

Dossier d'information

100.000 PSYCHOTIQUES FRANÇAIS A L'ABANDON

La Santé mentale est un enjeu majeur d'avenir, pour ne pas dire de survie, de notre civilisation occidentale. Or la Santé mentale est gravement menacée, il est plus que d'actualité pour nos gouvernements démocratiques, celui de la France d'abord, de s'y atteler en priorité des priorités. Ce n'est pas un choix, c'est une nécessité absolue. Et il y a urgence : plus de 100.000 de nos concitoyens sévèrement handicapés psychiques sont bannis de notre système de santé.



Dossier réalisé par le Collectif *100.000 handicapés psychiatriques à l'abandon*

avec le soutien du



(Version intégrale)

SOMMAIRE

1. Introduction : un handicap laissé pour compte parmi tous les handicaps..., p 3.
 2. ... avec pourtant près de 3 millions de handicapés psychiques et mentaux et une prévalence en augmentation, Faits et chiffres p 5.
 3. Une situation de catastrophe humanitaire en découle, p 9.
 4. Cela fait plus de 25 ans que l'alerte est donnée, p 10.
 5. Le handicap psychique, l'opinion et les médias : le grand silence, p 14.
 6. Une spirale infernale, p 16.
 7. « La France est un désert psychiatrique » : « ça entraîne plus de passages à l'acte » des malades psychiques, p 19.
 8. « Coupables d'être malades » : les malades psychiques en prison, p 22.
 9. La question belge : les handicapés français « exportés » en Wallonie, p 25.
 10. De rapport en rapport..., p 26.
 11. Espérer dans la recherche ? Il y a encore du chemin, p 29.
 12. La promesse, aléatoire et lointaine ?, des plans territoriaux de santé mentale, p 32.
 13. Mais avant tout, un plan d'urgence pour sauver la psychiatrie française du naufrage, p 35.
 14. Les incidences économiques : investir dans l'existant ou dans de nouvelles structures plutôt que dans de nouvelles prisons, p 39.
 15. Conclusion : halte à un abandon des handicapés psychiques lourds, inhumain et dangereux pour la société, p 41.
- Auteurs du dossier : p 42.

Annexes :

- Annexe 1 : LEXIQUE SOMMAIRE pour s'entendre sur les termes, p 44.
- Annexe 2 : La « feuille de route » de Mme Buzyn : entre espoir et scepticisme p 47.
- Annexe 3 : PSYCHIATRIE DE SECTEUR ET PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE, les deux piliers de la Psychiatrie à la française, p 54.
- Annexe 4 : Le Collectif 100.000 handicapés psychiatriques à l'abandon, p 57.
- Annexe 5 : Campagnes électorales 2017, adresses aux candidats et réponses, p 59.
- Annexe 6 : Lettre ouverte au Garde des Sceaux, p 66.
- Annexe 7 : Un autre regard sur les aspects économiques, p 68.

1. Introduction



Parce que ce pictogramme est largement visible partout dans nos espaces publics ou recevant du public, le grand public pense très souvent le handicap en termes de mobilité réduite, au mieux de handicap physique, moteur ou sensoriel.

Il a fallu attendre la loi du 11 février 2005 pour que soient explicitées les notions de handicap mental et psychique, de polyhandicap et de handicap cognitif :

Code de l'action sociale et des familles, article 2 de la loi du 11 février 2005 :

Art. L. 114. - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

En termes « pratiques » de **handicap**, **cette loi**, qui **marque un énorme progrès**, en distingue donc 3 types : handicaps mentaux (déficience intellectuelle, résultant par exemple des trisomies ou de polyhandicaps), handicaps cognitifs (troubles de la mémoire, de l'attention, les troubles de type « dys- »¹, etc. résultant par exemple de maladies dégénératives comme Alzheimer), et enfin les handicaps résultant de maladies mentales (névroses et psychoses)².

La loi dite « handicap » a étendu *ipso facto* les dispositions de solidarité nationale à un nombre de citoyens handicapés beaucoup plus large, puisque cette seconde famille de handicap est encore plus importante numériquement, comme on le verra au chapitre suivant, que celle des handicaps physiques, moteurs et sensoriels.

Code de l'action sociale et des familles, loi du 11 février 2005 :

Art. L. 114-1. - Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté.

L'Etat est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions.

En signant, en mars 2007, la Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées (CIDPH) adoptée par l'ONU en 2006, la France, souvent considérée, notamment par elle-même, comme la nation championne des Droits de l'Homme, s'obligeait aux yeux du monde entier à respecter sa propre législation.

¹ Dyspraxie, dysphasie, dyslexie, etc..

² Les frontières entre ces handicaps, et même avec les handicaps physiques et sensoriels ne sont pas étanches, des personnes pouvant être polyhandicapées.

Or l'égalité de traitement promise par la loi et la convention est loin d'être une réalité, non seulement par rapport aux citoyens valides, mais même entre les deux familles de handicap. Il y a pour cela une raison compréhensible : les handicapés mentaux, cognitifs et psychiques demandent une toute autre prise en charge que l'accessibilité et une société encore plus inclusive, alors que leur productivité reste très marginale et la nécessité de soins globalement beaucoup plus régnante.

Si l'on considère les *troubles* mentaux (voir lexique en annexe1) en termes de **handicap**, on en distingue donc légalement, on vient de le voir, 3 catégories : les handicaps mentaux, les handicaps cognitifs et les handicaps psychiques.

Tout n'est pas parfait en France, loin de là, pour la prise en charge des deux premières catégories, mais pour le troisième, le **handicap psychique**, alias la maladie mentale, la **situation est catastrophique**. C'est l'objet de ce dossier.

La personne atteinte d'un **handicap physique**, moteur ou sensoriel, reste **un citoyen qui a voix au chapitre**. Des efforts considérables ont été consentis, à juste titre, par la société pour lui permettre d'accéder à la santé, ou au moins aux soins, comme aux autres domaines de la vie (travail, culture, sports, loisirs, mobilité, etc.), même s'il reste beaucoup à faire. Mais au moins, « **on s'en occupe** », si cela est encore loin d'être suffisant.

A l'autre extrémité de l'éventail des handicaps se trouve le **citoyen réduit au silence** par le plus pernicieux, et certainement, on va le voir, le plus répandu, des handicaps, qui parfois ne se voit même pas : le non contrôle de son cerveau et/ou de sa pensée, suprême atteinte à la Liberté. Un handicap presque toujours irréversible. Non seulement il erre trop souvent à l'abandon, mais il n'est pas capable, seul, de se faire soigner ne serait-ce que pour un simple rhume. Et encore moins pour sa pathologie : « *La maladie mentale est caractérisée, au moins dans ses formes les plus graves, par le déni de la personne atteinte qui croit que c'est l'autre qui est "dérangé"* »³. Mais comme il est silencieux, il ne vote (généralement) pas. Les derniers projets gouvernementaux, si bien intentionnés soient-ils, n'auront guère d'impact sur une population dont le respect des droits civiques, évidemment sacrés, est loin d'être la préoccupation majeure⁴. En revanche, les familles et l'entourage, eux, exercent leur droit de vote.

Il est temps de passer à une politique aussi active et visible que celle mise en œuvre pour les autres types de handicaps.



Pictogramme S3A Unapei

* * *

³ Dr Roger Salbreux (voir titres page 42).

⁴ Voir notamment in 20 minutes 18/10/2018, un CR du CIH du 25/10/2018 : « "Etre sous tutelle n'empêche pas d'avoir des opinions politiques"... Les personnes handicapées sous tutelle auront à l'avenir un droit de vote inaliénable... »

2. Faits et chiffres

Le paysage général du handicap en termes quantitatifs

« *"Combien y a-t-il de personnes handicapées en France ?". Il n'y a pas de réponse unique à cette question, car la nature, l'origine et la gravité des atteintes peuvent être très diverses* ». Malgré cette déclaration circonspecte de l'INSEE⁵, plusieurs médias font état de statistiques, toujours les mêmes, émanant de cet institut et basées sur une enquête⁶ de... 1998-2001 !

Ainsi et par exemple, selon le magazine Handirect, dans un article de 2015⁷,

« **12 millions** de français sur 65 millions sont touchés par un handicap⁸. Parmi eux, 80% ont un handicap invisible, 1,5 millions sont atteints d'une déficience visuelle et 850 000 ont une mobilité réduite. Ainsi l'INSEE estime que :

- **13,4%** ont une déficience motrice,
- **11,4%** sont atteints d'une déficience sensorielle,
- **9,8%** souffrent d'une déficience organique [...] »

Ces chiffres ne doivent être considérés, et avec prudence, que comme très indicatifs.

Les handicaps reconnus par la Loi de 2005 : cognitifs, psychiques et mentaux

La même source cite une proportion de 6,6 % de personnes atteinte « d'une déficience intellectuelle ou mentale », mais l'INSERM en recense un nombre considérablement plus important.

En effet, selon l'INSERM⁹, « ... L'éventail des troubles mentaux est large : il recouvre aussi bien des maladies neurologiques (maladie d'Alzheimer ou autres démences, épilepsie...) que psychiques¹⁰. Certaines de ces dernières sont présentes dès l'enfance (autisme, troubles de l'attention/hyperactivité), d'autres débutent à l'adolescence ou chez le jeune adulte (troubles bipolaires, schizophrénie, anorexie, boulimie), avec des conséquences souvent lourdes sur la vie entière. Enfin, les troubles anxieux, la dépression, l'insomnie, ou encore la dépendance à l'alcool, peuvent survenir à n'importe quel moment de la vie, de façon ponctuelle ou chronique. »

⁵ « Le handicap se conjugue au pluriel », INSEE Première N° 700 octobre 2000

⁶ Enquête Handicaps-invalidités-dépendance

⁷ A l'occasion du 10^{ème} anniversaire de la loi. Chiffres repris par le site Talentéo

⁸ Dont 9,6 millions seraient en âge de travailler, parmi lesquelles près de 2 millions disposent d'une reconnaissance officielle, telle une carte d'invalidité (Insee, enquête emploi de 2007)

⁹ Ancienne page d'accueil des dossiers d'information sur les troubles mentaux. Cet article n'est malheureusement plus accessible sur le nouveau site de l'INSERM, ce qui est dommage, il donnait une vue panoramique « autorisée ».

¹⁰ Le texte original utilisait le mot « *psychologiques* » au lieu de « *psychiques* ».

Toujours selon l'INSERM¹¹, « *parmi les affections neurologiques, les **maladies neurodégénératives** occupent une place prépondérante en raison de leur gravité et de leur fréquence croissante liée au vieillissement de la population.* »

En termes de handicap, toutes ces affections sont invalidantes, mais ne donnent pas forcément des troubles psychiques, sauf certaines d'entre elles, comme les épilepsies sévères (au moins 150 000 cas).

Le même document de l'INSERM poursuit : « *Les **troubles psychiatriques** sont **encore plus fréquents** et touchent un adulte sur quatre¹², soit **27 % de la population**.* » Dans un ouvrage récent¹³, les Professeurs M. Leboyer et P-M. Llorca parlent d'un Français sur cinq (12 millions). La différence tient à une évaluation en année courante de ces auteurs, l'INSERM précisant que 17 millions de Français sont touchés par les maladies mentales/psychiques à un moment ou l'autre de la vie. Santé Publique France¹⁴ donne le chiffre de 2,8 millions de handicapés psychiques¹⁵ parmi ces 12 millions, à l'évidence les cas les plus lourds.

Précisons dès maintenant que toutes ces affections ne sont pas nécessairement invalidantes à long terme ou à vie : on peut guérir d'une dépression, pratiquement jamais de la schizophrénie, malgré la réalité de certaines rémissions.

Les données ci-dessous n'entrent pas dans le débat, pour ne pas dire le conflit, de la classification des maladies mentales¹⁶, la source statistique principale utilisée (et rappelée à chaque paragraphe concerné) est un article déjà un peu ancien de l'INSERM¹⁷ (2008) mais nous n'avons pas trouvé à ce jour une synthèse scientifiquement autorisée aussi synthétique, bien qu'elle existe sûrement, éventuellement complétée. Pour la terminologie, voir lexique sommaire en annexe 1.

Psychoses et autismes¹⁸ (sujet, dans leurs formes les plus graves, du présent dossier) :

- 600.000 schizophrènes (INSERM¹⁹. Prévalence²⁰ généralement admise : 0,7 à 1% de la population)

¹¹ INSERM/La Prod 2008, film de l'Institut François Magendie, Bordeaux. Cet article n'est malheureusement plus accessible sur le nouveau site de l'INSERM.

¹² Ce chiffre est corroboré par l'OMS. Des sources américaines vont jusqu'à 1 personne sur 3 !

¹³ Prs M. Leboyer et P-M. Llorca, *Psychiatrie, l'état d'urgence* (Fayard 2018).

¹⁴ Organisme dépendant du Ministère de la Santé, anciennement INPES.

¹⁵ Ex Inpes. Données statistiques 26/11/2012 citant l'enquête Handicap, incapacités, dépendance de l'Insee (HID 1999). En rappelant que certains handicaps sont à la fois physiques et mentaux (Polyhandicaps par exemple).

¹⁶ La classification la plus en vogue est le DSM américain (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), qui tend à devenir une référence mondiale ; c'est une classification technocratique qui en est à sa 5^e édition, répertoriant bien plus de 200 affections, et a beaucoup de détracteurs parmi les praticiens pour de multiples raisons, notamment de conflits d'intérêts financiers (le DSM est utilisé par les assurances et semble influencé par les grands labos). Il existe aussi la CIM de l'OMS (version 10 actuellement en usage), ou Classification Internationale des maladies dont le chapitre 5 classe les troubles mentaux et du comportement, également largement plus de 200 dans le détail. Voir également annexe 1.

¹⁷ Ancienne page d'accueil des dossiers d'information sur les troubles mentaux, déjà citée (voir note 9).

¹⁸ Il y a un grand débat autour de l'appartenance de l'autisme à la catégorie des psychoses, né surtout du refus des parents de voir assimiler leurs enfants autistes à des « fous ». Souffrir d'une psychose n'est pourtant ni une insulte ni une honte, l'unanimité se fait sur la lutte contre la stigmatisation. Voir conclusion du chapitre 5.

¹⁹ INSERM/La Prod 2008. Voir note 9.

²⁰ Voir dernier § de ce chapitre.

- 600.000 maniaco-dépressifs (= bipolaires) (INSERM). L'évaluation de la prévalence donne une fourchette généralement admise entre 1 et 1,6 % voire jusqu'à 5,5 % selon les sources.
- 600.000 sujets aux TCA (Troubles du comportement alimentaire)
- 360.000 autistes (=TSA/TED) (selon la prévalence généralement admise par la communauté scientifique, 60.000 seulement selon l'INSERM). Le milieu associatif cite souvent le chiffre de 600.000²¹.

Atteintes neurologiques et neurodégénératives²² (INSERM) :

- 860 000 Alzheimer²³
- 100 000 Parkinson
- 150 000 nouveaux cas par an d'accidents vasculaires cérébraux
- 500 000 épileptiques (dont plus d'un quart sont « inéquilibrables » et souffrent souvent d'une psychopathologie lourde ce qui les assimile à la catégorie sans solution dont nous parlons²⁴).

Maladies psychiques, névroses (INSERM) :

- 10 millions de dépressifs (« touche 1 personne sur 5 au cours de sa vie »)
- 4 millions de victimes de troubles anxieux.

Déficiences mentales (déficiences intellectuelles) :

- Retards mentaux pour causes diverses. Les chiffres sont rares et divergent selon l'importance de la déficience. À la fin de l'année 2001 d'après l'enquête ES sur les seuls polyhandicapés (déficience sévère), près de 7.300 enfants et adolescents et environ 6.500 adultes étaient accueillis dans une structure médico-sociale (Ministère de la Santé). L'Inpes/Santé Mentale France parle de 1,5 million de personnes présentant un handicap intellectuel (26/11/2012, source non précisée)

Maladies addictives

- 1,5 million de personnes avec une addiction (INSERM)

Une prévalence en hausse ?

La prévalence (ou fréquence) de ces maladies, connue (ou estimée), peut augmenter mécaniquement grâce à un meilleur dépistage et à de meilleures évaluations statistiques. Au plan global des maladies mentales, un bon indicateur est constitué par le nombre de personnes fréquentant les structures de soins. A cet égard, un livre-

²¹ La prévalence varie du simple au décuple, ce qui dépend essentiellement de la définition plus ou moins extensive que l'on donne des TSA. Pour des raisons évidentes de représentativité et d'aides financières, le milieu associatif tend à privilégier les évaluations les plus extensives. Voir Annexe 1.

