

Jean-Luc ROELANDT  
Psychiatre, Directeur  
Centre Collaborateur O.M.S. pour la recherche et la formation en Santé Mentale

**Changement de paradigme :  
des structures de prise en charge  
sanitaire et sociale aux besoins des usagers**

**AU COMMENCEMENT ETAIT L'ASILE PSYCHIATRIQUE**

Pour les personnes nécessitant des soins psychiatriques au long cours, auparavant, le seul recours c'était l'asile, et la perte des droits civiques.

Aujourd'hui, on attend des usagers de la psychiatrie une participation active à l'organisation des services de santé mentale, qui théoriquement sont faits pour eux<sup>1</sup>. En cas de pathologies aiguës, la citoyenneté suffit : la représentation nationale dirige les systèmes de santé publique au nom des citoyens (qu'en est-il pour le privé ?). En cas de pathologies chroniques, donc de recours constant au système de santé, le représentant des citoyens ne suffit pas, car il ne connaît pas intimement le système mis en place pour l'aider. Les consommateurs de ce système sont les mieux placés pour le transformer et l'améliorer à leur bénéfice. Le système devient alors un produit de consommation, si ce n'est consommation courante, au moins constante. Et consommation implique comparaisons et concurrence.

---

<sup>1</sup> Cf. Loi Kouchner sur les droits des malades (4 mars 2002)

---

A quel prix et pourquoi ces modifications ? Les « asilifiés » d'autrefois sont devenus « malades mentaux », par médicalisation du champ de la Folie. L'enquête « La Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités » a montré que ce n'est pas vraiment le progrès en termes de discrimination : la représentation populaire du « malade mental » est très associée aux notions de danger, d'incurabilité et d'irresponsabilité<sup>2</sup>. Seule la destigmatisation mise en œuvre par le consommateur serait possible ; aussi, sont-ils désormais assimilés à tous les consommateurs de soins, d'institutions sociales, et dénommés usagers, ce qui ont l'usage d'un service, d'une institution.

C'est paradoxalement au nom de l'individualisme et de la liberté que sont créées les associations d'usagers – pour vérifier la qualité des services et des procédures de soins. En ce sens, on peut dire que les associations d'usagers se préoccupent du bon usage des fonds publics. Usagers, patients, citoyens, consommateurs, « handicapés » sont capables d'avoir une opinion valable et c'est ce qu'ils ont prouvé depuis plusieurs années. C'est ce qui va modifier l'ensemble de la donne en psychiatrie publique.

Nous sommes dans un système en pleine recomposition qui s'inverse complètement : de services centralisés où se rendaient les usagers qui le pouvaient et ou le voulaient nous sommes passés au service rendu social ou médical « à la personne », délivré à son domicile, ou dans son environnement proche (d'où l'importance de l'habitat, du travail, des loisirs, de la famille, des amis). Tout un monde de services se met en place autour du citoyen. Cette politique dite de proximité est certainement le pendant de la mondialisation qui affecte ce même citoyen. Cette évolution étant accélérée par les progrès des techniques de la communication sans fil, de l'informatique et l'accès aux informations pour tous.

---

<sup>2</sup> cf. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale, Bellamy V, Roelandt JL et Caria A. Etudes et résultats n° 347, Dress, octobre 2004 ([www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) et [www.epsm-lille-metropole.fr](http://www.epsm-lille-metropole.fr))

Nous sommes dans une situation très nette de passage d'une politique de santé gérant des établissements de soins à une politique de création de services aux citoyens. La loi du 4 mars 2002 consacre le bouleversement dans la mesure où le législateur a positionné le patient « au centre du dispositif de santé », et non pas l'institution.

Ce qui pose le plus problème sont les personnes qui souffrent de maladies chroniques. Auparavant « concentrées » à l'hôpital psychiatrique et à l'hospice général : on trouvait dans le même lieu indifféremment, handicapés, personnes âgées, psychoses chroniques, dépendants alcooliques au long cours, prostituées, lettres de cachets, etc... On ne différenciait pas assistance, soin, hébergement et enfermement. Tout cela au nom de l'urgence, des épidémies, de l'hygiène et du traitement moral des populations pauvres voire « dépravées ».

