civiques (*voir figure*). La discrimination se traduit aussi dans le domaine des soins : durée d'hospitalisation excessive, absence d'information sur les traitements, privation de liberté. De plus, la maladie mentale, vécue comme honteuse, ne favorise pas l'accès aux soins. L'image de la psychiatrie est grevée par la représentation des pathologies qu'elle soigne et de la prise en charge qu'elle propose. Deux tiers des personnes ayant besoin d'un traitement pour des troubles mentaux reconnus ne le cherchent pas (5). Enfin, l'organisation des soins psychiatriques est mal connue de la population et des médecins généralistes (3, 6).

Le pari de la communication en santé mentale est d'arriver à faire passer un message de tolérance en évitant

le retour de bâton qui viendrait renforcer la stigmatisation, par une désignation trop explicite des personnes.

Comment changer l'image ?

Des initiatives ponctuelles existent déjà pour améliorer l'image des maladies mentales et de la psychiatrie. Depuis 1990, a lieu la Semaine d'information en santé mentale dont l'objec-

tif est de lutter contre les préjugés et l'intolérance. Chaque année, des actions de sensibilisation sont menées par la vidéo. Dans la région Nord, les artistes sont régulièrement associés à des actions de sensibilisation de la population (7). Ici ou là, des services de psychiatrie tentent, avec les moyens du bord, de « communiquer sur la santé mentale » et Internet a permis de rendre un peu plus visibles les activités de quelques établissements spécialisés. Ces initiatives bénéficient de la motivation de leurs promoteurs, mais sont souvent sans lendemain, artisanales faute de moyens et non évaluées en terme d'impact. Pourtant, en 1995, un comité de pilotage « *Image et communication en santé mentale* » initié par Mme Simone Veil, avait fait des propositions concrètes, peu suivies d'effets (8). Aujourd'hui, un plan gouvernemental prévoit enfin une campagne nationale d'information.

Objectifs d'une campagne d'information

Les expériences étrangères montrent qu'une campagne d'information peut avoir les objectifs suivants :

- inscrire la santé mentale dans les priorités de santé publique en France ;
- augmenter la tolérance face aux personnes souffrant de troubles mentaux, donc réduire la discrimination (ex. : la campagne OMS en 2001 « *Non à l'exclusion, Oui aux soins* », la « *Community Awareness Campaign* » australienne) (9, 10) ;
- améliorer la connaissance sur les pathologies mentales et leur traitement¹ en préférant des informations sur les pathologies à une information globale et floue (ex. : « *Changing minds Campaign* », en Angleterre, ou « *Open the doors* »^{2,3}).

Les publics visés par cette campagne sont variés : scolaires (sensibilisation précoce), professionnels de santé

et particulièrement médecins généralistes (premier point de contact), journalistes (principaux fabricants de représentations négatives), responsables d'entreprises, travailleurs sociaux, associations d'usagers et de consommateurs. Les moyens nécessaires sont ceux de toute stratégie de communication (médias, brochures, Internet, relais d'opinion). Mais on sait que l'impact d'une campagne d'information est limité. Si l'on veut vraiment lutter contre la discrimination, il faut développer durablement un plan de promotion et d'éducation en santé mentale. Ce plan devra décliner ses actions selon les principes suivants : travailler avec les médias, impliquer les associations d'usagers, l'Éducation nationale, le Conseil national de l'ordre des médecins, associer des artistes (Art et Folie sont indissociables et les artistes sont de puissants acteurs de tolérance et de lutte contre l'exclusion), articuler les initiatives locales existantes avec les orientations nationales, ne pas tomber dans l'angélisme (au risque d'un « retour de bâton »), valoriser les aspects positifs et humains plutôt que le spectaculaire et évaluer les actions.

Ce plan ne pourra avoir de sens que s'il est coordonné avec des actions concrètes pour favoriser l'insertion

sociale des personnes souffrant de troubles mentaux (accès au logement, au travail, aux loisirs et à la culture) et promouvoir et protéger leurs droits fondamentaux.

En somme, une campagne d'information en santé mentale... ce n'est qu'un début. Les représentations et les comportements vis-à-vis de la santé mentale ne pourront évoluer que si les pratiques professionnelles, elles-mêmes, changent et si tout est fait pour affirmer la citoyenneté des personnes souffrant de troubles mentaux.

Aude Caria

Responsable qualité,

Associée au Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale.

Centre hospitalier Esquirol, Saint-Maurice.

1. Quasiment les seules brochures d'informations disponibles sont celles développées par les laboratoires pharmaceutiques produisant les psychotropes !
2. Organisée par le Royal College of Psychiatrists anglais : www.changingmind.co.uk
3. Campagne menée par l'Association mondiale de psychiatrie dans plusieurs pays (www.opentbedoors.com).

► Références bibliographiques

- (1) Plan santé mentale : l'usager au centre d'un dispositif à rénover. Ministère délégué à la Santé, novembre 2001, consultable sur le site www.sante.gouv.fr
- (2) Crisp A., Gelder M., Rix S. Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry* 2001 ; 178 : 4-7. Voir aussi : Jorm A.F., Jacomb P.A., Christensen H., et al. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 33 : 77-83.
- (3) Roelandt J.-L., Caria A., Anguis A., et al. La santé mentale en population générale : images et réalités. Rapport de recherche 1998-2001. Rapport et synthèse consultables sur le site www.exclusion.net, Rubrique santé mentale – Documents.
- (4) Livet M. La mauvaise réputation. *Nervure* déc. 1996/janv. 1997 ; IX, n° 9 : 52-4.
- (5) Rapport OMS sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle concep-

- tion, nouveaux espoirs, Genève, 2001. www.who.int/mental_health/
- (6) Enquête Psycom75 in : Martinez J. *Changer l'image des maladies mentales mais également le comportement des acteurs*. *Nervure* déc. 1996/janv. 1997 ; IX, n° 9 : 55-7.
- (7) Roelandt J.-L., Regnier E., Desmons P., et al. Les affiches à la Folie. *Synapse* 1993, n° 100.
- (8) Zarifian E. Image et communication en psychiatrie. Rapport du comité de pilotage, ministère de la Santé, 1995. Voir aussi Roelandt J.-L., Selod S. La mariée était pourtant belle. *Nervure* déc. 1996/janv. 1997 ; IX, n° 9 : 43-51.
- (9) Plusieurs documents rendent compte de cette campagne sur le site www.who.int/mental-health/
- (10) Rosen A., Walter G., Casey D. Combating psychiatric stigma: An overview of contemporary initiatives. *Australian Psychiatry* 2000 ; 8, 1 : 19-25.

• COMMUNIQUÉ •

Education Santé

sommaire

n° 168 - avril 2002

Initiatives

Campagne de vaccination contre la méningite C,

Christian De Bock

La publicité peut nuire à la santé,

Anne-Marie Pirard

Dossier

Approche communautaire et inégalités sociales,

Nicole Maréchal

Le rôle de la promotion de la santé dans la lutte contre les inégalités

Exclusion sociale, la définir pour en finir,

Frédéric Ligot

Pouvoir d'agir et pratiques sociales: changer le monde au quotidien,

Barbara De Coster

Précarité sociale, précarité sexuelle,

Anne-Marie Pirard

Pour en savoir plus

Éducation Santé est un mensuel gratuit, réalisé avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro ou pour s'abonner : education.sante@mc.be

Les campagnes d'information en santé mentale : quelques exemples internationaux

Comment agir sur les facteurs d'exclusion qui frappent les personnes ayant des problèmes de santé mentale ? Des exemples concrets et une analyse plus généralisable proposés par Stéphanie Wooley, présidente de France-Dépression.

Les facteurs d'exclusion et de stigmatisation qui frappent les personnes ayant ou ayant eu des problèmes de santé mentale se ressentent dans tous les secteurs. L'accès au logement, à l'emploi, aux loisirs, aux prêts bancaires ou à des assurances est souvent très difficile pour ceux ayant connu des problèmes de santé mentale.

Les patients sont les premières victimes de l'image de la dépression ou de la maladie mentale dans le grand public. Ils ont hélas encore à souffrir de silences, de préjugés profondément enracinés dans l'imaginaire collectif. Il nous faut donc diffuser une information sur la réalité de la souffrance et sur les connaissances épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques, afin de vaincre les tabous. De plus en plus, tous les acteurs de la santé mentale soulignent

l'importance de cette information à la fois pour le patient, pour l'entourage et maintenant pour le grand public.

Les campagnes d'information et de sensibilisation aux questions relatives à la santé mentale sont cruciales dans la lutte contre la stigmatisation. Dans cette perspective, les usagers et ex-usagers ont un rôle essentiel à jouer dans toute activité de sensibilisation (1). Les quelques exemples cités ici peuvent ouvrir la voie à la destigmatisation et à l'intégration des personnes ayant eu des problèmes de santé mentale dans notre société.

Les campagnes de sensibilisation

Les préjugés sont monnaie courante au sein de la population, notamment à l'égard des personnes présentant des troubles de santé mentale. Le projet suivant est parti de l'idée qu'il est primordial de s'adresser aux jeunes, car ils forgeront les opinions de demain.

L'association d'usagers « *Against Nonsense in Madness* » (Vienne) a développé un programme de sensibilisation à la santé mentale dans les établissements scolaires. Ce projet est mené en collaboration avec la campagne autrichienne contre la stigmatisation et financé par le Fonds social et de santé de Basse Autriche et l'Institut autrichien de la santé. Des classes d'élèves de 16 à 18 ans reçoivent la visite d'un animateur qui leur présente des informations sur la maladie mentale. Ces pré-

sentations se déroulent pendant quatre heures, étalées sur deux jours. Elles ont la forme de brèves conférences suivies de débats. À mi-parcours, un usager rejoint le groupe et les élèves ont l'occasion de parler avec lui, de lui poser les questions qu'ils jugent importantes.

D'après une première évaluation menée auprès des élèves, 98 % ayant suivi l'activité la recommanderaient à d'autres élèves. Le projet a également considérablement réduit les attitudes négatives et a amélioré la compréhension de la situation des usagers, ainsi que de la nécessité d'un dispositif de santé mentale communautaire.

Des projets similaires existent en Irlande (Association « *Aware against Depression* ») et au pays de Galles (« *Manic-Depressive Fellowship* ») (2).

Les espaces citoyens

Un grand nombre de projets d'espaces citoyens, de « club house » ou de cafés a été mené à bien et démontre l'intérêt d'un lieu convivial, dirigé par des usagers en santé mentale et ouvert au public.

Les associations *Disability Alliance Merton* et *MIND* (Londres) ont souhaité créer un modèle durable et transférable favorisant la promotion de l'inclusion sociale de personnes ayant des problèmes de santé mentale, avec leur projet « *Cyber Café* » démarré en 2001. Les partenaires sont des services sociaux, l'administration régionale de la santé

Points forts des campagnes de sensibilisation

- les élèves (ou le public) ont la possibilité de discuter directement avec des usagers ;
- les thèmes de la santé mentale, ainsi que les effets de la stigmatisation, sont intégrés au cursus scolaire ;
- les résultats peuvent être évalués ;
- le partenariat entre les écoles, les usagers et les familles ;
- un projet décidé au niveau national et mis en place en tenant compte des spécificités régionales ;
- un public ciblé.

publique, des associations locales, une université et des employeurs locaux. Les objectifs sont nombreux :

- permettre l'apprentissage et l'accès à Internet, promouvoir les loisirs ;
- promouvoir l'emploi par création de sites et recherches d'annonces ;
- fournir des informations sur les droits, les allocations, l'accès aux réseaux sociaux ;
- fournir une formation aux formateurs (personnel et usagers) ;
- impliquer la participation des usagers ;
- permettre l'accès à une formation post-scolaire ;
- contribuer à ce que les communautés intègrent les personnes souffrant de problèmes de santé mentale en montrant en quoi peuvent contribuer des personnes « malades mentales ».

Un projet plus ancien créée en 1989 en France – Le club du Pont Neuf (Paris) – et un autre projet tout récent en 2002 – L'Espace Convivial Citoyen (Caen) – méritent d'être soutenus. Le projet de l'Association Kluba 13 & Co (Vilnius, Lituanie), avec son club à la « Fountain House » (New York) est également très intéressant.

Influencer les médias

L'image véhiculée par les médias des personnes malades mentales exerce un impact considérable sur l'image de soi des usagers, ainsi que sur la stigmatisation et l'exclusion. Les médias transmettent des témoignages positifs et négatifs, et fournissent des informations au public. Ils devraient laisser une plus grande place aux usagers et ex-usagers en tant qu'experts pour témoigner de leur propre expérience, diffuser plus d'émissions positives autour du thème de la santé mentale et être une cible privilégiée des campagnes de destigmatisation.

Points forts des espaces citoyens

- Le projet aborde le problème du processus complexe de l'exclusion sociale en créant un modèle de partenariat dans les domaines de la santé, la santé mentale, les services sociaux, les associations, l'éducation, la formation et l'emploi.
- Les personnes sont formées à l'utilisation d'un outil adapté à la technologie du futur.
- Grâce à ce projet, un nouveau réseau médico-social a pu voir le jour.

sation. Les services de psychiatrie des hôpitaux ou des CMP pourraient intégrer des usagers dans leurs services de communication ou de relations publiques.

Le projet « *Media Feedback against Discrimination* » de *Pro Mente Kärnten* (Spittal) a été conçu pour assurer une veille médiatique et pour fournir un *feedback* sur les messages véhiculés par les médias, afin de lutter contre la discrimination (par voie de courrier aux éditeurs, téléphone et pétitions). L'objectif est aussi de promouvoir l'opinion des usagers et de leur offrir une formation pour apprendre à agir de façon efficace avec les médias. Un service de presse a également été organisé.

Depuis deux ans, l'Association américaine NDMDA (*National Depressive and Manic-Depressive Association*) a diffusé plusieurs spots télévisés pour combattre le stigmate attaché à la maladie dépressive, vus par plus de 103 millions d'Américains. Elle achète régulièrement des espaces publicitaires pour diffuser ses messages dans plus de douze revues nationales. Une vidéo-cassette sur la maladie bipolaire (« *Dark Glasses and Kaleidoscopes* ») a été produite et est disponible gratuitement avec la location de vidéo-cassettes dans une chaîne de 4 600 vidéo-clubs à travers tout le pays. L'année dernière, un regroupement avec d'autres associations dans le domaine de la santé mentale a permis l'annulation, après deux épisodes, d'une série télévisée sensationnaliste « *Wonderland* » qui avait lieu dans un hôpital psychiatrique (3).

Dans la plupart de ces projets, une attention spécifique est portée aux personnes souffrant de double discrimination, telles que les femmes, les demandeurs d'asile, les minorités ethniques et les jeunes menacés d'exclusion.

Enfin, il ne faut pas oublier que l'une des premières barrières qui empêchent les personnes ayant des troubles psychiques à consulter reste le stigmate (4). Le stigmate nous empêche de croire que les troubles mentaux sont des maladies comme les autres pour lesquelles des traitements existent. Le stigmate attaché à ces maladies fait que les gens évitent de fréquenter, d'embaucher ou de travailler avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de leur louer un appartement. Le stigmate va

Points forts de l'influence sur les médias

- Sujet et impact très importants : les médias et la stigmatisation/destigmatisation.
- Des personnes avec des problèmes de santé mentale sont impliquées dans la planification, l'administration, la distribution et l'évaluation en tant que partenaires égaux.
- Des personnes ayant des problèmes de santé mentale apparaissent activement dans les médias. Elles contribuent à améliorer l'opinion publique pour affronter les préjugés, l'exclusion sociale et la discrimination en adoptant une attitude par rapport à leur propre image (par exemple par leur témoignage de rétablissement).
- Le projet encourage des individus et des groupes à réagir à des messages négatifs des médias.

dissuader le grand public de vouloir consacrer le financement nécessaire aux soins adéquats et va réduire l'accès des citoyens aux ressources, aux traitements et aux services sociaux. L'incapacité ou l'impossibilité d'obtenir des soins renforce un comportement destructif, la perte d'estime de soi, l'isolement et le désespoir. La tragédie du stigmate prive les personnes de leur dignité et les empêche de participer pleinement à notre société. Il faut le vaincre.

Stéphanie Wooley

Présidente,

Association France-Dépression, Paris.

► Références bibliographiques

- (1) Santé Mentale Europe. *Guide du Projet européen sur l'intégration sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale*, Bruxelles : SME, 2001.
- (2) Morselli P.L. *Present and Future Role of Mental Illness Advocacy Associations in the management of the mentally ill: realities, needs and hopes at the edge of the third millennium*. *Bipolar Disorders* 2000 ; 2 : 294-300.
- (3) Lewis L. *The Role of Mental Health Patient Organizations in Disease Management*. *Practical Disease Management* 2001 ; 9 : n° 11.
- (4) U.S. Department of Health and Human Services. *Mental Health, a Report of the Surgeon-General-Executive Summary*. Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, Washington D.C., 1999.

L'audiovisuel au service de la santé mentale

Émanation du Festival de Lorquin, le Centre national audiovisuel santé mentale est devenu un véritable lieu ressource pour tous les acteurs de promotion de la santé.

Rassembler, présenter, nommer, chaque année depuis 1977, tous les documents audiovisuels concernant la santé mentale, tel a été l'objectif du Festival de Lorquin.

Ce festival ayant acquis, au cours des ans, la réputation d'être un lieu unique d'information, de communication et de formation auprès des professionnels, il a permis, en 1995, la création du Centre national audiovisuel santé mentale (Cnasm). Celui-ci répondait à la demande, de plus en plus grande, de documentation audiovisuelle rendue très difficile à l'époque car dispersée entre de nombreux producteurs n'ayant pas d'expérience de distribution. Les seuls organismes officiels (vidéothèque du ministère des Affaires sociales, comité audiovisuel santé, bureau des Handicaps, Centre national de documentation pédagogique) ne proposaient que quelques rares documents, souvent anciens dans ce domaine.

Promouvoir la santé mentale par une bonne utilisation de l'outil audiovisuel consistait d'abord à repérer, puis à rassembler les documents pertinents, les rendre ensuite facilement accessibles à un large public, pouvoir l'aider et le guider dans le choix de ses demandes, promouvoir les documents, élaborer et produire des documents complémentaires et relatifs aux sujets d'actualité pour enrichir et compléter le fond documentaire. Ces actions constitueront les principales missions du Cnasm.

Documentation

Le fond documentaire du Cnasm se compose :

- des films et vidéos constituant le catalogue de distribution, qui sont mis en vente, pour lesquels les droits de diffusion ont été réglés et les contrats de distribution établis avec les producteurs. Le catalogue se compose de cinq cents titres environ ;
- des contrats spécifiques passés avec des chaînes de télévision ont permis d'enrichir le catalogue de leurs meilleurs documents relatifs à la santé mentale (La Cinq, RTBF) ;
- les archives vidéos du Festival de Lorquin constituées, depuis vingt-cinq ans, par le dépôt d'une copie des films présentés au festival. Ces documents sont consultables sur place. Ils constituent une source documentaire unique en France d'environ trois mille documents, reflet de l'histoire contemporaine de la psychiatrie et de la santé mentale ;
- dépôt d'archives. De nombreux organismes, après convention, ont mis en dépôt au Cnasm des films 16 ou 35 mm. Nous citerons les principaux : le fond cinématographique Duvié, le fond du COPES audiovisuel (Paris), le fond documentaire de l'École normale supérieure de Saint-Cloud.

L'ensemble de ce fond documentaire répond aux demandes des professionnels de la santé mentale, des réalisateurs à la recherche d'images, des étudiants pour leurs recherches, thèses ou mémoires. Les documents peuvent être visionnés sur place, à la demande, de façon individuelle ou collective, dans les locaux du centre qui dispose de deux salles de projection. Ce service est apprécié à l'échelon régional, plus particulièrement des professionnels du champ médico-social ou de l'Éducation

nationale n'ayant pas toujours le financement nécessaire pour acheter les documents du catalogue. Ce service est également possible à Paris dans les locaux situés à l'Hôpital Sainte-Anne (seuls les documents du catalogue de distribution y sont visionnables).

Pour mieux faire connaître l'ensemble de la documentation, de nombreux tirés à part thématiques sont édités : périnatalité, adolescence, fin de vie et soins palliatifs, maltraitance, suicide, autisme, dépression, précarité, schizophrénie, violence, etc.

Depuis deux ans, plusieurs revues professionnelles (*InfoPsy*, *Perspectives Psychiatriques*, *Carnet Psy*) ont ouvert une rubrique d'analyse des documents audiovisuels, permettant ainsi aux lecteurs une meilleure connaissance de ces documents.

Un site Internet a été mis en place permettant une recherche rapide de documentation ; il est actuellement en réactualisation dans une version plus moderne et plus conviviale où les liens avec les différents sites professionnels concernés seront améliorés.

Distribution

Cette mission est devenue, au fil du temps, la fonction essentielle du Cnasm. Adaptabilité, recherche des films les plus récents, préparation aux nouveaux modes de diffusion, rapidité d'exécution, tels sont les impératifs de la distribution ; ils nécessitent cependant une logistique pour laquelle des moyens humains et matériels supplémentaires seront nécessaires.

Cette mission permet concrètement la mise à disposition de l'outil audiovisuel renforçant ainsi l'efficacité de l'information, de la formation et de la communication auprès de tous les professionnels de la santé mentale et, de plus en plus, auprès de leurs partenaires tant institutionnels que privés (médico-social, Éducation nationale, justice) à titre d'exemple.

Production

Cette mission permet d'actualiser tous les ans le catalogue en fonction de l'analyse des demandes, des sujets d'actualité ou des lacunes existantes pour couvrir le champ de la santé mentale en ayant le souci des priorités de santé publique. Le succès de la collection « Un entretien avec... », comportant plus de soixante documents, en témoigne.

D'autres réalisations sur l'autisme (*Petits Morceaux de Lumière*), sur l'histoire de l'exclusion (*Terres d'Asile*), sur les unités de soins mère-enfant (*Un métier à tisser*) ont obtenu plusieurs nominations.

Un film sur la prise en charge des adolescents suicidaires, suivant les recommandations de l'Anaes, est en cours de montage.

Prestation de service

Le Cnasm est de plus en plus sollicité pour la mise sur pied, en France et à l'étranger, de projections thématiques dans une perspective d'information sur les problèmes de santé.

Les projections suivies d'un débat permettent en particulier la rencontre de différents acteurs de santé et des usagers favorisant la mise en réseau ou en partenariat de leurs actions. Ces demandes sont le plus souvent motivées par les priorités de santé publique (suicide, violence, précarité, vieillesse, etc.). Cette action sur le terrain doit se développer, elle s'inscrit dans une collaboration avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Conclusion

Le Cnasm, par ses missions, contribue pour l'utilisation de l'outil audiovisuel à

l'amélioration de l'information, de la formation et de la communication dans le champ de la santé mentale. Son articulation de plus en plus évidente avec la santé physique et la santé sociale nécessite, pour tous les professionnels, l'utilisation de documents audiovisuels prenant en compte tous ces aspects. Le fonds documentaire que distribue le Cnasm constitue un outil prenant très largement en compte cette nécessaire perspective de santé publique.

Alain Bouvarel

Psychiatre des Hôpitaux,
directeur scientifique
du Centre national audiovisuel
santé mentale, Lorquin.

Contact

Centre national audiovisuel santé mentale,
Centre hospitalier – 57790 Lorquin.
Tél. : 03 87 23 14 79 – Fax : 03 87 23 15 84.
E-mail : Alain.Bouvarel@cnaasm.prd.fr
Site : www.cnaasm.prd.fr
Bureau Parisien : Centre hospitalier Sainte-Anne,
1 Rue Cabanis – 75014 Paris
Tél. : 01 58 10 08 49 - Fax : 01 58 10 08 48

Les nouvelles modalités d'accès des usagers à **l'information médicale**

La loi n° 2002-403 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé apporte de nombreux changements dans les relations soignants/soignés et dans l'élaboration des politiques publiques. Y compris dans le domaine de la psychiatrie.

Si peu savoir de soi mais vouloir tout savoir de soi malade. « Une meilleure information des patients sur leur maladie et sur les traitements qui leur sont proposés est bien évidemment nécessaire et un effort plus particulier doit être fait dans notre spécialité où l'implicite a tendance à masquer l'explicite. L'échange autour de la maladie reste encore trop souvent à distance... En fait, si l'échange est souvent difficile, compte tenu des évitements du patient et de l'ambivalence du thérapeute, le dire de la maladie, des symptômes et du traitement par le psychiatre apparaît pourtant comme un ancrage nécessaire, dans la réalité de l'agi thérapeutique de ce qui, à défaut, resterait dans une virtualité non spatialisée et intemporelle ».

J.C. Pascal
 Psychiatre EPSM Érasme, Antony.
 Nervure, mars 2002

En France, le mouvement constitutif des premières associations de malades, initié dans les années cinquante, s'est pratiqué autour de maladies chroniques (diabète, hémophilie, etc.) et reposait sur l'idée que l'expérience des patients contribuerait à une bonne gestion de la maladie. Ces associations se situaient en conséquence dans l'appui moral, voire dans l'appui social aux patients, en phase avec les praticiens.

Une lente évolution de la revendication des usagers

Une vingtaine d'années plus tard, les associations de malades se sont situées différemment, revendiquant la fin du

monopole des connaissances et des traitements par les professionnels. Certains analyseront cette évolution comme l'impact d'un mouvement consumériste, importé notamment d'outre-Atlantique. Dans ce cadre, les associations réclament que les malades puissent choisir entre différents médicaments ou services et, dans les cas les plus extrêmes, entre différentes stratégies thérapeutiques.

Aujourd'hui, les associations de malades semblent adopter des positionnements plus nuancés entre revendications pures et coopération avec les professionnels qui les conduisent à une écoute renforcée du monde médical tout en positionnant plus clairement leur volonté d'être associés. Cette analyse, conduite par des sociologues spécialisés dans l'étude des associations de malades ainsi que la manifestation directe des préoccupations des usagers lors des États généraux de la santé qui se sont déroulés de l'automne 1998 à l'été 1999, sont à la base des avancées proposées par la loi du 4 mars 2002.

Les malades demandent, en effet, à être mieux informés, mieux écoutés et davantage respectés en tant que personnes et citoyens. Ils revendiquent une part active à la prise en charge de leur santé et ont signifié leur volonté de mieux participer au système de santé.

