

Interpellation SMF aux Assises de la Santé Mentale

Automne 2021

D. Leguay

Notre constat est sans ambiguïté. Le système de Santé Mentale français est en danger d'implosion. Il manque de personnel, de compétences, mais surtout de l'affirmation d'une politique, orientée par un concept « structurant ». Il manque de la définition et de la désignation claire d'un objectif cardinal, à partir duquel se déduisent des formations à mettre en place, une fonction à assurer, des missions, des tâches délimitées, des moyens pour les effectuer.

Il nous semble que la question essentielle, et urgente, à se poser en 2021 est celle-ci : quelles sont les approches, les orientations de la politique de santé susceptibles d'améliorer **maintenant** la situation ?

Maintenant.

C'est à dire avec les moyens actuels, l'état actuel de la science, les résultats immédiatement utilisables de la recherche fondamentale, en neurobiologie, en neurophysiologie, en génétique, en sciences cognitives, en sciences humaines, en santé publique...

Que pourrions-nous immédiatement améliorer, pour les usagers, sans attendre dix ans que de nouvelles générations de professionnels soient formées et commencent à irriguer l'offre de soins des territoires ? Et sans attendre que la recherche nationale et internationale ait fait franchir à la psychiatrie, en tant que discipline médicale, des pas décisifs en direction d'une guérison toujours attendue.

En fait, nous savons bien ce qu'il faut faire.

Nous savons qu'il existe, dans notre champ, et par nécessité, une grande diversité d'approches, et une grande diversité de professionnels, issus de formations, et porteurs d'une grande diversité de compétences. Mais, et c'est là l'essentiel, il n'y a plus de courant théorique qui prétende à une explication totale des troubles. Et les praticiens du terrain, partout en France, pratiquent dans les faits le recours à un éclectisme théorico-pratique réaliste et fécond.

En d'autres termes, **il n'y a plus de « lutte-des-chapelles »**, n'en déplaise, peut-être, aux quelques-uns qui aiment attiser les antagonismes. En d'autres termes encore, tout est déjà là, - et avec l'adhésion de l'immense majorité des praticiens -, pour que la psychiatrie et l'action dans le champ de la santé mentale soit pensées comme un exercice intégratif, où l'on fait appel à l'ensemble de la palette des réponses disponibles, pour le mieux-être des personnes.

Mais, justement, quelles réponses ? et à quelles difficultés prévalentes ?

Quelles sont les difficultés prioritaires, celles auxquelles il faut apporter d'abord remède ?

Prenons position.

Dans la réalité de la clinique, au premier contact, plusieurs registres sont simultanément investigués : la relation éventuelle avec un problème somatique, le lien avec le fonctionnement neurobiologique et le possible impact médicamenteux, le lien avec la cognition, l'éventuelle psychogénèse du trouble, le lien avec la réalité sociale vécue, la dimension médico-légale : est-ce qu'on est dans le somatique à expression psychique, ou dans la biologie du cerveau, ou dans un problème de capacités cognitives, et de handicap, ou dans des difficultés sociales écrasantes etc. ? Selon que tel ou tel registre est concerné, le levier thérapeutique sera différent. Bien entendu, plusieurs registres peuvent être simultanément en cause. Le pragmatisme guide les professionnels.

Alors il y a des registres où la psychiatrie, discipline médicale peut agir directement, des registres où elle doit composer, et des registres où elle est impuissante, et dont elle va se tenir soigneusement à l'écart.

Le problème est que les professionnels de la santé mentale vont aller vers ce qu'ils connaissent et sur quoi ils ont une influence. Le « reste » sera pour eux une « *terra incognita* » sur laquelle ils auront le sentiment de n'avoir que peu de prise et qu'ils seront tentés de considérer comme un domaine annexe et contingent, réservé à d'autres, ne ressortant ni de leur compétence ni de leur mission.

Ce point est essentiel pour le fonctionnement de la psychiatrie. Faute d'un aiguillage rapide vers les interlocuteurs du champ social, les séjours des personnes manquant d'appuis à leur sortie d'hospitalisation complète, dans les domaines du logement, du travail, de la vie citoyenne, manquant de réseau amical, d'aide concrète à l'autonomie dans la vie quotidienne, de vie affective, verront leurs hospitalisations se prolonger indûment, ou, s'ils sortent, revenir trop vite, illustrant le phénomène bien connu de la « porte tournante ». Cette problématique explique la part majoritaire des problèmes de capacités, pointées comme insuffisantes par l'opinion générale.