Avec les siècles, se sont développés le droit au logement et les possibilités d'insertion dans la Cité pour les citoyens à faibles ressources ou défavorisés du fait de la maladie. Les aides se sont professionnalisées, créant des réseaux de soins intégrés, avec la participation des hommes politiques locaux, des familles, des associations et des équipes de psychiatrie et la possibilité d'avoir un toit et des soins au même endroit. Le changement radical de l'asile à la ville s'est réalisé, de manière variable durant les trente dernières années.

---

## L'OUVERTURE DU CHAMP DE LA SANTE MENTALE

Aujourd'hui, théoriquement, les malades chroniques ne devraient plus se trouver à l'hôpital psychiatrique (sauf quelques personnes ayant des troubles neurologiques ou handicaps n'ayant pas été pris en charge suffisamment tôt, faute de lieux d'accueil, de lieux de vie ou de familles accueillantes).

Le champ s'élargit de la psychiatrie à celui de la santé mentale, des fous aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ce champ rejoint aussi celui des politiques par le biais de la notion de bien-être, protectrice pour les populations. L'enquête « La Santé Mentale en Population Générale » le montre bien (cf. encadré).

Les pathologies les plus fréquentes sont les troubles anxieux et les états dépressifs (11% de la population repérée comme ayant ces troubles); les femmes et les personnes séparées ou divorcées, les personnes au chômage étant plus souvent concernées que les hommes. Le risque suicidaire est important chez une partie de la population, surtout les personnes au chômage, séparées, divorcées, vivant seules, ou célibataire. Des analyses plus fines sont en cours, pour prendre en compte les répercussions de ces problèmes sur la vie quotidienne de la personne et la consommation de soins relative à ces problèmes.

Ces quelques chiffres sont à rapprocher de ceux déjà connus : en France, les troubles psychiatriques constituent la première cause d'invalidité et la deuxième cause d'arrêt de travail<sup>3</sup>, les français étant les premiers consommateurs de psychotropes au monde.

---

<sup>3</sup> Rapport CNAM 2004

*L'enquête Santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG<sup>4</sup>), a été réalisée entre 1999 et 2003 par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la DREES auprès de 36 000 personnes âgées de 18 ans et plus en France métropolitaine.*

*Deux aspects ont été étudiés : outre l'évaluation de la prévalence des principaux troubles mentaux, les enquêteurs ont interrogé les personnes sur leurs représentations de la maladie mentale.*

*Ainsi, 11 % des personnes enquêtées ont été repérées comme ayant eu un épisode dépressif dans les deux semaines qui ont précédé l'enquête. Il s'agit le plus souvent de femmes. Les personnes séparées, divorcées ou au chômage ont par ailleurs plus fréquemment été identifiées comme ayant souffert de ce trouble. Par ailleurs, 13 % des personnes enquêtées – surtout des adultes – ont déclaré avoir souffert d'anxiété généralisée, le trouble anxieux le plus fréquemment repéré. Comme pour les épisodes dépressifs, les femmes et les personnes séparées ou divorcées sont plus souvent identifiées comme ayant connu un trouble anxieux généralisé.*

*En outre, plus d'un quart des personnes repérées comme manifestant des symptômes d'anxiété généralisée ont aussi connu un épisode dépressif. Contrairement aux autres pathologies, les hommes souffrent plus souvent de syndromes d'allure psychotique, lesquels sont repérés comme concernant 2,8 % de la population des 18 ans et plus. Enfin, environ 2 % des adultes présenteraient un risque suicidaire élevé, qui est plus fréquent chez les personnes séparées (4,7 %) et celles au chômage ou inactives.*

Troubles mentaux et représentations de la santé mentale, Bellamy V, Roelandt JL et Caria A. Etudes et résultats n° 347, Dress, octobre 2004 ([www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) et [www.epsm-lille-metropole.fr](http://www.epsm-lille-metropole.fr))

Devant l'importance des troubles en population générale, on peut bien se douter que ce n'est pas uniquement la psychiatrie qui est cause, mais tout le champ de la santé mentale qui correspond au champ de la santé en général, donc à la santé publique dans son ensemble.