Aborder la question des relations entre patients et professionnels de santé par le droit permet de mieux poser les conditions de cette relation. En effet, les professionnels considèrent généralement le colloque singulier « médecin-

malade » d'un point de vue essentiellement psychologique et interpersonnel ; or, la règle juridique a une particularité inverse, non pas parce qu'elle ignore cette dimension, mais simplement parce qu'elle n'a pas cette fonction.

Elle vise selon Dominique Thouvenin, professeur de droit, « à la construction des conditions de la relation sociale, ce qui implique que la personne soit consciente qu'elle n'est pas elle en tant qu'elle, mais en tant qu'appartenant à une catégorie sociale ».

Or en médecine, la relation est vécue comme purement subjective. Les malades ne se pensent généralement pas en tant que groupe social susceptible de porter un certain nombre de revendications. La construction de règles juridiques a précisément pour objet de permettre cette représentation des malades en tant que corps social identifié.

La loi tente en conséquence de définir un équilibre harmonieux des responsabilités entre usagers, professionnels, institutions sanitaires et État. Elle vise ainsi au renforcement de ce qu'il est désormais admis de nommer la démocratie sanitaire.

Pour afficher fortement ce rééquilibrage entre professionnels et personnes malades, la loi propose d'une part, l'affirmation de droits nouveaux pour les patients ainsi que le rassemblement de principes figurant dans des législations et réglementations éparses (code civil, code de déontologie, etc.) en un corpus unique, permettant de les rendre plus

lisibles et cohérents. D'autre part, ce texte permet la reconnaissance de l'utilisateur comme un réel acteur de santé publique en lui accordant un certain nombre de droits « collectifs ».

L'information modifie la relation soignant/soigné

S'agissant des droits individuels, sont réaffirmés un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade :

- le respect de la dignité de la personne, notamment en fin de vie ;
- la prohibition des discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins ;
- le respect de la vie privée ;
- le secret des informations la concernant, ce qui signifie que seul l'utilisateur peut autoriser la communication à un autre professionnel de santé ;
- le droit à recevoir des soins propres à soulager sa douleur ;
- le consentement libre et éclairé, préalable à toute décision concernant sa santé.

L'exercice effectif de ces droits par la personne malade suppose la mise en œuvre de modalités d'information systématique. Le professionnel sera tenu de délivrer, dans le cadre d'un entretien individuel, une information intelligible, loyale et adaptée à son destinataire, notamment en cas de handicap. Cette information devra aborder les conséquences des investigations, traitements ou actions de prévention entrepris et être renouvelée aussi souvent que nécessaire.

L'information tient ici une place centrale, à même de modifier profondément la nature des rapports entre soignants et soignés. Aussi, il est prévu que les recommandations de bonne pratique de l'Anaes sur la délivrance de l'information soient homologuées par arrêté ministériel. De la même manière, l'Anaes proposera des règles relatives aux modalités d'accès aux informations médicales et notamment les conditions d'accompagnement de cet accès.

Le principe général posé par la loi est, en effet, celui du droit à l'accès direct par l'intéressé aux informations de santé le concernant. Toutefois, la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies, en raison du

risque qu'elles peuvent faire courir au patient qui en prendrait connaissance seul. Ce n'est qu'à titre exceptionnel, y compris pour les personnes hospitalisées sans leur consentement en raison de troubles mentaux, que la consultation de ces informations « à risque » peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur. En cas de refus du patient, la commission départementale des Hospitalisations psychiatriques (CDHP) dont la mission est de veiller aux droits des patients hospitalisés en raison de troubles mentaux, statue sur la présence ou non du médecin. L'avis de cette commission s'impose en toute fin au patient.

Pour rendre effectives ces dispositions, le droit d'accès aux informations est subordonné au respect d'un délai de huit jours, après expiration d'un délai de réflexion de quarante-huit heures.

S'agissant plus particulièrement des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux, la loi, poursuivant le même objectif d'affirmation des droits des usagers, encadre plus strictement les indications de l'hospitalisation d'office (HO) en posant le principe de la nécessité de soins comme premier critère de cette indication et en précisant que seuls les troubles graves à l'ordre public doivent permettre la mise en œuvre de cette procédure. En outre, le texte subordonne les ordonnances judiciaires de placement des mineurs dans un établissement psychiatrique à un avis médical qui devra être confirmé à l'issue d'un délai de quinze jours par un psychiatre. Les sorties de courte durée des patients permettant notamment d'effectuer certaines démarches administratives, sont également soumises à un avis médical circonstancié, ce qui devrait mettre fin à un certain nombre de pratiques restrictives.

Des droits collectifs des usagers afin de faciliter leur participation aux politiques de santé

En matière de droits collectifs, les usagers pourront désormais constituer des associations qui bénéficieront d'un agrément des autorités ministérielles ou régionales, leur apportant ainsi la reconnaissance spécifique de leur action. Leurs membres pourront bénéficier des congés de représentation prévus par le code du travail à l'égard des

salariés. Ainsi, sont mises en place les bases de l'expression et de la participation des usagers du système de santé en vue, d'une part, de la défense de leurs intérêts et d'autre part, dans un souci de démocratie sanitaire, de leur meilleure participation à l'élaboration des politiques de santé.

En outre, dans chaque établissement de santé, la commission de conciliation, dont la mission était ambiguë et contestée, est transformée en une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, qui devra notamment faciliter l'accès des usagers aux informations les concernant. Informée des plaintes des usagers, elle veille au respect des droits des usagers de l'établissement et participe à la politique d'accueil et de prise en charge de cet établissement.

En conclusion, et au regard des réactions de certains soignants inquiets du droit d'accès direct aux informations de santé, il convient de s'attacher à l'esprit de cette loi profondément novatrice dans le champ de la santé. En inscrivant explicitement dans le code de la santé publique que le système de santé « doit, en toutes circonstances, respecter les droits de la personne », c'est une médecine plus humaine qu'il s'agit de promouvoir, redonnant à la personne malade, y compris sur le plan psychique, la possibilité d'une relation équilibrée et partenariale, fondée sur une information réciproque. Il est souvent fait reproche à la loi d'intervenir pour entériner des pratiques éprouvées et mettre le droit en conformité avec les faits. Gageons que ce texte favorise, au contraire, les évolutions tant attendues des usagers du dispositif de santé de santé mentale et des associations qui représentent leurs intérêts et qu'il réponde aux aspirations des professionnels de santé, par l'amélioration du cadre d'élaboration des politiques de santé et l'évolution concertée de leurs pratiques professionnelles (formation médicale continue, développement des réseaux de soins...).

Nathalie Cuvillier

Chef du Bureau de la santé mentale,
direction générale de la Santé,
ministère de la Santé, de la Famille et des
Personnes handicapées, Paris.

Le rôle des associations d'usagers en santé mentale

Le reconnaissance des droits des patients en psychiatrie passe par la fédération des différents mouvements associatifs. La Fnap Psy joue ce rôle indispensable et difficile.

« *Le malade est une personne citoyenne qui jouit de tous ses droits* ». Cela va sans dire, mais comme personne ne le disait, notamment en santé mentale, cela avait été oublié. Cet oubli peut s'expliquer pour deux raisons :

- la parole de la personne en souffrance psychique est discréditée de manière durable, alors que la maladie est fluctuante, soit par la souffrance induite par la maladie, soit indirectement par les effets secondaires des traitements ;
- les usagers en santé mentale ne savaient pas qu'ils avaient le droit de s'exprimer, ce qui inévitablement engendrait leur révolte et leur agressivité. Asservissement ou révolte, il n'existe pas de moyen terme, la révolte permettant seule d'être écouté et, peut-être, entendu.

Par des contacts multiples avec toutes les instances concernées, la Fédération des associations de patients et ex-patients en psychiatrie (Fnap Psy) s'est attachée à réaffirmer l'existence et les droits de ces citoyens.

Vers une reconnaissance difficile de la place de l'usager

Il en est résulté la première journée sur « la place de l'usager en santé mentale », le 25 février 2000, organisée par des usagers, réunissant en parité les usagers et les professionnels.

En décembre 2000, la signature, sous l'égide du ministre de la Santé, Dominique Gillot, de la charte de l'usager en santé mentale, a rappelé les grands principes du respect de la personne. Cette charte, élaborée conjointement par les représentants des usagers et ceux des professionnels directement concernés (notamment des praticiens hospitaliers),

a non seulement été diffusée à près de dix mille exemplaires auprès d'institutions aussi différentes que les hôpitaux spécialisés ou des maisons de retraite, mais va servir de modèle pour la charte prévue dans le « plan de santé mentale » présenté par Bernard Kouchner, ministre de la Santé, le 14 novembre 2001. De plus, elle nous est actuellement demandée par différents pays européens qui désirent s'en inspirer pour réfléchir à l'élaboration de documents similaires.

Le droit de l'usager

La deuxième journée de la Fnap Psy a eu lieu le 13 juin 2001 avec pour thème « le droit de l'usager en santé mentale ». Durant cette journée ont été abordés les deux grands thèmes restés en suspens actuellement : l'hospitalisation sous contrainte et les mesures de protection comme la tutelle.

La Fnap Psy a également participé aux travaux préparatoires qui ont permis l'adoption, dans la loi du 4 mars 2002, d'un certain nombre de dispositions particulièrement favorables au respect des droits des usagers en santé mentale :

- l'accès direct au dossier médical qui, en grande partie, est le même pour le malade mental que pour les autres patients ;
- la reconnaissance des associations d'usagers, notamment par l'agrément, ce qui sera un gage de rigueur et de représentativité ;
- la participation du malade au projet de soins avec un réel partenariat soignant-soigné, codifié, respectant chacune des deux parties. Ce partenariat implique l'information complète de l'usager quant à la maladie dont il souffre, quant aux effets attendus du

traitement proposé et, ce qui est particulièrement important en santé mentale, quant aux effets secondaires de ce traitement ;

- la désignation d'une personne de confiance susceptible de représenter les intérêts du malade. En santé mentale, cette possibilité prend toute son importance. L'usager pourra ainsi prévoir et programmer (donc être acteur) toute intervention lors de crises possibles. La Fnap Psy réfléchit à l'utilisation d'un outil tel que la « *crisis card* » anglo-saxonne, pour permettre à la personne de confiance de remplir son rôle.

La structuration des associations d'usagers

Dans ce mouvement qui accompagne un changement de société, les associations d'usagers ont un très grand rôle à jouer. À la fois un rôle précurseur, comme elle l'ont déjà fait, mais aussi un rôle de vigilance sur le respect des droits acquis. Pour cela, et surtout en santé mentale, les associations d'usagers doivent être crédibles et respectables.

Nos objectifs présents et futurs portent principalement sur les points suivants :

- structuration de nos organisations pour assurer leur représentativité et répondre aux nombreuses tâches qui nous attendent dans l'affirmation et la réaffirmation de nos droits ;
- développement des associations locales permettant un travail pertinent d'entraide et de prévention sur tout le territoire.

Ce travail à la fois national, régional et local, permettra la mise en place de nos objectifs de déstigmatisation et de formation.

Les droits des personnes atteintes de troubles mentaux ne pourront être respectés qu'avec la vigilance, donc par la présence, des associations composées en majorité d'usagers comme celles affiliées à la Fnap Psy. En effet, seules ces associations sont représentatives, du fait de leur liberté, de leur indépendance qui facilitent la reprise de pouvoir de leurs membres sur leur expression. Il est indispensable actuellement que ces associations soient pleinement indépendantes tant des professionnels de santé (médecins, assistants sociaux ou autres) que des acteurs économiques de la santé (hôpitaux, laboratoires). C'est à ce prix que leur crédibilité sera acquise. La parole collective des usagers en psychiatrie et en santé mentale doit être entendue et respectée. Ce qui n'est pas toujours le cas de la parole individuelle des membres de ces associations, qu'ils soient ou non en phase de souffrance. Notre expérience actuelle nous permet de l'affirmer. La Fnap Psy regroupe actuellement trente et une associations membres, certaines ciblées sur une pathologie comme « Média-gora », d'autres toutes souffrances psychiques confondues, certaines nationales et importantes comme l'Aftoc (1 500 membres), d'autres regroupant peu de membres, mais très actives sur le terrain comme « Deffi » à Agen.

Leur action d'entraide et très souvent de prévention, notamment sur le suicide, va à l'avenir être renforcée par leur présence dans les différentes instances, où elles auront le droit légitime de représenter les usagers. Cela implique des devoirs de liberté « intellectuelle » et « sentimentale » vis-à-vis des soignants, financière vis-à-vis des prescripteurs.

Au niveau national, le regroupement est indispensable pour faire valoir les caractéristiques de la souffrance psychique et du handicap qui en découle. En effet, les dernières missions confiées à des professionnels tels que les Docteurs Piel et Roelandt, ou à des politiques telle la mission Charzat, permettent de bien cerner les besoins spécifiques inhérents à ces maladies. Ces différents rapports mettent en évidence la nécessité de considérer la personne malade dans son ensemble et de traiter les questions médicales et sociales de concert, et si possible dans un cadre unique. Ceci pour éviter toute désocialisation, tout échec médical lié à

la non-réponse sociale et les échecs sociaux résultant de la non-prise en compte de la reconnaissance de la maladie. Le Plan gouvernemental de santé mentale du 14 novembre 2001 a ainsi entériné cette nécessité de mieux répondre aux besoins des personnes atteintes, en articulant les besoins sanitaires et sociaux.

C'est dans ce domaine que la Fnap Psy va cibler son travail des prochains mois, notamment par une action vers les médecins généralistes et une formation des usagers et des associa-

Nous devons être vigilants pour que le démantèlement des grandes institutions que nous demandons soit fait dans le respect de toutes les personnes concernées, que les moyens ne soient pas diminués de ce fait, mais transférés pour la mise en place de structures à taille humaine, adaptées et dans la cité.

Nous devons également œuvrer pour que la réponse sociale soit ciblée et ce handicap bien spécifique pris en compte. Ainsi que nous l'avons déjà exposé dans le livre blanc élaboré par Santé Mentale France (composée des représentants de la Fnap Psy, de l'Unafam et de professionnels), la réponse ne passe pas obligatoirement par une réinsertion par le travail. En effet, ces maladies fluctuantes imposent souvent une recherche de socialisation par des clubs, ou par la possibilité de partager des centres d'intérêts, qui permettent aux personnes souffrantes de comprendre leur pathologie et de devenir actrices de leur vie en ayant une activité sociale sans la charge de stress inhérente au monde du travail.

La Fnap Psy a dix années d'existence, sa structuration au niveau régional est en cours, ainsi que son implantation au plan européen. Nous avons la charge de préparer l'avenir tout en étant vigilant au présent.

Notre combat est difficile, car il impose beaucoup d'efforts à des personnes fragiles. Nous en sommes conscients, mais notre liberté et notre dignité de citoyens sont à ce prix.

Claude Finkelstein

Présidente de la Fédération nationale des associations de (ex)patients en psychiatrie, administratrice des hôpitaux Sainte-Anne et Maison Blanche, membre du Comité consultatif de santé mentale.

Évolution des rapports entre usagers et professionnels

La place nouvelle prise par les associations d'usagers bouleverse les habitudes de travail des professionnels de la psychiatrie, mais de nouvelles relations s'organisent peu à peu et permettent de les faire concrètement évoluer.

On pense souvent les médecins hospitaliers plus préoccupés de technicités médicales que de débats de société. Pourtant, en psychiatrie, dans le sens des conclusions des États généraux de la santé, le premier geste très symbolique de la Conférence des présidents de commission médicale d'établissement (CME) de centres hospitaliers spécialisés (CHS) en psychiatrie, après son installation en juin 1999, a été d'ouvrir une discussion avec la Fédération nationale des associations de patients et ex-patients en psychiatrie (Fnap Psy) et l'Union nationale des familles et amis des malades mentaux (Unafam), qui, ensemble, ont légitimité à représenter les patients et leurs proches. Ainsi, dès juillet 1999, les discussions commençaient avec chaque association ; aujourd'hui, avec les deux associations ensemble.

Usagers et psychiatres : une charge pour de nouvelles relations

Très rapidement, avec la Fnap Psy, le problème de la dignité du patient apparaissait comme primordial ; l'idée d'une charte entre les représentants des psychiatres des hôpitaux et les représentants d'usagers en psychiatrie est née. Notre conférence s'est montré d'emblée favorable. Pourtant, les objections furent nombreuses : nous n'étions pas habitués au travail avec les associations d'usagers. Les quelques collègues européens ayant déjà travaillé avec elles avaient l'expérience de groupes de pression très hostiles à la psychiatrie hospitalière.

D'abord, du fait de privations de liberté dans les soins sous contrainte : faut-il rappeler ici qu'Henri Ey, l'un des principaux psychiatres du XX^e siècle, décrivait les maladies mentales comme des « *pathologies de la liberté* ». De quel degré de liberté le patient jouit-il pour donner un avis sur son traitement et la manière dont celui-ci doit être conduit s'il présente un état confusional, des hallucinations auditives importantes, un automatisme mental ou même simplement des troubles obsessionnels-compulsifs ? Les autres craignaient une dérive consumériste « à l'américaine » synonyme de nombreux procès.

Avec la Fnap Psy, nous voulions aller vite pour valider cette charte : elle semblait être la condition à de nouveaux rapports entre médecins et patients dans notre discipline hospitalière. Chaque mot a été discuté. Ce n'est qu'un an plus tard que la charte a été validée par les deux parties. Pourtant, dans le corps professionnel des psychiatres, des réticences restaient. Nous souhaitons, avec la présidente de la Fnap Psy, que Mme Gillot, secrétaire d'État à la Santé, puisse officialiser cette démarche alors unique – à notre connaissance – en Europe : autour d'un dénominateur commun, une alliance entre patients et professionnels. Ce fut fait, le 8 décembre 2000, lors d'une cérémonie où les patients représentant les composantes de la Fnap Psy ont été reçues *avec* les représentants de la psychiatrie publique, médecins et directeurs. Ainsi, la « dignité de citoyen » était là, pour eux, recouvrée.

Depuis, la charte a été diffusée dans tous les services de psychiatrie publique et privée participant au service public hospitalier (PSPH), mais également dans de nombreuses cliniques privées. Diverses commissions médicales l'ont utilisée comme levier de changement dans l'institution de soins. Le Conseil de l'Europe a salué cette entreprise et nous a demandé de traduire la charte en anglais afin qu'elle puisse servir de modèle ou d'incitateur dans d'autres pays.

Avec l'Unafam, la collaboration s'est nouée autour des besoins des patients dans la communauté, aboutissant à la rédaction du « livre blanc de santé mentale France », qui pose le problème du handicap psychique (distinct du handicap mental), handicap spécifique dû à la maladie mentale et non pas à la déficience intellectuelle.

Quel chemin parcouru depuis 1975, à l'époque où les psychiatres combattaient la notion de handicap alors qu'était votée la loi qui a permis à de très nombreux patients de bénéficier de l'allocation d'adulte handicapé et, grâce à cela, de quitter l'hôpital psychiatrique pour une insertion dans la cité. Avec les mêmes partenaires associatifs, nous avons été auditionnés par le Groupe de travail parlementaire sur les handicaps. Le rapport demandé à M. Charzat par la ministre déléguée à la Famille tire son origine de cette démarche.

Partager les difficultés

Si des résistances réciproques existent encore, le sentiment pour les usa-

gers, familles et professionnels d'être dans la « même galère » prime : comment proposer des soins de qualité, dans le respect de la dignité, à des personnes qui présentent des pathologies troublant leur discernement ? Alors que nous n'avons que des connaissances scientifiques parcellaires de ces maladies, la confrontation de nos expériences nous a permis de nous rendre compte que nous nous posions – de manière certes différente – les mêmes questions, que nous étions confrontés aux mêmes difficultés, quelquefois aux mêmes échecs.

Sur un plan institutionnel, une réunion mensuelle rassemble Fnapp Psy, Unafam et les professionnels que représente la Conférence ; elle permet d'évoquer les problèmes, de chercher en commun des solutions, de faire le point sur nos divergences. C'est ainsi qu'est née la proposition d'organiser une journée de formation pour les représentants de patients aux conseils d'administration des hôpitaux.

Par ailleurs, l'analyse du fonctionnement des secteurs de psychiatrie publique nous a amenés à vouloir réactiver le Conseil de secteur prévu de longue date de manière réglementaire mais rarement opérationnel. Fnapp Psy, Unafam et Conférence des présidents de CME de CHS ont créé un groupe de travail *ad hoc* (directeurs d'hôpitaux, représentants d'agences régionales d'hospitalisation, représentants de la médecine générale, d'assistants sociaux, etc.) pour définir comment pourrait fonctionner cette articulation entre le sanitaire et le social, entre le secteur psychiatrique et le réseau. Un texte a été proposé au ministre délégué à la Santé qui nous avait encouragé à faire des propositions. Par notre proposition de composition et de fonctionnement du Conseil de secteur, nous avons su innover, en apportant du « tout cuit » validé à la fois par les instances qui représentent les institutions de soins *et* par celles qui représentent les personnes concernées par les soins. Voilà qui traduit le premier pas d'un changement inéluctable de la manière dont l'organisation des soins est appelé à être réglementée. C'est, certes, la reconnaissance du droit des usagers qu'a voulu le législateur, mais aussi celle de la capacité des usagers et des professionnels à dialoguer et à élaborer ensemble des projets.

On le voit bien, des changements s'opèrent au niveau institutionnel mais qu'en est-il au plus près des besoins : dans le secteur psychiatrique, dans l'hôpital ? Là aussi, le changement existe, même s'il paraît peu perceptible et n'est pas médiatisé. Quand, à l'hôpital, on refait le projet d'établissement et le plan directeur, des opérations tiroirs sont à prévoir : sont proposés des constructions neuves, en quantités limitées, des aménagements de bâtiments anciens,

mais, pour tenir compte de la contrainte budgétaire, les améliorations sont inscrites dans un calendrier pluriannuel. Alors, des arbitrages s'imposent : quels sont les patients qui bénéficieront du meilleur confort au plus vite, sont-ce les « nouvellement admis » ou ceux qui sont hospitalisés sur de longues durées ? Commission médicale d'établissement et direction administrative ont des propositions à soumettre au Conseil d'administration, lorsqu'elles réalisent que les représentants d'usagers ont peut-être une autre approche. Une séance de travail est alors prévue avec eux, avant d'arrêter ce qui sera présenté au final.

Si dans de nombreux CHS, la participation des représentants d'usagers aux divers niveaux de la démarche qualité semble logique, la participation de ces mêmes représentants au Comité de pilotage de la réduction du temps de travail (RTT) est moins fréquente. Et pourtant, ce sont les patients qui, en premier, sentiront les conséquences de cette RTT. Dans d'autres hôpitaux, des associations d'usagers se créent avec le soutien des hospitaliers, sans pour autant, bien entendu, être « inféodées » à ces derniers. Il s'agit d'associations locales, qui pourront alors directement agir sur la structure de l'établissement de soins où ils sont usagers.

Qu'en est-il de ces changements dans la relation soignants-soignés ? Les responsables de la Fnapp Psy ou de l'Unafam auraient peut-être plus de légitimité qu'un représentant de professionnels pour y répondre. Beaucoup reste à faire pour que « sur le terrain » les mentalités évoluent et que l'on passe d'une relation d'un paternalisme désuet à une relation de partenariat.

Du côté des médecins, on constate aujourd'hui un souhait important des patients de prendre en main leurs soins : les stratégies thérapeutiques sont beaucoup plus fréquemment discutées ; les connaissances des patients sur les traitements médicamenteux, sur les types de psychothérapies sont bien plus importantes qu'il y a quelques années. Pour que des évolutions significatives existent dans les services de soins, il est nécessaire *d'accompagner les professionnels*, afin qu'ils puissent respecter les options des patients (qu'il faut différencier des prises de position que le patient serait amené à prendre « du fait » de sa pathologie). La participation des usagers à la démarche qualité de l'hôpital, à la réorganisation de celui-ci est une des voies par lesquelles cet accompagnement peut se faire. Du temps est nécessaire pour cela. C'est à ce prix que dans le domaine particulier de la psychiatrie, la relation médecin-malade pourra évoluer, même si on ne peut cependant oublier que celle-ci n'est pas une relation « normale »...

Alain Pidolle

Médecin, Conférence des présidents de commission médicale d'établissement de centre hospitalier spécialisé.

Évolution des compétences des professionnels de la santé mentale

Gérard Massé et Serge Kannas, qui travaillent au sein de la Mission nationale d'appui en santé mentale, dressent un large panorama des différentes professions qui interviennent en santé mentale et formulent des propositions pour leurs évolutions.

Le champ considérable des connaissances, des compétences et des savoir-faire, constitué en psychiatrie et en santé mentale autour de l'apport des sciences humaines et sociales, ne relève pas du domaine exclusif des psychiatres. Bien évidemment, ces derniers ont beaucoup apporté. Depuis les années soixante – soixante-dix, à la suite de l'introduction des chimiothérapies, celle de la psychanalyse dans leur démarche personnelle pour beaucoup d'entre eux et au sein des institutions, avec la séparation de la neurologie et la psychiatrie en 1968, ils ont largement participé et contribué à l'évolution des soins. En même temps, l'ensemble des métiers de la santé mentale en a été significativement modifié. Il s'est donc constitué, au fil des années, un ensemble théorico-pratique diversifié où coexistent et se superposent, partiellement ou largement, différentes professions.

L'évolution des idées et des pratiques

Réfléchir aux transformations des professions pour mieux entrevoir les changements nécessaires ou à venir, nécessite de prendre en compte l'évolution des idées et des pratiques. Deux mots peuvent résumer l'entrée de la psychiatrie dans la modernité : les chimiothérapies et la désinstitutionnalisation.

La découverte des neuroleptiques, dès 1952, a inauguré une approche curative, c'est-à-dire médicale classique. La désinstitutionnalisation a diffusé dans tous les pays développés. Pour l'essentiel, malgré des appellations diverses, elle recommande que le meilleur trai-

tement se réalise au sein de la communauté, et à l'hôpital seulement lorsque l'ambulatoire paraît impossible. Dans un certain nombre de pays, ce processus a été critiqué, car perçu comme excessif. Mais il faut reconnaître que les critiques, pertinentes, qui lui ont été adressées, visent beaucoup plus une déhospitalisation sauvage, sans alternatives ambulatoires suffisantes. Avec des fortunes diverses assorties de corrections (nos amis canadiens parlent de vagues successives de désinstitutionnalisation), le processus continue.

