

Où l'on voit que la psychiatrie rit jaune

Jean-Charles Pascal
Thierry Trémine



© Jean-Charles Pascal



© Thierry Trémine

À ceux qui auraient manqué un épisode du feuilleton relatant les mésaventures de notre discipline, nous ne saurions trop recommander la lecture attentive de l'éditorial publié dans le numéro de novembre 2018¹ de notre belle revue. Isabelle Montet y relate avec brio, humour et un zeste de désespérance le flirt qui s'est affiché entre la fondation FondaMental, l'association Coopération Santé (« *Faire mieux avec les mêmes moyens* ») et l'Institut Montaigne sous l'œil apparemment bienveillant de notre tutelle, lors du colloque « Psychiatrie : sortir de l'état d'urgence » qui s'est tenu le 4 octobre 2018 au Palais Bourbon. Cette journée se présentait en fait comme un complément du plan psychiatrie et santé mentale publié en juin 2018, tout en déroulant les 25 propositions formulées dans le livre publié par Marion Leboyer et Jean-Michel Llorca². Le dispositif de la politique de secteur y a été présenté comme dépassé par les enjeux d'efficacité et de modernité, fonctionnant sur un appareil théorique obsolète, privilégiant l'hospitalo-centrisme et les mesures de soins contraignantes (« *culture de l'enfermement* ») et enfin totalement étranger aux outils de la modernité ! Par contre, la nouvelle Jérusalem psychiatrique est conçue comme une pyramide savante, construite comme un chemin initiatique québécois (première, deuxième et troisième ligne) illuminé à son sommet par les centres experts dont nous connaissons la philosophie par le plan autisme. Nous serons alors loin de l'ignorance et du labourage et pâturage des secteurs de psychiatrie. Bien évidemment, l'Université serait alors le support naturel de ces lieux d'excellence où les problèmes seront résolus dans la disponibilité, la science, l'empathie et probablement le *mindfulness* dont s'est, semble-t-il, entiché notre ministère.

D'autres propositions, présentes depuis de nombreuses années dans les différents rapports dédiés à la psychiatrie et à la santé mentale, sont rappelées lors du colloque ; elles sont essentielles et indiscutables puisqu'elles soulignent l'ardente nécessité d'assurer aux malades mentaux et plus particulièrement aux plus sévèrement atteints (dont seuls les secteurs ont la charge, rappelons-le), une intégrale citoyenneté et un respect scrupuleux de leurs libertés. Par contre, le procès d'hospitalo-centrisme fait à la psychiatrie publique est inintelligible compte tenu de la richesse et de l'inventivité des soins ambulatoires proposés dans de nombreux secteurs. Celui d'une utilisation complaisante des mesures de contraintes est, en dehors de quelques exceptions qui doivent être dénoncées et sanctionnées, très injuste et sous-estime la situation dramatique due à la pénurie de moyens humains à laquelle les unités d'urgences et d'accueil sont quotidiennement affrontées.

Nous serons d'accord pour demander à l'Université (mais que ne l'a-t-elle fait depuis 20 ans !) de revoir ses programmes de formation concernant la psychopathologie et ce, dès les études de médecine, et d'intégrer les neurosciences dans les références fondamentales de la formation des psychiatres. Tout comme nous soutenons l'intersectorialité dans l'hospitalisation afin de différencier les modes d'hospitalisation, sachant qu'on ne traite évidemment pas de la même façon une pathologie émergente, un trouble de l'humeur,

¹ Montet I. La psychologie du ministère appliquée aux hôpitaux psychiatriques : positivez ! *L'Information psychiatrique* 2018 ; 94 : 715-22.

² Leboyer M, Llorca JM. *Psychiatrie : l'état d'urgence*. Paris : Fayard, 2018.

Correspondance : J.-C. Pascal
<jchpascal@aol.com>

une psychose en phase aiguë ou une pathologie de longue évolution. Toutes les alliances transversales possibles sont souhaitables et beaucoup sont déjà très actives comme nous allons le montrer.