Cette enquête rend encore plus actuelle une définition large de la santé. La santé est ainsi définie par l'OMS en 1946 comme un « état complet de bien-être physique, mental et social »

---

<sup>4</sup> **Enquête sur les troubles mentaux et les représentations de la santé mentale**  
25/10/04 - DREES - « Études et Résultats » n° 347 – octobre 2004

La charte d'Ottawa de 1986 détermine à partir de cette définition les conditions de bonne santé :

*« Pour parvenir à un état complet de bien-être physique, mentale et social, l'individu ou le groupe doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme ressource de la vie quotidienne, et non comme but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé (...) son ambition est le bien-être complet de l'individu. (...) La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable , compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. »*

Cette définition s'avère particulièrement pertinente en ce qu'elle lie intimement phénomènes de santé et environnement social. Elle est par contre clairement du domaine politique.

Dans ce qui est un parfait état de bien-être tant physique, psychique, que social, il n'y a pas de différenciation entre santé mentale et santé. De ce fait, tout ce qui contribue à la santé contribue à la santé mentale. Il n'y a pas de santé sans santé mentale et sans politiques sociales !

Les droits à l'éducation, à avoir un toit, à l'accès à l'école et au travail, sont des droits fondamentaux qui sont souvent bafoués en cas de handicap. De plus les populations pauvres recréent de la pauvreté et la précarité, ce qui entraîne pour ceux-ci au niveau des indicateurs habituels une perte de chance manifeste en terme de santé et de santé mentale. Ce serait néanmoins trop simple de considérer que seuls les pauvres ont des troubles mentaux...

---

L'enquête « La Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités » montre que c'est toute les couches de la population qui peuvent être concernées et pas uniquement quelques classes sociales défavorisées. Si 30% de la population générale ont un trouble identifié par le questionnaire d'enquête, tous ne relèvent pas de la psychiatrie. La médecine générale, les amis, les associations, le monde du travail, la société dans son ensemble contribuent à la lutte contre la mauvaise santé mentale, et montrent sa sympathie vis à vis du malheur, voire la douleur psychique des gens qui en sont atteints.

La solidarité compassionnelle est à ce prix, mais suffit-elle ? Freud disait que la psychiatrie devait transformer par son action le malheur pathologique en malheur ordinaire, voire normal. Pour ce dernier, seule l'action personnelle, environnementale voire politique peut agir.

Pour la psychiatrie, le problème réside dans la prise en charge des personnes dépendantes ou handicapées. Pour ne pas créer des réseaux de dépendance uniquement dans les zones défavorisées, là où se trouvent les pauvres, infirmes, handicapés, chômeurs, cas sociaux, il nous faut intégrer ces personnes dans la société dite « normale », si tant est que celle-ci daigne les accepter. Cela demande plein emploi et fin de la politique des ghettos urbains potentiels (680 ZUP en France), nouvelles cours des miracles modernes.

Benedetto SARACENO, directeur du département santé mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé (Genève) le rappelait bien<sup>5</sup> : « Ce sont les maladies chroniques qui posent le problème le plus important à la psychiatrie publique aujourd'hui. Il ne s'agit pas de dire ou de préciser quels sont le nombre de lits ou places d'hôpitaux nécessaires, mais beaucoup plus de dire : « Que fait-on de la personne qui a une

---

<sup>5</sup> Lors des deuxièmes rencontres internationales du Centre collaborateur O.M.S. à Lille en 2004

---

maladie durant 30 ans ? ». Comment la prend t-on en charge dans la Cité, avec ses proches, ou sans ses proches, avec les aides sociales, médicales et autres ? ».

En ce qui concerne les usagers de la santé mentale, peuvent-ils avoir une action sur le système de soins psychiatriques ? On voit bien que, dans la Cité où vivent désormais les malades, le cloisonnement et l'étanchéité des dispositifs sociaux et médicaux sont totalement néfastes pour les personnes qui souffrent de troubles psychiques. De plus la stigmatisation et la discrimination sont à leur maximum.