²² Relevant de la neurologie, actuellement beaucoup mieux prise en charge que la psychiatrie en France.

²³ Avec le vieillissement de la population, la prévalence de la maladie d'Alzheimer tendrait à croître, et on serait aujourd'hui plus proche du million de cas que des 850.000 cités ci-dessus. Toutefois le concept même de « maladie » est maintenant contesté, il s'agirait de dégénérescence cognitive résultant du vieillissement cérébral (Pr O. Saint-Jean, Service de Gériatrie, HEGP) non « traitable » par médicament. Enfin la prévalence de la MA donnerait actuellement des signes de ralentissement.

²⁴ Ce qui représente au moins 150.000 personnes (Dr Roger Salbreux, Président de l'Association EOLE).

phare de Patrick Coupechoux²⁵ donne des informations qui datent un peu mais illustrent bien la tendance à l'aggravation générale de la prévalence des maladies mentales. Les chiffres qu'il compare sont ceux de 2000 par rapport à 1989 :

- 295.000 personnes hospitalisées en séjour, soit + 15 % (mais durée de séjour divisée par deux) ;
- La prise en charge à temps partiel : 980.000 personnes, soit un doublement (notamment en raison du glissement vers l'ambulatoire) ;
- Les secteurs ont reçu 1,15 millions de personnes, soit + 62 % (même raison) ;
- Consultations : +17 % chez les libéraux, + 46 % dans le secteur public²⁶.

Une interview récente d'un psychiatre, le Dr Thierry Najman, donne des chiffres plus actuels, mais sans citer les sources²⁷ : « *Actuellement, il y a environ 2 millions de personnes qui consultent au moins une fois par an dans un service de psychiatrie à l'hôpital public et 400 000 qui sont hospitalisées. Ces chiffres sont en augmentation constante, de même que la part d'hospitalisations sous contrainte.* » La récente « feuille de route » du Ministère de la Santé²⁸ (juin 2018) totalise en effet 2,4 millions de personnes prises en charge en l'un des 569 établissements de santé autorisés en psychiatrie en 2015. Ils ne sont plus que 551 en 2017 selon l'ATIH sur son site et en date du 11 septembre 2018, soit 18 fermetures. Le même site de l'ATIH donne les chiffres-clés suivants pour cette année 2017 :

- 420.000 patients hospitalisés en psychiatrie, dont 47.000 mineurs, et dont 45 % dans le public, 35 % dans le privé commercial et 20 % dans le privé d'intérêt collectif (ou associatif).
- 341.000 patients à temps complet, (plus 15.000 mineurs, DREES, SAE 2017).
- 81.000 patients hospitalisés sans consentement (= sous contrainte), dont 1.300 jugées pénalement irresponsables et dont 24.000 en soins pour péril imminent (SPI), en forte augmentation. Au total, plus de 100.000 personnes sont soignées (hôpital+ambulatoire) sans consentement (DREES, SAE 2017).

La « feuille de route » montre que les Pouvoir publics français commencent à reprendre en compte ce que l'Institut du Cerveau et de la Moelle épinière (La Salpêtrière) a qualifié « d'urgence mondiale ».

En attendant, où cela nous mène-t-il ?

* * *

²⁵ Patrick Coupechoux, ancien journaliste au Monde Diplomatique : *Un Monde de Fous, comment notre société maltraite ses malades mentaux*, Seuil 2006 réédition Points 2014.

²⁶ 2001 au lieu de 2000 pour les chiffres précédents. Source citée : « *Psychiatrie et santé mentale* », rapport de 2005.

²⁷ Dr Thierry Najman, auteur de *Lieu d'asile* (Odile Jacob), in Le Figaro 1^{er} mars 2018. Le chroniqueur, économiste et essayiste Nicolas Baverez, en avant-propos à l'ouvrage des Prs M. Leboyer et P-M. Llorca, *Psychiatrie, l'état d'urgence* (op. cité) parle de 415.000 hospitalisations/an et de 300.000 patients supplémentaires, depuis le début de la décennie, faisant l'objet d'un suivi régulier. Le même cite le chiffre de 92.000 hospitalisation sous contrainte/an.

²⁸ Voir analyse de cette « feuille de route » en annexe 2. Nous reviendrons sur ce nouveau *plan psychiatrie* aux chapitres 12 et 13.

3. Une situation de catastrophe humanitaire

Le constat (communiqué dans la lettre ouverte du 11/03/2017 aux 11 candidats à la Présidentielle²⁹) :

« On estime que **plus de 100.000 de nos compatriotes**³⁰, majoritairement adultes mais aussi adolescents, souffrant de schizophrénie et autres troubles psychiatriques chroniques et/ou mentalement très handicapés, ne trouvent pas de place dans un établissement de soins adapté, et donc ne sont pas (ou mal) soignés le temps nécessaire³¹ à leur (très incertain) rétablissement.

Faute de prise en charge, ces personnes [...] sont condamnées à un sort indigne. Leur famille se brisant ou disparaissant, on les retrouve – sauf issue fatale – dans la rue, les gares, sous les ponts ou dans les prisons (déjà surchargées) : 60%³² des quelques 111.000 SDF « officiellement » décomptés³³, soit environ **65 à 70.000 personnes**, et jusqu'à 50%³⁴ de la population carcérale (près de 70.000 détenus) soit de l'ordre de **35.000 personnes** sont des malades psychiatriques³⁵. Sans compter les mineurs qui ont plus de chances d'avoir encore une famille. »

Comment s'étonner alors que, en comparaison avec ses voisins, la France détienne le taux de mortalité par suicide de loin le plus élevé³⁶. Même si la corrélation entre les deux facteurs (*i.e.* non prise en charge des psychotiques et taux de suicide) n'est pas scientifiquement démontrée, la coïncidence interpelle. Des auteurs comme M. Leboyer et P-M. Llorca n'hésitent pas : le suicide en France (10.000 par an, trois fois plus que la mortalité routière) n'est autre que « le symptôme de la crise de la psychiatrie »³⁷.

A cet égard, on ne peut que se féliciter que la récente « feuille de route » du Ministère de la Santé (voir annexe 2) mette en avant la prévention du suicide. En « luttant contre la souffrance psychique », bien sûr, mais comment ?... et contre l'abandon des malades ?

²⁹ Voir texte intégral en annexe 5.

³⁰ Sans aucun doute beaucoup plus. Voir encadré fin du chapitre suivant.

³¹ Soigner une psychose exige du temps, pour le patient comme pour l'équipe des soignants. Voir *Soin et Psychose : question de temps*, actes du colloque des 8 et 9 mai 1998, sous la direction du Dr Hervé Bokobza, Cahiers d'Isadora, St Martin de Vignogoul, L'Harmattan, 1999. 40 psychiatres ont contribué à ce colloque.

³² Tous types d'affections confondus, chiffre évidemment sujet à discussion. Selon l'enquête SAMENTA 2009 (SAMU social + Inserm, publiée le 15/11/2011) sur un échantillon de près de 900 SDF parisiens, 31 % (40 % chez les 18-25 ans) souffraient d'un trouble psychiatrique grave, majoritairement schizophrénique, et 28,5 % d'addiction grave (les deux chiffres ne s'additionnent pas directement).

³³ 141.000 dont 30.000 mineurs, donc 111.000 adultes. Chiffres 2012 selon la Fondation Abbé Pierre (rapport février 2015). Le rapport 2018 cite 143.000 SDF, sur la base d'une source Insee 2013. Selon une enquête de janvier 2012 en villes de + de 20.000 hab., 9% des SDF sont sans abri, 11% dorment en centre d'hébergement seulement nocturne et 35 % en centre d'hébergement collectif (*in* Insee Première n° 1455 07/2013).

³⁴ En augmentation de 20 % en 5 ans.

³⁵ Il y a un peu plus de 7.600 détenus en soins psychiatrique au titre de l'art. D 398 du CPP (DREES, SAE 2017)

³⁶ Taux standardisé de mortalité par suicide pour 100.000 habitants : France 15,2 ; Allemagne 10,0 ; Angleterre 6,5 ; Italie 5,4. Source : IRDES, Question d'économie de la santé, N°180 oct 2012. 8948 suicides en 2015 (Ministère de la santé).

³⁷ Prs M. Leboyer et P-M. Llorca, *Psychiatrie, l'état d'urgence* (op. cité).

4. L'alerte n'est pas récente (bref historique)

En 1990, dans un petit livre consacré à la seule schizophrénie³⁸, la journaliste Catherine Tobin écrivait « *"l'asile de fous" a disparu, et c'est tant mieux. Malheureusement notre société n'a conçu aucune structure adaptée aux besoins nouveaux ainsi révélés. Sauf exceptions notables dues à des initiatives courageuses localisées, l'alternative pour le schizophrène est trop souvent l'hébergement familial... ou la clochardisation.* »

Dès mai 2001, l'association DSP (Droits aux Soins et à une Place adaptée), reçue par le ministre de la Santé le Dr Bernard Kouchner, s'indignait de « choix prioritaires » de la politique de santé, écartant la psychiatrie, c'est un choix à connotation eugéniste d'abandonner sans soins une partie des malades psychiques³⁹.

Le 9 janvier 2003, M. P. Poivre d'Arvor, dans le 20h de TF1, à l'instigation de DSP, abordait le sujet, avec un reportage montrant l'existence de solutions (nous reviendrons sur celles-ci au chapitre 13).

Le 15 mars 2003, une manifestation à l'appel de DSP rassemblait plusieurs milliers de personnes devant le ministère de la Santé, avec un important écho médiatique. Elle était soutenue par 29 syndicats professionnels salariés ou professionnels et associations de malades, tous de niveau national, plus une vingtaine d'organisations départementales à travers toute la France, et des dizaines de personnalités politiques, maires et députés...

En juin 2003 eurent lieu à Montpellier les Etats Généraux de la Psychiatrie qui réunirent 2000 professionnels. Le titre du Figaro⁴⁰ est révélateur : « **La psychiatrie traverse une crise majeure. Le nombre de malades explose⁴¹, les effectifs soignants régressent : le dispositif de soins est submergé** ». Dans leurs conclusions, ces Etats Généraux appelaient déjà à un plan d'urgence national, avec comme mesure N°1 : « *Conditions d'accueil et d'hospitalisation décentes. Augmentation du nombre de lits et développement de structures extrahospitalières.* » Dans la foulée, le Journal de la Santé de La 5 développait à son tour, à l'initiative de DSP, le sujet du manque d'infrastructures de soins.

En novembre 2003 était publié le 9^e rapport du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées⁴², adressé directement au Président de la République, qui, dans le cadre de l'accès au logement des « handicapés mentaux et psychiques » dénonce : « *la non prise en compte du handicap psychique jette des malades à la rue.* » Il poursuit : « *Les conséquences sociales de la réorganisation de la psychiatrie n'ont pas été tirées. La situation que nous connaissons trouve son origine dans les évolutions enregistrées par la psychiatrie depuis une quarantaine d'années.*

³⁸ *La schizophrénie au quotidien*, sous la direction d'E. Zarifian, Odile Jacob, 1990. Avec une analyse inégalée à ce jour sur l'impact désastreux sur les familles.

³⁹ En parfaite contradiction avec « sa » loi de novembre 2002 dite « des droits des malades ». Et avec le serment d'Hippocrate ! Sur DSP, voir annexe 4.

⁴⁰ Sous la plume de Catherine Petitnicolas, 5/06/2003.

⁴¹ Voir chapitre 2, § prévalence.

⁴² Le HCLPD est une institution gouvernementale créée par décret du 22 décembre 1992 à la demande de l'Abbé Pierre.

L'apparition de traitements neuroleptiques a représenté une amélioration importante pour les malades. Elle a permis d'envisager, pour beaucoup d'entre eux, un traitement à domicile et elle s'est accompagnée d'une restructuration en profondeur : environ 125.000 lits d'hôpitaux ont été supprimés tandis que, parallèlement, l'offre de soins psychiatrique se réorientait vers la sectorisation. Alors que l'hôpital psychiatrique assurait autrefois un hébergement de long terme, voire définitif, il a ainsi vu son rôle évoluer vers des séjours dont la durée est limitée à la seule prise en charge de la période de crise aiguë. Cependant si les soins prodigués à l'hôpital permettent de stabiliser la situation des malades mentaux, ils n'assurent pas, en règle générale, leur guérison. Les personnes qui quittent l'hôpital psychiatrique sont toujours des malades⁴³, elles nécessitent des soins permanents et disposent d'une autonomie sociale qui peut être variable selon les individus, mais toujours relative⁴⁴. Or la question des conditions de leur accueil dans la cité, et notamment de leur habitat, n'a pas été posée. C'est cette carence qui est à l'origine de la souffrance des familles qui les hébergent, mais aussi de leur forte représentation dans les prisons et parmi les sans-abri, ainsi que du désarroi des bailleurs et des travailleurs sociaux confrontés, sans soutien adapté, à une population qu'ils n'ont pas été préparés à accueillir. C'est également l'efficacité du travail de suivi des équipes des centres médico-psychologiques qui est affectée par le déficit de prise en charge des problèmes sociaux et de logement de leurs patients. Cette situation conduit fréquemment à la réapparition de crises aiguës qui entraînent de nouvelles périodes d'hospitalisation. » C'est le « syndrome des portes tournantes » (hospitalisations répétées de très courte durée) dénoncé dès 1993 par Gilles Vidon⁴⁵.

Tout est dit dans les pages 57 à 59 du rapport dont l'auteur est particulièrement qualifié : le Président du HCPLD était à l'époque le Dr Xavier Emmanuelli, fondateur du SAMU social.

En 2005, à la suite du « drame de Pau » (voir chapitre 5), le ministre de la Santé M. Douste-Blazy lançait le *plan santé mentale 2005-2008*, qui corroborait les constats des Etats Généraux, et s'est finalement soldé par un résultat médiocre, pour ne pas dire un échec, selon la Cour des Comptes, malgré un engagement de dépense de 1,8 milliard € (Les Echos 22/12/2011). L'évolution des chiffres en témoigne.

⁴³ « *Aucun médicament psychotrope n'a d'effet sur les troubles psychiques* » affirmait le Pr Edouard Zarifian (CHU Caen), tandis que le Pr Pierre Delion (CHU Lille) ajoute : « *c'est à partir de ce moment [i.e. après l'administration des médicaments] que commence mon travail* ». Tous deux sont cités par P. Coupechoux, *Un monde...*, op. cité.

⁴⁴ Rapport du Dr Jean-Louis Place au PRS2 de la Région Centre (2018) : « *L'idée que l'on puisse passer pour un schizophrène du statut de malade à celui d'handicapé, et ceci allant avec cela, d'une prise en charge dans le secteur sanitaire à celle dans le médicosocial fait l'impasse du travail institutionnel et de l'accompagnement qui associe travail psychothérapique, restauration des habiletés sociales et réinsertion. Ce travail se fait dans certaines structures d'alternative à l'hospitalisation mais aussi dans certains établissements de temps plein qui ont maintenu les outils adaptés.* » Voir aussi note précédente ainsi que l'annexe 3 sur le psychothérapie institutionnelle.

⁴⁵ In *La Lettre de la Psychiatrie* N° 21, 01/1993, à propos de la clochardisation des patients aux USA résultant de la désinstitutionnalisation brutale et dont le « spectre » menace, déjà à l'époque, la France (voir chapitre 6) : « *il n'est que de les accompagner [les incrédules] dans les méandres souterrains du métro parisien...* ». Cité par le Dr J.L. Place, Médecin-chef de la clinique de la Chesnaie, conférence privée à Altkirch, Centre Roggenberg, 14/10/2017. Voir aussi note 38 sur le livre de Catherine Tobin, *La schizophrénie...*

En effet, en 2003, on évaluait déjà à 45.000, dont 13.000 enfants⁴⁶, le nombre de handicapés psychiques lourds exclus du système de soin⁴⁷. Ce calcul incluait les personnes polyhandicapées qui ne sont pas des handicapés psychiques mais subissaient la même exclusion. Ce chiffre est **aujourd'hui** évalué à au moins **100.000⁴⁸** personnes, laissées à charge de leur famille impuissante tant qu'elle n'a pas explosé ou disparu, puis SDF ou incarcérés, très majoritairement des adultes (l'estimation n'a pas été réévaluée pour les enfants, mais s'est sans doute aggravée⁴⁹). En 15 ans, la situation globale a plus que deux fois empiré sous l'effet :

- De la politique de fermeture de lits, y compris en pédopsychiatrie et même dans le secteur privé ;
- De l'accroissement de la prévalence de ce type d'affections ;
- De l'accroissement de la précarité.