Dès les années soixante, on a vu se développer, issus d'horizons divers et de pratiques très dissemblables en apparence, des mouvements hétérogènes qui partageaient le souci du traitement dans la communauté : les mouvements des droits de l'homme, dont proviennent les mouvements de patients (Fnapp Psy, Advocacy), les organisations de familles de patients (Unafam, Unapei, etc.). Ceux de la psychiatrie communautaire et de la psychiatrie sociale, la psychiatrie de secteur, le mouvement des thérapies familiales, du travail psycho-éducatif envers les familles, celui de la gestion des cas dans la communauté (*case-work management*). Le traitement intensif dans la communauté (*Stein and Test : assertive community treatment*), etc. Tous traduisent, à partir d'idéologies différentes, l'irruption du social dans la pratique psychiatrique. Encore minoritaires, ils s'amplifient, se fertilisent mutuellement et témoignent de l'avancée inexorable d'une psychiatrie ambulatoire de moins en moins séparable de son contexte social. Il ne s'agit pas seulement d'une

évolution socioculturelle de la pratique, davantage orientée vers la psychothérapie et les relations, que la France partagera de plus en plus avec les autres pays développés, il s'agit aussi d'une évolution des traitements vers leur combinaison de façon systématique médico-psycho-sociale, qui donne de bien meilleurs résultats que chaque mode de traitement pris isolément.

Un recours *a minima* à l'hospitalisation doit faire émerger une offre de soins flexible, articulée et graduelle dans le temps et dans l'espace. Dès lors, les composantes de l'organisation des soins en réseau autour d'un patient unique ou de certains patients posant le même type de problèmes, comme programme informel ou formel, reliant des institutions ou des personnes ressources, deviennent des enjeux essentiels. Enfin, la dimension sociale des liens de la personne malade avec son environnement : voisinage, quartier, cité, travail, activités, loisirs, culture, hébergement et logement ne peuvent plus, désormais, dans cette perspective, être séparés du soin même si évidemment ils ne s'y réduisent pas.

Quelles fonctions pour le psychiatre ?

On peut considérer le travail de psychiatre comme étant constitué de trois volets :

- celui de médecin spécialiste (diagnostics, certificats, prescriptions) et de responsable médical ;
- celui de psychothérapeute individuel, de famille ou de groupe, comportant de nombreuses approches ;

- celui d'opérateur en santé mentale, par la conception, la promotion, la direction ou la mise en œuvre d'actions de santé mentale diversifiées et complexes auprès de patients dans le cadre de la file active, de populations ou d'institutions dans le cadre d'actions de structure, de projets ou de programmes. Il s'agit de soins indirects, référés à un patient mais hors de sa présence, ou d'actions très indirectes non référées à un patient.

On remarquera que seul le premier volet revêt, actuellement, un caractère obligatoire dans le cadre de la formation médicale initiale. Le deuxième volet n'est pas de droit, ni lié automatiquement à l'acquisition du premier volet. Il n'est pas non plus obligatoire et résulte d'une démarche volontaire, à partir d'une expérience de supervision ou d'une formation au sens classique du terme, ainsi que d'une certaine aptitude relationnelle, et certainement pas de l'accumulation académique de connaissances réputées scientifiques (par analogie, le fait d'être professionnellement un enseignant ne garantit pas forcément l'existence d'une formation pour enseigner, ni un talent pédagogique minimum). L'acquisition d'une expérience dans le domaine des psychothérapies ne figure pas dans la formation initiale et elle existe faiblement dans la formation médicale continue. Peu d'universités se saisissent de cette question (très rarement les facultés de médecine). Les formations sont proposées le plus souvent par des associations ou des instituts de droit privé, dont les critères de qualité et de contenu sont variables, ce qui ne diminue en rien leur mérite, tandis que les pouvoirs publics interviennent peu.

Le Collège national des universitaires de psychiatrie formule toutefois un certain nombre de propositions de révision de la formation des psychiatres, visant à renforcer les connaissances théoriques et cliniques des approches psychothérapeutiques.

Le constat apparaît identique pour la troisième fonction d'opérateur en santé mentale. En général, l'expérience est acquise « sur le tas », au gré des nécessités locales, des opportunités, ou bien encore d'un aspect militant lié à une idéologie personnelle. Les formations dans ce domaine, lorsqu'elles existent,

ne sont pas obligatoires et ne donnent pas lieu à une reconnaissance ou une qualification professionnelle particulière.

Quelles fonctions pour les autres métiers ?

Les infirmiers, les éducateurs et leurs cadres respectifs travaillent de moins en moins exclusivement dans les hôpitaux ou dans les institutions. Beaucoup d'entre eux se montrent, avec l'expérience acquise ou grâce à une formation, d'excellents thérapeutes et opérateurs en santé mentale.

Il en est de même des assistants sociaux qui se sont montrés, dès avant le secteur, les premiers et remarquables opérateurs en santé mentale dans la communauté. Ils « n'attendent » probablement que de pouvoir s'épanouir sur ce terrain.

La question des psychologues paraît comparable. Même si l'on peut s'interroger sur les aléas d'une formation trop théorique, l'expérience montre que, comme pour les autres métiers, ils sont parfaitement capables – ils le montrent quotidiennement – d'être psychothérapeutes et d'animer des programmes de santé mentale. On peut considérer qu'ils sont sous-recrutés et donc sous-utilisés par rapport aux besoins des patients et des structures, au regard du nombre de psychologues formés et sans emploi.

L'idée a été avancée d'un transfert de prestations psychiatriques en direction des médecins généralistes ou, ce qui revient au même, d'une régulation de l'accès au spécialiste. Formaliser les synergies nécessaires entre un dispositif médical généraliste et spécialiste conservé à un niveau convenable apparaît plus approprié à coût constant. Les généralistes participent à la détection précoce des cas nouveaux, au suivi des cas connus et ont un impact au sein de programmes thématiques multipartenaires (détection précoce de la psychose, urgences, suicide, dépression résistante, etc.).

Deux réflexions s'imposent :

- l'une concerne l'équilibre entre les professions médicales et non médicales en santé mentale, à propos du domaine partagé des volets 2 et 3. La situation actuelle fait converger vers le psychia-

tre l'essentiel des tâches et des responsabilités, les autres métiers étant plutôt exclus, par principe ou par méconnaissance. Lorsqu'ils arrivent à s'approprier une partie de ces volets, ils sont maintenus sous tutelle médicale et arrivent rarement à se voir reconnaître une qualification professionnelle ou une autonomie relative liée à un savoir-faire accru. Or, les autres métiers de la santé mentale représentent un gisement de richesse créative important et croissant. L'augmentation observée des demandes (50 % en sept ans), qui était prévisible, va continuer à faire augmenter la partie médicalisée des tâches et donc la pression sur les temps médicaux, alors même que les demandes psychosociales vont exploser. Maintenir la quasi-exclusivité des volets 2 et 3 au psychiatre, ce qui représente entre 20 et 30 % de son temps, reviendrait à faire croître indéfiniment ce pourcentage. Lorsque la pénurie médicale existe dans le dispositif public (temps médical inférieur ou égal à 4 ETP par secteur) ce qui est le cas dans de nombreux départements, elle tend à restreindre mécaniquement le travail du psychiatre au seul volet 1. À l'opposé, déconnecter le travail du psychiatre des tâches psychosociales ou des programmes, en les confiant exclusivement aux autres métiers de la santé mentale, serait inefficace et dangereux ;

- l'autre conséquence concerne la formation elle-même, pour assurer des pratiques renouvelées, avec un équilibre transformé et clarifié entre les métiers :

- pour les psychiatres, il s'agit de rendre obligatoire ou de consolider, dès la formation initiale et, à défaut, pour les psychiatres déjà en exercice qui ne le possèderaient pas, par le biais de la FMC, ou d'autres formules, l'apprentissage d'au moins un modèle d'expérience psychothérapeutique ou sociothérapeutique comportant la reconnaissance d'une qualification professionnelle pour le praticien et, pour l'utilisateur, l'information adéquate. Cela concerne aussi la démarche avec les familles, les couples, ou les systèmes micro-sociaux plus larges. On ne peut se contenter, en effet, à l'heure actuelle, d'un simple apprentissage sans compagnonnage ou formation authentique, reconnue et valorisée. Pour ce qui concerne le volet d'opérateur en santé mentale, les exigences sont analogues : on ne peut en effet atten-

dre qu'un praticien ait accumulé dix à quinze ans d'expérience sur le terrain, pour qu'on pense (et qu'on vérifie) qu'il est capable d'animer un programme de base généraliste ou sectoriel de santé mentale dans la communauté, voire de participer à des programmes d'action thématiques, mono, multi, ou supra-sectoriel, en partenariat avec des dispositifs sanitaires et non sanitaires (urgence-crise, liaison sociale et médico-sociale, suicide, éducation sanitaire, détection des phénomènes de « porte tournante », etc.). Cet apprentissage ne peut s'improviser uniquement sur le terrain, au gré de contraintes locales ou d'appétences personnelles. Ces programmes doivent faire l'objet d'une formation stabilisée, reconnue et évaluable ;

- pour les non-médecins, des garanties de durée d'exercice, d'accréditation pédagogique et des contraintes déontologiques fortes sont indispensables. Le droit et l'organisation des services pourraient être réévalués pour faciliter ou clarifier les espaces de changement, voire trancher des dilemmes inévitables, hiérarchiques ou organisationnels.

Il s'agit, sans renoncer à la qualification du métier d'origine, de reconnaître des fonctions qui ne s'inscrivent pas actuellement dans la diversité hospitalière des métiers, en partie ou en totalité. Les personnels non médicaux accrédités à ces fonctions se verraient reconnaître, au sein des services où ils travaillent :

- la capacité à exercer effectivement une activité de

psychothérapeute ou d'opérateur en santé mentale, dans le double respect de l'organisation du service, sous la responsabilité médicale ou d'une personne mandatée à cet effet, et de l'autonomie de la compétence ;

- cette capacité serait liée au professionnel accrédité dans sa compétence technique et indépendante du « bon vouloir » hiérarchique ou idéologique du médecin-chef de service, y compris par une transposabilité de sa reconnaissance d'un service à un autre ;

- cette capacité pourrait s'accompagner, autant que nécessaire, d'une délégation d'autorité de la part du responsable médical, indispensable à la mise en œuvre de la mission d'opérateur (responsabilité de programmes ou d'actions thématiques au sein d'un service ou d'un secteur). On n'est plus très loin d'une fonction d'encadrement.

De la formation plus précisément

• Des psychiatres

On aura compris de ce qui précède que la formation des psychiatres, telle qu'elle a été rénovée au milieu des années quatre-vingt, repose sur un modèle exclusivement médical de la maladie qui n'inclut rien, sauf à travers des séminaires facultatifs, en matière de psychothérapies ou d'organisation des soins.

Pour ce qui concerne la clinique et les aspects relationnels (pratique d'un entretien, suivi, etc.), beaucoup d'internes se plaignent d'une absence de formation et d'un compagnonnage insuffisant ou inadéquat. Les réunions de synthèse ne dépassent guère, souvent, la nosographie et la chimiothérapie. Celles à visée intervisionnelle

sont rares et le travail de supervision l'est tout autant, sauf en infanto-juvénile, en particulier si l'intervenant est régulier et extérieur, ce que ni la nomenclature ni les budgets hospitaliers n'autorisent.

Malgré une légère amélioration récente liée à la diminution importante du nombre d'internes, l'apprentissage s'effectue de façon plutôt isolée, dans des structures quasi exclusivement hospitalières. Le psychiatre en formation n'a que rarement l'occasion d'apprendre le soin ambulatoire (80 % des files actives dans le public et presque 100 % dans le privé), ou alors dans la référence et le cadre hospitaliers. L'organisation des stages par semestres, justifiée par l'éclectisme nécessaire des lieux de soins, n'autorise guère l'expérience d'un suivi régulier des patients.

Il ne va pas de soi qu'il suffit d'être psychiatre pour être psychothérapeute. Certes, le fait de voir longtemps et souvent des patients stimule l'écoute et les qualités relationnelles, mais ne le garantit nullement. Il s'agit de conditions nécessaires et non suffisantes. Cette

expérience acquise doit donc être distinguée d'une formation (et non pas seulement d'un enseignement) inséparable d'une supervision individuelle ou collective pendant une certaine durée (beaucoup d'organismes, à l'échelon européen, et quel que soit le modèle de psychothérapie, préconisent l'équivalent d'une vingtaine de jours minimum par an, pendant au moins trois voire quatre ans) auprès d'un institut public ou privé, agréé ou reconnu, permettant une attestation de formation. Tout psychiatre, avant la fin de sa formation, devrait, dans son cursus, sauf à renoncer à une activité reconnue de psychothérapeute, pouvoir se former à au moins un modèle de psychothérapie. Il en est de même de la valence d'opérateur en santé mentale. L'apprentissage

leur statut hospitalier avec un tiers-temps qui en irrite beaucoup, leur formation initiale peu orientée vers les préoccupations et les contraintes des services de soins. Ne pourrait-on rêver d'un métissage des formations, reliant les différentes facultés et l'hôpital, sous forme d'un internat de psychologie, avec des stages de longue durée, encadrés et validants, et non de pseudo-stages disqualifiants pour les enseignants et les enseignés ?

• Des infirmiers, des travailleurs sociaux et des éducateurs

La place manque, ici, pour développer convenablement des propositions concernant ces métiers, surtout le premier, qui occupent une place croissante et légitime dans le travail ambulatoire.

trie communautaire), prélevées sur le contingent actuel de celles de psychiatrie. Outre son aspect symbolique, cette démarche volontariste pourrait initier un processus favorable pour l'ensemble des métiers (en partenariat avec les facultés de sciences humaines pour les psychologues), identifier et inventorier les programmes, les formateurs, ou passer convention avec eux ou leurs organisations, lancer les appels d'offre, délivrer un label aux formations, etc.

Une formule alternative pourrait consister à créer un Institut national de formation aux métiers et aux pratiques en santé mentale, résolument interprofessionnel, y compris dans sa direction pédagogique, comportant des antennes régionales. L'École nationale de santé

à la gestion, à l'administration et au management manquent à la formation des praticiens hospitaliers, qu'ils soient chef de service ou non, et les oblige à apprendre sur le tas. Mais on ne leur apprend pas plus la politique et l'organisation des urgences, les actions de prévention, la constitution, la conduite et l'évaluation d'une filière de soins programmée pour les adolescents, pour ne prendre que quelques exemples.

• Des psychologues

Les psychologues représentent, certainement, un enjeu très important dans une évolution qui devrait leur ouvrir de nombreuses perspectives. Ils subissent, toutefois, deux handicaps qui verrouillent un plus ample recrutement :

Selon nous, l'apprentissage initial des infirmiers devrait être complété afin que la formation psychiatrique de ceux qui se destinent à cette spécialité soit à la hauteur de leur formation somatique améliorée. Ce déficit semble moins marqué dans la formation initiale des travailleurs sociaux et des éducateurs. Ceci implique également, évidemment, que l'accès aux psychothérapies et à la fonction d'opérateur en santé mentale ne soit pas fermée, par principe, pour l'ensemble de ces métiers.

Si l'on se prend à rêver

On pourrait imaginer la création de chaires intitulées « santé mentale et actions psychosociales » (il existe, de par le monde, des chaires de psychia-

trique) publique (ENSP) pourrait aussi se voir confier un rôle. Dans tous les cas, il s'agirait de décloisonner, en les renouvelant radicalement, les pratiques et les métiers, sans renoncer à leur spécificité de base, tout en reconnaissant au psychiatre une place modernisée et équilibrée au sein du dispositif public de santé mentale.

Gérard Massé

Praticien hospitalier,
coordonnateur de la Mission nationale
d'appui en santé mentale, chef de service au
Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris.

Serge Kannas

Praticien hospitalier,
Permanent à la Mission nationale
d'appui en santé mentale.

La pédopsychiatrie au pays de l'éducation

Face aux difficultés que l'Éducation nationale éprouve dans l'accomplissement de sa mission éducative, Yves Buin suggère un partenariat avec la pédopsychiatrie sur des bases de travail communes : la référence à un cadre et la prise en considération des troubles cognitifs.

À la question posée : que peut attendre l'Éducation nationale de la pédopsychiatrie ? peut-être faudrait-il substituer : que peut, à son tour, attendre la pédopsychiatrie de l'Éducation nationale ? Contentons-nous toutefois d'en rester à la première.

Quand l'éducation vacille

L'Éducation nationale a la redoutable tâche, non seulement d'instruire – ce qui fut sa mission originelle (obligatoire) – mais d'éduquer (et le glissement d'objectif a mérité bien des gloses), tâche dont Freud écrivait, qu'avec celles de gouverner et de psychanalyser, elle était l'une des tâches impossibles que se fixait l'homme. Qu'est-ce qu'éduquer ? Apprendre à contrôler le corps, respecter les règles du groupe, à accepter l'autre, à se conformer, à abandonner sa part d'irréductibilité au profit d'un compromis normatif nécessaire, étant entendu que chacun s'accorde à considérer l'éducation comme passage obligé vers l'humanisation puis la civilisation ? Classiquement, l'éducateur statutaire (l'enseignant) succède à l'éducateur naturel (le parent, le cercle familial). Les acquis élémentaires de la sociabilité, tels la maîtrise du corps par le truchement de celui des sphincters, l'interdit de la violence (de la mort), supposés effectifs, il est alors en position de guider l'enfant vers le monde de l'apprentissage cognitif. Du fait qu'elle accueille des tranches d'âge allant d'environ 2 ans et demi à 16 ans, et bien entendu plus élevées pour ce qui concerne le secondaire, supérieur et

technique, l'Éducation nationale a en charge un nombre considérable d'individus promis au renouvellement générationnel – et donc sujets de l'avenir – pour lequel elle représente, quant aux heures les plus productives du jour, le milieu de vie. Pour assurer la fonctionnalité de cette prise en charge mandatée, elle se définit un cadre strict : au sein d'une pédagogie évolutive, assurer la transmission des savoirs, l'initiation à la complexité du monde, préparer aux échéances qui mènent au diplôme et à la reconnaissance professionnelle, ce grâce à une discipline consentie, à une hiérarchie directive, à des dispositifs organisationnels à la fois intangibles et adaptés : répétition et déploiement des activités dans la régularité horaire et l'unité de lieu, celle de l'établissement scolaire. Cet édifice, aujourd'hui, vacille.

La montée en tension de contingences sociales qui deviennent problèmes sociaux, interroge les services publics et les modalités relationnelles qui ont pu s'instituer entre eux, dont celles de l'Éducation nationale et de la pédopsychiatrie. Si les missions traditionnelles comme la prévention – repérages de difficultés, de troubles comportementaux précoces au niveau de la classe, l'appel à conseils ou à soutien de la part des enseignants – demeurent et ne seront pas rappelées ici, le contexte environnemental contemporain induit des effets directs constatés par tous : crise des repères symboliques, montée de l'incivilité et de la délinquance, envers lesquels être

mobilisés et sommés d'intervenir n'est pas marqué du sceau de l'évidence. Qu'en est-il des finalités de cette participation au traitement social des atypies dont la causalité est à renvoyer aux errements de la politique ? Compte tenu de ces réserves, peuvent être proposés, outre ce qui fonctionne déjà, deux grands axes de travail commun entre l'Éducation nationale et la pédopsychiatrie.

Troubles cognitifs et travail sur le cadre

Le premier concerne *le travail sur le cadre*. L'époque ne cesse de renvoyer que le cadre voulu par les républicains et qui a perduré près d'un siècle, auréolé d'une mythologie glorieuse, est bien malmené et rendu, en certaines zones, inopérant : la grande lutte contre l'illettrisme et l'analphabétisme, la promotion sociale par l'instruction. Émergence de nouvelles couches sociales ? Conflits culturels ? Volonté de transgresser l'institué ? Ou, plus encore, décalage de communication généralisé ? Force est d'admettre que la mise en cause du dispositif génère, dans une partie de la population, les conditions d'un inévitable échec et, pour l'Éducation nationale, dont c'est la hantise, un échec scolaire en voie de massification, signe de sa propre invalidation.

Si la psychiatrie n'a pas plus que d'autres disciplines, autorité à délivrer des analyses, ce qu'elle peut avancer, en revanche, c'est de se coller au cadre, dans l'esprit de sa réflexion sur la

dynamique institutionnelle, et d'en retenir les possibilités de renouvellement et de mobilité des structures, et les marges de restauration du lien. L'occurrence des contrats d'intégration, à titre d'exemple, est particulièrement propice à l'invention de relations neuves, centrée sur un enfant, pour peu que les trois partenaires – parents, enseignants, soignants – s'y engagent. On voit alors se répartir autrement les approches et les investissements, modifier les *habitus* et poindre l'innovation. Les classes relais, les classes d'intégration scolaire (Clis), les unités pédagogiques d'intégration (UPI), peuvent être elles aussi, dans leur propédeutique, l'occasion d'élaboration de cadres futurs plus accueillants et plus adéquats, ceux de lieux d'intégration-réinsertion, de médiation et de transition. L'apport de la pédopsychiatrie est ici dans l'incitation à construire un espace réflexif et à accompagner le quotidien par la disponibilité, sans instaurer une hégémonie du soin.

Autre axe : *la prise en considération des troubles cognitifs*. Nous n'entrerons pas dans les faux débats et affrontements de pouvoirs entre les tenants du tout cognitif, du tout éducatif, du tout affectif. Peut-être y a-t-il eu en psychiatrie propension à privilégier la sphère noble des affects aux dépens de celle, plus ingrate, des processus de pensée. Ce que nous enseignent les turpitudes scolaires de nombre de sujets et, plus diffuses, les incapacités d'une population plus large, c'est la difficulté, presque l'inaptitude à penser, que l'on peut analyser comme une disparition (ou un renoncement) du plaisir de penser. Le champ ouvert par ce délitement doit être l'opportunité d'ouvrir un vaste chantier. L'incidence sur le cours de la pensée

touche à l'humanité même et est péjorative pour l'avenir. Il n'est pas dit que les technologies et leurs gadgets type vidéo-games, fort prisés, n'y soient pas pour quelque chose. Le philosophe Georges Steiner ne parle-t-il : « *d'illettrisme informatique* » ?

S'il est établi que l'affect intervient dans l'apprentissage, le rôle de la pédopsychiatrie n'est pas de se cantonner à cette généralité, mais d'inviter, en une sorte de dimension : « Soins et culture », à la rencontre de compéten-

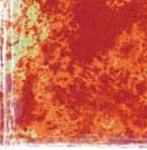
ces de professionnels déjà impliqués dans le service de l'enfant et de l'adolescent mais contestés dans le cadre où ils exercent, par le recours à la créativité, en particulier à l'art. En permettant le rétablissement, en une activité d'expression libre, sans enjeu et contrôle de performance, d'un lien avec un adulte positivement investi (un artiste¹), le sujet se retrouve alors confronté à ses potentialités souvent déniées ou infirmées, y compris par lui-même. Il a ainsi éventualité de se rétablir dans une continuité active, prémisses à la retrouvaille plus ample avec le cadre (et les acteurs d'origine) où il était en rupture ou inadéquation.

C'est cet ordre d'initiative qui devrait solliciter les partenaires sans volonté de modéliser leur action. Le principe d'œuvrer dans une dimension micro-locale, en territoire connu partagé et balisé par des interventions diverses des partenaires concernés, facilite la conception de tels projets où le média culturel est convoqué non comme une concession formelle mais comme élément incitateur, starter véritable à la réhabilitation des vacuités idéiques. Le souci n'est certes pas nouveau d'associer les ressources offertes par le milieu et la culture, mais sans doute reprend-elle de l'acuité aujourd'hui où l'on assiste, dans le même temps, au repli sur les techniques acquises et à leur désir de dépassement, donc simultanément au refus de la simple rééducation instrumentale du trouble, du symptôme et du maintien dans une attitude technicienne frileuse. De créer des espaces interactifs, de s'appuyer sur le savoir faire culturel, dans ce registre particulier mais proliférant du nonaccès à la pensée, devrait orienter, électivement, les futurs partenariats.

Yves Buin

Médecin, chef du service de pédopsychiatrie du nord des Hauts-de-Seine, Unité médico-psychologique de coordination, Gennevilliers.

1. on peut le concevoir également pour un artisan, un possesseur de savoir original.



La santé mentale au travail

Travail et non-travail ont des conséquences de plus en plus importantes sur la santé mentale des personnes. Michel Debout et Thierry Faict en décrivent les principales modalités.

Dès l'origine, on trouve un lien très fort entre travail et souffrance ; au-delà de la malédiction biblique, le verbe travailler vient lui-même du latin *tripaliare* qui se traduit par torturer avec un instrument constitué de trois pieux. Ce n'est pas là un de ses moindres paradoxes que le travail réservé aux esclaves et, par là-même, symbole de la soumission, soit devenu, au fil des temps, l'instrument de la libération de l'homme en lui donnant son statut social.

Le travailleur n'est plus taillable et corvéable à merci. Il est maintenant juridiquement reconnu dans ses droits, protégé face aux risques auxquels il est soumis, respecté dans sa personne comme l'obligent les articles du code pénal, du code civil, du code du travail et des textes internationaux. Pourtant, de nombreux salariés se sentent mal à l'aise à leur travail et, s'ils ne ressentent plus une surcharge physique, ils se plaignent surtout d'une pression mentale, psychologique, qui peut se traduire par des troubles psychosomatiques à la symptomatologie variée dont les Troubles musculo-squelettiques (TMS) sont le dernier avatar.

Le travail a changé

Cette charge psychique, qui peut évoluer vers des états anxio-dépressifs graves, trouve son origine dans les modifications du management des entreprises. Les salariés doivent s'adapter en permanence à de nouvelles exigences, ce qui entraîne des effets d'usure professionnelle ; on parle aussi du stress au travail. Isolées face à des objectifs individuels qui leur sont imposés, les personnes au travail sont confrontées à l'obligation de concilier les contraires : faire vite et bien, sans obtenir toujours un appui suffisant de la structure qui les emploie.

Le travail aujourd'hui expose donc à une obligation de s'adapter en permanence et de s'investir dans un contexte relationnel qui devient plus dur : l'égoïsme gagne et les conflits sont à l'œuvre.