Le cloisonnement des services en bastions aux logiques propres constitue une vraie perte de chance pour les usagers. Les choix de clientèles cibles pour chacune des institutions, créent des doublons et permet de conserver ou d'éliminer les personnes sur des critères personnels, économiques ou comportementaux.

Ces clientèles cibles trop problématiques fréquenteront un jour ou l'autre, soit l'hôpital psychiatrique, soit la prison.

Echec de la prévention, échec de l'éducation, échec des institutions qui créent, gèrent et génèrent les déchéances.

La prison et l'hôpital psychiatrique, même s'ils ont eu historiquement la même mission, se doivent aujourd'hui de réinsérer leur population et de reconvertir celle-ci dans la Cité. Le parallélisme entre ces deux institutions est frappant et la tâche immense.

La psychiatrie a aussi ses propres règles d'élimination des personnes gênantes, « les mauvais malades ». (Et je ne parle pas seulement du secteur privé sans but lucratif, payé par la sécurité sociale, qui n'accepte que des patients sans problème apparent). Les toxicomanes et les alcooliques se sont éliminés seuls de la sectorisation psychiatrique classique et les SDF ont beaucoup de difficultés d'accès aux logements et aux soins dans les hôpitaux généraux.

---

La logique des réseaux a permis la récupération de ces personnes qui rejettent l'appellation psychiatrique exclusive. Ce sont les politiques, les acteurs sociaux ou la Cité qui aimeraient bien qu'ils ne soient que « psychiatriques et proclament leur exclusion du monde de la raison, dans la Cité ». Cela permettrait de régler une bonne fois pour toutes leur problème dans un autre monde que celui de la citoyenneté. Mais ce n'est pas le cas. Souvenons-nous que les toxicomanes ont été les premiers créateurs de réseaux. Posons ouvertement la question politique de leur prise en charge dans la Cité, en refusant, ainsi que leur famille, la psychiatisation et l'enfermement psychiatrique, en acceptant préférentiellement la prison - et la justice pour trafic, et aussi comme régulateur d'un comportement voulu par le sujet. .

Pour ces personnes, et par extension pour toutes les personnes qui souffrent de troubles psychiques, c'est l'ensemble de la communauté qui doit se mobiliser et non pas uniquement des services affectés à elles, surtout quand ils ont un potentiel d'exclusion et de stigmatisation fort. La première chose que disent les alcooliques, les toxicomanes et les délinquants quand ils voient un psychiatre, c'est « Je ne suis pas fou », refusant un système à part et préférant un système traditionnel.

### **LA PERSISTANCE D'UNE LOGIQUE DE DISCRIMINATION**

La stigmatisation est essentiellement liée au fait que le « fou », le « malade mental », est de toute façon « l'autre », considéré incurable, irresponsable, inconscient et dangereux, hors champ de la citoyenneté. Dans les représentations des français, leur place est à l'hôpital psychiatrique pour y recevoir des médicaments.

Soi-même on ne peut se vivre et se représenter comme « fou » ou « malade mental », mais éventuellement se considérer comme « dépressif », soignable, voire guérissable.

---

Quand on sait qu'à l'heure actuelle, les durées moyennes de séjour sont d'environ 15 jours à l'hôpital psychiatrique, et que 2/3 des personnes suivies par les services de psychiatrie le sont hors de l'hôpital psychiatrique, dans les structures de proximité... on mesure le chemin parcouru et le fossé entre les représentations et la réalité.

Les durées d'hospitalisation sont plus intéressantes à analyser que le nombre d'entrées à l'hôpital. Auparavant, une personne hospitalisée d'office pouvait rester 10 ans à l'hôpital et personne ne s'inquiétait de savoir que le nombre d'hospitalisation d'office augmentait ou pas en France ! Aujourd'hui elles sont un peu plus fréquentes<sup>6</sup>, mais moins longues, parce que le processus d'intégration de la psychiatrie publique s'est amélioré.