Les chiffres en débat : qui sont-ils, combien sont-ils, les handicapés psychiques exclus du système médico-social ?

Par nature, ce sont des personnes difficiles à recenser, il faut procéder par recoupement de sources éclectiques citées au fil des pages de la présente note. Elles sont au moins 100.000, avons-nous dit prudemment. Chiffre certainement très minorant. Il semblerait que, pour les seuls schizophrènes, près de 200.000 d'entre eux ne sont pas pris en charge régulièrement par les dispositifs de soins⁵⁰. Ainsi et par ailleurs, il n'y aurait eu que de l'ordre de 130.000 à 135.000 schizophrènes âgés de 16 ans ou plus qui auraient été suivis en 2011 dans la file active, *i.e.* en établissements de santé autorisés en psychiatrie (IRDES, *Questions d'économie de la santé* n° 206 - février 2015), dont 96.000 en hospitalisation totale ou partielle (en 2017 selon l'ATIH, chiffres-clés septembre 2018). Selon le communiqué présentant le *Grand Baromètre de la Schizophrénie* (voir note 55), un schizophrène sur cinq serait SDF, soit le chiffre peu vraisemblable de 120.000 (à comparer avec note 33).

La situation d'abandon semble aussi grave pour la bipolarité sévère, dont la prévalence est proche de celle de la schizophrénie.

Par ailleurs, de source associative, il y aurait de l'ordre de 15.000 autistes adultes sans solution d'accueil.

Sous l'impulsion du Président Chirac a été créé cette même année 2003 le Conseil national handicap sous la présidence du Pr Julia Kristeva (voir note 47).

⁴⁶ Selon Xavier Emmanuelli (*OUT*, Robert Laffont, 2003), rien que dans Paris, le SAMU social évaluait à 2500 le nombre d'enfants à l'abandon, extrêmement bien cachés, dont on imagine l'état psychique.

⁴⁷ Julia Kristeva (Professeur à l'Université Paris-Diderot) : *Lettre au président de la République sur les citoyens en situation de handicap*, Fayard 2003. Cet opuscule confirme les chiffres de l'époque.

⁴⁸ Et en réalité probablement plus près du double, voir encadré ci-après.

⁴⁹ Si on se réfère au ratio de 2003, ce serait de l'ordre de 30.000 enfants souffrant de troubles psychiques non pris en charge ! Dont de l'ordre de 10 % à la rue, si on extrapole les chiffres de X. Emmanuelli.

⁵⁰ Voir entre autres Sylvie Riou-Milliot, *Dans la peau d'un schizophrène*, Sciences et Avenir, octobre 2008, page 70, et P. Coupechoux, *Un Monde...*, op. cité, interview du médecin-chef du service psychiatrie de l'Hôpital Max-Fourestier de Nanterre.

Ce n'est qu'en 2005 que la loi du 11 février reconnaît enfin la notion de handicap psychique⁵¹.

Le Cnh, Mme Julia Kristeva et M. Charles Gardou sont à l'origine des premiers Etats Généraux du Handicap à l'UNESCO Paris en mai 2005, lors desquels le handicap psychique est largement représenté, notamment par DSP (voir annexe 4)⁵².

* * *

⁵¹ Voir chapitre 1.

⁵² Lire les actes : *Handicap, le temps des engagements*, PUF, sous la direction de J. Kristeva et Ch. Gardou.

5. Le handicap psychique, l'opinion et les médias

Curieusement, et à l'exception notable de l'autisme sans doute parce qu'il touche les enfants, les alertes continues sur ce véritable « bug » de la Santé publique française ne mobilisent guère les médias, sauf, bien évidemment, les magazines spécialisés dont l'audience reste limitée.

« Face à ces drames humains [que sont les maladies mentales], un silence assourdissant persiste, qui en dit beaucoup de la perception de la psychiatrie dans notre pays. Celle-ci se situe aux confluent de la méconnaissance, des amalgames, des préjugés, du déni, de la honte » écrivent les Professeurs Marion Leboyer et Pierre-Michel Llorca⁵³.

« Le fou est l'exclu par excellence. Gênant pour le bon fonctionnement social, perturbant pour notre vision de la norme... », soulignait déjà Patrick Coupechoux en 2006.⁵⁴

Cela explique sans doute que, pour le handicap psychique lourd, le silence médiatique est devenu, en effet, assourdissant, tant le sujet inquiète l'opinion comme les journalistes, sauf lors de « passages à l'acte » de psychotiques insuffisamment pris en charge, parce qu'alors, cela fait de l'audience (voir chapitre 7).

C'est ainsi que la schizophrénie, pour nous arrêter sur cette maladie et d'après un sondage récent⁵⁵, est perçue dans l'opinion comme dangereuse par 83 % des Français et même par 77 % des médecins généraliste et 90 % des pharmaciens ! Ce sondage montre une incroyable méconnaissance de cette maladie par le grand public, qui n'y voit que dédoublement de la personnalité et folie. C'est, selon les Prs Leboyer et Llorca, la maladie mentale la plus stigmatisée dans la presse écrite⁵⁶. Une méconnaissance et un anathème largement et cruellement répandu par la littérature romancée et les fictions télévisuelles.

La **stigmatisation**⁵⁷ des maladies mentales fait des ravages, et pas seulement dans l'opinion publique et les médias, mais même parmi le corps médical : « Les services "somatiques", tout comme les médecins libéraux, ont à la fois "peur" des malades mentaux et ne sont ni formés, ni outillés pour les accueillir »⁵⁸ :

- Des malades mésestimés, "enfoncés" dans la maladie, humiliés, infantilisés et ainsi poussés au déni (avec les retards que cela induit dans le diagnostic), dont la santé somatique, généralement gravement atteinte, est éclipsée par la maladie psychique au point d'être négligée ;
- Des familles ostracisées, elles aussi poussées au déni et à l'attitude de l'autruche ;

⁵³ Pr M. Leboyer et Pr PM. Llorca, *Psychiatrie, l'état d'urgence*, op. cité.

⁵⁴ Patrick Coupechoux, *Un Monde...* op. cité.

⁵⁵ Sondage OpinionWay (mars 2018) réalisé dans le cadre du premier *Grand Baromètre de la Schizophrénie* pour le laboratoire Janssen, les associations UNAFAM et PromesseS, la Fondation Pierre Deniker (présidée par le Pr Olié). Publié sur les sites concernés et sur Top Santé 31/03/2018.

⁵⁶ Voir note 53.

⁵⁷ *Ibid.* Cet ouvrage consacre un long chapitre sur la stigmatisation des maladies mentales brièvement résumé ci-après.

⁵⁸ Dr Roger Salbreux.

- Des soignants trop souvent arrogants, pessimistes et condescendants vis-à-vis de leurs patients.
- A l'intérieur même du corps médical et de l'Université, une spécialité peu estimée et donc peu attirante.

Malgré « *la proportion impressionnante de Français concernés [par ces pathologies qui] nous concernent tous, de près ou de loin* », pour reprendre les termes de M. Leboyer et PM. Llorca (voir note 53), il n'y a pas de grande campagne médiatisée pour soutenir financièrement la recherche, contrairement par exemple au cancer. Pas de Téléthon, pas de Sidaction, pas de journées nationales, pourtant, quand on examine la prévalence des atteintes (voir chapitre 2), il n'y a « que » 150.000 victimes du SIDA en France, et autant de handicapés psychiques (2,8 millions selon Santé Publique France) que de victimes des myopathies et maladies rares (3 millions selon l'AFM). Le label Grande Cause Nationale a été refusé à la Psychiatrie par le Premier ministre M. Jean-Marc Ayrault en 2014 au profit de... l'engagement associatif !

Seul l'autisme, probablement, on l'a dit, parce qu'il touche des enfants et mobilise des associations parentales motivées, émerge du silence et fait l'objet d'attentions gouvernementales particulières quoique, selon ces associations, diversement menées à bien : 3 plans autismes depuis 2005, le troisième sévèrement critiqué par la Cour des Comptes (rapport de décembre 2017). Le quatrième vient de voir le jour sous l'appellation « Stratégie nationale pour l'autisme » (avril 2018)⁵⁹.

Le **Conseil national handicap**, lors de sa création en 2003, avait (et a toujours) parmi ses objectifs de faire changer le regard sur tous les handicaps⁶⁰. Toutes les associations, notamment celles qui travaillent sur les handicaps psychiques et mentaux, inscrivent dans leur programme d'action la lutte contre l'ostracisme, l'exclusion ou la stigmatisation dont sont victimes les porteurs de ce type de handicaps. On ne peut, avec elles, que se réjouir que ce soit aussi la volonté du Gouvernement : la « feuille de route » déjà citée du ministère de la Santé programme une action dans ce domaine. Peut-être amènera-t-elle à aider à changer le regard du public sur tant de familles éprouvées, tant de SDF ou de détenus en proie à l'abandon.

* * *

⁵⁹ Souhaitons que le 4^e plan autisme rebaptisé « stratégie nationale pour l'autisme », lancé par le Premier ministre et la Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées Mme Cluzel en avril 2018, soit mené à meilleure fin que ses prédécesseurs. Mais déjà les associations doutent : le plan, qui s'étale jusqu'en 2022 annonce 1500 places pour les autistes adultes, soit 1/10^e des besoins (voir encadré page 12). « Faudra-t-il attendre encore 15 ans ? » demande la Vice-présidente de la Fédération Française Sésame Autisme.

⁶⁰ « ... [La maladie mentale] est très fortement stigmatisée par la société qui continue à vouloir exclure les "fous" ! » écrivait déjà en 2003 le Dr Roger Salbreux, ancien secrétaire général du Cnh.

6. Une spirale infernale

Aujourd'hui encore, le tout récent ouvrage des Professeurs Marion Leboyer (CHU Créteil) et Pierre-Michel Llorca (CHU Clermont-Ferrand), tire à son tour le signal d'alarme sur l'état d'urgence de la psychiatrie française (voir note 13).

Alors, comment en est-on arrivé à ce point de déliquescence ?

Depuis les années 1960-70, la réforme psychiatrique commence en Europe (France, Allemagne, Royaume Uni, Italie, un peu plus tard en Espagne) avec la fermeture plus ou moins partielle des asiles-hôpitaux psychiatriques et la « désinstitutionnalisation⁶¹ » des patients. Cette « révolution psychiatrique » s'initie après la guerre, après la découverte de dizaine de milliers de morts dans les asiles français⁶² et des méthodes d'élimination des aliénés par les Nazis en Allemagne. Au départ, la pensée qui présidait à cette « révolution » était nettement marxisante, l'aliéné était une victime de la société qu'il fallait libérer de l'enfermement, mais humaniste aussi. « *Comprendre et soigner plutôt qu'isoler et neutraliser,* » résume P. Coupechoux⁶³. Pendant une vingtaine d'années ont coexisté des hôpitaux psychiatriques, survivances des asiles, mais tout de même beaucoup plus humains, pendant qu'un nouveau courant de pensée, d'ailleurs hétérogène, mettait au point des alternatives, et c'est ainsi que sont nées la **psychiatrie de secteur** en tant qu'organisation des soins⁶⁴ et la **psychothérapie institutionnelle** en tant que méthode thérapeutique⁶⁵. Comme l'écrit P. Delion, il fallait « soigner l'hôpital⁶⁶ ». C'était dans les années 1960-80, en quelque sorte les « 20 glorieuses » de la psychiatrie française, quoique loin d'être homogènes, la psychiatrie de secteur ne faisant pas l'unanimité, mais presque⁶⁷.

Avec en plus l'apparition des neuroleptiques, on a cru pouvoir se passer de l'hôpital. Simultanément, le courant « antipsychiatrique » et gauchisant a tout misé, sans nuance puisque dogmatique (« c'est la faute de la société »), sur l'insertion du « soi-disant » malade dans la cité⁶⁸. Ce fut l'origine de ce mouvement de « désinstitutionnalisation » qui a fait de la France un désert psychiatrique (voir chapitre suivant) en procédant à la fermeture de plus de la moitié des lits de psychiatrie « asilaires » hérités de l'avant-guerre, soit plus de 125.000 lits⁶⁹, une politique lancée par le ministre M. Jacques Barrot dès 1980 et ininterrompue depuis, au moratoire du Dr Douste-Blazy près. Et cela continue de nos jours : par exemple un hôpital local comme celui de Romorantin-Lanthenay (41) disposait naguère de 300 lits en psychiatrie. Il en reste 68 aujourd'hui (2018), en attendant la fermeture annoncée

⁶¹ C'est-à-dire procéder à leur « libération » de l'institution où ils étaient « cloîtrés ».

⁶² A la Libération, on a découvert que l'Etat Français de Vichy avait laissé mourir de faim quelques 45.000 aliénés enfermés dans les asiles. Von Buelzingsloewen, *L'hécatombe des fous, la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Poche-Flammarion 2009 et Aubier 2011.

⁶³ *Un Monde...*, op. cité. Ce livre contient un intéressant historique de la psychiatrie depuis Louis XIV.

⁶⁴ La circulaire ministérielle organisant les secteurs date de 1960, mais ce n'est qu'en 1985 que le secteur est inscrit dans le code de la santé.

⁶⁵ Voir annexe 3, descriptif résumé de la sectorisation et de la psychothérapie institutionnelle.

⁶⁶ P. Delion, *Mon Combat...*, op. cité.

⁶⁷ Néanmoins 80 % des participants aux Journées de la Psychiatrie en 1965, 1966 et 1967 ont approuvé le livre blanc qui en est sorti et qui soutient la politique de secteur. D'après P. Coupechoux, *Un Monde...*, op. cité)

⁶⁸ Allant jusqu'à rejeter la pharmacopée : « Il ne faut pas contrarier la folie ».

⁶⁹ Voir chapitre 4, 9^e rapport du HCPLD.

(officieusement encore) des pavillons (pourtant neufs ou refaits récemment !) et la mise en suivi ambulatoire des patients.

Ces ex-asiles ont été transformés en centres hospitaliers spécialisés ou en centres hospitaliers pluridisciplinaires locaux. Les soins psychiatriques et de santé mentale ont été intégrés dans le système général de santé, y compris l'hospitalisation psychiatrique en hôpital général. Les progrès considérables des chimiothérapies ont permis la généralisation de la médecine ambulatoire, qui s'est étendue à ces établissements. Simultanément, les services de psychiatrie du secteur public tendent à devenir (trop fréquemment) uniquement des services « urgentistes »⁷⁰. Comme le dit Xavier Emmanuelli⁷¹, on jette à l'océan des malades qui ne savent pas nager, et même pas comment on se sert d'une bouée.

« Les Pouvoirs publics ont semblé s'imaginer que les maladies psychiques et mentales lourdes sont curables ou vont disparaître par un tour de passe-passe en faisant comme si elles n'existaient pas⁷². »

Pourquoi les Pouvoirs publics ont-ils, en effet, « surfé » sur cette occasion de faire des économies sur les frais hospitaliers avec, qui plus est, un alibi humanitaire⁷³ ?

Au lendemain du choc pétrolier de 1973, la France a basculé dans un déficit budgétaire continu jusqu'à nos jours, privée simultanément de la soupape des dévaluations comme variables d'ajustement, puisqu'elle est entrée successivement dans le serpent monétaire européen, puis dans l'écu, puis dans l'euro, donc avec de moins en moins de flexibilité monétaire.

A partir de cette époque, la gestion bureaucratique et la loi de la performance envahissent tout, la santé publique comme l'ensemble des administrations et des agences publiques avec, on commence à le reconnaître plus ou moins volontiers aujourd'hui, un résultat exactement contraire à celui espéré. Cette culture de la gestion et de la performance submerge même les hôpitaux, d'ailleurs avec un piètre succès⁷⁴ quand on constate, avec la Cour des Comptes, l'état catastrophique des finances d'une majorité d'entre eux. Avec la création des DDAS, *« les administratifs ont gagné la bataille du pouvoir contre les médecins »*, écrit P. Delion⁷⁵, à défaut d'avoir gagné celle d'une gestion équilibrée. La tarification à l'acte (T2A)⁷⁶ a encouragé des excès pour assurer la survie des « petits hôpitaux », tels que hospitalisations indûment prolongées, actes chirurgicaux inutiles... Par réaction, l'Administration se met à la chasse des « inadéquations » (patients gardés en hospitalisation de façon injustifiée économiquement sinon médicalement).