Certaines critiques sont recevables compte tenu de la grande diversité du champ sectoriel. Il comprend des dispositifs innovants et exemplaires, mais aussi d'autres, plus loin de la ligne de front, isolés et qui se débattent dans le champ de l'impossible compte tenu de leurs moyens dérisoires. Comment résoudre les inégalités territoriales qui sont réelles mais dont la solution est rendue très complexe par la géo-démographie si particulière de notre pays ? Comment assurer une égalité de l'offre de soins entre le milieu rural et les villes ? Il faudra beaucoup de temps pour que les progrès des systèmes de communication modernes permettent un réel désenclavement mais ce qui est certain, c'est que ce n'est pas la psychiatrie organisée de façon pyramidale qui apportera la solution. Est-il d'ailleurs bien certain que les dispositifs d'accès aux soins dits à niveaux (1, 2 et 3) ont fait leur preuve dans d'autres spécialités médicales prises en exemple telles que la cancérologie, la cardiologie ou la neurologie dont les processus de diagnostics et de prise en charge ne sont en rien comparables avec celui si complexe de la psychiatrie ?

La « philosophie du secteur » comme il a été dit de façon un peu moqueuse, référencée aux années 60 pour bien montrer son archaïsme, a pourtant beaucoup évolué mais les participants au colloque du 4 octobre en sont peut-être un peu loin ou peut-être ne l'ont-ils jamais rencontrée. De très nombreuses initiatives de terrain, présentées dans des articles publiés dans *l'Information Psychiatrique* témoignent pourtant d'une grande inventivité. Depuis 20 ans, la politique psychiatrique en France est désarticulée, passant des ambitions sécuritaires indignes à des initiatives publiques partielles, en réponse à la mobilisation des familles, des lobbies, de la presse, des *spins doctors*, etc. Par contre, le souci budgétaire est, quant à lui, remarquablement constant. Depuis 1983 et le passage à une gestion hospitalière régulée comme une machine de Tinguely, un immense gâchis s'est amorcé, qui ne devait jamais cesser : pillage des budgets dans les hôpitaux généraux, fonte des personnels, protocoles impersonnels stérilisants, commissions Théodule chronophages, administrations et ministres distants qui, faute d'intérêt et d'information, d'ouverture et même de conseillers compétents ont constamment voulu jeter la psychiatrie dans le moule préformaté et facile de la médecine factuelle, tout en recommandant pour cette même médecine un virage ambulatoire initié par la psychiatrie publique il y a 50 ans ! La raison en est simple : l'humain est coûteux, et l'humain compétent très coûteux, et donc très vulnérable. La situation très inquiétante de la pédopsychiatrie en est le pire des témoignages. Un dossier du journal *Le parisien* du 16 janvier de cette année reprend pratiquement le titre d'un best-seller décrivant la situation nord-américaine lors de la fermeture par Ronald Reagan en 1984 des centres de consultation de santé mentale, à l'origine créés par J.F. Kennedy ; ce livre s'intitulait *The homeless mentally III* !

En termes d'initiatives, les organisations syndicales et les sociétés scientifiques n'osent guère exiger au niveau national les mesures nouvelles imposées par le progrès et déjà réalisées ici et là. Elles sont constamment sur le reculoir, asphyxiées par une bureaucratie ministérielle pesante, des plans technocratiques usines à gaz, le primat économique, la toute-puissance des ARS³ et des directions hospitalières quand ce ne sont pas des manifestations de défiance et parfois de mépris vis-à-vis des pratiques sectorielles, qui assurent tant bien que mal la charge des pathologies psychiques les plus lourdes en France, le nez dans le guidon. Ajoutons des mesures

³ Agences régionales de santé.

administratives autoritaires de certaines directions hospitalières et l'on ne s'étonnera pas de la fuite des praticiens et paramédicaux vers d'autres cieux. Il faudrait donc en plus se « coltiner » le *ready made* des *spin doctors*, qui ont dans leurs manches des antidotes médiatiques à la désertification des secteurs et au rejet des patients dans les rues ou les prisons.