Conclusion : la population passe son temps à éviter la psychiatrie, tout en tournant autour, puisque les maladies existent bien et qu'un hôpital psychiatrique est le seul lieu où l'on peut être admis n'importe quand !

Personne ne veut aller à l'hôpital psychiatrique puisque personne ne se dit fou, ni malade mental. Pour des raisons médico-légales, quand on doit hospitaliser quelqu'un, le professionnel médical ou social ayant peur d'encourir un procès, il demande à la famille de signer une obligation de soins, laissant au service de psychiatrie qui accueillera cette personne, la responsabilité du soin et de la sortie, en accord avec la famille s'il en a une. Bref, la machine à obliger aux soins s'est emballée avec la multiplication des centres d'urgences où on ne peut garder plus que quelques heures les personnes qui s'y rendent, alors que l'on peut néanmoins les orienter ailleurs ! Et quand il y a un risque, le seul endroit où l'on peut mettre ces personnes, reste l'hôpital psychiatrique, seul endroit avec la prison à n'afficher jamais complet !

---

<sup>6</sup> De 1992 à 2000, le taux d'hospitalisation sans consentement est passé de 11% des hospitalisations en psychiatrie à 13% (source Ministère de la santé).

---

L'asile, le service de psychiatrie est donc toujours le lieu des fous pour la population. D'où la moue incrédule de cette même population quand on dit que la durée moyenne de séjour dans un hôpital est de 15 jours ! Alors où sont les fous ? On relâche les malades ! Ils sont donc forcément en prison... et on attribue aux prisonniers, folie, maladie mentale, par assimilation aux personnes qui commettent des crimes, assassinats et autres. Avec ce type de représentations il faut donc une bonne part d'enfermement pour garantir la bonne santé psychique de la population - ou du moins, faire en sorte que la « dépression », acceptable pour soi, ne soit pas assimilable à la « folie », ni à la « maladie mentale » (mots génériques).

Avec ces représentations sociales, et malgré la machine à exclure en marche, qu'elle soit sociale, familiale, médicale ou personnelle, un secteur de psychiatrie peut-il fonctionner en réseau de santé pour les citoyens ?

### **LES RESEAUX DE SANTE : UNE NOUVELLE CHANCE POUR LUTTER CONTRE LA DISCRIMINATION ?**

Le développement des réseaux est encouragé depuis plusieurs années dans les quartiers difficiles, avec la politique de la ville, ses Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et programmes régionaux de santé (PRS), ses ateliers villes, les villes santé de l'O.M.S. etc...

Les pratiques dans ces ghettos potentiels doivent être centrées à cet endroit plus qu'ailleurs sur les droits de l'homme et du citoyen, sur le décloisonnement du dispositif et sur la lutte contre la discrimination du fait de la maladie. Les services sanitaires et sociaux doivent s'occuper avant tout des personnes les plus handicapées, celles qui ont le plus besoin de suivi – ce suivi n'est d'ailleurs pas

---

obligatoirement psychiatrique, mais plus en termes de prise en charge, d'accompagnement, d'aide à la nourriture, à l'habillement, au transport, à l'organisation de la vie sociale, à l'intégration dans le monde du travail à la gestion budgétaire. La partie médicale pure se réduisant à la prescription médicamenteuse et au soutien psychothérapeutique, sans plus- on voit là l'intérêt évident de « réseauter ».

L'ensemble des techniques, qui permettent d'ailleurs aux personnes précaires qui ne sont que d'autres personnes dépendantes non médicalisées de se maintenir dans les villes, s'apparente aux techniques que la psychiatrie a testé dans le laboratoire asilaire, puis au moment du développement de la politique de sectorisation psychiatrique. (Il faut dire qu'à l'époque c'étaient les mêmes populations).

Ces mêmes techniques sont diffusées partout et surtout utilisées pour les personnes en état de dépendance, c'est-à-dire qui n'ont pas d'autre utilité sociale que celle de faire fonctionner le système social et médical et de donner de l'emploi aux travailleurs sociaux et de la santé, ainsi qu'aux sociologues qui les observent...