Il n'y aurait pas de problème de capacités de lits hospitaliers en psychiatrie si les problèmes sociaux des personnes ayant un recours fréquent et important au système de santé mentale était pris en charge dès qu'ils sont identifiés. Ces problèmes sociaux ne sont d'ailleurs pas seulement les conséquences de l'état pathologique constaté, au moment où il est présent, ils peuvent relever d'une problématique tellement ancrée qu'ils constituent le problème en soi. **Il convient alors de les prendre en compte dans le registre du handicap psychique** en même temps qu'ils sont la cible des thérapeutiques. En d'autres termes, si les questions sociales ne s'aplanissent pas d'elles-mêmes, il y a lieu de les considérer comme faisant partie du cœur du problème, et les traiter en tant que tels.

Observation convergente : il a été démontré que le fait d'être accompagné dans les domaines du logement, du travail, de la vie quotidienne, était un facteur puissant d'instauration d'une dynamique de « rétablissement ». Ce sont les démarches d'*Housing first*, de *working first*... qui ont fait la preuve de leur impact sur le parcours des personnes vivant avec des troubles sévères et persistants. Cette confiance manifestée *a priori*, mais aussi la disponibilité, l'implication personnelle des cases managers qui réalisent cet accompagnement favorisent l'émergence d'un cercle vertueux, socle d'acquisitions de savoirs faire qui armeront l'usager dans l'exercice de son autonomie en vie réelle (*real-world functioning*).

Autrement dit, les problématiques d'autonomie ne sont pas seulement des facteurs limitants neutres, qu'il convient seulement de compenser (problématique de la prestation de compensation du handicap sur laquelle je ne reviens pas ici), mais un support de réhabilitation psychosociale. Ceci suppose que chaque territoire puisse disposer des ressources et compétences pour les proposer à la population, nombreuse, qui en aurait besoin. Objectif : le progrès de la personne, son rétablissement, son *empowerment*, et pas seulement la satisfaction des besoins de base.

Pour finir cette courte intervention, je souhaiterais affirmer ici avec force que cette nécessité absolue d'associer à nos démarches soignantes le traitement des problèmes sociaux des personnes ne pourra trouver sa traduction que si cet objectif est réellement affirmé comme une composante majeure des politiques de santé mentale dans notre pays.

Mais il ne suffit pas de le dire, il faut trouver les voies et moyens d'y parvenir. La logique de notre système sanitaire et social ne permet pas, sauf révolution improbable, et probablement inopportune, de garantir cette collaboration étroite au quotidien. Les questions d'attributions, de culture professionnelle, de financement, sont des obstacles massifs aux évolutions législatives. Notre système s'est construit en distinguant l'intervention sanitaire de l'action sociale. Cette distinction conceptuelle fut structurante, clarificatrice en affectant un sens précis aux différentes politiques publiques. Mais elle a installé la méconnaissance réciproque. Si l'on prétendait s'y attaquer, le chantier serait immense. Ce n'est ce que nous demandons.

En revanche, il serait, *a minima*, très intéressant de transposer le modèle des Centres Ressources Autisme régionaux, pour imaginer des dispositifs d'interface, travaillant le terrain, proposant des formations croisées, installant des ponts entre tous les partenaires des prises en charge, favorisant une meilleure connaissance du réseau, la construction de solutions ad hoc territorialement pertinentes, promouvant les modalités concrètes d'une véritable psychiatrie communautaire, aux fins d'amélioration des pratiques et des réalités.

Ceci pour esquisser une réponse à la question essentielle évoquée plus haut : que pouvons-nous faire pour améliorer dès maintenant le système de santé mentale de notre pays, qui court à sa catastrophe ?

Mais évidemment, les améliorations nécessaires dans notre contexte actuel ne peuvent se résumer à cette dimension. Je ne voudrais pas que l'intervention de notre Fédération à ces Assises soit elle-même victime du scotome que je j'évoquais plus haut.

Faute de les traiter, - mais ils le seront par d'autres - je voudrais juste les citer. Il y a beaucoup de choses à faire dans le domaine de la prise en charge précoce, du diagnostic et des soins à proposer aux jeunes souffrant de « troubles dys », de la pédopsychiatrie, du suivi des troubles présentés par les personnes sous main de justice, de respect des droits prévus par la loi, tant dans le champ du handicap qu'en matière de liberté d'aller et venir, de rigueur dans une démarche diagnostique fondée sur une approche intégrative de la psychiatrie, de soins évoquées plus haut...

Les questions de moyens existent, et ils sont massifs dans certains territoires, obérant toute possibilité d'évolution, mais ils ne doivent pas occulter tout ce qui peut être fait dès maintenant. Le Président de la République doit décréter l'effort de la nation, la mobilisation générale, et l'urgence de la remise en ordre de marche.