Difficile, en psychiatrie, de pratiquer la tarification à l'acte. Mais le système actuel d'une dotation financière annuelle (DAF) pratiquement figée, ne tenant compte ni des

⁷⁰ Ce que soulignait déjà le 9^e rapport du HCPLD, voir chapitre 4.

⁷¹ *OUT*, op. cité.

⁷² Dr Roger Salbreux, le Magazine de la Santé, la 5, à l'occasion des Etats Généraux de la Psychiatrie de 2003..

⁷³ Force est d'admettre qu'une partie des professionnels de la psychiatrie porte la responsabilité d'avoir « illusionné » pendant une longue période les autorités de santé.

⁷⁴ Le déficit estimé des hôpitaux publics pour 2017 est estimé à 1,5 milliard €.

⁷⁵ *Mon Combat...*, op. cité.

⁷⁶ Déjà remise en cause dans le programme du candidat E. Macron. Confirmation par E. Philippe et A. Buzyn à la presse, Eaubonne, 13 février 2018.

besoins spécifiques ni de l'évolution démographique locale, est sans doute encore pire parce que sclérosant, notamment en matière d'innovation et de transversalité inter-spécialités. En outre, elle pousserait paradoxalement à l'inflation des actes et des hospitalisations dans certains secteurs alors que d'autres sont sous dotés⁷⁷. Enfin, ces DAF sont trop fréquemment en partie détournées des services de psychiatrie vers d'autres affectations⁷⁸

Les psychotiques lourds encore hospitalisés sur le long terme sont des « inadéquats » en sursis. Il y en aurait de l'ordre de 12.000⁷⁹. Ils sont soignés, certes, mais comment ? A coup de chimiothérapie et avec un accompagnement institutionnel et social, on l'a vu, en voie de disparition. Le mot « inadéquation » ne qualifie plus le statut du patient, mais la qualité de sa prise en charge.

On connaît la suite du cycle désastreux. Faute de moyens-relais pour prendre en charge les « aliénés » (selon l'IRDES 13.000 lits en structures alternatives ont été créés entre 1990 et 2011 pour 65.000 suppressions en hospitalisation sur la même durée), les Autorités Sanitaires françaises les abandonnent dans leur famille qui inévitablement finit par craquer ou disparaître, puis dans la rue où, tout aussi inévitablement, par processus de désocialisation, ils finissent par commettre des délits voire des crimes et terminent ainsi en prison. Car, comme l'écrit Pierre Delion⁸⁰ « *qu'on le veuille ou non, la psychose a besoin de structures suffisamment contenant. Si celles-ci n'existent pas, c'est la prison qui en tient lieu.* ». « *Les outils institutionnels (i.e. la psychothérapie institutionnelle) ont été abandonnés ou transférés dans le meilleur des cas sur des structures extérieures [à l'hôpital]. N'ayant plus les moyens d'assurer un contenant symbolique, les services de psychiatrie se sont refermés,* » ajoute le Dr J.L. Place⁸¹. Refermés sur les derniers patients encore hospitalisés à long terme dans des conditions souvent déplorables et fréquemment dénoncées⁸² !

Retour à l'Hôpital général d'Ancien Régime.

* * *

⁷⁷ Un chapitre complet de l'ouvrage de M. Leboyer et P-M. Llorca, *Psychiatrie, l'état d'urgence* (op. cité), est consacré aux aspects économiques et financiers. Nous y reviendrons aux chapitres 12 et 14 ci-après.

⁷⁸ Courier collectif du 6/11/2018 à Mme Buzyn de 120 praticiens hospitaliers, emmenés par le Pr A. Pelissolo (CHU Créteil).

⁷⁹ DREES, SEA 2017 : 11.883 patients hospitalisés depuis plus d'un an, plus 146 enfants dans le même cas.

⁸⁰ *Mon Combat...*, op. cité.

⁸¹ Dr Jean Louis PLACE, préface, in A. DUCOUDRAY & J. POURQUIE, *La troisième population*, remarquable BD reportage sur la Clinique de la Chesnaie, Futuropolis 2018.

⁸² Voir (par exemple) le cri d'alarme de la Députée Barbara Pompili au sortir d'une visite du CHS d'Amiens (Le Figaro 14/11/2017). Voir aussi les 19 jours de grève de la faim, en mars 2018, de 7 membres du personnel soignant du 3^e CHS de France (Rouen) pour obtenir des créations de postes et faire face à la hausse continue des hospitalisations, + de 8% en 2 ans (selon par ex. AFP 8/6/2018), et enfin la tribune atterrante du Dr D. Zagury sur l'état de la psychiatrie publique, Le Monde 12/06/2018.

7. « la France est [devenue] un désert psychiatrique... »

« ...cela entraîne plus de "passages à l'acte". »⁸³

En effet, la désinstitutionnalisation et le recours aux soins ambulatoires, même avec la chimiothérapie la plus moderne, ne fonctionnent malheureusement pas de façon adéquate pour les psychoses les plus lourdes, car les patients ont besoin, au moins à certaines périodes, d'un encadrement permanent, donc d'une prise en charge de type institutionnel. Livrés à eux-mêmes, sous l'effet positif des traitements médicamenteux combiné avec le penchant naturel au déni d'une maladie aussi inacceptable, ils ont tendance à arrêter ces traitements d'ailleurs non dépourvus d'effets secondaires indésirables, et donc à rechuter. Même hospitalisé, le psychotique est incapable de respecter les codes d'un règlement intérieur⁸⁴, alors dehors... Comme le dit Alain Ehrenberg⁸⁵ cité par P. Coupechoux⁸⁶, « *le consentement du malade mental aux soins constitue désormais la meilleure expression de son autonomie* », ce qu'on appelle aujourd'hui l'*empowerment*, sauf que c'est lui prêter un illusoire libre-arbitre qu'en réalité il ne possède pas, du moins de façon continue.

Il y aura ainsi **de plus en plus de drames** pour les malades (souffrances, suicides⁸⁷), pour les familles (dont la présence est éphémère et sont souvent dépassées, voire détruites), et pour la société (agressions, rares mais parfois graves et choquantes pour l'opinion publique).

A cet égard, l'interview déjà cité⁸⁸ du Dr Jacqueline Goltman, psychiatre en exercice mixte, vice-présidente de l'UFML, réalisée à la suite du meurtre du Dr Rousseaux, généraliste à Nogent-le-Rotrou, par un psychotique, le 1^{er} février 2017, est particulièrement éclairant :

« Le département [d'Eure-et-Loir] manque fortement de psychiatres et mes confrères [locaux] sont débordés et ne peuvent plus prendre en charge tous les patients psychiatriques. Ces derniers se tournent donc vers les généralistes⁸⁹.

Ce problème date depuis 15 à 20 ans. ... De mon point de vue, la situation s'aggrave dangereusement puisque la psychiatrie (libérale et publique) est de plus en plus sinistrée en France. Il y a de moins en moins de psychiatres libéraux⁹⁰. La spécialité n'est pas attractive. Quant à la psychiatrie publique, elle manque terriblement de

⁸³ Egora, Sandy Berrebi-Bonin, 10-02-2017 : Extraits de l'interview du Dr Jacqueline Goltman, psychiatre parisienne.

⁸⁴ Pr Pierre Delion, *Mon combat*, op. cité.

⁸⁵ Sociologue français auteur ou co-auteur de nombreux ouvrages.

⁸⁶ *Un Monde...*, op. cité.

⁸⁷ Voir note 36.

⁸⁸ Egora, voir note 83.

⁸⁹ Ainsi 90 % des prescriptions d'anxiolytiques émaneraient de généralistes, selon l'ANSM (citée par M. Leboyer et P-M. Llorca, in *Psychiatrie, l'état d'urgence* (op. cité). Un exemple des nombreux errements de traitements médicamenteux, selon ces auteurs. Même de très nombreux psychiatres ne respectent pas les recommandations (méfiance vis-à-vis du DSM ? voir note 16)

⁹⁰ En réalité, avec environ 15.000 psychiatres, la France est relativement bien dotée, cependant seulement 30 % exercent purement en libéral et sont très mal répartis sur le territoire. 50 % exercent à l'hôpital et 20 % mixte. Source DRESS citée par M. Leboyer et P-M. Llorca, *Psychiatrie...* (op. cité)

*moyens, de personnels bien formés, de lits*⁹¹... En 10 ans, on a supprimé un tiers des lits de l'hôpital psychiatrique⁹².

*... Il y a environ 30% de postes vacants de psychiatres dans les hôpitaux et les services, dans leur ensemble, dysfonctionnent*⁹³.

*... On est dans une politique d'économie de santé depuis des années. La pédopsychiatrie, par exemple, a quasiment disparu. Il reste environ 650 spécialistes pour toute la France*⁹⁴. Le délai en Seine-Saint-Denis pour un rendez dans un CMPP (centre médico-psycho pédagogique)⁹⁵, qui sont des centres publics gratuits pour les enfants, est de deux ans. »

Les carences de la pédopsychiatrie française, unanimement reconnues, constituent une machine à alimenter l'exclusion future.

On ne fera pas une anthologie des passages à l'acte, mais quelques-uns ont vraiment frappé les médias, donc l'opinion :

- Le massacre d'une partie du Conseil Municipal de Nanterre en 2002 (8 élus tués, 19 blessés) ;
- En 2003, l'actrice Danièle Evenou est agressée à l'arme blanche dans son parking (la France n'a pas l'exclusivité de ces drames, cette même année un ministre suédois est tué par un déséquilibré) ;
- L'affaire Romain Dupuy à Pau en décembre 2004 (2 soignants assassinés dans un HP), qui a conduit au lancement du *plan santé mentale 2005-2008* (cf. chapitre 2, historique).

⁹¹ Voir note 82.

⁹² En réalité, en 2010, selon l'IRDES, Question d'économie de la santé, N°180 oct 2012, la France, avec 55.000 lits de psychiatrie adulte, avait (à l'époque) un taux d'équipement comparable à l'Angleterre et supérieur à l'Allemagne, mais ces équipements sont insuffisamment staffés, environ 1/3 ne sont pas opérationnels. Bonne raison, du coup, pour poursuivre la politique de fermeture. Beaucoup souffrent également d'un absentéisme effarant des praticiens. Voir note suivante. En 2017, la SAE de la DREES indique 53.424 lits en psychiatrie générale, soit encore près de - 1.600 en 7 ans, plus 2.228 en psychiatrie infanto-juvénile (capacités au 31/12/2017).

⁹³ Corroboré par l'interview du Dr Thierry Najman, in Le Figaro 1^{er} mars 2018 : « En trente ans, le nombre de lits dans ces services a été divisé par deux. En ce moment, il y a plus de 1 000 postes de psychiatres vacants. » Voir aussi la tribune Dr P. Michelletti in Le Monde 6/02/2018 : « 25 % des postes sont vacants, ou octroyés à des médecins non statutaires, selon les données 2010 ». Le Centre National de Gestion des Praticiens Hospitaliers indiquait au 1^{er} janvier 2018 6809 postes plein temps budgétés, pour 4857 pourvus, ces chiffres pour les PH à temps partiel étant de 1151 budgétés pour 578 pourvus. Le même CNG recense 713 postes vacants (= en recrutement) au 8/10/2018. Dans ses tableaux de synthèse, le CNG ne distingue pas la pédopsychiatrie.

⁹⁴ 593 en 2017 dont 80% ont plus de 60 ans, (contre 1235 pédopsychiatre en 2007) selon N. Baverez, in l'avant-propos à l'ouvrage des Prs M. Leboyer et P-M. Llorca, *Psychiatrie, l'état d'urgence* (op. cité). Selon la SAE 2017 de la DREES, près de 2500 psychiatres ont été actifs dans le domaine infanto-juvénile, autrement dit 1900 praticiens non spécialisés en pédopsychiatrie y ont exercé. A noté qu'il s'agit d'une enquête et non d'un recensement précis.

⁹⁵ « Selon les éléments communiqués [...] par le ministère de la santé, il existe aujourd'hui 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile qui prennent en charge environ 600 000 enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 16 ans. » (Rapport des sénateurs A. Million et M. Amiel N°494 (4 avril 2017) sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France). Selon les Prs M. Leboyer et J-M. Llorca, in *Psychiatrie, l'état d'urgence* (op. cité), cet âge de 16 ans marque un risque majeur de rupture de soins entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte, faute de coordination et de moyens.

Sautons les années, il n'y en a pas sans drame, et terminons par ces derniers exemples :

- A Joeuf, en octobre 2015, un enfant de 7 ans, poignardé en pleine rue, est décédé de ses blessures, un autre de 3 ans est également poignardé le même mois à Pont-de-l'Arche ;
- En 2016, à Rezé, une mère de famille poignardée, 2 personnes blessées.
- En 2017, le meurtre du Dr Rousseaux dont on a parlé plus haut.
- Et dernièrement, l'incendie de la rue Erlanger à Paris, dont l'épouvantable bilan (10 morts et plus de 30 blessés) ne doit pas faire oublier que son auteur (préssumé) est une psychotique elle-même victime du « syndrome des portes tournantes » (voir page 11).

Il est important de souligner que, si les passages à l'acte somme toutes assez rares font l'objet d'une médiatisation, en revanche, **les maltraitances** y compris par l'Etat (cf. infra chapitre 8) **et agressions dont sont victimes les psychotiques à la rue, bien qu'infiniment plus nombreuses, sont l'objet de l'indifférence générale.**

* * *

8. « Coupables d'être malades »

Le Dr Christiane de Beaurepaire, ancien chef du pôle psychiatrique de la prison de Fresnes, alerte depuis longtemps les Pouvoirs publics⁹⁶ sur la proportion inacceptable de malades psychiques incarcérés. Elle a même menacé de quitter son poste en faisant jouer son droit d'alerte (Le Parisien 30/12/2006). En réalité, de nombreux autres praticiens⁹⁷ s'en sont faits l'écho, sans plus de résultat. Il y a même eu un rapport parlementaire en 2009⁹⁸ dont un PV d'audition aborde clairement la question.

Selon les auteurs (il y a une assez abondante littérature sur le sujet⁹⁹) et les sources, la proportion de personnes incarcérées présentant des troubles psychiques varie de 35 à 80 %, une variabilité plus liée à la gravité plus ou moins lourde des troubles pris en considération par chaque source qu'à des imprécisions dans les évaluations. 10% seraient des schizophrènes, autrement dit des psychotiques lourdement handicapés¹⁰⁰.



Bien entendu, comme le dénonce le Dr de Beaurepaire, « la prison est pathogène » (L'Express 22/01/2009) : non seulement pour ceux qui y entrent avec une santé mentale correcte, mais surtout, elle achève de détruire la santé mentale des malades incarcérés. Alors que l'état général des prisons est une honte, dénoncée depuis des années¹⁰¹, on n'ose pas imaginer les conditions d'accueil de ces malheureux particulièrement fragiles.

Rappelons pourtant l'article 122-1 du code pénal qui stipule : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.* »

⁹⁶ Voir en particulier son livre : *Non-lieu : Un psychiatre en prison*, Fayard, 2009

⁹⁷ Par exemple le Dr Cyrille Canetti (Fleury-Mérogis) : « *Malades mentaux à la rue, la prison pour asile ?* », conférence du 14/02/2002, association la Raison du Plus Faible.

⁹⁸ Office Parlementaire d'évaluation des Politiques de Santé, *Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France*, par le sénateur Alain MILON.

⁹⁹ Pour citer quelques articles de l'époque : Message juin 2003, Le Monde 8 et 10/12/2004, Le Canard Enchaîné 7/7/2004, L'Express 15/6/2006.

¹⁰⁰ Il semble aussi qu'environ 30% de personnes incarcérées soient atteintes de lésions cérébrales acquises selon l'enquête pratiquée auprès des entrants en prison entre le 11/11/2012 et le 31/01/2013 à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis. Toutefois cette observation a été menée sur une population à la représentativité non assurée (Présentation "Délinquance et traumatisme crânien", Journée du CRFTC, 11/06/2015, HEGP).

¹⁰¹ Rapport Pradier au Sénat : *Prisons : une humiliation pour la République*, juin 2000. Cité par P. Coupechoux, *Un Monde...*, op. cité.

Les « passages à l'acte » violents sont heureusement assez rares, mais choquants au point que, sous la pression sécuritaire¹⁰², l'article 122-1 s'est vu ajouter en 2014 : « *Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine.* [Autrement dit, on diminue, éventuellement, la peine mais on envoie quand même le malade en prison.] *Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état.* » Encore faut-il qu'il existe des structures adaptées pour ces soins (il n'y a actuellement que 440 places de UHSA, voir en fin de chapitre), et dans l'intervalle, le malade aura été incarcéré au moins en préventive, ou même définitivement en cas de comparution immédiate.