La définition de la santé de l'OMS reste intéressante, car elle ne fait pas de différence entre santé et santé mentale. L'évolution actuelle pour les aliénistes devenus psychiatres est celle de la deuxième révolution psychiatrique. La première était le passage de l'asile aux territoires des villes par le déploiement de la politique de sectorisation psychiatrique (petites structures de soins dans la Cité). L'évolution de la psychiatrie vers les hôpitaux généraux et les services de santé existants dans la communauté est la deuxième révolution psychiatrique : ouverture des services les uns aux autres, intégration des soins psychiatriques dans le système de soins généraux, de la psychiatrie dans la médecine, de la santé mentale dans la santé. Passage d'une politique d'institution à une politique de service au citoyen, ouverture des structures culturelles, sociales et sportives aux citoyens-patients. Cela renvoie à la loi de 2004 dont j'ai parlé auparavant.

---

Cela nécessite avant tout que tout citoyen ait droit à un logement et qu'hébergement et soins ne soient plus confondus. Or, d'après les dernières estimations ministérielles environ 30% des personnes hospitalisées en psychiatrie y restent par manque de structures d'hébergement, pas du fait d'une pathologie à traiter. Pour des raisons économiques, locales et de maintien de l'emploi, sont laissées à l'intérieur de ces murs des populations qui ne devraient pas y être. Pour les mêmes raisons on accepte le maintien dans le champ médical, d'une charge indue, qui relève du social et de l'habitat.

L'amélioration de la santé se fera grâce à une action globale pour tous les citoyens. Pour les personnes séjournant à l'hôpital psychiatrique, il y a certes nécessité d'un logement. S'il n'y a pas d'HLM, de lits de maison communautaire, il n'y a pas de prise en charge par les élus locaux. On va alors embouteiller les services d'hospitalisation psychiatrique avec des personnes qui cherchent un toit, et par-là même augmenter la stigmatisation.

A Lille, un séjour d'un an en long séjour dans un lit de psychiatrie à l'hôpital vaut 27 entrées en court séjour. Il ne s'agit pas de ne pas avoir de lit pour les personnes qui le nécessitent pendant des courtes durées, mais d'assurer la pleine et entière citoyenneté aux personnes ayant des troubles psychiques. Faute de quoi, le débat sur le « lit manquant » est une fois de plus, sous couvert de donner un toit, une mesure extraordinaire d'exclusion utilisée par les bien-pensants du champ sociologique, psychiatrique et politique.

Les associations d'usagers ou de familles l'ont bien compris. Les maires de France aussi qui demandent dorénavant beaucoup plus un suivi personnalisé dans la Cité, que des mesures d'internement et d'exclusion. « Des lits oui, mais dans la Cité » ont signé les associations de patients et de psychiatres. En ce sens la société a bien

---

changé, mais les services de psychiatrie peinent à s'adapter, en partie du fait d'une histoire asilaire veillant d'au moins 200 ans.

Pour la mise en place de **psychiatrie citoyenne** en pratique, associant les réseaux soit médicaux et sociaux, décloisonnant l'ensemble du système, adaptant l'ensemble des techniques de soins disponibles pour les usagers qui ont le choix, nous lirons le texte intitulé « La psychiatrie citoyenne en pratique » qui montre en quoi le secteur de santé publique a essayé de se décloisonner dans la Cité et vers les acteurs de santé primaire, en intégrant usagers, familles, élus locaux.<sup>7</sup>

Quoique non achevée, cette problématique de travail dans la Cité a été des plus efficaces, de part l'implication de l'ensemble des partenaires et le décloisonnement des champs. C'est certainement l'avenir de la psychiatrie, c'est aussi un changement radical de paradigme pour l'ensemble des champs confrontés à une crise importante.

---

<sup>7</sup> Texte joint : Réunion thématique du 24 juin 2004 – Commissariat Général du Plan « Prospective des services : vers des soins intégrés - La psychiatrie citoyenne en pratique »