Où l'on voit que le pire n'est peut-être pas sûr

C'est dans ce contexte morose que madame Agnès Buzyn, ministre de la Santé et des Affaires sociales, a prononcé le 24 janvier, dans le cadre du congrès de l'Encéphale, un discours portant sur le rapport d'étape du plan proposé en juin 2018 (nombreux auto-satisfecit) complété par la mise en perspective de ce que 2019 devrait apporter. On peut regretter que la politique de secteur ait été encore une fois absente en tant que dispositif structurant et désigné comme tel. La ministre a bien évoqué « l'organisation en secteurs, précurseur de la territorialisation des soins et de la responsabilité populationnelle » ! (Les beauté du langage techno...) Le secteur devient le contraire de l'Arlésienne : ils n'en parlent jamais mais il est le seul sur scène en tant que politique de santé publique psychiatrique.

La ministre a rappelé son attachement à ses trois principaux engagements tels que la pérennisation des moyens dédiés à la psychiatrie, l'augmentation de l'offre en pédopsychiatrie et le développement de la politique de prévention et de lutte contre la stigmatisation. Dans les perspectives nouvelles se dessine essentiellement la volonté d'améliorer l'offre de soins à travers des actions de qualité coordonnées (et si c'était la politique de secteur avec des moyens ?). Il s'agirait donc, entre autres, de lancer dès cette année une mission sur les CMP avec un objectif de renforcement et de rénovation de la place de l'ambulatoire dans le processus de soins (le secteur vous dis-je). Il est vrai que ce programme comporte de nombreuses dispositions innovantes et qui vont dans le bon sens même si elles répondent insuffisamment à la détresse exprimée par de nombreuses équipes. Il y a effectivement une bonne volonté affichée dans ces annonces mais la tâche aveugle qui paraît masquer à la ministre l'organisation sectorielle du service public de psychiatrie et de santé mentale va rendre très difficile la concrétisation des projets et le bénéfice ressenti par les patients dans l'amélioration de leur parcours de soins risque d'être modeste. La fonction de l'infirmier de pratique avancée sera-t-elle celle d'un *case manager* ou d'un ingénieur social, seul capable de se repérer dans la complexité des offres concernant l'emploi, le logement, le logement inclusif, le recours efficace aux aides et le parcours de soins ? Cela risque de ressembler beaucoup au rôle qu'avaient autrefois dans les services de psychiatrie les infirmières dites sociales si ce n'est qu'elles étaient une partie intégrante du dispositif de secteur et non affectées à un centre ressources comme cela risque d'être le cas si le secteur de psychiatrie ne retrouve pas auprès des tutelles une légitimité autre que celle, que personne ne lui conteste, qui est de donner des soins aux plus malades, aux plus démunis ou à ceux qui présentent des troubles majeurs du comportement.

Où l'on voit émerger l'essentiel

Et pourtant, beaucoup de choses s'accomplissent déjà, dans cet univers instable. Dans ce secteur mal aimé, il existe des initiatives éparses qui sont le résultat de praticiens ou d'équipes opiniâtres. Cela témoigne d'une **vitalité** certaine et on recense par exemple une vingtaine d'unités de prise en charge des psychoses émergentes fonctionnelles et une autre vingtaine en cours de construction ; cela ne s'est pas fait par décret, par descente du

Saint-Esprit managérial, mais par décision soignante et dans de grandes difficultés. À l'initiative de Suzanne Parizot, Philippe Conus et de Jean Oureib, une série de 11 articles, parus dans la « série Psychoses émergentes » (voir l'encadré page suivante), a précédé le congrès d'Antibes de la SIP dont les contributions du dossier de ce numéro sont issues. Il faut aussi rappeler que dès 2005 avait lieu à Lyon et Lausanne un séminaire formateur franco-suisse organisé par Suzanne Parizot, Philippe Conus et Jean-Charles Pascal, nourri d'échanges avec Patrick Mac Gorry, initiateur du mouvement mondial sur les « *early psychosis* ».