Selon un rapport de 2011 du CHRU de Lille (Pr Thomas), la Justice tend à avoir la main plus lourde à l'égard des malades psychiques ayant commis un crime ou un délit :

- 1986 : 611 non lieux (0.8% des mises en examen)
- 2006 : 196 non lieux (0.4% des mises en examen)

Déjà le rapport 2005 de la Commission Santé-Justice¹⁰³ indiquait que les jurys d'assises avaient tendance à alourdir les peines des condamnés malades mentaux par rapport à celles des condamnés « ordinaires », sans doute à cause d'un sentiment de dangerosité à leur égard (ce que corrobore le récent sondage OpinionWay, voir chapitre 5). Et de les « *juger punissables car ayant arrêté leur traitement* »¹⁰⁴. Et pour cause, le psychotique on l'a vu, nie dans la plupart des cas sa maladie, cela en fait partie !

Il serait intéressant de savoir si l'adjonction « sécuritaire » de 2014 à l'article 122-1 a accéléré cette tendance.

Et pourtant, **envoyer les malades psychiques errants en prison n'est pas inéluctable**. Dès 2009, le rapport GIRARD (voir chapitre 10) signalait : « *Les motifs d'arrestations seraient surtout liés à la présence de comportements bizarres qui peuvent paraître menaçants pour la population ou l'ordre public.*

Dans certains pays, des programmes tentent de réduire les incarcérations de ces personnes, qui le sont principalement du fait de comportements liés à leur maladie et de leurs conditions sociales défavorables. [...]

La littérature internationale rapporte l'existence de plusieurs programmes étrangers qui ont tous pour objectif d'éviter les (ré) incarcération des personnes malades mentales. Ces programmes agissent à différents niveaux : avant les arrestations, au

¹⁰² Et celle des associations de familles de victimes, dont on comprend la colère et le désarroi, mais il ne faut pas se tromper de cible.

¹⁰³ Santé, justice et dangerosité : pour une meilleure prévention de la récidive. Cité par P. Coupechoux, *Un Monde...*, op. cité.

¹⁰⁴ P. Coupechoux, *Un Monde...*, op. cité.

moment des arrestations, après les arrestations, avant l'incarcération, pendant l'incarcération et au moment de la sortie de prison.

Ces programmes commencent à être évalués et prouvent leur efficacité dans la réduction des risques de récidives. En effet, dans le contexte indiqué, un programme ciblant les personnes sans chez soi a été évalué ; il montre que l'adhésion aux traitements et le fait d'avoir un logement sont de très bons éléments prédictifs de l'absence de récidives. Les programmes housing first (logement d'abord) montrent également une diminution des incarcérations chez les personnes sans abri « chroniques » qui présentent des problèmes d'alcool sévères. Cette étude révèle enfin – et ce n'est pas la moindre de ses conclusions – que les coûts liés à l'utilisation de l'ensemble des services publics (santé, police, justice) sont diminués par ce type de programme. »

Qu'attendons-nous en France ?

Il y a en outre certainement moyen de libérer des milliers de places de prison occupées par des « coupables d'être malades », et d'**économiser** en partie la création de **nouvelles places carcérales** (de 7 à 15.000 en projet selon le Garde des Sceaux). Le Collectif 100.000 handicapés psychiatriques à l'abandon a d'ailleurs adressé une Lettre Ouverte au Ministre de la Justice en date du 5 septembre 2017 pour souligner qu'il serait plus judicieux et plus économique de sortir de prison les malades qui n'y ont pas leur place (annexe 4) : « *Faute de prendre ses responsabilités humaines et budgétaires, le Ministère de la Santé, pendant des décades, s'est défaussé sur celui de la Justice [au budget infiniment moindre !], sans économie globale pour le budget de l'Etat, puisqu'une place de prison moderne coûte, sous réserve d'inventaire, plus cher qu'une place de clinique psychiatrique privée.* » Avec un taux de réussite de réinsertion proche de... zéro ?

La « feuille de route » de juin 2018 déjà mentionnée (voir annexe 2) prévoit de lancer la deuxième tranche des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (différentes des UMD car dépendant de l'Administration Pénitentiaire). Instauré en 2002, le programme de construction des UHSA n'a débuté qu'en 2010. Il inclut 17 unités pour une capacité totale de 705 places, réparties en deux tranches. L'arrêté du 20 juillet 2010 avait fixé la liste des neuf UHSA de la première tranche (soit 440 places¹⁰⁵), leur établissement de santé de rattachement ainsi que leur ressort territorial.

700 places *prévues* pour un besoin évalué à au moins 20.000 sinon 30.000 personnes,... *no comment.*

* * *

¹⁰⁵ L'enquête SAE de la DREES (2017) n'en relève que 368. Mais c'est une enquête, pas un recensement.

9. La question belge

L'accueil de handicapés psychiques/mentaux français en cliniques privées en Wallonie est devenu sinon une industrie, une activité significativement créatrice d'emplois largement financée par la Sécurité Sociale française (à hauteur de 70 millions € selon l'ANDEPHI, 170 millions selon Handicap.fr citant une « source parlementaire¹⁰⁶ » + 200 millions de contribution des départements) puisque des milliers de patients (déficients mentaux profonds en majorité) ne trouvant pas de place en France sont accueillis en Belgique. 140 établissements, en majorité des institutions comparables à nos établissements médico-sociaux mais aussi en partie privés et à but lucratif, reçoivent exclusivement des ressortissants français, dans des conditions loin d'être toujours dignes faute de contrôle (Libération, 27/10/2015).

Déjà en 1998, M. Gilbert Charles dénonçait dans un article du 24 décembre dans l'Express : « *Psychiatrie : l'exil belge. ...C'est un système ubuesque qui s'est mis en place depuis quelques années et qui permet, l'Europe aidant, de pallier à bon compte les carences du système de soins français. Il consiste tout simplement à "exporter" les handicapés mentaux [et/ou psychiques] en Wallonie [à cette époque, on estimait leur nombre à 4500, 8000 plus récemment selon les autorités wallonnes citées par Libération (25/4/2014)], où des établissements moins surchargés que dans l'Hexagone accueillent à bras ouverts la clientèle étrangère. Tous les parents confrontés au drame d'un enfant autiste, psychotique ou trisomique savent qu'il existe en France un manque criant de structures adaptées pour les accueillir, ...* »

En 2016, donc 18 ans plus tard, M. Nicolas Sarkozy déclarait au journal Le Parisien (12 novembre) : « *Je suis bouleversé que des familles soient obligées d'envoyer leur enfant autiste¹⁰⁷ en Belgique parce que là-bas, ils les traitent mieux que nous...* » Un des candidats de premier plan à la Présidentielle 2017 – et lui-même ex-Président, constatait donc que la situation n'avait pas évolué sinon dans le mauvais sens. C'est ce que souligne aussi le rapport d'information N° 218 des Sénateurs Champion et Mouiller (cf. note 102) selon lequel les derniers chiffres (2017) de l'exil en Wallonie de handicapés psychique seraient de 1451 enfants et 5385 adultes, soit un peu moins que « l'arrondi » avancé par les autorités wallonnes.

* * *

¹⁰⁶ Rapport N° 218 (2016-2017) des Sénateurs Champion et Mouiller qui précise 172 millions, dont 70 pour les enfants et 102 pour les adultes.

¹⁰⁷ Pourquoi cette allusion aux seuls autistes ? On a vu que les handicapés concernés ne se limitent pas à cette catégorie.

10. De rapports en rapport

Un mot des **rapports** commandés par les ministres. Un moyen pratique, pour le ministre concerné, surtout en début de mandat, de gagner un répit avant de prendre des décisions, éclairées grâce à ces rapports. Souvent élaborés par des personnalités de premier ordre, ils tombent malheureusement presque aussi souvent aux oubliettes surtout avec les changements de gouvernements, malgré leur contenu souvent intéressant (quoique parfois trop « politiquement correct »), tel le rapport Demay au ministre M. Jack Ralite (1982) qui soutenait les principes de la sectorisation. Nous n'en citerons que quelques-uns des plus récents qui intéressent précisément notre sujet :

- Le rapport du Dr Vincent GIRARD, psychiatre à l'Hôpital de La Timone, au Ministre de la santé et des sports (2009), intitulé « *La santé des personnes sans chez soi* », a été le premier à préconiser le lancement d'un programme de type « *housing first* » pour les SDF souffrant de troubles psychiques (voir chapitre précédent).
- Le rapport de M. Pascal JACOB au Ministère de la Santé en 2013 résume que : « *on constate aujourd'hui, d'une manière générale, que les professionnels de santé n'ont pas été préparés à accueillir et à prendre en charge les personnes handicapées dans leurs spécificités...* » Le rapport Jacob propose tout un panel de mesures susceptibles d'améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées (tous types confondus) telles que : coordination médicale, carnet de santé, assistance et formation des aidants, etc. Il n'est pas utile de s'étendre davantage sur un remarquable travail, parfaitement applicable au handicap psychique et mental, dont il faut espérer qu'il soit suivi d'effet, d'autant qu'il envisage des économies financières pour la Collectivité grâce aux bonnes pratiques suggérées.
- Le rapport commandé par le gouvernement à M. Denis PIVETEAU, remis en juin 2014¹⁰⁸, avait « *pour objectif de répondre aux besoins des personnes handicapées qui sont confrontées à des ruptures dans leur parcours en établissement spécialisé et de trouver des solutions pour faciliter leur admission et accueil durable. Aussi bien à court qu'à moyen terme*¹⁰⁹ ! »¹¹⁰
- Concernant la santé mentale et la psychiatrie, **le rapport de M. Michel LAFORCADE**, alors Directeur Général de l'ARS Nouvelle Aquitaine, (2016) renferme une quantité impressionnante d'informations sur la psychiatrie française : histoire et évolution, dispositifs de soins, nombreuses statistiques, une somme remarquable, donc, pour comprendre la situation¹¹¹. A ce titre, il mérite d'être lu. Comme c'est le dernier en date, nous nous y attarderons, mais brièvement, car, malheureusement, au plan des recommandations, il passé encore une fois à côté de la spécificité des psychoses lourdes. Ainsi, dès l'avant-propos, les annonces sont claires :

« 6) *Le centre de gravité du dispositif de soins doit devenir le domicile, l'hôpital l'exception. Plusieurs secteurs français sont déjà dans cette logique. Des*

¹⁰⁸ « *Zéro sans solution* »

¹⁰⁹ Il manque le mot « long terme » pour les maladies incurables.

¹¹⁰ Handicap.fr sur le rapport Piveteau.

¹¹¹ Avec une intéressante et utile anthologie des 8 rapports qui ont précédés le sien depuis 1982 jusqu'en 2013.

exemples sur le territoire montrent qu'un très fort investissement sur l'extra hospitalier permet de limiter nettement le nombre d'hospitalisations. [...] Cela suppose un suivi résolument tourné vers l'ambulatoire et visant à éviter les hospitalisations.» Voilà qui est clair, toujours le même crédo anti hospitalisation, mais comment ? La suite le dit : « L'équipe se déplace sur le lieu d'hébergement pour assurer les soins, y compris les interventions psychosociales. L'intensité de cette présence à géométrie variable s'adapte aux besoins, allant du suivi courant au suivi de crise qui comporte plusieurs interventions par jour. Plus globalement, il s'agira « d'aller vers » et donc de réinterroger le concept de libre adhésion entendu parfois dans son acception la plus idéologique. Les professionnels doivent pouvoir se déplacer là où l'on a besoin d'eux, en allant jusqu'à proposer des soins aux gens qui sont dans la rue. » Face à une telle proposition, on peut se demander si les solutions classiques d'accueil en établissements de thérapie au long cours ne sont pas plus efficaces et... moins chères. Et plus rapide à mettre en œuvre. Alors qu'on manque de personnel, l'éparpiller au chevet des (au moins) 100.000 handicapés psychiques actuellement hors soins¹¹²... A chacun de conclure au réalisme de cette proposition, du moins pour les cas les plus sévères. A moins que l'idée soit de laisser aux organisations caritatives et bénévoles cette prise en charge, ce à quoi elles s'attendent déjà¹¹³. Surtout quand l'auteur écrit dans le point suivant :

« 7) Les contraintes financières actuelles sont au cœur de ce rapport. L'immense majorité des propositions sont peu onéreuses ou peuvent être envisagées par redéploiement. » On sent la motivation économique sous-jacente. Et on n'oublie pas le couplet sociétalo-citoyen dont on habille toujours, en France, les justifications les plus terre-à-terre et même régressives :

« 8) Plusieurs propositions concerneront la promotion de la citoyenneté, du droit des usagers et de la déstigmatisation de la maladie mentale. C'est même l'ensemble du rapport qui n'a de sens que parce que chaque préconisation trouve sa légitimité dans une volonté d'améliorer la qualité des prestations proposées à l'usager.

Cette dynamique devra être aussi ambitieuse que raisonnée : ambitieuse parce que notre pays accuse un retard certain dans l'expression collective des droits des usagers, raisonnée car l'évolution des politiques menées dans les pays anglo-saxons montre des résultats aléatoires. Les campagnes nationales du type incitatif ou culpabilisant [lesquelles ?] semblent relativement inefficaces alors que d'autres méthodes semblent plus probantes : formation et information sur ce que sont les maladies mentales et ce que vivent les malades et leurs proches, valorisation des compétences des malades et témoignages médiatisés de leur part. »

¹¹² Voir chapitre 3.

¹¹³ Des associations comme le SAMU social, les Restos du Cœur, la Croix-Rouge, l'Armée du Salut, le Secours Catholique, Emmaüs, etc., véritables combattants de l'avant contre l'exclusion.

Pas très limpide, mais on saisit le sens sous une formulation un peu « langue de bois ».

Dans le corps du rapport de M. Laforcade, on trouve de nombreuses propositions pertinentes pour beaucoup de personnes souffrant d'un trouble mental pas trop handicapant, ceci précisé sans aucune condescendance. Mais on cherchera en vain une mention des établissements accueillant au long cours les psychotiques profonds isolés ou sans moyens, attendu qu'il est hors de question d'accueillir ces patients dans un service hospitalier privé ou public de ce type. La doctrine reste « *chez soi d'abord* », et s'il n'y a pas de chez soi, « *offrir un éventail de solutions de logements : maison-relais, logement diffus avec accompagnement, avec ou sans colocation, avec recours aux baux glissants,* » ou encore encourager « *la création de structures de type "clubhouse" »* ajoutant sans faiblir « *Une seule existe actuellement à Paris*¹¹⁴. » Quant à « *l'inscription dans une logique de "travailler d'abord"* », même en ESAT¹¹⁵, pour ces personnes, c'est peu réaliste. Les psychotiques à l'abandon sont précisément ceux qui sont absolument incapables de travailler dans une organisation si souple soit-elle, sauf éventuellement dans un cadre de psychothérapie institutionnelle (où le patient intègre des activités utiles, voir annexe 3).

Un mot enfin sur la formation. Là encore, le rapport fait des propositions pertinentes, notamment sur la formation psychiatrique des soignants des autres disciplines. Le besoin de remplacement est dûment noté : « *40 % des psychiatres vont partir en retraite d'ici 2020.* » L'accent est mis sur les nouvelles thérapies brèves (TCC et remédiation cognitive), avec toujours le même souci budgétaire : pas un mot des psychothérapies, de la psychothérapie institutionnelle en particulier, décidément passée de mode, ni de la pédopsychiatrie. Dramatique pour la détection précoce (pourtant souhaitée) et donc pour la prévention. Et nulle trace du rétablissement du diplôme d'infirmier psychiatrique disparu depuis 1992 (trop lié à la psychothérapie institutionnelle ?), bien que des modules de formation spécifiques survivent, mais sans reconnaissance par un diplôme d'Etat spécifique.

Le rapport de M. Laforcade est appelé à une réelle postérité, puisqu'il inspire largement la « feuille de route » de juin 2018 (annexe 2). C'est heureux en raison des nombreuses propositions positives qu'il contient. Toutefois, concernant les 100 à 150.000 citoyens hors système de santé, il reste à compléter sérieusement cette « feuille de route ».

* * *

¹¹⁴ En réalité, 2 autres ont ouvert en 2017, donc depuis le rapport, à Lyon et Bordeaux. Ce sont des structures de réinsertion ne pouvant recevoir les psychotiques chroniques. Voir aussi note 144 sur le concept « *housing first* ».

¹¹⁵ Les anciens CAT, établissements d'insertion des personnes handicapées par le travail.