Parfois, ces nouvelles contraintes provoquent ou facilitent des relations perverses au cœur du collectif de travail, que l'on désigne maintenant sous l'expression de harcèlement moral et qui sont à l'origine de graves désordres psychiques. Enfin, beaucoup de salariés sont victimes d'agressions de degrés variables, d'injures et de menaces souvent répétées, qui perturbent le climat de travail et provoquent parfois un véritable traumatisme psychique.

À cet ensemble de difficultés potentielles qui agissent négativement sur la relation de travail, il faut ajouter les licenciements et les plans sociaux qui continuent à peser sur les entreprises du secteur concurrentiel, venant désespérer des salariés qui ont le sentiment d'être réduits à des pions que l'on jette à la première alerte.

Sans vouloir noircir le tableau – car heureusement le travail reste une source d'épanouissement, de réalisation, de rencontres –, les conditions de travail se dégradent : pressions, agressions, persécutions et licenciements se développent.

Autant de situations qui peuvent provoquer chez le travailleur (directeur, cadre ou employé) des évolutions anxio-dépressives pouvant faire le lit de la conduite suicidaire.

Selon l'enquête européenne sur les conditions de travail de 1999, 9 % des

salariés (treize millions) ont fait l'objet d'intimidation sur leur lieu de travail au cours des douze derniers mois ; 2 % (trois millions) ont fait l'objet de harcèlement sexuel et 2 % également, de violence physique. Les travailleurs les plus exposés aux pratiques d'intimidation sont ceux des administrations publiques (14 %), du commerce et des services (13 %), en particulier dans l'hôtellerie et la restauration. Cela concerne les femmes plus que les hommes (10 % vs 8 %).

Les réactions psychiques après une agression au travail

Lorsque l'agression est liée à l'environnement du travail, aux clients, au public, les réactions psychologiques habituelles face à toute agression prennent un tour particulier et spécifique.

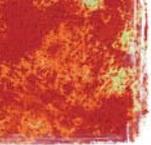
• La répétition des actes agressifs

Il s'agit souvent d'actes sans gravité physique majeure, mais qui, par leur répétition même, vont atteindre progressivement les capacités du salarié à réagir ; la voie s'ouvre à un véritable épuisement psychique de la personne. Cette situation est comparable à celle du stress professionnel (celui qui est lié aux conditions de travail, à la pression sur les salariés), l'une et l'autre pouvant s'enchevêtrer et déstabiliser personnellement et professionnellement la victime.

• La culpabilité

Le salarié va s'interroger sur ses compétences professionnelles : est-il fait pour ce métier ? Est-il capable de réagir aux situations exceptionnelles auxquelles il est confronté ? Est-il digne de la confiance qu'on lui a manifestée ? Une telle interrogation pourra être exacerbée par certains stéréotypes représentatifs du métier lui-même et de sa fonction sociale. Ainsi, se dire victime, c'est





reconnaître que l'on n'a pas été le plus fort, le plus solide. Dans certains milieux professionnels, cette simple reconnaissance peut être assimilée à un aveu de faiblesse et donc, par contre-coup, signer l'incompétence.

• **la perte de confiance**

Dans le cas du travail, cette perte de confiance peut se situer vis-à-vis de l'entreprise et des valeurs qu'éventuellement elle représente. Un agent EDF s'exprime ainsi : « *Je trouve inadmissible que, dans mon travail, on puisse m'agresser de la sorte* ». C'est plus dans sa mission qu'il se sent agressé que dans sa personne. Peu à peu, il ne croit plus à son travail et surtout aux valeurs de ce dernier. Le salarié victime a besoin d'être réassuré par la réaction de l'entre-

prise face à ces violences. Si la réaction de l'entreprise fait défaut, un sentiment d'abandon apparaît : incomprise par la hiérarchie, les collègues de travail, les instances régulatrices de l'entreprise (assistance sociale, médecine du travail), la victime se sent renvoyée à elle-même, ce qui renforce son sentiment de culpabilité et de perte de confiance en soi.

Le harcèlement moral au travail

Les faits de violence rencontrés au travail surviennent aussi entre les membres du collectif : collègues, encadrement, direction. Ils peuvent avoir un caractère brutal, agression physique ou psychique avec des conséquences possibles sur les relations professionnelles entre l'auteur et sa victime. Mais ces violences sont parfois insidieuses et per-

manentes. Elles s'inscrivent dans une stratégie de l'auteur, voulant imposer ses vues à sa victime, lui dicter sa loi, la nier dans sa personne, de façon à ce qu'elle se soumette ou se démette : on les désigne aujourd'hui – à la suite de l'ouvrage de Marie-France Hirigoyen – sous le terme de harcèlement moral au travail.

À l'inverse des autres violences qui s'expriment dans la brutalité d'un passage à l'acte, le ou les harceleurs agissent à visage masqué, c'est là leur force ; ils s'appuient en permanence sur le non-dit de leurs desseins et réduisent leur victime à la protestation sans effet ou au silence, en l'isolant progressivement de tous ceux qui, jusque-là, la considéraient. Les capacités de la victime sont peu à peu réduites.

Au début du processus, elle ne comprend pas ce qui lui arrive, ce qui met à mal ses capacités de défense. Cela l'amène parfois à rentrer dans le jeu du harceleur, en essayant de lui prouver qu'elle fait bien, qu'elle est digne d'intérêt. Parfois elle proteste, surtout si elle a une personnalité qui l'y incite. Quelle que soit son attitude, elle est en butte à la dérobade de celui ou de ceux qui veulent la pousser à la faute.

L'anxiété d'être chaque jour, à la reprise du travail, confronté à cette situation apparemment sans issue amène la peur : « *travailler la peur au ventre* ». Cette anxiété s'accompagne de manifestations physiques diverses, auxquelles s'ajoutent des symptômes dépressifs favorisés par la culpabilité ressentie, le caractère vexatoire ou humiliant de certains propos et comportements utilisés par le harceleur : cet ensemble aboutit à une perte de l'estime de soi.

Cette situation entraîne fréquemment des conséquences familiales et sociales ; et la gravité des éléments dépressifs peut conduire à un passage à l'acte suicidaire, souvent favorisé par une mise en invalidité ou par une menace explicite de licenciement.

Il importe que ces violences au travail soient avant tout prévenues : il faut pour cela qu'elles soient considérées comme un risque professionnel, ce qui impliquera alors un devoir de prévention des entreprises et services dans lesquels elles surviennent et donc la mobilisation des instances concernées : comités d'hygiène et de sécurité, directions, syndicats, médecine du travail.

Les ruptures du contrat de travail

Le monde du travail, les méthodes de management, peuvent être parfois très violents, utilisant les pressions psychologiques de tous ordres pour « gérer » le personnel, lui faire reproche de certains de ses manquements pour le muter ou le licencier.

La rupture du contrat, le licenciement ou sa menace, est toujours vécu comme une remise en cause des capacités, de l'identité, d'autant plus qu'il sera difficile, pour des raisons soit personnelles, soit sociales, de trouver un nouvel emploi.

C'est le cas particulier des licenciements

collectifs qui, après la solidarité active qui se met en place entre les salariés eux-mêmes et avec la population, se transforment souvent en une véritable épreuve parfois indépassable. Ainsi, le drame des licenciements des cinq cent quatorze salariés chez Levi's a marqué toute la métropole lilloise. La cellule de reclassement, comme c'est presque toujours le cas, n'a pas fonctionné dans un bassin où le volume d'emplois est faible. Comment reclasser, dans d'autres entreprises, des salariés spécialisés dans le « jean », alors qu'aucune autre entreprise de ce type n'est implantée dans le secteur ? Comment ne pas comprendre les drames, quand on sait que les salariés arrivés à 50 ans ou plus n'ont jamais vu un stage de formation de toute leur carrière, ou n'ont pas évolué d'un échelon en trente ans ou plus d'ancienneté ? Le drame planait dès l'annonce de la fermeture totale du site. Certaines salariées plus fragilisées que d'autres ont craqué et les dépressions nerveuses ont été nombreuses.

Après le licenciement...

Le chômage provoque l'isolement et la désocialisation du travailleur qui se trouve dépourvu ainsi des liens interpersonnels noués au travail. Le travail est un organisateur de vie et de renouveau, il imprime son rythme au quotidien, et nombre de licenciés récents continuent à organiser leur journée selon les mêmes horaires qui étaient « imposés » par leur emploi. Parfois, le premier signe de la résignation, du découragement consiste en la perte de cet « emploi du temps », qui n'est plus scandé par le rendez-vous de l'usine, du bureau ou du service, mais qui devient totalement ouvert, libre, de cette fausse liberté qui a un autre nom : l'inutilité.

Si le chômage dure, s'installe alors un sentiment de désespérance et de culpabilité. Le désespoir de ne pas arriver à en sortir, malgré les démarches, malgré les stages, les annonces glanées ici ou là. Qui suis-je si l'on ne veut plus de moi ? Ainsi, celui qui n'a pas de travail du fait de la conjoncture économique et sociale, se sent coupable de ne pas en trouver et s'interroge sur lui-même. Cette culpabilité peut être renforcée par l'attitude de l'entourage qui finit par douter de la volonté réelle du chômeur à trouver un nouvel emploi. Cette situation entraîne des incompréhensions dans le couple et la survenue de repro-

ches (liés souvent aux problèmes matériels de tous ordres créés par la situation) pouvant désorganiser la famille et aller jusqu'à une rupture. Le chômeur va donc être exposé au repli et à la dérive dépressive et mortifère ; il faut qu'il soit aidé et soutenu sur le plan médico-psychologique, mais s'il y a une médecine du travail, il n'existe pas de médecine du chômage !

Les épreuves personnelles vécues par le salarié peuvent avoir leur part dans l'apparition de l'état pathologique : il faut différencier ce qui relève de la personne, de son histoire et du travail lui-même. Dans tous les cas, le soutien psychologique permet d'éviter l'apparition de complications qui surviennent d'autant plus que le salarié est dans un état de fragilité personnelle, conjugal, familial...

Du XIX^e siècle au XXI^e siècle, on est passé d'une pénibilité du travail essentiellement physique à une pénibilité mentale avec un coup humain et social incontestable : la médecine du travail, fondée d'abord sur la prise en compte de la maladie physique, doit s'ouvrir avec la même efficacité aux troubles psychiques.

Michel Debout

Service de médecine légale,
Centre hospitalier universitaire,
Hôpital Bellevue, Saint Etienne,

Thierry Faict

Institut régional de médecine légale,
Faculté de médecine, Clermont-Ferrand.

► Références bibliographiques

- Hirigoyen M.-F. *Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien*. Paris : Syros, 1998 : 192 p.
- Conseil économique et social. *Travail, violences et environnement*. Rapport présenté par Michel Debout. Paris : Édition des journaux officiels, 1999.
- Conseil économique et social. *Le harcèlement moral au travail*. Avis présenté par Michel Debout. Paris : Édition des journaux officiels, 2001 : 120 p.
- Debout M. *La France du suicide*. Paris : Stock, 2002 : 305 p.

La demande des politiques aux psychiatres

Laurent El Ghozi, chirurgien et maire-adjoint chargé de la Santé et de la Prévention à la Mairie de Nanterre, interpelle les psychiatres sur la souffrance « psychosociale » que l'on rencontre quotidiennement dans les communes et qui, selon lui, relève de choix politiques. Il fait partager ici ses réflexions et des expériences mises en place dans sa commune pour comprendre, entendre et prendre en charge cette souffrance.

Nanterre, ville riche car proche de la Défense, compte 87 000 habitants souvent pauvres et où les facteurs et indicateurs de souffrance sociale sont multiples.

Ville industrielle désindustrialisée, où les très nombreux emplois tertiaires et qualifiés sont inaccessibles aux ouvriers, chômeurs et à leurs enfants, peu ou pas qualifiés. Elle compte 2 200 bénéficiaires du RMI, 5 000 demandeurs d'emploi dont 1 200 demandeurs d'emploi de longue durée. Cette opposition entre la richesse de Nanterre-La Défense et la pauvreté de certains quartiers est insupportable, source de blessures narcissiques constantes, de frustrations que la violence est parfois la seule façon d'exprimer.

Ville de forte immigration maghrébine, ancienne, dont les pères sont aujourd'hui souvent disqualifiés professionnellement, culturellement et socialement.

Ville de deal et de toxicomanie, quand le produit anesthésie les esprits et que l'économie souterraine soutient les cités au prix, bien sûr, de la disparition de toute loi et de ses représentants, de la délinquance, de la désagrégation sociale.

S'y ajoutent l'échec scolaire, trop fréquent, l'insécurité mise en avant pour justifier ses peurs, toutes sortes de facteurs de précarité, sources naturelle-

ment de souffrance sociale. Tout aussi naturellement, le malheur ordinaire devient souffrance psychique qui, certes, n'est pas « maladie psychiquement avérée », qui n'apparaît pas dans la CIM-10, ni le DSM IV, mais qui empêche pourtant de vivre, non seulement celui qui souffre, mais aussi tous ceux qui l'entourent.

La place de l'élu

Cette souffrance, ce malheur, cette violence sont rapportés aux élus par de multiples sources : les habitants, les associations, dans les réunions de quartier ou à leurs permanences... Les professionnels, les parents, les citoyens les interpellent, les sollicitent, les mettent en cause, désarmés qu'ils sont face à cette « souffrance psychosociale » que l'on ne sait ni définir, ni mesurer, ni résoudre et qui renvoie chacun à son impuissance.

L'élu doit donc tenter de répondre et peut mobiliser pour cela une large palette de services municipaux, associatifs, départementaux, d'État, mais aussi les habitants eux-mêmes. C'est par cette mobilisation transversale dans un partenariat décloisonné, confiant et respectueux des compétences de chacun, que l'action des élus peut se construire. Enfin, l'élu est l'animateur, sur son territoire, de toutes les politiques publiques, en particulier celles qui contribuent à réduire les inégalités, à favoriser l'accès aux droits et aux services, à assurer le bien-être de chaque citoyen.

La première demande, évidente, est celle de l'accès au psychiatre, de l'accès aux soins psychiatriques quand la honte de la maladie mentale stigmatise trop et accroît la souffrance, rendant la demande impossible : il faut alors « aller vers », modestement, partout où cela peut s'exprimer avant que de se dire, multiplier les lieux banalisés, ouverts. Comment, en effet, dans la précarité et la perte de soi, se sentir en état, en mesure, en désir même d'en parler, de recourir à un service, de réclamer un droit, d'accepter d'être soigné : ce cheminement nécessite un repérage, un accompagnement, une écoute d'aide par tous les professionnels sanitaires, sociaux, éducatifs, une souplesse des approches, même s'il est plus facile d'être sourd à des appels muets que de se confronter à cette difficulté, voire à cette impuissance.

Mais trop souvent, cette souffrance psychosociale devient dérangeante, envahissante, pour l'individu certes, mais aussi pour la famille, le quartier, l'école, la ville et l'intervention publique s'impose pour cacher, réprimer, enfermer et on nous demande alors de signer les hospitalisations sous contrainte. Ce ne peut être suffisant ni satisfaisant surtout quand cette souffrance qui fait violence est intimement liée aux conditions de vie, à l'histoire collective, au contexte social.

L'élu local interroge alors les psychiatres, avec quatre grands axes de demande.

1. Comprendre pour ne pas devenir otage de l'émotionnel :

- comprendre les comportements des jeunes, des bénéficiaires du RMI, des usagers ;

- comprendre les évolutions de la société, le modèle social impossible, les attentes/frustrations qu'il engendre, l'impact de certains événements traumatiques, individuels ou collectifs ;

- bref, comprendre pour agir plus justement.

2. Former les intervenants de première ligne au repérage, à l'écoute éclairée qui permet la reconnaissance du sujet et son orientation adéquate.

3. Informer sur les ressources locales, permettre à chacun de s'en saisir par un travail de réseau où chaque intervenant garde sa compétence, sa place, sa légitimité, où la confiance réciproque permet l'échange d'information, où des espaces de dialogue peuvent d'ouvrir.

4. Enfin, soutenir ces acteurs de première ligne, les aider à supporter cette souffrance et leur donner quelques moyens pour y répondre.

Des actions à Nanterre

Pour être plus concret, j'évoquerai quelques actions mises en place à Nanterre, avec les psychologues et psychiatres de l'inter-secteur de Pédopsychiatrie (ISPP), du Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), des services municipaux ou de libéraux, avec les associations et les habitants.

1. Le premier exemple, le Contrat local de sécurité (CLS), souligne l'ambiguïté des certaines demandes. Copilote de ce contrat, nous avons voulu mettre en avant au maximum la prévention et sur cinquante-trois actions, onze font appel à des compétences « psy » (*voir encadré*). C'est énorme, trop même, et je ne voudrais pas être soupçonné de vouloir psychiatriser la délinquance, mais l'État a donné aux villes compétence sur la sécurité et pas encore sur la santé ! D'où l'inscription de ces actions dans le CLS, volet prévention, et non dans un « contrat local de santé », encore à inventer.

Les incivilités, la violence explosive et même une certaine délinquance méritent d'être entendues d'abord comme une souffrance du sujet – de la victime aussi – et leur prévention passe obligatoirement par l'écoute et la prise en charge aussi précoce que possible.

Encore une fois : écouter pour comprendre, pour expliquer les causes, ce n'est en rien excuser ni justifier les atteintes aux personnes, aux biens, à la loi, mais seulement se donner les moyens d'une action politique, collective et individuelle.

Sur ces onze actions, nous sollicitons la psychiatrie publique, nous créons des postes si besoin et nous travaillons avec les associations spécialisées.

2. Les difficultés sociales dans certains quartiers sont majeures. Sur deux quartiers, nous avons réalisé avec les professionnels et les habitants un « diagnostic-santé » participatif mettant en évidence quelques priorités d'action qui sont travaillées et mises en actions par un comité de pilotage, dans une logique de santé communautaire.

- Au Petit-Nanterre (10 000 habitants), une des cinq priorités mises en évidence est la « souffrance psychosociale ». Un groupe de travail, auquel participent en particulier le Secteur adulte et l'ISPP, travaille avec des habitants à l'élaboration d'un document général d'information et va proposer des formations partagées.

- Dans le quartier du Parc (20 000 habitants), l'enquête-diagnostic a concerné deux cent soixante habitants, plus de quarante partenaires du quartier et le quart des professionnels (santé, social, éducatif).

Pour les *habitants*, trois problématiques prédominent :

- la souffrance psychosociale liée aux conditions de vie ;
- le besoin en éducation pour la santé favorisant la prise en charge de sa propre santé ;
- la parentalité et son rapport à l'autorité et aux incivilités.

Les *partenaires* sont préoccupés par :

- les toxicomanies : cannabis, alcool ;
- la santé physique et morale des enfants ;
- les troubles psychologiques : troubles du comportement des enfants, dépression et stress des adultes.

Quant aux professionnels, ils s'inquiètent :

- de la dépression, de l'anxiété, du stress, surtout chez les femmes et les chômeurs ;
- des troubles de comportements ;

- de l'alcoolisme et de la toxicomanie ;
- de l'hygiène alimentaire et bucco-dentaire ;
- du diabète, de l'hypertension, des cancers...

C'est naturellement très préoccupant et convergent ! Différents groupes de travail sont à l'œuvre avec, entre autres, participation du CMP du quartier, de psychologues associatifs, de l'équipe de psycho-traumatologie de la ville, dans une démarche de santé communautaire, là encore avec les habitants.

3. Parce que nous sommes convaincus que la prévention ne commence jamais assez tôt, que l'établissement d'une relation mère/enfant sereine est essentielle dans l'avenir des enfants et au-delà, que les contraintes des maternités hospitalières y limitent le séjour à trois voire deux jours, que nombre de mères sont seules, jeunes, isolées, précaires, nous allons mettre en place, à la rentrée, dans un quartier, une consultation systématique en PMI associant une psychologue municipale au pédiatre.

4. Pour les jeunes de 12 à 25 ans, dont nous savons qu'ils ne consultent pas mais qu'ils vont souvent mal, ce que montrent clairement toutes enquêtes, nous avons ouvert, dans le cadre du Contrat de Ville, un Espace Santé Jeunes, lieu d'accueil, d'écoute et d'information, convivial, non stigmatisant et banalisé. Le personnel permanent comporte une psychologue à temps plein qui travaille avec une diététicienne et une IDE coordinatrice.

Ce lieu est ouvert, en outre, à une psychologue de l'ISPP, à des interventions de psychologue spécialisée de Centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST). Il permet le lien entre le secteur de la santé, en particulier mentale, et ceux de l'Éducation nationale, de la formation, de l'insertion professionnelle. Les jeunes suivis par la PAIO en formation professionnelle (Dispositif Insertion Jeunes) ou dans le programme Trace bénéficient d'une consultation médicale et psychologique, gratuite si besoin, à l'Espace Santé Jeunes.

5. Nous avons beaucoup travaillé pour enrichir le Programme départemental d'insertion (PDI) en actions de santé, sans grand succès malgré nos efforts et la forte demande des travailleurs

sociaux d'insertion, demande de formation, d'aide, mais aussi de pouvoir se décharger d'une prise en charge impossible ! Ainsi, sur un PDI de plus de 15 M€/an, seulement 3,5 % sont consacrés au volet santé, sur lesquels 120 000 euros contribuent à la lutte contre l'alcoolisme et 245 000 euros aux difficultés psychologiques des bénéficiaires, auxquels s'ajoutent 50 000 euros pour soutenir les instructeurs. Moins du quart de ces actions sont proposées et mises en œuvre pour les Secteurs publics de Psychiatrie de tout le département... À elle seule, la ville de Nanterre bénéficie d'environ 25 000 euros pour adjoindre systématiquement un entretien avec un psychologue lors des bilans de santé et pour une éventuelle prise en charge.

Donner les moyens de « faire quelque chose » avec le sujet souffrant

Un mot sur l'évidente insuffisance de ces actions : tous les membres de CLI savent bien que plus de 30 % de bénéficiaires – notamment ceux qui restent dans le dispositif alors que le chômage régresse fortement – présentent des troubles psychopathologiques sévères qui rendent extrêmement difficile toute insertion professionnelle stable. Plus de 50 % d'entre eux sont dans un état de souffrance qui les rend, au moins temporairement, inaptes au travail, incapables du désir et de l'investissement suffisants pour seulement s'engager dans une formation. La très grande majorité d'entre eux n'est pas soignée.

Par ailleurs, les travailleurs sociaux sentent bien cet obstacle mais, faute de formation, faute de soutien, faute de ressources, le plus souvent ils abandonnent, reléguant plus encore ces personnes qui s'enfoncent sans espoir ou se soignent comme ils peuvent à l'aide de produits psychoactifs, licites ou non.

Il ne s'agit pas de substituer la demande du corps social voire le désir de l'élu à la souffrance muette de l'individu, mais au contraire d'entendre cette souffrance informulée, impossible à dire, inquiétante souvent, et masquée sous une demande sociale banale d'aide ou derrière une insertion professionnelle, familiale et sociale en échec constant. Il s'agit de donner aux travailleurs sociaux les moyens de la repérer et d'en faire « quelque chose » avec le sujet souffrant. C'est ce que nous

tentons de faire à l'Espace Insertion où interviennent des psychothérapeutes de la ville et où des actions collectives permettent de renouer avec soi-même, de faire renaître un désir, de sortir de l'enfermement de l'échec (art-thérapie, théâtre, sport, etc.).

Enfin, chaque fois que c'est possible, qu'une demande est faite aux élus faute de solution ailleurs, nous tentons de répondre en proposant (et en finançant), par exemple, des groupes de paroles pour les professeurs des collèges animés par une psychologue, ou par le soutien direct à certaines associations, par la formation des personnels de SMJ, par des interventions dans les lycées et collèges auprès des élèves : théâtre-forum sur les situations de violence, sur la prévention des conduites à risque – les rodéos à motos sont particulièrement traumatisants pour la population et mortels pour les jeunes (deux décès en six mois).

Bâtir « des alliances préventives »

Ainsi, la ville, saisie en permanence de demandes multiples, sollicite l'appui ou l'intervention du service public de psychiatrie auquel toutes ces demandes ne sont pas adressées, bien qu'elles le concernent largement. Faute de réponse possible ailleurs, elle agit très souvent en subsidiarité et mobilise pour cela toutes les ressources et les dispositifs disponibles : politique de la Ville, Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, PDI, CLS, SDAHI, plan triennal de la MILDT, associations, Conseil Général, etc. Enfin, elle tente de donner cohérence et sens à toutes ces actions en les inscrivant dans sa politique globale de lutte contre les inégalités, de développement social et d'autonomie des personnes.

Je suis convaincu que seul le niveau local permet, à partir de problématiques repérées, de construire ensemble les réponses les plus adaptées et convaincu aussi que le rôle des élus est essentiel, mais qu'ils ne peuvent rien faire seuls et qu'il faut bâtir ensemble des « alliances préventives ». Les maîtres-mots sont partenariat, transversalité, décloisonnement. La démarche doit être celle « d'aller vers » surtout vers l'usager qui ne sait pas dire « je ne vais pas bien », qui ne sait même pas d'où ça vient, où ça se parle, ni qu'une aide est possible. Il faut d'emblée et ensemble penser « psychosocial », faire

tomber le mur entre les deux et s'appuyer sur tout le travail social pour lire et entendre autrement cette souffrance qui ne demande rien. Peut-être le Réseau territorial de santé mentale que nous fait espérer le rapport Piel-Roellandt pourrait-il prendre en compte, avec les élus, toutes ces difficiles questions ?

Laurent El Ghozi

Chirurgien hospitalier,
chef du Service des urgences de l'Hôpital
Max Fourestier de Nanterre,
maire-adjoint chargé de la Santé
et de la Prévention à Nanterre.

Texte rédigé à partir d'une communication présentée au colloque « La souffrance psychique dans l'espace public : une question politique ? ». Troisième séminaire de l'Orspere, L'Arbresle, 20-22 septembre 2001.

Onze actions ou propositions

- Le développement des comités d'Éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) dans les lycées et collèges, et l'implication de la ville dans leurs actions de prévention ;
- le groupe local de prévention de l'Éducation nationale, avec l'ISPP et les associations spécialisées ;
- la création d'une classe relais avec soutien psychologique aux professeurs ;
- la création de postes de personnels médico-psycho-sociaux dans les écoles, collèges et lycées ;
- le développement de complémentarité entre les clubs de prévention, les structures municipales jeunesse et santé avec formations communes, partagées ;
- la parentalité : groupe de paroles, école des parents, lieu d'accueil parents/enfants avec psychologues sur place ;
- la structuration en réseau des différents lieux et dispositifs d'accueil des jeunes précaires, exclus, déscolarisés, souffrants ;
- la prévention de la toxicomanie ;
- la formation à la gestion des conflits pour les personnels et les commerçants ;
- l'aide aux victimes par la création d'une cellule municipale de psychotraumatologie (un demi-poste de médecin et un demi-poste de psychologue) dont l'activité est explosive depuis plusieurs mois ;
- enfin, le dépistage précoce des difficultés psychologiques des jeunes enfants avec mise en place de deux lieux d'accueil, de prévention et de soins, en lien avec l'Éducation nationale, par le CMPP, l'ISPP, la PMI et qui accueillent également les parents au cœur même de leur quartier.

