

Psychiatrie et santé mentale : dynamique et renouveau

Virginie Halley des Fontaines, Colette Ménard

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2011/HS Vol. 23 , PAGES 7 À 9
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.110.0007

Date de mise en ligne : 09/02/2012

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2011-HS-page-7?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [Cairn.info/copyright](http:// Cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Psychiatrie et santé mentale : dynamique et renouveau

Virginie Halley des Fontaines ⁽¹⁾, Colette Ménard ⁽²⁾

C'est avec prudence que les professionnels de la Santé publique explorent le domaine de la santé mentale, *a fortiori* celui de la psychiatrie. L'appel à articles, rédigé par la revue *Santé publique* durant le dernier trimestre de l'année 2010, obéissait à une impulsion donnée par plusieurs rapports publics produits ces dernières années ⁽³⁾, l'exemple de pays culturellement proches ⁽⁴⁾ et l'évolution de notre propre contexte législatif ⁽⁵⁾. Il avait pour premier objectif d'interpeller notre communauté scientifique sur la mise à jour des méthodes de mesures des états de santé mentale sur l'organisation nouvelle de l'offre de soins préventifs et curatifs en psychiatrie, sur la dimension démocratique et citoyenne qui transforme sensiblement les pratiques et sur l'efficacité de différentes interventions dans le champ de la prévention.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), citée en introduction par plusieurs auteurs de ce numéro hors série, demeure depuis 2001 la référence de la définition du champ de la santé mentale et de la comparaison de la prévalence des troubles mentaux dans le monde ⁽⁶⁾. En juin 2008, la France a ratifié le Pacte Européen pour la santé mentale et le bien-être et, l'année suivante, a ordonné au Centre d'Analyse Stratégique un rapport qui fut intitulé « Santé mentale et qualité de vie » et dont l'analyse figure à la fin de ce dossier ⁽⁷⁾. Cependant, avant même que les questions relatives à la santé mentale fassent consensus, les travaux du législateur de cette dernière décennie ont privilégié la réforme des soins psychiatriques. On retrouve la même tendance aujourd'hui dans les travaux préparatoires du plan Santé Mentale 2011-2015 qui prévoit quatre axes : la réduction des ruptures dans la vie des malades, l'amélioration de l'accès aux soins, la continuité des soins et la réhabilitation psychosociale. Un cinquième axe, prévu un temps dans une première version puis abandonné, envisageait la promotion de la santé mentale et la non discrimination des personnes atteintes de troubles mentaux.

En ouverture, ce numéro spécial expose donc la complexité des classifications en santé mentale et les controverses qu'elles ont soulevées. Malgré les incertitudes sémantiques sur le concept de santé mentale, peu de contributions nosographiques nous ont été proposées. En revanche, dans les

(1) Service de psychiatrie adulte, Hôpital Cochin, Paris 14.

(2) Chargée d'expertises scientifiques au département enquêtes et analyses statistiques, INPES.

(3) Les deux principaux étant, le rapport sur la « Prise en charge de la psychiatrie en France » par A. Milon, sénateur, 2008 et le rapport de la Cour des Comptes « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » par E. Couty, 2009.

(4) La déclaration conjointe du 24 juin 2002 des Ministres de la Santé publique et des Affaires sociales sur la politique future en matière de soins de santé mentale (Belgique) ; voir aussi l'« Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux, Institut national de santé publique », Québec, 2008.

(5) Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

(6) OMS. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève 2001.

(7) La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie. Centre d'Analyse Stratégique, novembre 2009.

articles qui nous ont été soumis et qui ont été retenus, on y lit la complexité et le souci de circonscrire l'objet d'étude dans un contexte épidémiologique, social, économique et humain. Les principales sources de données de surveillance émanent des enquêtes déclaratives, des données de mortalité (suicides), les morbidités diagnostiquées codées (RIM-P) dans les établissements de soins complétées par les bases administratives du remboursement des soins, témoins des troubles psychiques et des pathologies psychiatriques lourdes, ce qui laisse dans l'ombre une partie des troubles non déclarés en population générale (C. Chan Chee *et coll.*). Pourtant plusieurs marqueurs de la position sociale sont des facteurs de risque inégalitaires, comme cela a été mis en évidence dans les populations salariées (Murcia *et coll.*). Il faut admettre qu'en raison de la chronicité de la plupart de ces troubles et la complexité des parcours de soins, la nomenclature diagnostique varie souvent en fonction de l'objet de son codage : selon qu'il convient d'explorer un état pathologique ou de valoriser l'activité d'un service, on observe des discordances de jugement entre les praticiens (R. Richieri *et coll.*). Il en est de même des pathologies liées à l'abus de substances psychoactives également repérées soit par les enquêtes en population soit dans les résumés de séjour (Fiche RECAP), soit par leurs effets indésirables (CIM-10) ou encore par des données médicolegales. L'accès à ces niveaux d'information très différents doit, pour des raisons déontologiques, être réservé et leur interprétation ajustée (C. Bourdais-Mannone *et coll.*).