11. Espérer dans la recherche ?

Au fait, pourquoi la prévalence¹¹⁶ des maladies psychiques et spécifiquement des états psychotiques est-elle en phase de croissance ? Pollutions atmosphériques ? Alimentaires ? Electroniques et électriques ? Difficultés croissantes à vivre sereinement et dignement ? Les facteurs agressifs de notre environnement ne manquent pas, au contraire, il y en a de plus en plus. Rapport de cause à effet ? Le bon sens, en attendant la science, permet de le soupçonner. Le public, et particulièrement les parents, feraient bien d'être attentifs aux risques encourus par les enfants et les adolescents, dont le cerveau n'a pas fini de se former, à cause d'errements éducatifs tels que sommeil insuffisant, aberrations nutritionnelles¹¹⁷, abus des jeux électroniques et des téléphones mobiles¹¹⁸, consommation précoce de drogues même soi-disant douces et d'alcool, la liste n'est pas exhaustive. En tout état de cause, la plupart des auteurs admettent que les maladies psychiatriques les plus graves ont une étiologie multifactorielle. Autrement dit, elles peuvent provenir d'une combinaison de facteurs tels que : gènes, accidents à la naissance, errances dans le développement éducatif, dysfonctionnements cérébraux, chocs émotionnels violents, etc. Comme le souligne le Pr Delion¹¹⁹, on attend toujours (surtout via le DSM¹²⁰) comme le *Messie psychiatrique* le « fantasme » des marqueurs biologiques des maladies mentales, et jusqu'à présent vainement.

D'importantes recherches, mais longues et complexes, sont en cours sur le fonctionnement et les dysfonctionnements du cerveau et ses maladies dégénératives. Plusieurs unités de l'INSERM, mais aussi le Centre Hospitalier Sainte-Anne¹²¹, ou encore l'Institut du Cerveau et de la Moelle épinière (ICM) et l'IM2A à la Salpêtrière¹²² s'y consacrent, pour ne parler que de la France, et encore, très partiellement. Le Centre de Preuves en Psychiatrie et Santé Mentale de Versailles fait le point permanent des avancées en recherche et thérapies publiées dans le monde.

La question de la recherche est effleurée dans le Rapport Laforcade¹²³ (voir chapitre précédent) : « *On compte une centaine de professeurs des universités-praticiens hospitaliers en France. Les crédits de recherche réservés à la psychiatrie s'élèvent à seulement environ 2 ou 3 % (11 % aux USA et 7 % en Grande Bretagne). La très grande majorité des recherches sont faites par des hospitalo-universitaires, et presque jamais par les praticiens du secteur. [...] Le potentiel hospitalo-universitaire français est trop peu mentionné et mis en valeur. Il doit être renforcé et une augmentation des crédits pour la recherche devrait être envisagée.* » Et, en effet, la « feuille de route » de juin 2018 comporte un volet sur ce sujet. C'est positif.

¹¹⁶ Voir fin du chapitre 2.

¹¹⁷ Des chercheurs américains auraient mis en lumière un lien entre microbiote intestinal et santé mentale.

¹¹⁸ Hypothèse évoquée par le Pr B. Dubois (Salpêtrière-IM2A) lors d'une récente conférence privée organisée par la mutuelle Audiens, à propos des téléphones mobiles donnés trop tôt aux enfants. Rappelons qu'un mobile émet 2 watts de micro-ondes, directement dans l'encéphale via l'oreille !

¹¹⁹ *Mon combat...*, op. cité.

¹²⁰ Voir note 16.

¹²¹ Psychiatrie et Neurosciences (le CHSA est classé aux tous premiers rangs parmi les CH non universitaires).

¹²² Telles l'Unité du Dr Ravassard sur la maladie de Parkinson, ou l'IM2A du Pr Dubois sur Alzheimer.

¹²³ Et donc repris dans la « feuille de route » de juin 2018, voir annexe 2.

Il serait injuste de passer sous silence le support apporté à la recherche par des fondations et des associations, telles la Fondation de France, la Fondation Pierre Deniker, la Fondation pour la Recherche en Psychiatrie et en Santé Mentale, la Fondation Pierre Houriez – une fondation abritée par la Fondation de France, ou encore la fondation FondaMental qui a créé des « centres experts » associant soins spécialisés par types de maladies, équipes pluridisciplinaires et recherche clinique.

Nous ne nous étendrons pas plus sur ce chapitre de la recherche qui demanderait de longs et savants développements dépassant le cadre de cette note. Mais il est important de soulever la question de l'orientation des recherches : pour tout ce qui est neurologique, tout ce qui est génétique, on comprend qu'elles suivent une logique comparable aux autres branches de la médecine. Cependant les maladies mentales ne se réduisent pas à ces dimensions, il ne faut donc pas passer à côté de la recherche, beaucoup plus « sciences humaines », sur le psychisme.

En effet, dans le sillage du courant « scientifique » évoqué plus haut, les partisans de la vision « biologique » des maladies mentales partent du principe que c'est toujours les neurones qui sont en cause, donc qu'en soignant le symptôme on fera disparaître la cause. Ils tendent à centrer la recherche sur les couples symptôme/molécule, encouragés par les laboratoires qui financent souvent ces recherches¹²⁴, ou par des recherches à caractère plus neurobiologiques, comme le montre ces deux extraits du Journal des Donateurs de l'ICM (N° 15, novembre 2018) consacré aux troubles psychiatriques :

« La schizophrénie est traitée essentiellement par des neuroleptiques [...] qui ne sont pas efficaces contre les déficits « cognitifs ». Jusqu'à un tiers de patients ne répondent pas à ces thérapies. Ainsi, des nouvelles cibles thérapeutiques sont activement recherchées pour améliorer le traitement [...] particulièrement les déficits cognitifs. Un essai clinique en cours cherche à traiter les hallucinations auditives résistantes aux traitements médicamenteux par Stimulation Magnétique Transcrânienne répétée et d'autre part à identifier les mécanismes cérébraux impliqués dans l'effet de ce traitement par IRM. »...

« De nombreuses pathologies neuropsychiatriques (sic) sont caractérisées par des mouvements répétés de manière exagérée, par exemple les compulsions dans le trouble obsessionnel compulsif (TOC), les stéréotypies dans l'autisme, ou encore les tics dans le syndrome Gilles de la Tourette. »...

Aucune voie de recherche ne doit être écartée, surtout compte tenu du retour sur investissement à faire pâlir les standards industriels¹²⁵, mais l'intérêt des recherches biochimiques ou neurobiologiques ne doivent pas faire négliger les volets psychique et psychologique (comme s'y emploie d'ailleurs le programme « centres experts FondaMental cité plus haut).

¹²⁴ Laboratoires qui iraient même jusqu'à « inventer » une nouvelle maladie et l'inscrire au DSM pour lui affecter une molécule existante ?

¹²⁵ 37% par an à perpétuité, dont 30 % de gains financiers selon une étude de la Rand Corp. citée par M. Leboyer et P-M. Llorca in *Psychiatrie, l'état d'urgence* (op. cité).

« *La psychiatrie du 21^{ème} siècle n'oppose plus le biologique au psychologique* » déclare le Pr. Jean-Philippe Boulenger¹²⁶, alors chef du pôle psychiatrie - CHRU de Montpellier¹²⁷.

* * *

¹²⁶ Pr Jean-Philippe Boulenger, Professeur Emérite de psychiatrie d'adultes à l'Université de Montpellier, ancien chercheur associé à l'institut national américain de santé (NIMH), ancien directeur de recherche à l'INSERM, ancien professeur à l'Université de Sherbrooke (Canada),

¹²⁷ Interview par Marie-Georges Fayn, site CHU Réseau, 22/07/2013)

12. Faut-il compter sur les PTSM ?

Le 4 octobre 2017, une délégation du Collectif 100.000 handicapés psychiatriques à l'abandon (présenté en annexe 4) était reçue par la Directrice de Cabinet de la Secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre chargée des personnes handicapées, et par un membre de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) au Ministère des Solidarités et de la Santé, preuve que le nouveau gouvernement n'a pas été sourd à l'appel du Collectif qui avait alerté les 11 candidats à la présidentielle par une lettre ouverte pendant la campagne¹²⁸ (voir infra, Conclusion).

En réponse à l'exposé résumant le présent dossier, la DirCab¹²⁹ a indiqué que les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) lancés par le décret du 27 juillet 2017¹³⁰ témoignent du « *souhait du Gouvernement de trouver des réponses adaptées aux besoins.* »

- « *Les ARS, chargées de la gouvernance institutionnelle de l'organisation de l'offre (de soins), seront invitées à s'emparer du sujet.* »
- « *Notamment [en vue] de construire des solutions pour assurer un hébergement conforme à la dignité des personnes et leur assurer une meilleure qualité de vie.* »

Sans préjuger de la bonne volonté du Gouvernement, il y a tout lieu de rester vigilant. En effet, ce décret comporte un risque d'enlisement : l'élaboration des PTSM et des diagnostics préalables à cette élaboration sont laissés à l'initiative des acteurs de chaque territoire (à définir par les acteurs), et donc à la bonne volonté d'acteurs débordés (les professionnels et les établissements) ou aléatoirement organisés (les familles) ou encore qui ont d'autres priorités (les ARS), ou encore contraints budgétairement (les ARS et les collectivités territoriales¹³¹). Selon ce décret, si un PTSM ne voit pas le jour, le DG de l'ARS le constate... et c'est tout, ce qui semble contradictoire avec l'article L3221-2 (« *En l'absence d'initiative des professionnels, le directeur général de l'agence régionale de santé prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale* »).

D'autant que, selon nos informations¹³², lors des dernières commissions régionales sur le projet de réorganisation de l'offre de soins, ont été réaffirmés des objectifs venant du ministère et non négociables tels que la diminution du « taux d'inadéquation » – c'est-à-dire la réduction du nombre de patients chroniques dans les

¹²⁸ Lettre ouverte et échanges avec les candidats consultables sur le blog du collectif, voir page 42. Avec le candidat élu, M. Macron, voir Annexe 5.

¹²⁹ Compte-rendu de l'entretien du 4 octobre consultable sur le blog du collectif.

¹³⁰ Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, signé par le Premier ministre ainsi que par Mmes Buzyn et Cluzel, en application de l'article L3221-2 du Code de la santé publique (Loi du 28 janvier 2016). L'Instruction d'application publiée le 5/06/2018 ne porte que sur l'organisation pratique du processus.

¹³¹ En outre, dans la majorité de ces collectivités, la plupart des responsables chargés du handicap mesurent mal les besoins spécifiques au handicap psychique (accès aux soins) par rapport au handicap en général (accessibilité).

¹³² Selon le directeur d'un établissement de santé mentale ayant participé à l'une de ces commissions.

services de psychiatrie et les cliniques, qui devraient être hébergés dans d'autres structures qui n'existent pas ou sont saturées. Or ces patients chroniques viendraient renforcer les rangs des handicapés psychiatriques lourds à l'abandon. Il y a **URGENCE** à inverser ce processus en commençant par sauvegarder l'existant.

Il importe de veiller particulièrement à la prise en compte des besoins spécifiques des handicapés psychiques ayant besoin d'une prise en charge *institutionnelle* de longue durée voire à vie. En effet, la rédaction du décret ne fait qu'effleurer en termes généraux « les situations de défaut de prise en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes », « les réponses à apporter lors du passage à l'âge adulte et celles liées au vieillissement » et « les délais d'attente et les problèmes d'accessibilité géographique ou financière aux solutions adaptées, notamment de logement et d'hébergement ». Hébergement qui doit, pour les cas les plus lourds, se comprendre en établissement offrant des soins. A contrario, le décret insiste sur des dispositions inapplicables à ceux-ci : maintien dans le milieu de vie ordinaire, organisation ambulatoire, maintien ou engagement dans une vie sociale et citoyenne active. C'est précisément parce que ces solutions ne fonctionnent pas pour ces psychotiques sans véritable espoir de rémission durable qu'on retrouve ceux-ci abandonnés à la rue, ou finissant en prison (voir supra, chapitre 5).

Peut-être enfin une lueur d'espoir ?

Le 26 janvier 2018, la ministre de la Santé annonçait dans un entretien au journal Le Monde « un plan de douze mesures d'urgence en faveur de la psychiatrie », dont le maintien du budget qui lui est consacré. Dans cet entretien « elle livre son constat sur ce secteur, "paupérisé" et "en souffrance" : "En psychiatrie, il y a le pire et le meilleur". » Handicap.fr résume ainsi ces mesures : « *issues des propositions formulées en décembre 2017 par l'ensemble des représentants de la psychiatrie française. Parmi elles, un stage obligatoire en santé mentale pour tous les futurs généralistes, de la formation continue pour les infirmiers, des revalorisations des consultations pour la pédopsychiatrie en ville et des consultations complexes spécialisées pour les médecins généralistes. Le plan proposé semble répondre aux préoccupations des familles dont un proche vit avec des troubles psychiques sévères et persistants : la déstigmatisation, la prévention et le repérage précoce des troubles pour éviter, voire limiter le handicap psychique, la formation des médecins généralistes pour une prise en charge conjointe du somatique, du psychique et des addictions.* »

Souhaitons que la ministre trouve les moyens, d'abord financiers, et ensuite les bonnes solutions : c'est la promesse de sa « feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie »¹³³ pour arrêter l'hémorragie, publiée le 26/06/2018, plus détaillée que le plan d'urgence de janvier mais cohérent, bien-sûr, avec celui-ci (voir chapitre suivant et annexe 2). Ce n'est pas certain, puisqu'elle annonce en même temps des restrictions budgétaires¹³⁴. La (mauvaise) santé mentale coûte cher, c'est un des premiers messages de cette « feuille de route » :

¹³³ Nous y reviendrons au chapitre 13.

¹³⁴ Oiseau de mauvais augure ? Citons encore l'interview du Dr Thierry Najman in Le Figaro 1^{er} mars 2018 : « Pour que la situation s'améliore, il faudrait une série de mesures visant entre autres à augmenter les effectifs et le nombre de lits. Or la ministre de la Santé a récemment annoncé de nouvelles restrictions budgétaires, comme

« Le coût économique et social des troubles mentaux est évalué à 109 milliards d'euros par an, dont :

- 65 milliards pour la perte de qualité de vie,
- 24,4 milliards pour la perte de productivité liée au handicap et aux suicides,
- 13,4 milliards dans le secteur médical,
- 6,6 milliards pour le secteur médico-social »

Pour décortiquer ces chiffres qui sont sûrement sagement établis, on se reportera à une étude de 2012 résumée dans l'ouvrage des Prs Leboyer et Llorca¹³⁵. Ceux-ci écrivent : « L'organisation défailante des soins psychiatriques en France a un terrible impact sur la vie des personnes concernées. Elle représente également un coût majeur pour la société. » Une réorganisation profonde et intelligente serait donc porteuse d'énormes économies. Nous rappellerons plus loin que le secteur de la santé est aussi un acteur majeur du PIB (voir chapitre 14).

En attendant, on ne peut que se réjouir que le Gouvernement du pays prenne enfin la mesure du challenge, après des décades de déception. En espérant bien sortir enfin du trop fréquent « enfumage » politique du passé, vigoureusement dénoncé par le Pr P. Delion (CHU Lille) à l'occasion du congrès de l'Association Scientifique de Psychiatrie Institutionnelle (Lille, novembre 2009)¹³⁶.

* * *

cela a été le cas lors des deux précédents quinquennats. Dans ces conditions, je ne pense pas que les hôpitaux pourront surmonter ces problèmes de fond, ancrés depuis de nombreuses années. La situation risque de continuer à s'aggraver, y compris en ce qui concerne les violations des libertés fondamentales. »

¹³⁵ Psychiatrie, l'état d'urgence (op. cité).

¹³⁶ « [...] autour de la prise en charge à visage humain de chaque enfant, adolescent ou adulte [...], le grand absent reste [...] l'État et ses appareils. Il apparaît de plus en plus clairement que la façon dont les Politiques de droite et de gauche ont surfé [...] sur la souffrance des parents des enfants [...], est une des facettes modernes de la démagogie la plus cynique, visant à désigner un bouc émissaire, [les « psys »], pour éviter d'avoir à [...] trouver les crédits nécessaires à une politique d'envergure pour un sujet aussi complexe. La mise en évidence des manques cruels de moyens pour prendre en charge les personnes, enfants et adultes, atteintes [de troubles psychotiques] ne peut être réglée par des procès en sorcellerie comme les commentaires de l'ex ministre des handicapés, Madame CARLOTTI, à l'occasion de la sortie du troisième plan autisme, l'ont amplement montré. Nous étions en 2009 lorsque ces journées d'étude ont eu lieu, et nous étions un certain nombre à penser que les choses pouvaient s'arranger si nos tutelles apportaient une contribution positive dans le débat. La suite nous a montré que loin de satisfaire à une telle exigence éthique, les Politiques, manipulés par diverses instances agissantes, se sont précipités de façon incompréhensible dans la fuite de leurs responsabilités, accentuant les critiques vis-à-vis du service public de pédopsychiatrie notamment, ce qui donne des effets désastreux en retour sur les conditions dans lesquelles les personnes [psychotiques] sont effectivement prises en charge. » Cette diatribe concernait en priorité l'autisme mais est valable pour l'ensemble de la psychiatrie.