Les partenariats professionnels : activité libérale et secteur de psychiatrie

Plusieurs articles de ce dossier insistent sur la complexité du recours aux soins en santé mentale où questions physiques, psychiques et sociales sont fortement intriquées. Pour tenter d'y répondre, une démarche de concertation particulièrement originale et organisée s'est mise en place dans les Yvelines, dans le cadre d'un réseau.

Madame X est suivie depuis quatre ans par son médecin généraliste de façon régulière. Elle se plaint de multiples troubles (maux de tête, d'estomac, fatigue, etc.). Depuis trois ans, le médecin généraliste prescrit des antidépresseurs à cette patiente. Après une amélioration de courte durée, les troubles ont réapparu. Madame X a longtemps refusé de voir un psychiatre. Après plusieurs mois, le médecin généraliste arrive à la convaincre et appelle un psychiatre libéral qui donne un rendez-vous à Madame X dans un délai de deux mois. À ce moment, Madame X se sent mieux, ne souhaite plus voir de psychiatre et n'honore pas son rendez-vous. Quelques temps après, son état s'aggrave et le médecin généraliste, inquiet, demande une hospitalisation en urgence. Le psychiatre des urgences réfute l'indication d'hospitalisation et oriente Madame X vers son secteur.

Le Réseau santé mentale Yvelines Sud

Le cas de Madame X n'est pas isolé. Il a été travaillé dans des groupes de travail du Réseau santé mentale Yvelines Sud ; son exemplarité a été confirmée par les résultats de l'enquête menée sur la pratique et la satisfaction des professionnels de la santé mentale dans les Yvelines Sud (*voir encadré*). En quelques mois, Madame X a rencontré ou mobilisé l'ensemble des acteurs de la santé mentale, sans réelle coordination entre ces acteurs, sans qu'ils soient

sollicités au bon moment et puissent inscrire la prise en charge de Madame X dans un projet thérapeutique le plus adapté à sa situation.

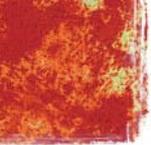
D'autres exemples similaires pourraient être présentés, mettant en jeu des situations cliniques de patients dépendants socialement, pris en charge par les acteurs des espaces territoriaux et des associations de bénévoles, sans qu'une coordination suffisante avec la prise en charge sanitaire permette de trouver des conditions d'hébergement adaptées pour ces patients suivis par ailleurs en psychiatrie. Un regard sur les demandes croissantes aux services des urgences souligne combien les services d'urgence doivent pallier une déficience de prise en charge au moment où la demande le permettrait.

La question traitée dans cet article n'est pas de trouver un responsable à ces situations. Une première réponse serait évidemment dans la croissance et la diversification des demandes faites à la santé mentale, alors que les ressources de l'offre de soins diminuent, du fait en particulier de l'évolution de la démographie médicale. L'objet de cet article est de montrer comment le manque de coordination entre professionnels aggrave cette situation et comment une dynamique de partenariat entre l'ensemble des acteurs concernés par la santé mentale peut apporter certaines réponses.

L'offre de soins en psychiatrie est particulièrement éclatée du fait de la multiplicité des acteurs qui interviennent, de façon générale (avec en particulier la coordination entre les acteurs du champ sanitaire et les acteurs du champ social, éducatif, judiciaire et les collectivités territoriales), mais également du fait de l'organisation et de l'évolution très spécifique de l'organisation des soins dans le domaine strictement sanitaire.

Le secteur public est organisé de manière particulière, bien différente du privé, autour du secteur de psychiatrie. Parallèlement, depuis quelques années, émergent des structures publiques intersectorielles pour des prises en charge des populations particulières (adolescents, personnes âgées) ou des situations particulières (urgences, prise en charge de patients hospitalisés dans des unités de soins somatiques, etc.).

Du côté du secteur privé, on assiste à un recentrage sur la prise en charge de la population locale dans les cliniques et à une attractivité de plus en plus forte du libéral auprès des psychiatres. Ainsi, 47 % des psychiatres sont actuellement installés dans le secteur libéral, ce qui est le pourcentage le plus élevé d'installation dans le libéral des médecins spécialistes. Les psychologues sont très majoritairement installés en libéral.



(Gypsy), une association de psychologues libéraux (Apcy). Il a également associé à titre de partenaires les acteurs du champ social, par l'intermédiaire des espaces territoriaux et d'associations de bénévoles, sous la coordination des médecins coordonnateurs précarité et les usagers, en l'espèce, l'Unafam, la Fnap Psy, mais également l'Udaf et d'autres associations locales.

Des consultations d'avis spécialisés et de suivis conjoints

Les premières réunions ont eu pour objet, au-delà d'une connaissance mutuelle des spécificités et des pratiques de chacun, de définir les priorités en terme d'amélioration de l'offre de soins. Chaque professionnel, à partir de réunions thématiques, a pu pointer les difficultés rencontrées dans sa pratique quotidienne. Les différents thèmes travaillés en priorité ont été : « parcours évolutif et thérapeutique du patient déprimé », « parcours évolutif et thérapeutique des patients schizophrènes », « coordination des interventions dans le cadre de l'urgence », « prévention du suicide chez les jeunes », « échange d'informations entre les professionnels au sujet d'un patient », « réponses aux attentes des acteurs du champ social », « évaluation des pratiques et de la satisfaction des professionnels » (enquête lancée afin de faire un point objectif sur les difficultés rencontrées globalement et sur les ressources du demi-département).

D'autres thèmes ont par la suite été choisis, au fur et à mesure que certaines questions trouvaient des réponses et à la demande de nouveaux adhérents du réseau.

Un seul exemple de solution novatrice sera présenté dans cet article, celui de la création de la consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint. D'autres solutions ont été proposées dans le cadre du Réseau, qui toutes reposent sur un partenariat « redéfini » et qui toutes impliquent les acteurs du public et du privé, solutions à des problèmes « prioritaires » dans la zone géographique concernée : équipe de liaison afin de repenser les liens « fonctionnels » entre les champs du sanitaire et du social, coordination du maillage des acteurs de santé autour du sujet âgé présentant une souffrance psychique, coordination du maillage des acteurs de santé autour du jeune en difficulté.

Au total, et sans aborder la question des « différentes écoles » en psychiatrie, on observe une certaine difficulté pour les patients et les médecins généralistes à trouver la bonne porte d'entrée dans une organisation des soins complexe, diverse et saturée. Pourtant, la question de la prévention des complications évolutives des troubles par une prise en charge précoce des patients est au cœur de la qualité de la démarche en psychiatrie.

C'est ce constat qui explique la création du Réseau santé mentale dans les Yvelines Sud. D'emblée, le réseau s'est créé autour de l'idée que l'ensemble

des acteurs de la santé mentale devaient travailler ensemble autour des dysfonctionnements relevés par l'un ou l'autre des professionnels. C'est pourquoi le réseau a regroupé l'ensemble des acteurs sanitaires de la zone géographique concernée : le centre hospitalier spécialisé (établissement public de santé Charcot), un institut mutualiste (Institut Marcel Rivière – MGEN), le centre hospitalier général disposant d'un service hospitalo-universitaire sectorisé (centre hospitalier de Versailles), une clinique privée de statut commercial (clinique d'Yvelines), une association de psychiatres libéraux (Psylib), une association de médecins généralistes

Comme le montre l'exemple clinique présenté en introduction, le médecin généraliste aurait eu besoin d'un avis précoce pour cette patiente. Faute d'un tel avis, sa demande s'est transformée en une demande de transfert de prise en charge vers des spécialistes. Compte tenu de la lourdeur qu'implique un suivi, la psychiatrie libérale n'a pu répondre dans des délais rapides, tandis que la psychiatrie hospitalière, saisie en urgence, relevait que la prise en charge en hospitalisation n'était pas justifiée. Après plusieurs réunions de travail, le réseau a proposé de créer des centres de consultations d'avis spécialisés et de suivis conjoints. Ces centres ont pour objet de répondre à la demande d'un médecin généraliste en difficulté voire à une demande urgente formulée directement par le patient. Dans ce cadre, une première prise de contact est faite par une infirmière qui effectue un premier bilan au téléphone et évalue le degré d'urgence du rendez-vous. Celui-ci est donné dans un délai de vingt-quatre heures à dix jours. La première accroche téléphonique ainsi que le délai du rendez-vous expliquent le bon taux de venue au rendez-vous (moins de 8 % des rendez-vous ne sont pas honorés selon une étude réalisée sur cinq cents patients). Par ailleurs, le patient sait d'emblée qu'il s'agit d'une consultation d'avis et d'orientation. Le caractère de conseil que peut avoir cette consultation facilite l'accès à la psychiatrie pour certains patients suivis par leur médecin généraliste et qui craignent l'image de l'offre de soins spécialisée. Dans certains cas, le médecin généraliste peut d'ailleurs participer à la consultation. Il s'agit de consultations longues, dont l'objet est d'inscrire le patient dans un projet thérapeutique de plus long terme. Deux ou trois consultations sont parfois nécessaires pour élaborer un projet adapté au patient, qui tienne compte de son histoire, de sa représentation des soins et de sa prise en charge antérieure. À l'issue de cette consultation d'avis, plusieurs solutions peuvent être envisagées :

- le patient nécessite réellement une prise en charge spécialisée. Dans ce cas, il est adressé pour un suivi et une prise en charge vers un psychiatre ou un psychologue libéral, avec lequel le professionnel de la consultation d'avis (psychiatre ou psychologue) a pris contact. Il peut également être adressé sur son

secteur si ce type de prise en charge paraît plus adapté ;

- le patient ne nécessite pas une prise en charge spécialisée. Dans ce cas, un projet de prise en charge partenarial est défini en collaboration avec le médecin généraliste. Celui-ci assure la prise en charge principale du patient. Des consultations de bilan peuvent être prévues avec le psychiatre référent. Dans tous les cas, le médecin généraliste a la possibilité de faire appel à ce spécialiste en cas de difficultés. Ce mode de prise en charge fait l'objet d'une évaluation particulière.

Des liens nouveaux entre les professionnels libéraux et l'hôpital psychiatrique

Actuellement, trois centres de consultations d'avis et de suivis conjoints ont ouvert. Le premier fonctionne depuis plus d'un an et un premier bilan peut donc être effectué. Il s'agit de l'action de réseau qui est la plus appréciée par les médecins généralistes. La demande est aisée, le médecin généraliste est informé de la suite de la prise en charge qu'il contribue à définir. Quand cela est nécessaire, les médecins généralistes acceptent de suivre le patient à titre principal, en coordination avec un psychiatre ou un psychologue référent. Cette collaboration permet de fait aux médecins généralistes de mieux formuler leur demande, sans se laisser déborder par une prise en charge trop longue d'un patient. Elle permet également de définir, en situation, les spécificités et les limites d'intervention des professionnels qui apprennent à mieux connaître leurs exercices mutuels. Le nombre de demandes est en croissance constante (cinq à six nouvelles demandes en moyenne par jour sur le centre hospitalier de Versailles, le premier à avoir ouvert).

Quelle est la place des psychiatres libéraux dans cette action ? Pour l'instant, ils interviennent surtout en relais de la consultation d'avis et de suivis conjoints. Eux-mêmes font ponctuellement appel à elle lorsqu'ils sont en difficulté avec un patient ou lorsqu'ils ne peuvent assurer, faute de temps, une demande. Certains d'entre eux ont exprimé le souhait de pouvoir effectuer de telles consultations d'avis. Cette évolution pose de multiples questions : les psychiatres libéraux effectuant des consultations d'avis peuvent-ils les faire à leur cabinet, qui est

davantage un lieu habituel de suivi des patients ? Selon quelles modalités peuvent-ils être rémunérés pour cette activité qui induit un travail d'élaboration de projet de soins partenarial important avec les médecins généralistes et une évaluation en continu de l'évolution du patient ? Comment peuvent-ils travailler avec l'infirmière du centre de consultation qui effectue le premier accueil et coordonne une partie de l'évaluation des prises en charge ?

Le réseau travaille pour apporter des réponses à toutes ces questions. Il est surtout ici important de souligner combien cette coopération régulière permet un changement de pratiques et de relations entre les différents professionnels. L'un des objectifs essentiels du réseau a, en effet, d'emblée été de s'inscrire dans l'action, conçue comme un levier de mobilisation des professionnels et de réflexion sur des pratiques effectives. Dans ce cadre, l'évaluation des actions initiées prend une place essentielle.

De façon plus générale, il faut être conscient que cet exemple ne prend toute sa dimension que dans le cadre plus large du travail effectué dans le Réseau. Son succès vient du fait qu'elle a été conçue par les acteurs locaux et qu'elle est adaptée à la situation particulière des Yvelines Sud. Le caractère « local » de l'expérience permet de fixer des priorités aux actions du réseau.

Son succès vient aussi du fait qu'elle bénéficie de la dynamique plus large du réseau. Un partenariat, s'il vise à un réel changement des pratiques, ne se conçoit que dans un cadre d'échanges plus larges des professionnels. Celui-ci s'articule autour de trois thèmes transversaux qui sont l'information, la formation et la recherche. En l'absence d'un tel espace de débats, d'échanges d'informations et de connaissances, et de possibilités de mener les recherches cliniques ou épidémiologiques permettant de répondre aux questions émergentes, le réseau pourrait bien se résumer à un outil « vide » où le partenariat est instrumentalisé plus que réellement vécu.

Information

Pour parler de partenariat, il est essentiel de s'entendre sur l'information utile qui doit être partagée par les professionnels du soins. Une plainte des

médecins généralistes était le manque d'information donnée par les psychiatres sur les patients qu'ils prenaient en charge. Réciproquement, les psychiatres regrettaient le caractère tardif et surtout peu précis de la demande des médecins généralistes qui leur adressaient un patient. La question de ce partage d'informations se pose à l'évidence, de façon particulière en psychiatrie par rapport aux autres spécialités médicales. Un groupe de travail s'est intéressé spécifiquement à ces questions et a étendu son questionnement à la qualité de l'information donnée au patient. Si, dans un premier temps, le réseau a essentiellement permis un échange et un travail entre les professionnels du soins et de l'action sociale, il s'est également ouvert aux représentants des usagers qui, sur cette question de l'information donnée aux patients en particulier, sont des interlocuteurs précieux. La question ne se résume pas à l'information sur un cas précis mais également à l'information générale donnée sur la maladie mentale et les modes de prise en charge. Le Réseau s'est doté d'une plate-forme informatique. Un des portails, ouvert au grand public, est en cours d'élaboration en collaboration avec les associations d'usagers. Ce réseau informatique permettra un échange d'informations générales entre les adhérents du réseau, ainsi que, de façon sécurisée, d'informations plus personnalisées concernant des patients.

Formation

Celle-ci, dans le cadre d'une éthique partenariale, impose de se penser comme une interaction et non comme un transfert d'informations unilatéral. Des ateliers de formation permettent de réunir des professionnels venus des divers horizons autour de questions les concernant tous. Deux journées de formation ont ainsi été organisées autour des thèmes suivants : « les psychothérapies : en pratique » et « les psychotropes dans le suivi d'un patient ».

Par ailleurs, afin de répondre à la diversité des demandes de formation et à partir de la connaissance acquise dans le partenariat des besoins de formation des différents professionnels, d'autres actions de formation sont en cours de mise en œuvre : groupes de supervision clinique (type « Balint ») pour les médecins généralistes intéressés pour « aller

plus loin », diplôme universitaire pour l'ensemble des médecins généralistes sur le thème « prise en charge des troubles mentaux en médecine générale », élaborées et réalisées en collaboration étroite avec les médecins généralistes.

Recherche

Aucune action nouvelle ne pouvant faire la preuve « *a priori* » de sa pertinence, un suivi des actions réalisées dans le cadre du réseau est assuré par le recueil de données épidémiologiques en rapport avec les critères cliniques utiles à connaître pour évaluer leur intérêt dans le suivi des patients.

Par ailleurs, l'émergence de questions dans le cadre des débats menés au sein du réseau entre l'ensemble des acteurs et la nécessité de tenter d'y répondre, ont conduit à la demande d'être « Réseau de recherche en santé publique » en répondant à un appel d'offre de l'Inserm. La réponse favorable obtenue va permettre de mettre en route un certain nombre de recherches, non seulement cliniques mais également anthropologiques et sociologiques, et d'y impliquer l'ensemble des professionnels, quel que soit leur statut, intéressés pour y participer.

En conclusion

L'objectif du réseau est d'offrir une nouvelle forme d'organisation de l'offre de soins, reposant sur une éthique partenariale différente et sur l'adaptation de cette offre aux besoins réels de la population. Le déroulement de cette expérience nous a appris qu'un tel changement dans les pratiques nécessitait, non seulement de mettre en œuvre des actions visant à inscrire, dans l'exercice quotidien des praticiens, ce partenariat (comme le propose la consultation d'avis et de suivi conjoint), mais imposait de s'attacher à développer les conditions (les « outils ») de pérennité de ce partenariat entre les professionnels : formation, mise en débats de nos pratiques de soins et recherches, échanges de connaissances et d'informations « utiles », diffusion.

Marie-Christine Hardy-Baylé

Professeur des universités,
praticien hospitalier,
psychiatre, Hôpital A. Mignot, Versailles,
directeur du Réseau santé mentale
Yvelines Sud

• COMMUNIQUÉ •

Education Santé

sommaire

n° 169 - mai 2002

Initiatives

Saparlipapote, un projet « langage » dans les écoles

Remboursement de référence des médicaments: qui paie la note?

La vente de cigarettes baisse, mais pas la consommation!

Alliage, une autre approche de la toxicomanie,
propos recueillis par Bernadette Taeymans

Les accidents d'enfants, épidémie du 21^e siècle

Outil

La promotion de la santé, une utopie bien réelle ou une réalité bien utopique,
Carine Lafontaine

Réflexions

Les objectifs de santé en ligne de mire,
Annermie Peeters

Plaidoyer pour l'accès au traitement contre le sida dans les pays en développement,
Lise Thiry

Vrai et faux progrès thérapeutique

Matériel

Tout savoir sur la contraception

Le suicide, problème sous-estimé

Protéger le dos des ados

Lu pour vous

Fous alliés, une BD pour dédramatiser les troubles mentaux

Les groupes d'entraide, des lieux d'ouverture et de soutien

Éducation Santé est un mensuel gratuit, réalisé avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé.

**Pour recevoir un exemplaire de ce numéro ou pour s'abonner : education.sante@mc.be
Les textes de ce numéro seront prochainement disponibles sur le site www.educationsante.be**

L'évaluation des besoins de soin en santé mentale

Particulièrement importante pour les acteurs de santé, les décideurs et le public, l'évaluation des besoins de santé mentale est aussi particulièrement difficile. Viviane Kovess propose ici d'en examiner quelques variables.

La question de l'évaluation du besoin de soin en santé mentale est essentielle tant pour les planificateurs, que pour les intervenants et les personnes elles-mêmes. Elle pose cependant de nombreux problèmes : celui de la définition même du besoin qui n'est pas identique suivant les personnes et la position qu'elles occupent par rapport au système de soin et celui de la nature même de ce besoin et des instances qui doivent y pourvoir. De ce point de vue, la différenciation entre les besoins de soins « médicaux » et les besoins sociaux identifiés chez des personnes ayant des problèmes de santé mentale reste complexe tant les choses sont intriquées. Et pourtant ces besoins doivent pouvoir être répertoriés pour permettre une organisation optimale des réponses.

À ces différents besoins correspondent des interventions mises en œuvre par des professionnels très divers, sans oublier le rôle des non-professionnels : famille, amis, « aidants naturels ». Ces interventions doivent être données suivant des règles de bonne pratique qui, énoncées problème par problème, devraient permettre de calculer un volume d'interventions et d'en déduire les quantités de professionnels et de services nécessaires pour combler les besoins en santé mentale de la population d'un territoire donné.

Nous sommes évidemment loin de cet idéal, mais on peut conduire des études qui permettent de s'en rapprocher et d'utiliser au mieux les données dont on dispose.

Une demande souvent en deçà du besoin

Malheureusement la plupart des données facilement accessibles sont des données d'utilisation des soins, souvent utilisées pour exprimer le besoin alors qu'elles mesurent la demande exprimée et satisfaite du moins dans le sens d'une réponse donnée à une demande. De fait, dans le domaine de la santé mentale plus que dans les autres disciplines médicales, la « demande » peut être assez différente du « besoin » et est, contrairement aux opinions souvent exprimées, souvent en deçà du besoin. Cette demande de soin en santé mentale est l'aboutissement d'un cheminement complexe dans lequel interviennent de nombreuses variables personnelles et sociologiques, et souvent d'autres soignants qui œuvrent en amont.

Non seulement la conscience de ressentir une forme de souffrance de type « maladie » ou même d'avoir un « problème de santé mentale » est variable suivant les classes sociales, mais elle est aussi influencée par d'autres facteurs, tels que les opinions de l'entourage. Pour formuler une demande de soin, il ne suffit pas au sujet de concevoir qu'il a un problème, il lui faut également admettre que ce problème peut se soigner. Or, nombreuses sont les personnes qui pensent que les troubles de santé mentale sont incurables ou encore, à l'opposé, qu'ils s'amélioreront d'eux-mêmes avec le temps.

Si la possibilité d'une amélioration apportée par des soins est envisagée

par le demandeur, celui-ci devra ensuite prendre la décision de s'adresser à un professionnel de santé : un médecin généraliste, un psychologue ou un psychiatre ; cependant la personne peut décider qu'elle souhaite s'adresser à un réseau qui ne fait pas partie du réseau professionnel : amis, clergé ou toute autre prise en charge.

Dans notre système, ce sont les généralistes qui sont consultés en premier pour la plupart des problèmes de santé mentale : dépression ou anxiété peuvent coexister avec des migraines, des maux de dos ou encore certains troubles digestifs voire être présentés sous cette forme par le patient. Il est difficile d'établir la manière dont sont diagnostiqués et gérés les problèmes psychiatriques lors de ces consultations qui peuvent amener le praticien à conseiller une prise en charge plus spécialisée que la personne peut refuser, car l'image de la psychiatrie et du psychiatre reste inquiétante pour de nombreuses personnes.

Or, toutes ces notions doivent être intégrées dans les mesures de besoin, puisqu'un problème qui n'est pas senti comme tel n'aboutira pas à une demande ou aboutira à une demande inappropriée. Mentionnons aussi certains troubles pour lesquels la demande n'est pas le fait de la personne mais plus souvent celle de son entourage : problèmes d'usage de substances (alcool et drogues), troubles délirants, ou encore de la société : problèmes psychopathiques et perversion.

On voit bien que le besoin ne peut être strictement déduit de la demande qui est fonction de tous les éléments mentionnés ci-dessus, mais aussi de la disponibilité des soins et des pratiques des professionnels qui peuvent amener à des attitudes diverses.

Le prototype de la réponse aux besoins de santé dans nos sociétés est celui de la demande d'aide d'un individu. Dans le modèle professionnel qui prévaut, cette demande donne lieu à une évaluation au cours de laquelle le besoin, ressenti par le client, est mesuré par l'intervenant en fonction de sa formation (médecin, infirmier, travailleur social, etc.) et de sa conception des problèmes pour lesquels son intervention peut aider. De l'évaluation s'ensuit une négociation, d'où découle un contrat thérapeutique sur les problèmes ciblés, les interventions offertes et les résultats attendus.

Pour la plupart des intervenants en santé mentale, répondre aux besoins des usagers ne représente rien de nouveau, mais le degré de négociation entre l'intervenant et le client peut varier et il a évolué. D'une relation où l'intervenant dominait la négociation avec ses connaissances et son statut social, on évolue, sur la pression du mouvement des consommateurs, vers une ère de partage d'informations. Dans le champ de la réadaptation psychosociale, on se dirige même d'une *approche centrée sur les besoins des usagers*, vers une *approche menée par les usagers*.

En revanche, si l'on considère une approche épidémiologique, on partira des symptômes ressentis par les personnes avec un certain degré de sévérité et de retentissement social, qu'elles demandent ou non des soins ; il est bien difficile de savoir parmi ces problèmes ceux qui représentent des besoins de soin. Certains ont proposé de ne considérer que les troubles qui ne s'arrêteraient pas spontanément sur une certaine période comme des besoins de soin. Cet argument serait valable s'il existait des critères qui permettent de prévoir l'évolution spontanée du trouble vers la guérison et pour autant que la période de symptômes ne soit pas trop douloureuse et handicapante même si, à terme, elle se résout par elle-même. De plus, on manque d'études permettant de comparer les

différents traitements et l'évolution sans traitement.

Enfin, se pose la question du rôle éventuellement de maturation de la personne d'un certain degré de souffrance psychique permettant l'élaboration d'une demande ou une réorganisation psychique faisant que le besoin n'est pas non plus la suppression de tous les symptômes.

Pour ajouter à la complexité, les relations demande/besoin ne se posent pas de manière identique suivant les types de problèmes, l'âge de individus pour ne citer que quelques éléments.

Mesurer les besoins

Pour rendre la notion de besoin mesurable et permettre son utilisation en planification, certains ont proposé d'énoncer qu'« un besoin existe : 1) si une personne, souffrant de maladie mentale, présente un problème significatif dans les sphères cliniques ou sociales ; 2) si une intervention thérapeutique ou sociale peut réduire ou contenir le problème ».

Ils ont proposé un instrument de mesure du besoin de soin ; problème par problème avec une évaluation en équipe de chaque possibilité thérapeutique pour chacun des problèmes, aboutissant à un score pour chaque patient et pour des populations de patients, de besoins cliniques et sociaux, comblés ou non comblés ; cette approche a été adaptée à des enquêtes de population.