Parmi les populations atteintes et bénéficiaires de soins, les jeunes, enfants et adolescents, sont les plus explorés. Les prises en charge en termes de prévention, de dépistage, de suivi des parcours de soins sont souvent déclarées comme inadaptées, voire insuffisantes, bien que chacun reconnaisse les limites scientifiques des diagnostics et prises en charge à des âges de la vie encore en développement (B. Lamboy *et coll.*) (I. Maillard) et les limites éthiques de certaines approches ciblées (F. Bourdillon *et coll.*). Les auteurs pointent les difficultés de délimitation entre les champs social, éducatif, médical et psychologique de la prévention dite précoce.

Les interventions dans le domaine de la santé mentale requièrent des qualités spécifiques mais très variables en fonction des populations et des lieux. Ainsi les médecins généralistes seraient plus aptes à suivre certains troubles car ils conservent une approche globale de la santé et orientent leurs patients dans des trajectoires de soins. Ces pratiques font la preuve de leur efficacité chez des personnes démunies et pas seulement pour les seules pathologies mentales (P. Micheletti *et coll.*). Il faut d'ailleurs sans cesse rappeler que la médecine reste somatique et psychique et qu'un double savoir-faire est parfois utile, ce que l'équipe du centre hospitalier d'Angers nomme « soins partagés » dans le cadre d'une unité médico-psycho-sociale (D. Denes *et coll.*). Pour la dispensation de soins ambulatoires, le Québec va plus loin et met en place, dans la tradition des centres locaux de services communautaires, des réseaux intégrés qui assurent les soins primaires en santé mentale, et on pourrait y trouver un cousinage de nos secteurs psychiatriques (M.J. Fleury). En contrepied, dans un département français à forte orientation sociale, des médecins scolaires témoignent de leur capacité à dépister des troubles envahissants du développement chez des enfants pourtant déjà suivis en soins de proximité (D. Dumeur). Au

travers de ces expériences, si l'on ne saurait encore parler d'un référentiel de pratiques et d'un impact probant des soins, on peut affirmer qu'il existe une amorce de redéploiement et de coopération entre les personnels.

Cette transformation des pratiques est étayée par une démarche citoyenne, portée par les associations d'usagers et les groupes d'entraide mutuelle dont on connaît maintenant le rôle essentiel pour la stabilisation des pathologies chroniques (E. Beetlestone *et coll.*). D'autres associations de soutien interviennent en santé mentale, assurant des médiations importantes lorsque les conditions de vie des patients invalident leur parcours de soins : l'association Droits d'urgence qui accompagne juridiquement les patients et les équipes médico-sociales des établissements obtient des résultats positifs pour l'alliance thérapeutique et non-décrochage de patients démunis, surendettés, en situation irrégulière ou encore victimes de violences (M. Yvon). La question des violences, de leur prévention et de la protection des victimes, est constamment évoquée dans les dispositifs de santé mentale. Elle est culturellement et historiquement liée à l'histoire des institutions et à la chronologie législative. La situation extrême est vécue par les personnes sous main de justice, chez lesquelles la prévalence des troubles mentaux est importante, et pour qui le cadre de soins est parfois déficitaire, parfois injonctif, selon la période considérée, avant, pendant ou après la détention : une invitation à dépasser les simples articulations institutionnelles par une réflexion scientifique autant que citoyenne (M. David *et coll.*).

Épais, foisonnant et certainement insuffisant, ce numéro hors série de la Revue *Santé publique* appelle des contributions ultérieures dans les chapitres entrouverts. Il y manque, en particulier, la dimension socioéconomique. « Les maladies neuropsychiatriques sont responsables de la perte de plus de 2 millions d'années de vie en bonne santé et de 46 000 décès (chiffres 2002-2004) souligne la Cour des Comptes dans une récente communication ⁽⁸⁾. Une revue de la littérature menée en 2004 dans 25 pays européens chez les 18-65 ans, a comparé les prévalences en France, en Allemagne et au Royaume Uni des addictions, des troubles affectifs, des troubles anxieux, des démences et des troubles psychotiques, à partir de coûts estimés ⁽⁹⁾. Des différences allant de 1 à 5 en fonction des pathologies (de manière asymétrique, c'est-à-dire non homogène d'une pathologie à l'autre) n'ont pas encore reçu d'interprétation. Les coûts médicaux directs et indirects suivent le même gradient. Ces grandes variations peuvent évoquer un manque de fiabilité du recueil des données, mais conduisent à réexaminer les perceptions des troubles de la santé mentale de chaque pays.

Ce n'est pas tant les mutations du paradigme de la santé mentale, mais les différentes approches institutionnelles et médicales, les pratiques sociales, éducatives, et citoyennes contradictoires, les compétences actives des patients qui continuent d'interroger, voire de bousculer la progression scientifique d'aujourd'hui.

(8) La prévention sanitaire, Cour des Comptes, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, octobre 2011.

(9) Andlin-Sobocki *et al.*, *European Journal of Neurology*, 2005,12 (suppl) : 1-27) Cost of disorders of the brain in Europe.