13. En attendant, comment sauver la psychiatrie française du naufrage ?

Et comment apporter au plus vite des solutions adaptées aux 100.000 psychotiques (au moins) que cette menace de naufrage jette à la mer ?

La « feuille de route » que la ministre vient de publier constitue enfin, nous l'avons signalé au chapitre précédent, un espoir pour l'amélioration de l'état de la psychiatrie française. Il faut reconnaître qu'elle coïncide, et c'est heureux, avec un certain nombre des mesures ci-dessous, antérieurement proposées¹³⁷, qui sont de bon sens. Beaucoup des actions programmées dans la « feuille de route » portent sur le rééquilibrage des ressources, sur la formation de nouveaux soignants (dont pédopsychiatres et infirmiers psychiatriques), sur la prévention, sur l'accompagnement et bien entendu sur le sacro-saint virage ambulatoire. Mais, comme on le verra en annexe 2, elle ne fait qu'effleurer le problème qui constitue l'objet principal de ce dossier et qui est rappelé en sous-titre de ce chapitre.

1. Le Gouvernement doit élaborer (c'est enfin initié !) et mettre en œuvre un ***Plan Psychiatrie d'urgence*** en vue (entre autres) de

- Relancer la formation de praticiens et soignants dans les spécialités afférentes, mise à mal par le *numerus clausus* institué en 1972 ; relancer notamment
 - o la formation de pédopsychiatres en nombre suffisant, seul moyen d'une véritable politique de médecine préventive de "santé mentale" précoce¹³⁸
 - o la formation spécifique des infirmiers psychiatriques¹³⁹.Mesures à prendre sans délai, car elles mettront jusqu'à 10 ans à porter tous leurs fruits ;
- Redévelopper les structures d'accueil et de thérapie adaptées (voir encadré ci-dessous) :
 - o Mettre un terme à la tendance à « l'urgentisme » et surtout aux fermetures de lits dans le secteur public, et inverser au contraire le processus, sans attendre la lente mise en place des PTSM (voir supra chapitre 12). L'investissement structurel existe souvent, même s'il doit être rénové par endroits ;
 - o Imposer (par la loi ?) un programme de création dans chaque région française du nombre de lits de soins longue durée nécessaires aux besoins locaux, en encourageant (financièrement et administrativement) la solution d'établissements privés (le secteur public étant aujourd'hui de plus en plus orienté vers les courts et moyens séjours et la chimiothérapie)
 - Soit pratiquant les techniques classiques et éprouvées de la psychothérapie institutionnelle, longtemps marque de fabrique (et

¹³⁷ Que le Forum Grande Dépendance du Conseil national handicap avait élaboré dès janvier 2017 (non publié).

¹³⁸ 70% des troubles mentaux commencent avant l'âge de 2 ans, selon l'OMS, citée par M. Leboyer et J-M. Llorca, in *Psychiatrie, l'état d'urgence* (op. cité),

¹³⁹ « En voulant donner à ces auxiliaires indispensables un déroulement de carrière satisfaisant, on s'est en réalité privé de leur savoir-faire spécifique » (Dr Roger Salbreux).

d'excellence !) de la psychiatrie française. Dans tous les lieux où elle subsiste, elle est reconnue par la qualité des relations entre soignants et patients, ce qui fonde cette thérapie. Voir détails en Annexe 2

- Soit pratiquant des techniques plus récentes (d'ailleurs non antinomiques) de remédiation psycho-sociale, psychoéducation ou de « *remédiation cognitive ou des approches cognitivo-comportementales* (les TCC) *qui ont amplement fait la preuve de leur efficacité mais qui sont encore malheureusement insuffisamment répandues.* »¹⁴⁰, qui restent cependant des thérapies brèves¹⁴¹ ...

2. Mettre en œuvre des mesures collatérales :

- Cesser d'opposer soins et accompagnement : il n'y a pas d'accompagnement sans soins ni des soins sans accompagnement. Ils sont complémentaires, comme le rappelle inlassablement le Dr Roger SALBREUX et d'autres avec lui.
- Suivre les préconisations du rapport de M. Pascal JACOB au Ministère de la Santé en 2013¹⁴² en vue d'améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées (telles que : coordination médicale, carnet de santé, assistance et formation des aidants, etc.) qui s'appliquent naturellement aux personnes atteintes de maladies psychiques.
- Former les autres corps médicaux et paramédicaux à l'accueil des handicapés psychiques/mentaux¹⁴³ ;
- Dans le cas de pathologies mentales et psychiques lourdes les problèmes d'accessibilité sont caractérisés par un besoin d'un accompagnement humain pour gérer la santé globale des personnes concernées, y compris dans ses dimensions à prédominances somatiques¹⁴⁴ ;
- Mettre en place les structures indispensables à l'accompagnement de la réinsertion psycho-sociale qui permet d'éviter bien des hospitalisations, structures qui sont en effet constamment recommandées par les rapports. Encore faut-il les développer en nombre suffisant et se rappeler qu'elles ne règlent pas le problème des psychotiques les plus lourds.

¹⁴⁰ Pr Jean-Philippe Boulenger (voir note 126) dans une communication privée.

¹⁴¹ Dites "thérapie de la 3^e vague", « *centrées sur l'acceptation des émotions plus que sur leur modification, et sur les forces de la personne davantage que sur ses symptômes* » (voir par exemple site Psycom.org).

¹⁴² « *L'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées. Un droit citoyen pour la personne handicapée, Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement.* » Cité au chapitre 10.

¹⁴³ « *Les établissements qui participent au mouvement de la psychothérapie institutionnelle pourraient constituer des lieux de formation pour ces professionnels de santé* » (Dr Jean-Louis PLACE, Clinique de La Chesnaie).

¹⁴⁴ Une personne atteinte de troubles psychiques présente « un sur-risque d'hospitalisation hors cause psychiatrique de 20% » (INSERM, unité 1018 Inserm/Université Paris sud, 18/11/2014). Et les schizophrènes, par exemple, ont une espérance de vie inférieure de 20 ans à la moyenne nationale (Santé mentale France, *Bulletin épidémiologique* N° 23, 24/10/2017)

Redévelopper des structures d'accueil et de thérapie adaptées

Il n'y a pas trente-six solutions. N'en déplaise à certains courants à la mode et sans doute à la HAS, il faut rouvrir massivement des établissements de soins, les anciens asiles, pour accueillir tous ceux pour lesquels les termes « parcours de soins », « autonomie » et « réinsertion », excellents concepts pour d'autres personnes handicapées même psychiques, n'ont aucun sens, en tout cas pas avant des années de soins et d'accompagnement. Pas plus que l'élargissement du « virage ambulatoire », récemment prôné par le Premier ministre¹⁴⁵, ne convient, on l'a suffisamment souligné dans les pages qui précèdent, aux psychotiques les plus profonds.

Bien sûr, le mot asile est ici provoquant, malgré son étymologie bienveillante de lieu d'accueil, de soins et de vie. La révolution psychiatrique a été la source de nombreux apports positifs, qu'il faut conserver et réutiliser pour concevoir le nouvel asile, en particulier des murs aplatis¹⁴⁶ et des grilles ouvertes, mais aussi des thérapies patientes, sans jeu de mot. Les formules fondées sur le concept dit *housing first*, associant le *care* et le *cure* dans une inspiration proche de la psychothérapie institutionnelle, et dédiées en priorité aux patients SDF, semblent à cet égard très prometteuses, mais les places ne s'y comptent encore que par quelques centaines aujourd'hui¹⁴⁷. Quant aux cliniques de psychothérapie institutionnelle, elles constituent un modèle français original dont il faut sauvegarder les derniers « spécimens » en fonctionnement (voir annexe 3) afin de pouvoir rediffuser ce modèle particulièrement adapté aux patients atteints de psychoses sévères¹⁴⁸, d'autant qu'il s'est considérablement modernisé et ouvert aux nouvelles techniques thérapeutiques ces dernières années. Certains établissements offrent même des formations de pointes, telle l'École de Psychothérapie Institutionnelle de La Chesnaie, près de Blois¹⁴⁹.

Et surtout, il faut confier ces (ré)ouvertures en priorité à des organisations privées sans but lucratif (ou à but lucratif « modéré »), plus économiques¹⁵⁰ et moins bureaucratiques que le secteur public (qui reste cependant indispensable pour, entre autres, les urgences, la recherche et l'enseignement). Cette solution extrahospitalière conviendra-t-elle à la HAS qui rappelle avec insistance que « *l'hôpital n'est pas un lieu de vie* » ?¹⁵¹

¹⁴⁵ M. Edouard PHILIPPE à la presse, Eaubonne, 13 février 2018. Rappelons que la notion de virage ambulatoire date de la révolution psychiatrique.

¹⁴⁶ JT de 20h30 sur TF1, reportage d'Audrey Crespo-Mara à la clinique de la Chesnaie diffusé le 9/01/2003.

¹⁴⁷ Voir le programme expérimental « Un chez-soi d'abord » à Lille - Marseille - Paris - Toulouse, qui « *a pour but l'accès (et le maintien) au logement, à la citoyenneté, aux soins et aux droits, de personnes connaissant des troubles psychiques sévères, durablement à la rue, avec des addictions et nécessitant un accompagnement médical et social soutenu.* » (Site du Premier ministre). Signalons que l'ŒUVRE FALRET participe activement à la création de logements selon ce concept.

¹⁴⁸ Remarquable description in A. DUCOUDRAY & J. POURQUIE, *La troisième population*, BD reportage sur la Clinique de la Chesnaie, Futuropolis 2018

¹⁴⁹ Voir note 143.

¹⁵⁰ Rapport du Dr Jean-Louis Place au PRS2 de la Région Centre (2018) : « *Lorsque les structures du médicosocial du type Foyer d'Accueil Médicalisé ou Maison d'accueil Spécialisé en France ou en Belgique peuvent avoir un coût de revient égal ou supérieur à celui de certains établissements du secteur sanitaire et que ces derniers peuvent être amenés à prendre en charge des patients que les premières ne peuvent maintenir, les économies faites par la collectivité nationale restent très limitées.* » Aimable understatement, sans compter, dans le cas de la Belgique, la fuite d'emplois. Voir chapitre suivant.

¹⁵¹ « *Enfin, il faut rappeler que l'hôpital n'est pas un lieu de vie, mais un lieu de passage où la personne reçoit des soins pour des pathologies somatiques ou des troubles psychiatriques associés.* » Communiqué du 19/02/2018.

3. Mais ce n'est pas tout : il y a **l'urgence humanitaire dans l'urgence du sauvetage de la psychiatrie**, il y a encore tous les naufragés, tous les exclus des soins à récupérer, et cela ne va pas se faire sans un effort très important et une volonté de fer. Un organisme comme le SAMU social (et autres, voir note 113) montre comment procéder avec le respect dû aux personnes. Mais cela ne suffit pas, car comme le dit le fondateur du SAMU social Xavier EMMANUELLI, ramasser les SDF le soir est inutile si c'est pour, ne sachant qu'en faire, les remettre à la rue le lendemain matin.

La vision qui précède d'un *plan psychiatrie* n'est évidemment que parcellaire, ce n'est pas l'objet du présent dossier de prétendre souffler au Gouvernement un plan détaillé, d'autres sont plus qualifiés pour le faire, et l'ont fait. La « feuille de route » de juin 2018 ambitionne (axe 2) de « *Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité* » (voir annexe 2). Cela suppose une profonde réforme d'un système de prise en charge devenu un « millefeuille indigeste » pour ce qui est de l'offre de soins, un « dédale » pour ce qui est de l'accès aux soins, une « grande loterie »¹⁵² en ce qui concerne la pertinence, la qualité et le suivi des soins et... une véritable passoire qui laisse tant de personnes, parmi les plus gravement touchées, hors du système.

* * *

¹⁵² Ces expressions sont de M. Leboyer et P-M. Llorca, *Psychiatrie, l'état d'urgence* (op. cité), à propos du « dédale de la psychiatrie » et des soins et traitements.

14. Les incidences économiques

Si la Santé est une dépense collective pesant sur les finances de l'Etat surtout via le budget de la Sécurité Sociale¹⁵³, c'est aussi un secteur d'activité économique en pleine croissance, créateur d'emplois, de valeur ajoutée, et pour sa partie privée, pourvoyeur de contributions directes et indirectes (annexe 7).

Les structures d'accueil privées, surtout si indépendantes des groupes financiers, dont on propose plus haut la création (ou recreation) ont un **coût de fonctionnement beaucoup moins élevé que celui de l'hôpital public**¹⁵⁴ (et même des établissements pénitentiaires modernes).

En effet, si l'on compare **le coût journalier** :

- En cliniques de psychothérapie institutionnelle¹⁵⁵, il varie de 160 à 180 € pour les adultes, 350 € pour les adolescents, honoraires médicaux (consultations) compris ;
- En établissements médicaux-sociaux, il varie de 150 à 200 €¹⁵⁶ ;
- En hôpital public, la journée varie de 440 € à largement plus de 1000 € selon les établissements (voir la grille tarifaire publiée par chaque établissement) ;
- Une journée en maison centrale¹⁵⁷ coûte de 120 € (gestion publique) à 320 € (gestion privée).

Quant aux financements, plusieurs sources pourraient être combinées. Sauf les plus modestes financièrement, bien des parents seraient prêts à mettre en place un **dispositif de prévoyance** en faveur de leur membre malade, pour s'assurer de la continuité de la prise en charge après leur disparition, ce qui constitue de loin leur préoccupation parentale principale.

Il y a, nous l'avons souligné au chapitre 8, certainement moyen de libérer des milliers de places de prison occupées par des « coupables d'être malades », et d'**économiser** en partie la création de **nouvelles places carcérales**.

Il ne faut pas oublier l'économie sur le coût des soins générés par les troubles psychiques et physiques chez les personnes de l'entourage d'un malade psychique insuffisamment soigné, ni celui des « passages à l'acte », qu'il conviendrait de chiffrer à l'intérieur ou en plus des coûts évalués par l'étude de 2012 citée page 34.

¹⁵³ Avec 22,6 mds € (2014), les dépenses liées aux maladies psychiques et mentales est déjà le 2^e poste le plus important du budget de la SS. Quoi d'étonnant quand il prend en charge 1,8 million de malades psychiques et 5,5 millions de personnes souffrant d'autres maladies mentales (Source : Sécurité Sociale, ONDAM).

¹⁵⁴ Les établissements de soins privés coûtent sensiblement moins cher à la collectivité (on parle de 40 %, site Missions Santé et Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP-MCO).

¹⁵⁵ Et indépendantes de grands groupes financiers. Après la fermeture de la clinique de Freschines en 2013, il ne reste que 3 cliniques de psychothérapie institutionnelle en France. Et encore, une seule accueille des patients de tous âges et pour la durée nécessaire : La Chesnaie, près de Blois. Lire à ce sujet : A. DUCOUDRAY & J. POURQUIE, *La troisième population*, op. cité.

¹⁵⁶ Une étude statistique (*Repères statistiques* N°6, 2017) de la CNSA sur ¾ des MAS en 2014 donne un coût administratif moyen de 209 €.

¹⁵⁷ Le Figaro.fr, Caroline Piquet, 5/12/2014, citant l'Administration Pénitentiaire.

Et de réutiliser certaines des nombreuses friches laissées par les institutions fermées mais dont le bâti mérite d'être sauvegardé, faisant ainsi d'une pierre deux coups.

Ce qui n'exclut pas la recherche de financements publics (taxe parafiscale ?) et privés (mécénat, « Psychoton »...)

Investir massivement dans la santé mentale notamment précoce, c'est :

- Economiser sur les dépenses de santé en général, et sur bien des dépenses corrélées¹⁵⁸ ;
- Améliorer le bien-être des citoyens, les rendant ainsi plus « performants », plus productifs et... plus heureux et plus respectueux des institutions ! ;
- Développer l'harmonie du fonctionnement général du pays en diminuant le nombre des exclus dépendants, d'où un gain humain et une économie de charges ;
- Finalement « booster » le PNB de la France.