Les *besoins d'une population* représentent *plus que la somme des besoins individuels de santé mentale et des interventions requises*. Ils sont, en effet, définis également par la vision collective, politique et culturelle de la santé mentale. La réponse aux besoins d'un individu ne peut se poser dans la seule vision d'une motivation et une action de ce dernier, mais aussi dans un contexte social et culturel qui codifie la manière dont on définit et on répond à ses besoins.

Ces besoins sont conditionnés par les moyens que la société accepte de mettre en œuvre pour faire face à un problème donné. Dans les pays démocratiques, cette décision doit être débattue devant les représentants élus. Plus localement, cette représentation peut être obtenue par la participation de

citoyens non malades à la définition des besoins, parallèlement aux représentants des usagers et de leur famille qui représentent un point de vue parfois différent.

Pour favoriser la négociation nécessaire à l'arbitrage des décisions, tout en gardant à l'esprit les besoins des individus, nous proposons de distinguer *les besoins d'intervention* et la réponse aux besoins que sont *les ressources*. Suivant cette logique, il est plus facile de soutenir qu'une logique d'efficacité représente une valeur incontournable, si l'on veut répondre aux besoins du plus grand nombre à l'intérieur de l'enveloppe des ressources disponibles : un plus grand nombre de personnes pourrait bénéficier de soins si on parvenait à identifier celles qui reçoivent des interventions inefficaces ou non efficaces, et celles qui peuvent bénéficier d'interventions.

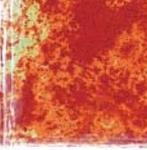
Ainsi, les « vrais » besoins, la réponse à ces derniers, se situent non pas au niveau strictement individuel, ni au niveau de la population, mais dans une constante mesure de l'un et l'autre, pour faire émerger la meilleure réponse aux besoins définis selon ces perspectives.

Viviane Kovess

Directrice du département de recherche en santé publique, MGEN, Paris.

Pour en savoir plus

- Kovess V., Lesage A., Boisguerin B., Fourrier L., Lopez A., Ouellet A. *Planification et Evaluation des besoins en santé mentale*. Comité de la santé mentale du Québec et direction générale de la Santé. Paris : Flammarion Médecine Sciences, 2001.
- Kovess V. Planification et besoins en santé mentale. In : Kersvasdoué J., Caniard E. (eds). *La santé mentale en 2001. À paraître*, 2002.
- Kovess V., Labarte S., Chanoit P.F. *La santé mentale dans la région Ile-de-France : des données épidémiologiques à la planification*. L'information psychiatrique 2002 ; 1 : 43-54.
- Kovess V. *Santé mentale, évaluer les besoins : l'apport de l'épidémiologie*. *Pluriels* 2001 ; 25 : 2-12.



Du soin à la réinsertion

Santé, emploi : les besoins des personnes sont souvent pris en compte par des dispositifs trop cloisonnés. La mise en place de projets véritablement personnalisés reste encore à inventer.

La réinsertion sociale et professionnelle est devenue un objectif prioritaire des politiques publiques. Elle oblige les professionnels à sortir de l'aide aux personnes dans des circuits fermés, y compris lorsque le besoin de soins nécessite le passage par une hospitalisation à temps complet.

Des intentions généreuses et une série de difficultés

L'objectif de réinsertion pose de multiples problèmes. Tout d'abord, le besoin de soin ou de réinsertion ne s'accompagne pas toujours d'une demande de l'intéressé. Or, la réinsertion n'est envisageable que si la personne aidée est actrice dans les actions entreprises. En outre, le retour en milieu ordinaire prend parfois l'allure d'un parcours du combattant : les dispositifs d'aide à l'insertion s'enchevêtrent souvent au croisement du système de santé et des institutions sociales et médico-sociales. Comment peut s'opérer au mieux la circulation des personnes dites « usagers » dans les labyrinthes qui ne mènent pas toujours à une insertion réussie et durable ? Comment éviter l'abandon à la solitude, voire la clochardisation, des personnes qui fluctuent entre soin et réinsertion ?

Par ailleurs, la réinsertion est pensée le plus souvent sous l'angle exclusif de l'insertion professionnelle, donc de la référence au travail. Tout se passe comme si un patient ne pouvait trouver réellement sa place dans la société qu'en ayant une activité productive, ce qui n'est pas sans poser quelques problèmes au vu du contexte économique, ou en passant par le sas du travail protégé, qui, en fait, ne donne pas beaucoup d'autres perspectives.

Enfin, il n'est plus possible de raisonner dans une logique linéaire, comme si une même personne était amenée à passer, sans rupture, du soin à la réinsertion. En réalité, il faut penser un système circulaire qui autorise le « droit au retour » quand la personne engagée dans un processus de réinsertion continue à avoir besoin de soins. En effet, l'exclusion se caractérise par des intrications et des fluctuations entre des difficultés familiales, sociales et économiques, des problèmes de santé, des perturbations psychologiques qui relèvent parfois de la psychiatrie, des déficiences diverses, etc. L'empilement classique entre des populations-cibles, des dispositifs d'aides spécifiques, des législations séparées, des qualifications professionnelles particulières, ne correspond plus aux besoins des populations en difficulté. Les dispositifs existants doivent, de plus en plus, faire appel à une multiplicité de réponses, à des partenariats qui dépassent les clivages entre champs de compétences, voire entre cultures professionnelles.

Dépasser les clivages entre soin et aide à la réinsertion

Une division structurelle oppose depuis longtemps « le sanitaire » et « le social et le médico-social ». Cette scission est plus que jamais artificielle et problématique. Mais la protection sociale est organisée de telle manière que les bénéficiaires doivent être identifiés par des catégories bien distinctes qui doivent être « adéquates » aux prestations proposées. On se rappelle que la détermination de « taux d'inadéquation » a commencé à la fin des années soixante-dix dans les hôpitaux, avec le souci de rationaliser les coûts. Or, même dans les cas où l'adéquation semble parfaite entre la personne

accueillie et le dispositif mis en place, la variété de ses besoins et de ses attentes appelle des réponses croisées et une complémentarité des modes d'action.

Aujourd'hui, le cloisonnement institutionnel bien réel n'empêche pas la circulation d'une même personne dans plusieurs dispositifs, voire entre ces dispositifs et le milieu ordinaire. Ainsi, les sorties du champ de la santé conduisent à faire appel à la législation en faveur des personnes handicapées, qui permet aux patients d'obtenir notamment des allocations. Il existe pour cela un relais dans chaque département : la commission technique d'Orientation et de Reclassement professionnel (Cotorep). Pourtant, les Cotorep ne sont pas compétentes, en principe, pour les personnes qui relèvent de soins ou qui pourraient bénéficier du revenu minimum d'insertion. Elles ont leur propre système de classement, un guide-barème inspiré de la classification internationale des handicaps. Enfin, leur compétence en matière de réinsertion s'accompagne d'une modification du statut des personnes : la maladie doit laisser le pas au handicap et ce changement d'appellation, pour les sujets concernés, évoque douloureusement, à tort ou à raison, une incapacité définitive.

Il faut donc encore, pour répondre à la diversité des besoins des personnes, désenclaver les dispositifs d'aide, développer des complémentarités et des transversalités.

Croiser les réponses

Depuis quelques années, les complémentarités prennent la forme de conventions entre des établissements hospitaliers et des institutions sociales

ordinaire passe par une fluidité plus grande :

- verticale, en filière, à l'intérieur de chaque dispositif ;
- horizontale, en réseau, en multipliant les partenariats.

Ces principes ont été développés dans le champ sanitaire par les ordonnances du 24 avril 1996. À cette occasion, les articulations entre les établissements de santé et les institutions médico-sociales ont été renforcées : la possibilité est ouverte à ces dernières de participer à des « actions expérimentales » pour coordonner les soins et la prévention ; par ailleurs, les établissements de santé peuvent désormais créer et gérer des services ou établissements sociaux et médico-sociaux. La réforme est d'importance, en particulier parce qu'elle a été l'occasion d'élargir ce qui avait déjà été impulsé, par exemple, en matière de création des réseaux gérontologiques ou pour les patients atteints du VIH. Elle concerne aussi bien les personnes qui fluctuent entre la psychiatrie publique et les établissements pour personnes handicapées que celles qui errent entre l'urgence sociale et les hôpitaux. Cette même logique de réseau est fortement évoquée dans la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale et plus récemment dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Il reste, cependant, une difficulté : le chaînage entre ces législations. Comment mettre en réseau les réseaux de soins et les réseaux sociaux et médico-sociaux, même si, en partant de chacun d'eux, des conventions peuvent faire avancer des têtes de pont de l'un vers l'autre ?

ou médico-sociales. Deux autres outils doivent permettre d'accompagner les mutations en cours : les réseaux et le référent coordonnateur.

Les réseaux

Une fois admis que les besoins et les demandes des personnes en difficulté sont divers, complexes, fluctuants, la recherche de solutions de continuité entre les dispositifs et le milieu social

Le référent coordonnateur

Cette fois encore, l'idée n'est pas neuve. Elle s'est traduite par la mise en place, début 1998, du « médecin référent ». Ce référent est chargé d'assurer la continuité et la coordination des

soins, lorsqu'ils impliquent le recours à d'autres praticiens. En revanche, quelle coordination lorsqu'une même personne traverse plusieurs dispositifs, lorsqu'ils concernent à la fois le soin et la réinsertion ? Le rapport sur la psychiatrie et la grande exclusion avait avancé dans cette direction avec une grande prudence : « *Le difficile problème des coordinations pourrait peut-être passer par un système de régulation qui pourrait être la mission d'une personne dont la formation pourrait être diverse, mais l'intérêt marqué pour ce travail* »¹.

Cette imprécision a l'avantage de différer un choix délicat : confier cette mission à une nouvelle catégorie professionnelle qu'il reste à inventer et qui pourrait correspondre à une conception étendue de la santé publique ? Ou bien attribuer cette fonction de coordination à une tête de réseau, qui, selon la nature du premier contact avec une personne en difficulté, sera un professionnel de l'hôpital, d'une structure extra-hospitalière, d'un service d'urgence sociale, d'une EPSR²... ? L'idée pourrait être celle du « guichet unique » parfois évoquée pour les prestations. Elle pourrait donner la garantie que s'exerce, dans tous les cas, la solidarité nationale, y compris lorsque la personne bénéficie d'aides relevant des collectivités territoriales.

Encore faut-il que le réseau et le référent coordonnateur permettent l'essentiel : favoriser pour chaque personne en difficulté un projet individualisé. Lui seul peut donner du sens aux incertitudes dans lesquelles finissent par s'épuiser les usagers, non pour instaurer une nouvelle forme de dépendance, mais pour les aider à s'approprier leur parcours de vie. Sa mise en place reste à inventer.

Marcel Jaeger

Sociologue,
directeur de Buc Ressources Yvelines, Buc.

Marcel Jaeger est l'auteur de : *L'articulation du sanitaire et du social*. Dunod, 2000.

1. *Psychiatrie et grande exclusion*. Secrétariat d'État à l'Action humanitaire d'urgence, 1996 : 31.
2. *Équipe de préparation et de suite du reclassement*.

Insertion sociale et professionnelle : l'attente des usagers

La réorganisation des soins en psychiatrie donne une place particulièrement importante aux familles. L'Unafam, qui les représente, affirme qu'une prise en compte des besoins non seulement sanitaires, mais aussi juridiques, de logement, d'études, d'accompagnement et de vie sociale est nécessaire pour une insertion sociale et professionnelle des personnes malades psychologiquement.

Les troubles de l'esprit et du comportement provenant des maladies mentales ou psychiques se déclarent parfois dès la naissance mais beaucoup plus souvent au moment de l'adolescence ou vers les 18-20 ans. C'est dire si les éducateurs sont en première ligne pour détecter, le cas échéant, les premiers signes qui permettront aux spécialistes de repérer l'arrivée d'une maladie. La prudence est de règle car, au moins au début, les signes pathologiques peuvent se confondre avec les manifestations de l'adolescence.

La détection rapide d'un risque reste un objectif majeur dans l'intérêt des jeunes en cause car, s'il s'agit bien d'une maladie, plus les soins interviennent tôt, plus ils ont des chances d'être utiles.

Dans tous les cas, les réponses à apporter seront d'autant plus appropriées que des dispositifs adaptés auront pu être mis en place par anticipation. L'Unafam a publié, avec l'aide de la Fondation de France, un document intitulé « *Votre adolescent vous inquiète* » qui est destiné aux professionnels et aux familles dans la perspective de cette anticipation.

Si les troubles persistent et si les spécialistes confirment qu'il y a un problème, alors il faut impérativement apporter aux personnes concernées, une aide et un accompagnement qui seront relativement importants, pouvant aller jusqu'à une hospitalisation. Pour réaliser ces opérations avec le maximum d'égards, il faut que les édu-

cateurs aient été sensibilisés aux risques de confusion possible avec d'autres comportements non pathologiques. Les familles concernées vivent ces difficultés avec une intensité insoupçonnée et d'ailleurs insoupçonnée avant d'en avoir soi-même l'expérience. Les situations mixtes, drogues et pathologies par exemple, compliquent encore les interprétations. Ce qu'il faut savoir, c'est que les maladies psychiques arrivent sans prévenir et provoquent des réactions qui déstabilisent non seulement la personne atteinte mais également ceux qui l'approchent, éducateurs compris. Ce seul aspect de la question justifierait des formations spécifiques.

L'accès aux soins

Lorsque la maladie aura été reconnue, les personnes en cause doivent pouvoir faire appel à six services différents qui peuvent être utilisés soit séparément, soit ensemble :

• Les soins

Il s'agit de garantir une réelle prise en charge adaptée aux pathologies psychiques de tous les patients concernés. Cette prise en charge consiste en un suivi continu médical, psychologique et social, non seulement pendant, mais aussi en dehors des moments de crise.

Ce qui doit être garanti, c'est une offre de partenariat actif intégrant à long terme, autant que faire se peut, une bonne connaissance de l'environnement familial et social des personnes accompagnées. Cela implique que les services concernés restent engagés,

même pendant les périodes où les patients ne les fréquentent pas ou peu régulièrement. En d'autres termes, ce n'est pas au malade de savoir à quel partenaire il doit s'adresser.

Les besoins en ce domaine ne doivent pas être évalués à partir des listes d'attente dans les structures spécialisées car une des caractéristique de ces maladies psychiques est le déni du besoin de soin. La méthode la plus simple pour les planificateurs est d'admettre la norme internationalement admise selon laquelle il existe un pourcentage (au minimum 1 %) relativement constant de patients schizophrènes par rapport à l'ensemble de la population.

Cette reconnaissance des droits de la population souffrant d'affections de longue durée (ALD) existe pour le remboursement des frais médicaux. Cette même reconnaissance doit intervenir au niveau de l'indispensable prise en charge telle que décrite ci-dessus.

• L'accès éventuel à une protection juridique

Une des caractéristiques essentielles des conséquences des troubles psychiques est que « *momentanément ou durablement, les personnes concernées peuvent ne pas pouvoir assumer seules leur autonomie* ». Cette situation justifie l'intervention des proches qui peuvent exercer une protection juridique de fait, bien avant qu'interviennent, éventuellement, les procédures officielles (curatelle ou tutelle) prévues par la loi de 1968.

L'accès à ces mesures officielles de protection peut s'avérer indispensable soit du fait de l'évolution des pathologies, soit parce que les proches ne sont plus en état d'assurer les prestations comme par le passé.

À ce jour, les mesures de protection juridique sont orientées vers la protection des biens. Les insuffisances constatées dans les services fournis font que les droits des personnes peuvent ne pas être garantis comme il conviendrait. Le problème de l'existence de mesures de protection spécifiques pour les personnes souffrant de troubles psychiques reste donc entier.

• La nécessité de l'hébergement

Cinquante mille lits ont été supprimés dans les établissements hospitaliers sans qu'un réel plan de relogement ait été mis en œuvre ! Il existe, heureusement, quelques centres et appartements dits thérapeutiques ou associatifs, le plus souvent gérés dans le cadre d'associations liées à des services hospitaliers, mais ces services sont totalement insuffisants. Les familles accueilleraient encore 40 % des patients ! Il est vrai que les pathologies psychiques rendent difficile la recherche d'autonomie et que faute d'une action déterminée et aidée par des professionnels, les solutions familiales resteront les plus fré-

quentes. Jusqu'au moment où celles-ci deviendront réellement problématiques. On sait pourtant que la recherche d'une autonomie sans logement est un leurre et qu'il est essentiel de prendre le plus tôt possible des dispositions dans ce domaine. Les modes d'hébergement nécessaires vont du centre de crise, géré par exemple par l'association des étudiants de France, jusqu'aux studios indépendants.

Cette nécessité d'un hébergement est une des données fondamentales de l'accompagnement demandé. Elle doit être considérée comme un droit minimum des personnes concernées.

• La possibilité d'une poursuite de l'activité en tant qu'étudiant

Dans le cas des pathologies les plus invalidantes, le travail en milieu ordinaire n'est guère envisageable. Néanmoins, cette impossibilité ne doit pas justifier l'absence d'offre de réinsertion par l'étude, car la variété des situations est grande et le travail, même protégé ou assisté, reste un outil de reconstruction psychologique et sociale. Des organisations spécifiques sont nécessaires pour accompagner ces activités en tenant compte des considérables difficultés rencontrées.

• L'accompagnement à domicile

Comme indiqué plus haut, l'autonomie des personnes souffrant de troubles psychiques est un objectif valable et valorisant pour ceux qui y arrivent, même partiellement. En revanche, on sait fort bien que les maladies de l'esprit modifient sensiblement les capacités relationnelles et que s'il n'y a pas d'accompagnement, les personnes malades et les familles s'isolent de plus en plus. Certains patients peuvent rester sans sortir pendant des périodes très longues. Certains parents se consacrent presque totalement à l'enfant malade, parfois au détriment des frères et sœurs ou de l'équilibre personnel et familial.

L'accompagnement à domicile a été partiellement mis en œuvre pour les personnes âgées, très peu pour les personnes plus jeunes souffrant de troubles psychiques.

La question est pourtant aussi essentielle que pour le logement. Souvent, les deux questions sont liées. Dans de nombreux cas, en effet, le logement n'est possible que s'il y a un accompagnement. Cet accompagnement est obligatoirement médical et social. Il peut être peu important pendant de longues périodes. L'essentiel est de ne pas perdre le contact comme on le verra dans le point suivant.

• Les clubs ou assimilés

Il s'agit d'offrir une possibilité d'un minimum de lien social. Ces clubs sont, en réalité, des points d'accueil ouverts sur la cité, où les patients peuvent venir pour des raisons non contraignantes, qui n'organisent pas obligatoirement des activités mais qui donnent des occasions de retrouver des relations spécifiquement humaines par le moyen de la culture, des loisirs et du sport.

Les professionnels qui sont dans ces clubs ont été formés à la relation et peuvent tenter d'apporter des éléments de solution aux divers problèmes que les « adhérents » de ces clubs évoquent. Il s'avère que

ces lieux de rencontre font « exister » la population concernée et permettent de maintenir un minimum de lien social pour ces personnes qui demeurent très isolées et, quoi qu'on dise, libres de le rester dans une certaine mesure.

Le droit des familles et des éducateurs à être informés

Les familles et les éducateurs sont amenés à jouer un rôle essentiel auprès des personnes qui souffrent de troubles psychiques. Les familles représentent les intérêts des personnes malades lorsque celles-ci ne peuvent se représenter elles-mêmes et sont, en même temps, partenaires des soignants et des éducateurs en ce qui concerne l'accompagnement de leur proche dans la durée. C'est donc à deux titres qu'elles doivent être associées au dispositif d'accompagnement indispensable au cas particulier.

L'Unafam considère que cet accompagnement doit obligatoirement associer quatre partenaires : les patients eux-mêmes, chaque fois que c'est possible, les familles, les soignants et les

acteurs du social dans la cité : élus, services sociaux, Éducation nationale, police, etc. Ce partenariat ne peut être mis en œuvre que si les acteurs sont informés très régulièrement des évolutions de la situation et si les décisions qui sont prises le sont en concertation.

Les dispositifs qui fonctionnent en réseaux paraissent le plus adaptés. Des expériences en cours confirment leur efficacité moyennant l'application de techniques éprouvées ailleurs et l'adoption de certaines dispositions tendant à protéger la confidentialité des informations.

Finalement, il s'avère que la souffrance psychique est malheureusement plus fréquente que l'on croit. Les éducateurs en connaissent bien les conséquences. Pour faire face à ces difficultés, les familles et les enseignants doivent s'allier. Le rôle des associations est essentiel au niveau du partage des expériences et de la formation. On sait désormais que l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques appelle des organisations nouvelles qui obligent à dépasser les clivages habituels entre le médical et le social, entre le privé et le public, entre la cité et les institutions qui y opèrent.

Cette exigence de qualité globale au service du droit des personnes et l'expérience acquise par les familles de l'Unafam dans ce domaine donnent une image des difficultés qui attendent les éducateurs. Elles montrent, très clairement, l'intérêt des échanges d'expérience et des formations communes pour que le respect du droit des personnes fragiles ou exclues ne reste pas seulement un discours mais devienne une réalité quotidienne. Car qu'est-ce qu'un droit si la personne concernée n'a pas les moyens de l'exercer ? L'expérience du monde de la santé mentale peut, dans cette perspective, être utile à tous ceux qui s'intéressent à la formation des citoyens.

Jean Canneva
 Président de l'Unafam, Paris.

Santé publique

sommaire

n°1 - Mars 2002

Éditorial

Pas assez de médecins en 2020 ?
 Chronique d'une alarme infondée
J.-P. Deschamps

Études

Insuffisance rénale chronique en Poitou-Charentes : adéquation des structures et satisfaction des patients
I. Ingrand, A. Barbail, V. Migeot, P. Ingrand

L'utilisation des questionnaires de sortie, une enquête auprès de 7 centres hospitaliers
L. Gerbaud, B. Laurens-Belgacem, S. Antoniotti, P. Auquier, P. Couturier, P.Y. Glandier

Étude de la qualité rédactionnelle des ordonnances médicales à la Caisse de sécurité sociale de Ouagadougou
B. Sondo, V. Ouedraogo, T.F. Ouattara, P. Garane, L. Savadogo, S. Kouanda, I.P. Guissou

Pratiques

Analyse des conditions préalables à la mise en œuvre de formations en santé dans le cadre de l'aide humanitaire
A.-C. Chevalier, I. Beauquesne, R. Gagnayre

Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90
L. Laplace, B. Kamendje, J. Nizard, J.M. Coz, J. Chaperon

Mieux adapter le système de soins tunisien à la santé des adolescents
A. BenMahmoud

Politiques

Déclaration obligatoire de l'infection par le VIH. Justifications épidémiologiques et interrogations éthiques
S. Antoniotti, C. Manuel, C. Sapin, P. Auquier, J.L. San Marco

Lettre du terrain

Réfugiés, migrants, barrière de la langue : Opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction
B. Graz, J.-P. Vader, M.-F. Raynault

Lectures

Santé publique
 BP 7
 2 avenue du Doyen J. Parisot
 54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
 Tél. : 03 83 44 87 47

Repérer et prendre en charge des personnes en crise suicidaire

Véritable problème de santé publique, le suicide est reconnu comme tel en France depuis peu par les politiques de santé. Conférence de consensus et formation tentent notamment d'améliorer son repérage et sa prise en charge.

Priorité de santé publique majeure, le suicide est aussi un phénomène de société dramatique qui concerne tout à la fois l'individu – quel que soit l'âge de la vie –, l'institution – qu'elle soit éducative, sociale, sanitaire, pénitentiaire –, la vie privée et, aujourd'hui pleinement reconnu, le milieu du travail. En effet, chaque année, en France, 160 000 personnes font une tentative de suicide et 11 000 en meurent.

Le suicide est la 2^e cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la route et la 1^{er} cause de mortalité chez les 25-34 ans. Il croît progressivement avec l'âge et de manière plus marquée chez l'homme (notamment entre 15 et 40 ans, puis entre 65 et 95 ans ou plus) que chez la femme : au-delà de 90 ans, son taux est en effet six fois supérieur au taux moyen chez l'homme, deux à trois fois supérieur au taux moyen chez la femme.

Une priorité nationale de santé publique

Ces données épidémiologiques ont conduit le ministère de la Santé à ériger le suicide en priorité nationale de santé publique

dès 1998. À partir notamment des programmations régionales de prévention du suicide existant sur ce thème et d'une dynamique nationale d'expertise et d'expériences réalisées en lien avec l'Agence nationale de l'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), le ministère de la Santé adopte, en septembre 2000, la Stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005) dans le cadre de la présidence française de l'Union européenne.

Cette stratégie vise à assurer la cohérence et la qualité des actions développées au plus près des personnes en difficulté. Elle se décline en quatre principaux axes : favoriser la prévention ; diminuer l'accès aux moyens de suicide les

plus létaux ; améliorer la qualité de la prise en charge des personnes en mal-être et des familles ou proches de suicidants ; mieux connaître la situation épidémiologique.

La prévention du suicide comme priorité nationale de santé publique est réaffirmée dans le plan gouvernemental de santé mentale « L'usager au centre d'un dispositif à rénover » rendu public le 14 novembre 2001. Ce plan, qui propose une profonde rénovation de la politique de santé mentale, souligne la nécessité d'intégrer la prévention du suicide dans une approche plus globale de la santé mentale, tant dans le domaine de la prévention que dans celui de la prise en charge.

Outre le renforcement d'actions de prévention primaire et de promotion de la santé mentale, ainsi que l'amélioration de la prise en charge hospitalière conjuguant les aspects somatique, sociologique et psychiatrique des personnes

ayant fait une tentative de suicide, l'amélioration du repérage et de la gestion de la crise suicidaire constitue un enjeu essentiel de la stratégie nationale d'actions face au suicide.

Cet axe renvoie à la question du rôle de chacun des intervenants dans son propre domaine de compétence, éducatif, social ou sanitaire. En effet, les professionnels de santé ne sont pas les seuls concernés par la prévention du suicide. Le suicide renforce la nécessité de l'implication de chacun des acteurs dans des dynamiques de partenariat, voire de réseaux en santé mentale.

Il s'agit de favoriser une intervention précoce, auprès des personnes en crise suicidaire ou en impasse psychologique, en amont de toute tentative de suicide ou de récurrence et de garantir un accompagnement de ces personnes en souffrance vers des prises en charge adaptées ou d'éviter des ruptures de prises en charge.