D'autres initiatives ont pu se faire car elles se sont éloignées du champ sanitaire infecté par le soupçon médico-économique qui le contraint : équipes mobiles, Samshas⁴, conseils de santé mentale, etc. *L'Information Psychiatrique* s'en est faite largement l'écho et continuera à en rendre compte. On peut passer sous silence un jour au Sénat ou plus gravement avenue de Ségur l'invention des pratiques ambulatoires par le « secteur » dont le MCO⁵ s'est emparé bien plus tard, mais dans les pires difficultés la psychiatrie publique est vivante, jusque dans la vigueur et la multitude de ses protestations contre la situation d'« empourissement » qui lui est imposée. Répétons-le : la plus grande partie des initiatives nouvelles imposées par le progrès doivent s'appuyer sur des partenariats, et nous n'avons pas besoin d'attendre les résultats hypothétiques des PTSM⁶ pour les définir. L'implantation de centres de diagnostic et de traitement des psychoses émergentes est une priorité nationale de santé publique, dont « plus personne ne peut douter » (Conus, 2017), intimement liée à la définition de *case managers* à la française et de la formation d'infirmiers en pratiques avancées (IPA). Ce n'est sans doute pas la seule priorité, mais rappelons que rien ne peut se faire si les secteurs de psychiatrie n'assurent pas la continuité des soins auprès de 2 millions de personnes.

Jean-Charles Pascal,
Thierry Trémine

⁴ *Substance abuse and mental health services administration* (<https://www.samhsa.gov/>).

⁵ Médecine, chirurgie obstétrique.

⁶ Projet territorial de santé mentale.

« Série Psychoses émergentes » : 11 articles parus entre mai 2017 et septembre 2018

- Parizot S. Les psychoses émergentes. *L'Information psychiatrique* 2017 ; 93 : 367-9.
- Parizot S, Oureib J. Visite à Lausanne. Rencontre avec Philippe Conus. *L'Information psychiatrique* 2017 ; 93 : 597-606.
- Bernardin F, Mignot T, Schwan R, Laprevote V. Prise en charge neuropsychologique des patients présentant un état mental à risque de psychose. *L'Information psychiatrique* 2017 ; 93 : 704-8.
- Conus P. Intervention précoce dans les troubles psychotiques : faut-il encore douter ? *L'Information psychiatrique* 2017 ; 93 : 775-6.
- Martin J. Mise en place d'un centre d'intervention précoce dédié à la prise en soins des troubles psychotiques débutants. *L'Information psychiatrique* 2017 ; 93 : 865-70.
- Croisier-Langenier M, Luquet Juan J, Briand Y, Bryden B. Interventions pré-thérapeutiques et soins psychosociaux. *L'Information psychiatrique* 2018 ; 94 : 59-65.
- Lecardeur L, Meunier-Cussac S. Intervention dans les phases précoces de la psychose au centre hospitalier universitaire de Caen. *L'Information psychiatrique* 2018 ; 94 : 217-21.
- Conus P. Premier traitement pour une psychose : quels défis et quels enjeux ? *L'Information psychiatrique* 2018 ; 94 : 301-6.
- Gozlan G, Meunier-Cussac S, Lecardeur L, Duburcq A, Courouve L. Prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques en France : cartographie des programmes spécialisés en 2017. *L'Information psychiatrique* 2018 ; 94 : 393-401.
- Mignot T, Bazille MT, Bernardin F, Schwan R, Laprevote V. Le Centre de liaison et d'intervention précoce (CLIP) : l'exemple nancéien d'un partenariat avec la Maison des adolescents dans la prise en charge précoce des psychoses émergentes. *L'Information psychiatrique* 2018 ; 94 : 520-6.
- Wawer E, Bagur J, Charvet D. Intérêts d'une prise en charge précoce des psychoses émergentes. *L'Information psychiatrique* 2018 ; 94 : 601-4.