À cet effet, une conférence de consensus sur « La crise suicidaire : mieux repérer et prendre en charge » a été organisée en octobre 2000 par l'Anaes et la Fédération française de psychiatrie (FFP), sous l'égide du ministère de la Santé, afin de définir les bases et les principes de l'intervention, et de les faire valider par les professionnels en associant les autres intervenants et les représentants des familles. Les textes de la conférence sont téléchargeables sur les sites de la FFP et de l'Anaes.

Quelques apports de cette conférence

La crise s'étend de l'apparition des premières idées de suicide jusqu'à sa résolution en incluant ou non un passage à l'acte suicidaire. Parmi l'ensemble des personnes qui vivent une crise où le suicide devient une solution pour arrêter leur souffrance, un peu plus de 10 % feront une tentative de suicide et 0,5 % en décèdera. Pour les experts, la crise dure en moyenne six à huit semaines pendant lesquelles l'intervention est possible. Les conclusions de la conférence introduisent des modifications dans l'évaluation du potentiel suicidaire en distinguant le risque suicidaire, l'urgence suicidaire et la dangerosité suicidaire. Le risque est une donnée épidémiologique, l'urgence est une donnée strictement clinique et la dangerosité tient au moyen de suicide

choisi et à son accessibilité. Ces trois dimensions indépendantes permettent de mieux définir la nature et le délai de l'intervention à réaliser. Cette conférence rappelle que le risque de suicide est très élevé chez les personnes souffrant de dépression, de schizophrénie et d'abus d'alcool, même si elles sont en contact avec le dispositif de soins. La fréquence du suicide à l'intérieur de l'hôpital est de l'ordre de un décès pour mille admissions. Les quatre semaines après la sortie d'hospitalisation constituent une période à très haut risque.

Des formations inter-disciplinaires

Afin de déployer le contenu de la conférence de consensus précitée, quatre sessions nationales de formations de formateurs régionaux* ont été réalisées en 2001 et 2002, permettant à chacune des vingt-six régions de disposer d'au moins un binôme de formateurs régionaux, composées d'un psychiatre et d'un psychologue, le plus souvent enseignants universitaires. Ce choix a été dicté afin de favoriser, d'une part, l'introduction du contenu de cette conférence dans les enseignements initiaux et, d'autre part, de favoriser une dynamique de partenariat entre les spécialistes en psychopathologie et les autres partenaires des champs sanitaire, éducatif, social et médico-social, autour de la problématique de la prévention du suicide et plus globalement de la souffrance psychique.

Outre les aspects théoriques, cette formation inclut des jeux de rôles à partir de situations cliniques prédéfinies, afin de parfaire la conduite d'entretien en situation de crise.

Les formateurs régionaux s'engagent pour une période de trois ans à déployer cette formation localement, afin de diffuser parmi toutes les personnes en contact avec des publics en difficulté psychique, notamment les professionnels du soin, une démarche de santé publique souvent faiblement appréhendée.

Pour ce faire, les directions régionales des Affaires sanitaires et sociales ont la charge d'organiser des formations territoriales interdisciplinaires sur la crise suicidaire dès 2002. Ces formations concernent, cette année, les dix champs d'actions suivants : les associations de bénévoles œuvrant dans le champ du

suicide (téléphonie sociale, accueil et soutien des personnes suicidantes) ; les points accueil et écoute jeunes ; les médecins généralistes ; les pédiatres ; les urgentistes ; les secteurs de psychiatrie ; les géiatres travaillant en institution ; les professionnels de l'Éducation nationale (enseignants et infirmiers scolaires) ; les chefs de service pénitentiaire et travailleurs sociaux des SPIP ; les professionnels socio-éducatifs de la Protection judiciaire de la jeunesse.

Il s'agit d'instituer, pour chacun de ces champs d'actions, des personnes ressources, n'ayant pas vocation à devenir formateur, mais à relayer la formation, par la diffusion d'informations pertinentes sur la prévention du suicide dans son champ d'intervention.

Ces formations interdisciplinaires visent, outre l'augmentation des compétences dans la gestion de la crise suicidaire, à susciter les convergences entre les besoins des différents professionnels et à favoriser le développement d'un travail en partenariat ou en réseau.

Murielle Rabord

Attachée d'administration centrale, Bureau santé mentale, direction générale de la Santé, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Paris.

Pr Jean-Louis Terra

Chef de service de psychiatrie, CHS Le Vinatier, Lyon.

Textes de références

- Conclusions de la Conférence de consensus Anaes/Fédération française de psychiatrie sur « La crise suicidaire : mieux gérer et prendre en charge » des 19 et 20 octobre 2000. Ces documents sont téléchargeables sur les sites www.anaes.fr et www.psydoc-france.fr
- Circulaire santé n° 318-2001 du 5 juillet 2001 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005) : Actions prioritaires pour 2001.
- Circulaire santé du 29 avril 2002 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005) : Actions prioritaires pour 2002.

* Les sessions nationales de formation de formateurs régionaux sur la crise suicidaire ont été mises en œuvre par le Pr Jean-Louis Terra (CHS Le Vinatier à Lyon), Monique Seguin, professeur en psychologie (Québec), en collaboration avec le Pr Jean-Luc Venisse (CHU de Nantes).

Le suicide des personnes âgées¹

Socialement plus banalisé que celui des jeunes, le suicide des personnes âgées ne paraît pas mieux connu, même si on sait qu'il est rarement consécutif à une réflexion sereine ou philosophique sur la fin de vie. Sa connaissance plus précise demeure un préalable à toute action de prévention.

La progression avec l'âge du risque de mort par suicide est connue depuis longtemps de tous les épidémiologistes. Elle est plus nette chez l'homme. La vieillesse est l'âge de prédilection du suicide et c'est un fait pourtant ignoré du public car la vieillesse reste souvent rejetée. D'un côté, on note la figure classique du vieillard pétri d'expérience et de sagesse, conseiller digne d'être écouté, et d'un autre, on a l'image d'un vieux qui se dégrade physiquement et/ou psychiquement, qui enregistre des pertes de capacité, coûte de plus en plus cher à la société, et qui finalement inquiète. L'ambiguïté des attitudes rend possible une image idéalisée du vieillard, mais favorise une dévalorisation constante du vieillissement.

Le suicide des personnes âgées provoque peu d'émoi médiatique. C'est un phénomène sous-évalué et banalisé. La France est cependant l'un des pays de la Communauté Européenne où les vieillards se suicident le plus, dans l'indifférence quasi générale.

Les moyens utilisés par la personne âgée sont fréquemment radicaux (noyade, pendaison, défenestration, arme à feu, etc.) et le passage à l'acte, souvent soigneusement préparé, signe la détermination du geste, ce qui explique un taux de décès particulièrement préoccupant : passé 65 ans, le rapport entre tentative de suicide et mort par suicide est de :

- pratiquement une tentative de suicide pour un suicide masculin ;
- trois tentatives pour un suicide féminin.

À l'âge de 20 ans, on observe 22 tentatives de suicide pour un suicide masculin et 160 tentatives pour un suicide féminin. Chez la personne âgée, la tentative de suicide ne peut être attendue

comme un indicateur de risque de mort future. Il convient donc d'intervenir en amont, en repérant les indices de crise suicidaire avant le premier passage à l'acte, qui est souvent ... le dernier. Mais pour cela, il faut être convaincu que, même à cet âge, la vie vaut mieux que la mort !

Approche éthique et relationnelle

Il faut souligner l'impact du questionnement moral, philosophique, qui devient plus marquant avec l'avancée en âge du suicidé : lorsqu'il est réalisé par un jeune, le suicide fascine et fait scandale, lorsqu'il est réalisé par un vieux, il peut prendre un sens nouveau, l'euthanasique, mais ici le sujet s'applique à lui-même l'euthanasie.

Les Français, dans leur majorité, admettent qu'au terme d'une vie dont on ne peut plus rien attendre d'autre que le prolongement des douleurs (physiques et morales), la mort provoquée peut être un choix légitime. Ainsi, par proximité de situation, ils sont moins choqués par la décision d'un vieillard d'en finir avec une vie dont il ne mesure plus l'intérêt. Peut-être que chacun de nous a besoin de se dire qu'il pourra faire un tel choix, si d'aventure l'état de décrépitude venait menacer la dernière période de sa vie !

Mais cette explication éthique du regard particulier que la société porte sur le suicide des personnes âgées ne doit pas effacer les raisons relationnelles qui sont le plus fréquemment retrouvées.

La clinique nous enseigne, en effet, que souvent, à cet âge, l'acte suicidaire est lié à l'enfermement de la personne dans sa souffrance, sa solitude, un sentiment d'inutilité, et qu'il n'est pas empreint d'une volonté lucide marquée par la liberté du choix de quitter « sereinement » la vie.

La relation à la personne âgée est en

effet marquée par le manque d'estime et par la mort qui rôde².

Devenir vieux entraîne une perte d'estime, qu'il s'agisse de l'estime de soi ou de celle des autres. Les difficultés relationnelles spécifiques de l'aide aux personnes âgées sont fondamentalement liées à cette perte d'estime. Elle est aussi la principale responsable des attitudes et des conduites qui constituent le champ des maltraitances pouvant provoquer la crise suicidaire. Elles se produisent surtout parce que l'incapacité des vieillards à se défendre n'est pas contrebalancée par une volonté posée *a priori* de les respecter comme personne humaine et ce, quel que soit leur état.

C'est uniquement parce que nous n'arrivons pas à nous convaincre de cela, que la relation avec la personne âgée se place sous le signe de la mésestime. Ne pas être estimé conduit à ne plus s'estimer, à se déprécier... la dépression s'annonce.

Ce processus de dévaluation des plus âgés est inscrit dans l'inconscient de tous comme un mécanisme de défense face à l'angoisse de mort.

Du fait d'une représentation particulièrement erronée, les vieux paraissent plus mortels que les autres mortels. C'est en raison de cette erreur d'appréciation que la mort pèse d'un poids très lourd sur les relations avec les personnes âgées. Qu'il s'agisse de la mort comme échéance naturelle et inévitable de la vie, ou de la mort provoquée pour mettre fin à une vie qui n'en finit pas de finir... La personne âgée n'est pas seulement dévaluée parce qu'elle est vieille et que son autonomie diminue, elle l'est également, et peut-être surtout, parce qu'il faut se résigner à envisager sa perte. On se détache plus facilement d'une personne devenue comme étrangère – voire perçue comme encombrante – que d'un être cher qu'on ne voudrait pas perdre

tellement on se sent proche de lui. Tout est donc en place pour que le suicide vienne mettre un terme à une vie qui ne vaut plus la peine d'être vécue.

Approche personnelle

La crise du vieillissement : une étape nécessaire³

Elle s'organise autour du devenir mortel : alors que jusque-là l'illusion d'immortalité restait prévalente, laissant, comme on dit pour se rassurer, « *tout l'avenir devant soi* ». L'objet même de la crise du vieillissement est de rendre la mort enfin représentable et acceptable. Mais elle peut, par ses profonds réaménagements, laisser la personne âgée désarmée : les mécanismes psychologiques liés à la personnalité antérieure ne sont plus aussi opérationnels, ce qui explique une clinique confuse, instable, où se mêlent de manière aléatoire des symptômes de registres différents. Ainsi n'est-il pas rare de voir émerger un délire de préjudice (on me veut du mal !) chez un vieillard qui n'a pourtant rien d'un psychotique. C'est dans ce contexte troublé de blocage possible de la crise du vieillissement que peut s'installer une autre crise : la crise suicidaire.

La crise suicidaire chez la personne âgée

Beaucoup de situations vont venir favoriser l'installation de la crise suicidaire. D'abord l'isolement, parfois même l'exclusion sociale qui fait volontiers le lit du sentiment d'inutilité. Mais à cet âge aussi, les deuils, les pertes, les ruptures, pourront fragiliser l'édifice psychique. Le grand âge est un moment où la personne est confrontée encore plus qu'à d'autres périodes au problème du deuil et de la perte. La capacité à affronter ces deuils actuels dépend de la qualité des deuils passés, mais parfois inachevés. Le monde relationnel se rétrécit autour de la personne âgée, ce qui la force à recomposer en permanence les repères affectifs. Parfois, dans cet espace de vie qui se rétrécit, un petit rien qui vient à manquer peut prendre une dimension considérable et mettre à mal l'équilibre relationnel fragile. Comme ce couple sans enfant, mais avec un chien, menant une vie fondée sur un étayage réciproque. Le mari survit au décès de sa femme, mais un an plus tard, il se sui-

cide après la mort de son chien. Les situations de rupture sont connues comme des moments à risque suicidaire. Ainsi, les institutions savent que l'arrivée d'une personne âgée est toujours un moment difficile, une étape qui doit être préparée. Enfin, les personnes âgées sont exposées à différents traumatismes : les traumatismes liés à la maltraitance, les traumatismes de la vie quotidienne, les agressions qui se multiplient et entraînent le confinement de la personne chez elle, les accidents plus fréquents à cet âge qui peuvent provoquer un handicap et une perte d'autonomie.

Les conduites suicidaires dans le contexte de maladies graves⁴

La relation entre suicide et maladies physiques graves est bien établie chez les sujets âgés. Le suicide peut être le moyen d'échapper à une douleur physique intolérable par son intensité et sa durée. Les récurrences de cancers et les maladies neurologiques invalidantes (séquelles majeures d'AVC, Parkinson) peuvent générer un état dépressif et conduire au désespoir, surtout lors d'un épuisement des fonctions vitales (cachexie très sévère, état grabataire irréversible, dyspnée au moindre geste, etc.). C'est parfois au moment même de l'annonce du diagnostic – plus souvent à celle d'une rechute – que se situe l'acte suicidaire, comme cet ancien gendarme de 83 ans qui se tue avec son arme de service en sortant de la consultation médicale qui lui apprend que son cancer de la prostate présente des métastases. L'oubli ou l'interruption d'un traitement chez des patients âgés atteints d'une maladie chronique peut mettre en danger leur vie sans qu'il y ait pour autant une intention suicidaire. Plus fréquente est la négligence en, faisant délaissier volontairement un signe reflet d'une pathologie inquiétante (par exemple la découverte d'un nodule au sein non signalée au médecin). Cependant, chez certaines personnes âgées, cette négligence s'inscrit dans un souci de ne pas déranger l'entourage proche. Le déni de la maladie est parfois plus explicite ; il s'exprime par un refus d'une intervention chirurgicale vitale ou par une opposition franche aux soins. Le retrait, la démotivation, le désinvestissement du sujet âgé, le non-emploi durable des capacités, peuvent être à

l'origine d'une baisse fonctionnelle des performances instrumentales (exemple de la conduite automobile) ou intellectuelles.

L'examen neuropsychologique de ces patients âgés montre souvent en réalité une maladie neurodégénérative sous-jacente qui s'exprime de cette façon. Si à un stade avancé de la maladie démentielle, le dément ne se suicide pas, en revanche, au stade des premiers troubles, le suicide menace.

Dépression de la personne âgée

Les crises suicidaires sont le plus souvent l'expression d'une dépression. Une étude épidémiologique américaine a montré que, dans un échantillon de sujets de plus de 80 ans, seuls 5 % avaient des idées suicidaires, alors que lorsqu'ils sont atteints de dépression, ce chiffre monte à 55 %. Le tableau dépressif associe, au moment du passage à l'acte, une grande douleur morale, des sentiments de culpabilité, une perte d'intérêt pour les activités du quotidien, un ralentissement idéatoire et, parfois, des idées délirantes de préjudice, de ruine ou d'incurabilité. Il s'accompagne d'une insomnie, d'endormissement, d'une anorexie avec perte de poids. Le diagnostic d'un tel état n'est pas toujours facile, soit du fait d'une certaine pudeur qui interdit à l'intéressé d'exprimer ses sentiments, soit parce que lorsqu'il les exprime, ils sont interprétés comme des propos banals, étant donnés l'âge et la situation du patient. La prévention du suicide passe donc par une meilleure connaissance du tableau dépressif chez la personne âgée.

Michel Debout

Service de médecine légale,
Centre hospitalier universitaire,
Hôpital Bellevue, Saint Etienne,

Thierry Faict

Institut régional de médecine légale,
Faculté de médecine, Clermont-Ferrand.

1. Debout M. *La France du suicide*. Paris : Stock, 2002 : 305 p.
2. Maisondieu J., pour le groupe d'étude sur la maltraitance des personnes âgées mis en place par Mme Paulette Guinchard-Kunstler, secrétaire d'Etat aux Personnes âgées.
3. Dr Blond. *Intervention à la 65^e journée régionale de gérontologie, Saint-Etienne, 15 mai 2001.*
4. Gontbier R. *Intervention à la 65^e journée régionale de gérontologie, Saint-Etienne, 15 mai 2001.*

Des mineurs en grande difficulté

Les enfants ou les adolescents identifiés en grande difficulté, outre la souffrance psychique parfois intolérable dont leur comportement ou leur passage à l'acte témoigne, laissent les institutions démunies et nécessitent des prises en charge complexes dont les résultats restent aléatoires. Ces jeunes, et notamment ceux relevant d'une prise en charge judiciaire, ont connu de façon précoce des carences éducatives et affectives souvent lourdes, des ruptures, des échecs répétés. Ne trouvant pas de réponse adéquate dans le cadre de leur environnement qu'ils mettent en tension ou en échec (désinsertions scolaires, exclusions des institutions, ruptures familiales), ils induisent des attitudes de rejet et, parfois, leur renvoi sur des filières de prise en charge souhaitées plus « contenantes » (hospitalisation psychiatrique, incarcération).

Leurs trajectoires démontrent le caractère relativement aléatoire de leur orientation sur des filières sanitaires, sociales, judiciaires ou médico-sociales, en lien notamment avec l'offre locale de service et de soins et la succession possible dans le temps des différents modes de prise en charge.

Une préoccupation plurisectorielle

La nécessité d'une approche pluridisciplinaire et partenariale de la question des prises en charge de ces mineurs est reconnue par tous les professionnels. La prise en compte spécifique de ce public apparaît également dans les divers instruments de planification sanitaire, sociale et médico-sociale (schémas régionaux et départementaux) et dans les outils de programmation en santé publique (PRS et Praps) témoignant d'une préoccupation locale forte et, de fait, plurisectorielle.

Le nécessaire décloisonnement des logiques institutionnelles

Les approches traditionnelles et segmentées des acteurs des différents champs d'interven-

tion ont démontré leurs limites face aux besoins de ce public. La recherche d'une cohérence impose de travailler à une construction des complémentarités susceptibles d'apporter les réponses diversifiées permettant une prise en charge globale, que ces jeunes vivent dans leur famille ou qu'ils soient accueillis dans une institution sociale ou médico-sociale.

Ces réponses multiples, à la fois éducatives, sociales, médico-sociales, judiciaires ou thérapeutiques, ne se substituent pas les unes aux autres, peuvent se cumuler en tant que de besoin ou se relayer sans discontinuité. Elles supposent, au préalable, une coordination des instances décisionnelles et une mise en réseau des réponses institutionnelles permettant une juste reconnaissance des missions, compétences et limites des équipes professionnelles.

Des outils pour la mise en œuvre d'une politique concertée

Le plan gouvernemental de santé mentale, prenant acte de la complexité et des progrès nécessaires à accomplir pour offrir aux mineurs en difficulté un cadre de prise en charge adéquat à la spécificité de leurs troubles, a confirmé le caractère prioritaire de cette action en entendant favoriser les collaborations des acteurs et des institutions du champ éducatif, social et médico-social, judiciaire, sanitaire.

En ce sens, une circulaire co-signée de la direction de la Protection judiciaire de la jeunesse, de la direction générale de la Santé, de la direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins et de la direction générale de l'Action sociale, vient fixer des orientations nationales communes relatives à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté.

Les ministères de la Justice, et de l'Emploi et de la solidarité sont également engagés dans l'élaboration d'un outil de guidance pour les institutions et professionnels en responsabilité de ces mineurs, destiné à venir en appui des expérimentations et collaborations interpartenariales locales. Cet outil comprendra notamment l'analyse des cadres législatifs et réglementaires concernant les différents champs de l'intervention, des apports théoriques multidisciplinaires reprenant l'état des connaissances actuelles sur cette question, ainsi que le recensement des outils existant aux niveaux régionaux ou locaux, permettant l'élaboration d'une prise en charge inter-institutionnelle.

Danielle Barichasse

Chargée des programmes spécifiques,
Bureau de la santé mentale,
direction générale de la Santé.

Jean-Yves Fatras

Médecin de santé publique,
direction de la Protection judiciaire de la jeunesse.

Souffrance psychique et souffrance sociale

Psychiatre de métier, Jean Furtos s'intéresse particulièrement aux dimensions sociales de la souffrance psychique. Au point de proposer une « clinique psychosociale » dont il donne ici quelques repères.

La souffrance psychique constitue l'émergence spectaculaire d'une entité hybride, bizarre, incertaine et non moins évidente : une souffrance d'essence subjective a été authentifiée par le groupe de travail commandité par la Div-Dirmi qui a produit le rapport Strohl-Lazarus (1). Ces affects, ressentis par les intervenants sociaux dans leur interaction avec les bénéficiaires du RMI, plaidaient en faveur d'une souffrance d'origine sociale dans le sens déjà défini par Freud dans *Malaise dans la civilisation*. Mais, fait remarquable, cette souffrance psychique devient un problème collectif et publicisé. Il ne s'agit pas de maladie mentale, bien que les malades mentaux puissent, eux aussi, souffrir. L'entité de la souffrance psychique est reconnue à ses effets qui peuvent se révéler dévastateurs ; mais le rapport Lazarus insiste sur l'importance à ne pas la considérer comme un mal en soi. En effet, si elle est en lien avec les conditions de vie, « est-il légitime de vouloir éteindre une souffrance qui peut conduire à la révolte ? » (2) et qui constitue par ailleurs le levier nécessaire à tout processus de deuil après une perte d'objet (vivant ou inanimé) ? Il convient d'entendre cette souffrance dans ses potentialités créatrices comme dans ses potentialités de « casse » sur les personnes.

La souffrance psychique, une apparition récente, un problème collectif

La même année, en 1995, le sociologue Robert Castel présente le vagabond des temps modernes, l'errant, l'exclu, comme un « individu négatif », c'est-à-dire comme l'exemple radical du narcissisme négatif (3). Déjà, en 1994, le colloque du Vinatier (4) postulait l'apparition d'une « nouvelle patholo-

gie » à l'articulation du travail social et de la démarche clinique des psy. Dans la foulée, se mettent en place les travaux de l'Orspere¹ qui proposent de légitimer *le champ d'une clinique psychosociale définie comme la prise en compte par les professionnels d'une souffrance psychique qui apparaît sur les lieux du travail social, avec ses caractéristiques propres*. L'objectif vise à ce que les personnes ne soient pas « couchées » par cette souffrance psychique, qu'elles puissent tenir debout avec d'autres² ; à cette fin, il convient de légitimer dans les différents dispositifs concernés des pratiques de santé mentale (5) que nous décrivons plus loin. Chemin faisant, les partenariats indispensables commencent de se déployer avec les secteurs de psychiatrie publique et on assiste à la création de néofilières psy à partir des années quatre-vingt-dix : psychologues du RMI, des missions locales, des lieux d'écoute, etc.

Progressivement, les aspects sociaux et politiques sont authentifiés, permettant de discriminer un champ clinique dans un contexte social, économique, politique.

La clinique psychosociale, d'abord apparue dans le cadre professionnel du travail social, est également authentifiée au niveau de beaucoup d'autres professionnels : enseignants, policiers, pompiers, agents d'accueil de l'ANPE, de la caisse des allocations familiales, services d'urgence médicale, médecins du travail, acteurs de l'éducation à la santé, etc. La souffrance psychique déborde d'ailleurs les cadres professionnels et envahit chroniquement et spasmodiquement les espaces publics sous forme de comportements déran-

geants, voire de violences qui interpellent les politiques.

Au total, l'insistance portée à l'individu dans l'évolution des mentalités, dont nous n'analyserons pas ici les causalités multiples, aboutit à la valorisation d'une souffrance individuelle socialement reconnue, qui déborde les confessionnaux de toute nature pour devenir un problème humain là où on ne l'attendait pas.

Comment entendre empathiquement cette souffrance sans la réduire à un mouvement compassionnel ? Comment le professionnel (ou le bénévole, dans certaines associations) va rester dans son cadre propre et ne pas se transformer en psychothérapeute à la petite semaine ? Comment enfin ne pas désarticuler cette souffrance de son contexte social, politique, économique ? Telles sont les questions qui se posent à un moment où les savoirs professionnels et profanes, appris et transmis pour vivre ensemble dans la cité et pour utiliser à bon escient les institutions, la relation d'aide et de soins, ne vont plus de soi. Les grands principes (« la République », « la Justice », « la Liberté », « le Secteur »...) ripent sur les réalités humaines du terrain parce qu'ils sont souvent perçus comme plaqués.

Quelques points de réponse et de repères

Les invariants de la clinique psychosociale

Le concept de clinique psychosociale constitue un méta-organisateur, celui d'un champ clinique aussi diffus que la souffrance psychique elle-même, mais qui réunit certains invariants que

nous allons décliner sans les développer (6) :

- la précarité dans ses rapports sociaux et psychiques ;
- l'expression de la souffrance psychique dans les lieux (nombreux) du social ;
- la souffrance psychique est différenciée de la maladie mentale ;
- les aidants sont mis en demeure d'y répondre par une attitude compréhensive, non causaliste, ni expulsive (du type : « *aller voir un psy* ») ;
- par conséquent, les usagers n'expriment pas par erreur leur souffrance à un non-psy ;
- la problématique de la désaffiliation se pose de manière différente suivant que l'on est avec des jeunes (et lesquels), des adultes en voie de réinsertion, du tout venant pour l'éducation de la santé, etc., d'où à

et ne pas devenir une psychothérapie au sens technique du terme.

La souffrance psychique, non ou mal exprimée, non ou mal entendue, empêche de vivre, paralyse l'action ; que cette dernière redevienne possible, et avec elle un avenir, constitue un bon indice que la souffrance psychique a été entendue.

Les signes de la souffrance psychique sont variables, chaque professionnel construit sa propre grille de lecture. Par exemple (8) et d'une manière très résumée :

- *les signes du corps* : attitude, « look », manière de se poser pendant l'entretien (être assis au bord de la chaise) ;
- *les manifestations d'une subjectivité troublée* : humeur, impossibilité à décider, histoire de pertes existentielles racontées de manière stéréo-

typée, incohérence du discours... ;

- *le rapport au temps* : répétition, oublis des rendez-vous, difficultés anticipées ;
- *les signes de repli*, de dévalorisation de soi, etc. ;
- *le désinvestissement des engagements sociaux ordinaires* : école, métier, obligation financière, sortie du souci de soi (hygiène, incurie).

Les pratiques de santé mentale prennent en compte le sentiment de désespoir et d'impuissance. Elles incluent la question du manque. Cependant, leur visée reste de préserver un avenir possible, avec d'autres, dans un groupe social donné ; cela revient à lutter contre la mélancolie (« *no future* »).

chaque fois un enjeu de reconnaissance (désaffiliation/affiliation) ;

- la non-reconnaissance risque d'entraîner une pathologie de la disparition du sujet social (7) ;
- l'écoute de la souffrance psychique (dans un cadre public ou associatif parapublic) est déjà une manière de reconnaître la personne comme sujet social, de lui reconnaître un avenir en tant que tel à travers le travail d'accompagnement, dans le cadre professionnel considéré.

Légitimer des pratiques de santé mentale sur les lieux du social où s'exprime la souffrance psychique

Ces pratiques doivent rester orientées par l'activité des professionnels qui travaillent dans un cadre spécifique (travail social, pédagogie, santé, etc.),

Une expertise partagée

Ce que les intervenants de terrain – intervenants sociaux et psy – ont appris ces dernières années, c'est qu'ils sont contraints de travailler avec d'autres tout en maintenant leur cadre propre. Le savoir en matière de clinique psychosociale passe par un partage des difficultés techniques et inter-subjectives rencontrées. C'est ce partage qui crée la confiance et la possibilité d'un réseau vivant, ni idéalisé ni réduit aux injonctions tutélaires. C'est ce partage qui aboutit à une véritable extension des connaissances et des savoir-faire. Le réseau est alors conçu comme une expertise collective, efficace, et non comme une addition de points de vue ou comme un carnet d'adresses.

Jean Furtos

Psychiatre, directeur scientifique de l'Orspere-ONSMP, Centre hospitalier le Vinatier, Bron.

1 Qui se situent eux-mêmes dans un réseau de praticiens et chercheurs à travers tout le territoire national et au-delà.

2 Le fait d'être « couché » renvoie à l'étymologie du mot « clinique » (cliné = lit) ; la clinique (médicale) se fait au lit du malade et le divan du psychanalyste invite les analysants à s'allonger.

► Référence bibliographiques

(1) Lazarus A., Strohl H. *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Rapport Div-Dirmi, 1995.

(2) *ibidem*, page 34.

(3) Castel R. *Métamorphose de la question sociale*. Paris : Fayard, 1995.

(4) Actes du Colloque du Vinatier. *Déqualification sociale et psychopathologie ou devoirs et limites de la psychiatrie publique*. Lyon-Bron, oct.-nov. 1994.

(5) Rapport « Points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale », résultat de deux recherches-action, Fnars, Orspere, décembre 1999.

(6) Ils sont précisés dans un ouvrage en cours d'élaboration sur les travaux de l'Orspere.

(7) Furtos J., Laval C. *L'individu post-moderne et sa souffrance dans un contexte de précarité. Introduction à une clinique de la disparition*. Confrontations psychiatriques 1998 ; n° 39.

(8) Cf. un travail en cours à l'Orspere avec Valérie Colin et Jean-Baptiste Pommier.

La santé mentale dans l'esprit d'Ottawa

Délégué général d'Emmaüs France après avoir travaillé au Comité français d'éducation pour la santé, Fabien Tuleu témoigne ici des attentes des publics accueillis par Emmaüs et jette des ponts entre ses deux métiers.

Dans une intervention récente aux Journées nationales de l'entraide protestante (1), le psychiatre Jean Maison-dieu s'appliquait à distinguer la souffrance psychique liée à « la maladie ou aux troubles mentaux », de la souffrance psychique générée par certains phénomènes de société exclusifs.

Au quotidien, dans les centres d'hébergement d'urgence, dans les communautés de compagnons, dans les associations SOS Familles, les comités d'amis ou les boutiques solidarité de la Fondation Abbé Pierre, c'est en priorité à cette forme de souffrance psychosociale que sont confrontés les acteurs du Mouvement Emmaüs. Une souffrance que l'on ne peut définitivement plus cacher et qui n'est plus à découvrir (2).

Gérer l'inacceptable ?

Une souffrance dont les symptômes peuvent aussi cependant se cristalliser en pathologies mentales : « *je suis face à des personnes qui ont vécu et qui vivent des situations qui rendent nécessairement fou ; les persécutions, l'exil, le refus d'asile politique ou territorial, et l'attente sans fin d'une régularisation qui ne viendra pas. Je les sais vouées à la rue, aux marchands de sommeil, au travail au noir ou la prostitution, et je n'ai aucune solution ; ces gens-là ne semblent exister pour personne* »³.

Une souffrance qui se décline en sentiments de honte, de désespérance, de perte de dignité, de mésestime de soi, de mépris ressenti ou de négation. Pour des femmes et des hommes en prise avec des situations où se mêlent errance, mal logement, refus de

papiers, attente de régularisation, vie à la rue, impossibilité d'avoir accès à des logements dignes, ou surendettement.

Une souffrance liée, aussi, au fait que la citoyenneté se construit par défaut, quand des personnes ne peuvent accéder aux droits fondamentaux, comme se soigner, se loger, ou pouvoir exercer leur parentalité, et que s'instaure lucidement pour elles – et acceptée par la majorité – une classe de citoyens de seconde zone.

Une souffrance, enfin, parce qu'on n'a plus d'identité comme les sans-papiers ou les demandeurs d'asile qui expriment leur dénuement à ne pas être reconnus comme personnes, et que le seul processus de reconnaissance qui s'offre à eux devient précisément de ne pas être reconnus...

Face à ces constats quotidiens, quelles sont les attentes du Mouvement Emmaüs à l'égard de la promotion de la santé mentale et de l'éducation « à la santé mentale » ? Accompagner des parcours en impasse ? Entendre l'innommable ? Gérer l'inacceptable ?

L'éducation pour la santé regorge de concepts, de programmes, de pratiques et même d'outils alléchants et séduisants pour accompagner, suivre, écouter et remobiliser les personnes en difficulté. Ne faut-il pas aussi prendre en compte et aller vers des publics oubliés, non reconnus ou à la marge des dispositifs publics, pour agir et mettre en œuvre une intervention à la fois respectueuse et solidaire de ces personnes, et construite avec elles ?

Le champ des compétences psychosociales a largement gagné la culture des acteurs de la promotion de la santé : l'estime de soi, la capacité à faire face, la possibilité d'activer des recours sont à renforcer et à développer comme autant de facteurs de protection et de renforcement face à des situations difficiles. Pour autant, la réalité des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ne doit pas provoquer un raccourci facile qui consisterait à confondre par exemple la « résilience » avec la capacité d'adaptation au pire... (3).

Promouvoir la santé, c'est agir aussi sur les causes de la misère

Le Rapport 2001 sur le mal logement en France a démontré récemment qu'avoir un emploi ne protégeait plus du mal logement et que le parc locatif français présentait de nombreux facteurs de risques pour la santé en général et la santé mentale en particulier : le saturnisme, le logement insalubre, la menace d'expulsion ou l'impossibilité de loger sa famille décemment (4). La prise en compte de la situation des demandeurs d'asile et des sans-papiers – et par voie de conséquence leur mieux-être – passe par une volonté politique combinant devoir solidaire et responsabilités pour les réfugiés, et le développement de coopérations au niveau international, notamment pour améliorer les conditions de vie dans les pays que fuient les personnes. N'est-ce pas aussi une question de promotion de la santé ?

Enfin, et au delà des récentes querelles de chiffres (5) qui ont contribué à masquer les enjeux d'une véritable politique de lutte contre l'exclusion – amplifiées par des effets d'annonces simplistes ou démagogiques sur les personnes à la rue –, on comprendra aisément que promouvoir la santé mentale ne peut se réduire à accompagner la souffrance psychosociale, fût-ce au gré de pratiques d'écoute et d'accompagnement rôdées, voire évaluées.

Au regard de ces éléments, il apparaît que ce ne sont pas seulement des stratégies d'intervention de la promotion de la santé, restreintes à la manière dont elle s'exercent actuellement dans le cadre des politiques publiques, qu'on peut attendre une amélioration de la santé mentale des personnes comme celles accueillies à Emmaüs. L'amélioration de

leur santé, leur capacité à recouvrer dignité, identité et respect, la possibilité d'apaiser réellement leur souffrance passent notamment aujourd'hui par une démarche politique qui participe aussi de la promotion de la santé, au plan national, comme au niveau international, pour un équilibre à atteindre entre les pays du nord et les pays du sud.

Une relecture de la Charte d'Ottawa et plus particulièrement des conditions préalables à la santé, permet de confirmer la nécessité d'une promotion de la santé – mentale et globale – ne se contentant pas de prendre en charge ou de soulager les souffrances, quand il est affirmé depuis 1986 que « *les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base* » (6).

Même connus et intégrés de tous les acteurs de la promotion de la santé, les articles de la Charte résonnent d'un étrange écho, lorsque confrontés aux réalités d'un nouveau millénaire marqué par une mondialisation sans fondements solidaires :

- « élaborer une politique publique saine »
- « créer des milieux favorables »
- « renforcer l'action communautaire » (...)
- « *l'engagement face à la promotion de la santé* », qui stipule notamment que les pays signataires s'engagent « *à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, (s'engagent) à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leurs familles et leurs amis ; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porteur de parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être* ».

Ces rappels sont une invitation à ne pas cliver la promotion de la santé entre des acteurs cadrés dans des dispositifs d'une part et, par ailleurs, le champ de l'intervention ou de l'interpellation politique qui ne serait pas de leur compétence ou de leur légitimité. L'exemple de situations ayant un impact sur la santé mentale doit permettre de rappeler les fondements d'une action qui ne se contente pas de gérer les conséquences de la misère, mais d'agir –

aussi – sur ses causes. Les éducateurs de santé ont aussi à devoir témoigner et interpellier les décideurs sur les situations qu'ils rencontrent et face auxquelles leur intervention met en évidence des décisions politiques (ou, souvent, l'absence de décisions) nuisibles à la santé des populations. Les combats contre la misère et les situations d'exclusion se sont fondés sur cette force de témoignage des acteurs et de la société civile, à travers une alliance entre des acteurs et des pauvres, en réciprocité solidaire.

Pour améliorer la santé mentale, le Mouvement Emmaüs est donc en attente :

- d'une promotion de la santé engagée, solidaire, qui s'aventure aussi vers ceux qui sont les plus éloignés de l'accès aux droits ;
- d'une promotion de la santé capable d'aller au devant de publics non captifs et même sans demande explicite ;
- et d'une promotion de la santé faisant preuve d'esprit critique, d'audace et d'innovation envers les dispositifs dans lesquels elle s'inscrit ;
- de politiques familiales, de logement, de revenus... dont la priorité affirmée est la prévention des exclusions.

Fabien Tuleu

Délégué général d'Emmaüs France.

► Références bibliographiques

- (1) Maisondieu J. *Souffrances enfouies : mettre en mots pour prendre en compte*. Journées nationales de l'entraide protestante. Nancy, 15, 16 et 17 mars 2002.
- (2) Le rapport pour la Div /Dirmi, *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* d'Antoine Lazarus, date de décembre 1994.
- (3) Ferron C. *Les éducateurs pour la santé et la résilience : du coup de foudre au mariage de raison*. La Santé de l'homme n° 355, septembre-octobre 2001 : 7-9.
- (4) Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés. *L'état du mal logement en France*. Rapport 2001. Paris : Fondation Abbé Pierre, édition et diffusion Imprimerie Artésienne, 2002 : 273 p.
- (5) *Enquête Insee, SDF en 2001 en France*. Paris : Insee.
- (6) Organisation mondiale de la santé. 1^{ère} Conférence mondiale pour la promotion de la santé. Ottawa, 1986.

Pour en savoir plus

► Rapports

- Debout Michel. *Le harcèlement moral au travail*. Paris : Les éditions des Journaux Officiels (Avis et rapports du Conseil économique et social), 2001 : 120 p.
- Haut Comité de la santé publique. *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Paris : HCSP, 2000 : 93 p.
- Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : OMS, 2001 : 182 p.
- Parquet P.-J., Chevallier L., Cuhe H., et al. *Itinéraires des déprimés. Rapport d'expert*. Paris : Chevrel & Jacquillat, 2001 : 50 p.
- Piel E., Roelandt J.-L. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Rapport au ministre délégué à la Santé. Juillet 2001. Consultable sur www.sante.gouv.fr
- Pommereau X. *Santé des jeunes, orientations et actions à promouvoir en 2002*. Rapport au ministre délégué à la Santé. Avril 2002. Consultable sur www.sante.gouv.fr
- Roelandt J.-L. *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale, la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité*. Rapport au ministre délégué à la Santé. Avril 2002 : 60 p. Consultable sur www.sante.gouv.fr
- Rapport du groupe de travail relatif à « l'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé ». Direction générale de la Santé, avril 2002. Consultable sur www.sante.gouv.fr
- Rapport de Mr Michel Charzat, parlementaire en mission « Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches », mars 2002.

► Ouvrages

- Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (Sep), Établissement public de santé mentale Lille-Métropole (EPSM), Organisation mondiale de la santé (OMS), ministère délégué à la Santé, ministère des Affaires étrangères. *La santé mentale en population générale : image et réalité, rapport définitif de la 1^{ère} phase d'enquête 1998-2000*. Lille : EPSM, juin 2001 : 276 p. (synthèse : 11 p.). Responsable scientifique : J.-L. Roelandt. Responsable méthodologique : A. Caria.
- Association Phare Enfants-Parents. *Difficile adolescence, signes et symptômes de mal-être : guide pour les parents, enseignants et éducateurs*. Paris : Éditions Phare Enfants-Parents, 2002 : 178 p.
- Boshi R. *La prévention des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent. Quand faut-il intervenir ?* Paris : L'Harmattan (coll. Technologie de l'action sociale), 2000 : 105 p.
- Breton J.-J., Bilodeau H., Boyer R. *Guide pratique pour un programme en santé mentale : planifier, implanter, évaluer*. Montréal : Hôpital Rivière-des-Prairies ; 2001 : 104 p.
- Buc Ressources, Fnars, Mission nationale d'appui en santé mentale. *Psychiatrie et travail social*. Actes du forum du 20 octobre 2000. Buc : écrits de Buc, 2001 : 128 p.
- Burquel C., Lambrechts Y., Thomas N., Van Tichelen B. *Le diagnostic communautaire, outil pour une expérience de promotion de la santé mentale*. Bruxelles : Commission communautaire française. Les cahiers de la santé de la Commission communautaire française 1998 ; 7 : 42 p.
- Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé. *Prévalence et prise en charge médicale de la dépression. France 1996-1997*. Paris : Credes (coll. Série analyses), 1999 : 106 p.
- Commission communautaire française. *Réflexions et expériences de prévention en santé mentale : des lieux de rencontre enfants-parents*. Les cahiers de la santé de la Commission communautaire française 1999, n° 11 : 87 p.
- Ehrenberg A. *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris : Odile Jacob, 1998 : 318 p.
- Gautier A., Goubert A.-C. *Qualité de vie, santé mentale et environnement*. Vanves : CFES, 2000 : 4 p.
- Knock F. *Prévention primaire du suicide des jeunes : recommandations pour les actions régionales et locales*. Vanves : CFES (coll. Guides d'action), 2001 : 122 p.
- Kovess V. *Précarité et santé mentale*. Rueil-Malmaison : Doin, 2001 : 96 p.
- Kovess V. *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*. Paris : Flammarion Médecine-sciences, 2001 : 224 p.
- Jaeger M., Monceau M. *La contribution des usagers à la politique de santé mentale*. Grenoble : Association de recherches sociologiques et anthropologiques appliquées à la psychiatrie (ARSAAP), 2001 : 74 p.
- Lepoutre R., De Kervasdoué J. *La santé mentale des Français*. Paris : Odile Jacob ; 2002 : 412 p.
- Ministère délégué à la Santé. *Plan santé mentale. L'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001 : 57 p. Consultable sur www.sante.gouv.fr
- Observatoire régional de la santé Midi-Pyrénées. *Étude-action pour le développement de l'information sur la santé mentale des adolescents en Midi-Pyrénées*. Toulouse : ORS, 2001 : 60 p.
- Unafam, Fondation de France. *Votre adolescent vous inquiète ?* Paris : Unafam, 2001 : 52 p.

Organismes producteurs d'information

► Organismes francophones

• Centre national de documentation audiovisuelle santé mentale (Cnasm)

Centre hospitalier – 57790 Lorquin.
Tél. : 03 87 23 14 79 – Fax : 03 87 23 15 84.
www.cnasm.prd.fr
Antenne à Paris : Centre hospitalier Sainte-Anne,
1 Rue Cabanis – 75014 Paris
Tél : 01 58 10 08 49 – Fax : 01 58 10 08 48.

• Fédération française de psychiatrie

9, rue Brantôme
75003 Paris
<http://psydoc.fr.broca.inserm.fr>

• Inserm

101, rue de Tolbiac
75654 Paris cedex 13
Service d'expertise collective :
01 44 85 61 65
Service d'animation de la recherche :
01 44 23 61 28

• Santé mentale en Europe

http://www.mhe-sme.org/site/fr/index_fr.htm
Organisation non gouvernementale dont les axes de travail concernent, entre autres, la promotion d'une santé mentale positive, la prévention de la maladie mentale, l'amélioration des soins, la défense des droits et la protection des patients, de leurs familles.
La structure s'occupe de soutenir des projets européens qui mettent en collaboration de nombreuses organisations européennes, autour de sujets tel que la lutte contre la discrimination, l'intégration sociale des personnes souffrant de troubles mentaux ou encore la promotion de la santé mentale des jeunes.

Santé mentale Europe (mensuel)

• Union nationale des amis et familles de malades mentaux (Unafam)

12, Villa Compoint
75017 Paris
Tél : 01 53 06 30 43
Fax : 01 42 63 44 00
<http://www.unafam.org/index.php3>
Association créée en 1963, reconnue d'utilité publique en 1968, l'Unafam a pour objectif de venir en aide aux familles de personnes souffrant de troubles mentaux. Elle met à disposition de ces familles toutes informations susceptibles de les aider, soutient la création de structures intermédiaires pour les malades, représente ces familles auprès des pouvoirs publics et des services spécialisés, soutient l'action des chercheurs et favorise la lutte contre la stigmatisation.

Un autre regard (trimestriel)

• Fédération nationale des patients et ex-patients de psychiatrie (Fnapp-Psy)

24, rue de Maubeuge
75009 Paris
Tél : 01 45 26 08 37

• Union nationale pour la prévention du suicide

36, rue de Gergovie
75014 Paris
Tél : 01 45 45 68 81

• Association Phare enfants-parents

13, rue Caumartin
75009 Paris
Tél : 01 42 66 55 55
www.phare.org
Association fondée en 1991 par Thérèse Hanrier, a pour but d'œuvrer dans les préventions du mal-être des jeunes. Association loi 1901, elle rassemble des parents d'enfants suicidés et des personnes de tous horizons situées partout en France.

• Autrement (troubles du comportement alimentaire)

16 rue Le sueur
75116 Paris
01 40 67 72 98
www.autrement.asso.fr

• Fédération française de santé mentale (FFSM)

29, avenue Rapp
75007 Paris
Tél. 01 45 51 42 96 – Fax. 01 45 51 83 32
<http://www.chez.com/ffsm/>
Créée en 1994, membre de la *World federation for mental health* depuis août 1995 et de Santé mentale Europe depuis sa création, la FFSM a pour but d'organiser, dans une perspective de santé publique, une cohérence de réflexion et d'action de toutes les personnes morales et physiques travaillant dans le champ de la santé mentale en France.

Ses objectifs sont les suivants :

- contribuer au développement de réseaux de partenariat en santé mentale entre les professionnels et le grand public ;
- développer une réflexion sur l'éthique des pratiques dans la perspective des droits de l'homme à travers le Collège des hautes-études en sciences médico-sociales et médico-judiciaires ;
- favoriser les innovations et expériences susceptibles d'améliorer le diagnostic, le traitement et la réinsertion sociale professionnelle et culturelle des personnes souffrant de déficiences mentales ;
- être partenaire des Pouvoirs publics et contribuer à l'adaptation de la législation et de la réglementation dans ces domaines.

Les activités de la Fédération française de santé mentale se développent autour de trois axes prioritaires suivants :

- la réflexion, menée dans le cadre d'une Commission d'éthique des pratiques en santé mentale ;
- la formation ;
- la recherche action.

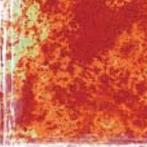
• Association canadienne pour la santé mentale (ACSM)

<http://www.cmha.ca/>
Depuis 1918, l'association canadienne œuvre en faveur de la promotion de la santé mentale et de la défense des droits des personnes souffrant de troubles psychologiques.
L'association intervient activement en menant des programmes de promotion nationaux, en diffusant de nombreux documents d'information et en fournissant une aide de proximité par l'intermédiaire d'antennes locales.
Elle est également l'initiatrice de manifestations, telle que la semaine de la santé mentale, met en oeuvre de nombreuses conférences nationales et s'investit également sur le plan international.

Le site propose une information très riche, concernant les missions et les projets mis en oeuvre par l'ACSM. Il offre un accès aux publications et à de nombreuses autres ressources interactives.

► Revues

- *Les actualités en psychiatrie*, mensuel www.edimark.fr
- *Nervure*, mensuel, Tél. 01 45 50 23 08
- *L'information psychiatrique*, revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux
- *Pour la recherche*, Bulletin de la fédération française de psychiatrie <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>
- *Synapse*, revue mensuelle Nha.com@wanadoo.fr
- *Pluriels*, la lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale Trimestriel disponible en texte intégral depuis le site de la Fédération française de psychiatrie <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr> rubrique *revues psychiatriques*
- *Pratiques en santé mentale* Trimestriel de la Fédération d'aide à la santé mentale Croix Marine <http://perso.wanadoo.fr/croixmarine/>
- *Santé mentale* Mensuel des équipes soignantes en psychiatrie <http://www.serpsy.org> rubrique Santé mentale



► Organismes anglophones

• *National Institute of Mental Health* (NIMH) (États-Unis)

<http://www.nimh.nih.gov/>

Département du *National Institute of Health* (NIH), le NIMH conduit et soutient la recherche dans tout le pays sur la santé mentale, à travers de nombreuses études scientifiques concernant l'étude du cerveau, du comportement, et des services de santé mentaux.

Il est également chargé de favoriser la diffusion du résultats de ces recherches, en proposant des supports d'informations tournés vers le grand public.

Le site Internet fournit une présentation exhaustive des travaux effectués par le NIMH et de ses publications, selon différents niveaux d'accès : professionnel, chercheur et grand public. Les documents sont accessibles en texte intégral.

• *Center for Mental Health Services* (CMHS) (États-Unis)

<http://www.mentalhealth.org/>

Sous tutelle du ministère de la Santé aux États-Unis, le CMHS a pour objectif de promouvoir la santé mentale et de prévenir précocement le développement des troubles mentaux, en s'appuyant notamment sur la recherche et la mise en oeuvre de programmes nationaux de prévention en santé mentale :

- développement de programmes de prévention auprès des populations précaires, des minorités, des personnes âgées, des populations rurales, des populations affectées par les désastres naturels et le terrorisme ;
- étude des comportements et attitudes afin de déterminer des modèles de communication plus efficaces auprès des populations ciblées ;

- développement de campagnes d'information ;
- distribution de l'information. À cette fin, un réseau d'échange des connaissances (*Knowledge Exchange Network*) a été mis en oeuvre pour faciliter l'accès du public aux données scientifiques les plus récentes et proposer un service plus efficace et mieux adapté aux besoins en information de la population.

• *Royal College of Psychiatrists* (Royaume-Uni) <http://www.rcpsych.ac.uk/>

Au sein du Royaume-Uni et de la République d'Irlande, le Collège a deux missions majeures :
- promouvoir la recherche, les travaux concernant le domaine de la psychiatrie et de toutes les disciplines liées à la connaissance et au traitement des troubles mentaux ;
- sensibiliser le grand public à la question de la santé mentale et lutter contre les représentations stigmatisantes.

Le Collège est à l'initiative de nombreuses sources d'information : mise en oeuvre de campagnes de communication, organisation de conférences, de formations. Il est également producteur de nombreux documents concernant la santé mentale (ouvrages, rapports, outils pédagogiques), destinés aux professionnels ou au grand public.

Le site Internet offre une bonne représentation des différentes activités menées par le Collège et met à disposition du grand public l'ensemble des documents dont il est l'auteur, en texte intégral.

Le Collège publie différentes revues : *British Journal of Psychiatry*, *Psychiatric Bulletin*, *Advances in Psychiatric Treatment*, *Evidence-Based Mental Health*.

• *Mental Health Foundation* (Royaume-Uni)

<http://www.mentalhealth.org.uk/>

En lien avec la *Foundation for People with Learning Disabilities* (FPLD), cette structure est chargée de promouvoir la santé mentale et de favoriser la prévention des troubles de l'apprentissage. Son action repose sur les axes de travail suivants :

- mise en oeuvre de programmes de prévention des troubles mentaux sur le plan national ;
- développement de la recherche ;
- mise en oeuvre de référentiels de bonnes pratiques pour les professionnels de santé (*the Certificate in Community Mental Healthcare*)
- mise en oeuvre de campagnes de communication nationales (*Mental Health Action Week*, *Mental Health Alliance*, *Media Watch*, etc.)
- diffusion de l'information auprès du grand public, notamment par le biais d'un portail web dédié à la santé mentale et aux troubles de l'apprentissage (<http://www.connects.org.uk/>)

Autres sites dignes d'intérêt

Site du ministère de la Santé : les rapports sur la santé mentale :

www.sante.gouv.fr/htm/actu/index11.htm

Mental health media :

www.mhmedia.com

Mentality :

www.mentality.org.uk/

Internet mental health :

www.mentalhealth.com/

Catherine Lavielle et Anne Gareau,

documentalistes, service Appui au développement de l'éducation pour la santé, INPES.



**À VÉLO, LE CASQUE C'EST PAS OBLIGATOIRE
C'EST JUSTE INDISPENSABLE.**