* * *

¹⁵⁸ Les maladies mentales sont la première cause d'invalidité et la deuxième cause d'arrêt de travail.

15. Conclusion

Laisser des dizaines de milliers de handicapés psychiques en prison, c'est un non-sens et c'est inhumain.

Laisser des dizaines de milliers de familles désemparées face au comportement ingérable et parfois violent d'un de leur membre en souffrance, c'est inhumain et anti solidaire



Laisser des dizaines de milliers de handicapés psychiques à la rue, c'est anti-solidaire, cruel et dangereux pour eux et pour la société, parce qu'ils peuvent « passer à l'acte ». Leur instabilité peut même être exploitée par des terroristes, comme on l'a vu dans plusieurs cas récents d'attentats commis par des individus plus déséquilibrés que djihadistes convaincus¹⁵⁹.

C'est aussi, on l'a vu, un non-sens économique alors qu'on cherche désespérément la croissance.

« *La question du handicap n'est pas une case à cocher en temps de campagne électorale...* »

Vous pouvez compter sur moi. »

Emmanuel MACRON,
alors candidat à l'élection présidentielle,
lettre ouverte du 8/04/2017

Dans ses deniers vœux aux Français, le Président a réitéré, saluant « ***...ceux qui sont aux côtés des plus vulnérables et des plus fragiles auxquels je pense tout particulièrement.*** »

Nous comptons sur lui et sur son gouvernement.

¹⁵⁹ Ainsi à Lyon le 22 août 2017 contre des militaires de l'Opération Sentinelle ou à La Seyne le 17 juin 2018 contre dans un supermarché.

Dossier réalisé par le Collectif 100.000 handicapés psychiatriques à l'abandon.

Porte-parole :

Claude HOVHANESSIAN-GANDILLON

Ancienne Directrice du Label du Journal ELLE et des titres associés

Membre du CA du Conseil national handicap en charge de la Santé

Supervision scientifique :

Dr Roger SALBREUX

Pédopsychiatre, Président d'honneur du comité éthique et scientifique de la
Fondation Internationale de Recherche Appliquée sur le Handicap (FIRAH)

Ancien Secrétaire Général du Conseil national handicap, Ancien Président de
l'Association Internationale de Recherche scientifique en faveur des
personnes Handicapées Mentales (AIRHM)

Initiateur des Centres d'Action Médico-Sociaux Précoce (CAMSP)

Ancien chercheur au CESAP, (Comité d'Études, d'Éducation et de Soins

Auprès des Personnes Polyhandicapées)

Coordinateur, Information/Rédaction :

Hervé GANDILLON

HEC,

Ancien industriel et consultant en développement économique et reconversion
industrielle

Membre coopté du CA du Conseil national handicap

Blog : <http://www.tvlocale.fr/au-nom-de-100-000-citoyens-sans-voix/journal.html>

ANNEXES

RAPPEL LEXICOLOGIQUE SOMMAIRE

Aux termes de la loi de février 2005, constituent un handicap « une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Le handicap ne doit donc pas être confondu avec le trouble de santé (la maladie), il n'apparaît que dans le cas où celui-ci est **invalidant** et **perturbe la participation sociale** de la personne qui en est victime et qui doit non seulement être soignée, mais assistée ou accompagnée.

« *Le vocabulaire de la psychiatrie a toujours été hermétique, mais depuis la loi de 2005 on risque d'atteindre un sommet ! En effet le handicap psychique remplace la maladie mentale alors qu'il existait déjà un handicap mental (la déficience intellectuelle)* »¹⁶⁰

Si la sémantique soulève tant de débats, voire des querelles à l'intérieur du milieu « psy », cela résulte de mésententes parfois sévères au sujet des manuels de classification. Le monde entier utilise la classification de l'OMS, la CIM 10 (Classification internationale des maladies version 10), mais les pédopsychiatres sont très attachés à la CFTMEA (Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent). Les Pouvoirs publics opposent volontiers aux praticiens la classification américaine, le DSM 5 (cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, en anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) que les psychiatres critiquent fréquemment¹⁶¹.

La terminologie sommaire proposée ci-après ne prétend qu'explicitier le sens, plutôt classique et vulgarisé, donné aux termes utilisés dans le présent document.

A. Les maladies (ou troubles de santé ou affections)

- **Maladie mentale** : terme générique, et de plus en plus « fourre-tout », pour l'ensemble des troubles affectant le fonctionnement du cerveau et donc de la pensée ou du comportement. Equivalent (approximatif) de *troubles mentaux*.
- **Autisme** : désorganisation de la perception, du langage et de la personnalité, perturbant l'appréhension des rôles sociaux. Ce trouble apparaît dès l'enfance, mais persiste à l'âge adulte. Autrefois considéré comme une psychose infantile¹⁶², il est aujourd'hui davantage compris comme un « autre » fonctionnement mental nécessitant une éducation spéciale, plutôt que des soins. Sous la pression du DSM, l'autisme est devenu successivement « **Troubles Envahissants du Développement (TED)** », puis « **Troubles du Spectre Autistique (TSA)** » et sa prévalence s'est considérablement élargie. Plusieurs autres affections ont rejoint ce groupe et notamment le syndrome d'Asperger qui désigne les autistes ne présentant aucune déficience

¹⁶⁰ Dr Roger Salbreux.

¹⁶¹ Voir note 16.

¹⁶² Voir note 18 sur l'appartenance controversée de l'autisme aux maladies mentales.

intellectuelle, il arrive que certains soient au contraire considérés comme des « génies ».

- Psychoses¹⁶³ : terme générique recouvrant les maladies mentales se définissant par la perte du contact du sujet avec la réalité, une désorganisation de la personnalité, et éventuellement la transformation délirante du vécu. Exemples : schizophrénies, mélancolie, paranoïa, troubles obsessionnels compulsifs (TOC), délires et hallucinations, troubles bipolaires (ou maniaco-dépressifs). Les psychoses chroniques profondes relèvent de la prise en charge de durée adaptée en établissement psychiatrique.
- Névroses¹⁶⁴ : maladies mentales dans lesquelles le sujet ne perd pas le contact avec la réalité, malgré les souffrances dont il est conscient. Elles peuvent être aussi invalidantes que les psychoses. Exemples : angoisses, phobies, anxietés, dépressions névrotiques (plus ou moins passagères). En général, les névroses relèvent de traitements susceptibles de les guérir ou au moins d'y pallier efficacement. Elles gênent mais n'affectent pas les capacités intellectuelles du sujet.
- États-limites (borderline) : Ce terme désigne un type de personnalité frontière entre « l'organisation névrotique » et « l'organisation psychotique ». Il se traduit par une insécurité interne constante et des attitudes de mise à l'épreuve de l'entourage incessantes. Une de ses modalités défensives est le passage à l'acte (par automutilation, conduites addictives et tentatives de suicide, etc.) comme décharge de l'angoisse.
- Psychopathie : se traduit par un comportement fortement anti-social. Le psychopathe agit de manière très impulsive, dans le but de « détruire » psychologiquement et/ou physiquement l'individu. Ce comportement destructeur n'entraîne chez le psychopathe aucun sentiment de culpabilité.
- Les maladies neurodégénératives : bien que provoquant souvent des troubles cognitifs – et moteurs, elles relèvent en général de la neurologie et non de la psychiatrie. Exemples : La maladie d'Alzheimer, la démence sénile, la Maladie de Parkinson, la chorée (ou maladie) de Huntington....
- Troubles cognitifs : détérioration des processus mentaux, de la mémoire, du jugement, de la compréhension et du raisonnement,...
- Retards mentaux : Il s'agit de personnes dont les capacités intellectuelles sont réduites soit de naissance, soit par accident, soit par des pathologies génétiques, infectieuses, traumatiques, des psychoses, etc. L'exemple le plus courant est la trisomie, qu'on appelait autrefois mongolisme. Mais il y a des déficients mentaux dont le handicap est invisible.
- Séquelles d'accidents (AVC, traumatismes).
- Maladies neurologiques : elles peuvent avoir des conséquences psychologiques majeures, notamment les épilepsies, qui ne sont pas vraiment des maladies mentales, mais qui ont un fort impact psychique¹⁶⁵. Elles résultent d'une augmentation soudaine de l'activité électrique dans le cerveau, entraînant une perturbation temporaire de la communication entre les neurones.

¹⁶³ La frontière entre névroses et psychoses prête à discussion et même à controverses, mais foin des querelles, ceci n'est pas un ouvrage scientifique, la distinction est commode pour lecteur non spécialiste.

¹⁶⁴ Voir note précédente.

¹⁶⁵ Les épileptiques ont d'ailleurs horreur qu'on rapproche leur atteinte des troubles psychiques et mentaux.

B. Les handicaps résultants de ces maladies ou atteintes.

- Handicap psychique : situation consécutive à une invalidité résultant de troubles mentaux, comme les psychoses ou les névroses graves.
- Handicap psychiatrique : terme non officiel que nous utilisons pour désigner une situation consécutive à une invalidité résultant de psychoses chroniques particulièrement profondes.
- Handicap mental : situation consécutive à une invalidité résultant d'une déficience mentale ou d'un retard mental, à ne pas confondre avec le terme générique *maladie mentale*.
- Handicap cognitif : situation consécutive à une invalidité résultant de troubles cognitifs.
- Polyhandicap : situation de personnes cumulant des handicaps physiques (par exemple moteur, visuel, épilepsie,...) avec une déficience mentale profonde.

* * *

LA « FEUILLE DE ROUTE » de Mme Buzyn : entre espoir et scepticisme

Le 28 juin 2018, le Ministère de la Santé et des Solidarité publiait une « **feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie** », six mois après l'annonce de « 12 mesures d'urgence pour la psychiatrie », dont celle que tous les médias ont retenue : « **la préservation du budget** ». Sans grand effet, pour le moment, sur le mouvement continu de fermeture de lits¹⁶⁶. Et certainement très insuffisante pour les ambitions affichées pour réformer « *un système qui craque de toutes parts* »¹⁶⁷. Ce **plan psychiatrie** qui ne dit pas son nom arrive à point, avec des mesures louables et d'autres qui fleurent encore bon l'antipsychiatrie. Rapide analyse à la lumière du présent dossier¹⁶⁸.

« La feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé, en particulier avec ses axes majeurs d'action que sont le repérage et la prise en charge précoces des troubles psychiques et la prévention du suicide.

Elle a comme objectifs l'amélioration des conditions de vie, de l'inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique, l'amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements. [NDLR : c'est en effet toute la question !]

Cela ne sera possible que dans une approche transversale de la politique de santé mentale, territorialisée dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale, dans une dynamique d'« aller-vers » et d'empowerment¹⁶⁹.

Cette feuille de route répond à ces enjeux par la présentation d'un plan global déclinant 37 actions selon trois axes :

- **Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide ;**
- **Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;**
- **Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique. »**

Rien à redire, voilà un programme parfait au moins dans la théorie. Reste un point qui manque : comment rattraper le retard accumulé et venir au secours des cent et quelques mille personnes déjà hors système ?

Voyons maintenant les 37 actions détaillées par la «feuille de route ». Disons-le tout de suite, l'état d'urgence humanitaire objet de ce dossier fait l'objet de l'action N° 37 (sur 37, position significative ?).

¹⁶⁶ Voir l'exemple cité de l'hôpital de Romorantin, chapitre 6.

¹⁶⁷ L'expression est des Prs Leboyer et Llorca, *Psychiatrie, l'état d'urgence*, op. cité. Voir chapitre 11 : Espérer dans la recherche ?

¹⁶⁸ Tous les passages entre guillemets sont des citations du texte. Les actions numérotées sont reproduites en l'état.

¹⁶⁹ Faut-il traduire par « autonomisation » et/ou « partie prenante aux soins » ?

Axe 1 : « Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide »

Formulation dans la	Explicitation sommaire	Nos commentaires
Action n°1 : Renforcer les compétences psychosociales	Cette action vise à améliorer le bien-être en santé mentale	Action à caractère préventif qui ne peut être que bénéfique.
Action n°2 : Développer des actions de prévention de la souffrance psychique au travail en ciblant prioritairement les professionnels de santé, en ville, et en établissements dont les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)	Cette action vise à lutter contre les souffrances psychiques au travail, en priorité celles des soignants. La feuille prévoit la mise en place d'observatoire, l'élaboration de stratégie, l'étude de facteurs de risques (chez les étudiants), etc.	On ne peut qu'approuver également cette action à caractère préventif qui devrait concerner tous les travailleurs de sorte à cesser « d'alimenter le réservoir » des SDF victimes de troubles psychiques d'origine professionnelle. Il faut espérer que l'action ne s'enlise pas dans la théorie surtout avec le budget étale prévu.
Action n°3 : Informer le grand public sur la santé mentale (lutter contre la stigmatisation)	L'action vise à « sortir du silence » et développer l'information du public, notamment des jeunes.	Le Cnh a été créé en 2003 dans ce but. Nous ne disons pas autre chose, alors... dont acte. ¹⁷⁰ Il n'y a pas que le grand public concerné ! ¹⁷¹
Action n°4 : Former les étudiants aux premiers secours en santé mentale	De nombreux pays ont lancé de tels programmes destinés à prévenir les <i>burn-out</i> des étudiants soumis au stress.	Nous ne pouvons qu'approuver cette ouverture aux idées intelligentes même importées.
Action n°5 : Mettre en place l'expérimentation "Ecout' émoi" de l'organisation de repérage et prise en charge de la souffrance psychique chez les jeunes de 11 à 21 ans	L'énoncé de l'action est explicite, et doit être mis en place à titre expérimental dans 3 régions.	Il faut espérer que les ressources en professionnels de santé, notamment pédopsychiatres, seront suffisantes pour mener une action préventive qu'on ne peut qu'approuver.
Action n°6 : Mettre à disposition des agences régionales de santé, un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide	Cette action, confiée aux ARS, repose sur de la formation (notamment des généralistes), de la veille et du repérage.	Nous avons souligné que la France était plus « suicidaire » que nos voisins ¹⁷² . Bien entendu, on ne peut qu'approuver, mais les généralistes ne sont pas psychiatres. Alerter, oui, soigner... ? Surtout qu'on va rapidement manquer de psychiatres.
Action n°7 : Promouvoir la santé mentale 3.0	Il s'agit de promouvoir des pratiques de « e-santé » mentale.	Soit. C'est déjà difficile en médecine somatique, alors en psychiatrie... Mais bonne chance.

¹⁷⁰ Voir chapitre 5 : Le handicap psychique, l'opinion et les médias : le grand silence.¹⁷¹ Idem.¹⁷² Voir chapitre 3 : Une situation de catastrophe humanitaire.

Axe 2 : « Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité »

Formulation dans la feuille de route	Explicitation sommaire	Nos commentaires
Action n° 8 : Mettre en place des parcours en santé mentale fondés sur une articulation territoriale entre les secteurs sanitaire, social et médico-social définie dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM)	Un coup d'accélérateur aux PTSM. Une grosse réorganisation à prévoir du « millefeuille indigeste » de la prise en charge hospitalière et extrahospitalière ¹⁷³	Nous avons dit ce que nous pensions des PTSM ¹⁷⁴ . Et des parcours de santé, s'ils laissent au bord de la route tant de handicapés psychiques, éjectés par un « virage ambulatoire » trop serré.
Action n° 9 : Développer les prises en charge ambulatoires, y compris intensives et les interventions au domicile du patient, y compris en établissement et service médico-social (ESMS)	Soins ambulatoires, soins de particulière intensité à domicile, référence à la psychiatrie de secteur, et aux outils existants ; HDJ, CMP, CMPP, CAMSP... « aller au-devant des personnes, en proposant notamment des prises en charge dans des lieux faciles d'accès et non stigmatisés »	Le Rapport Laforcade n'est pas loin. Il ne faudra pas oublier d'aller récupérer dans le fossé ceux dont on a parlé ci-dessus.
Actions n° 11, 14 et 15 : Mieux prendre en charge la santé somatique des personnes vivant avec des troubles psychiques	La santé physique des malades mentaux est fragilisée, et leur espérance de vie plus courte.	Nous avons déjà souligné ce point et nous félicitons que les recommandations des rapports JACOB et PIVETEAU soient prises enfin en compte ¹⁷⁵ .
Action n° 12 : Mettre en place des parcours de soins coordonnés pour les personnes souffrant d'une pathologie mentale grave	« Les objectifs de cette organisation sont d'être résolument tournés vers <u>l'ambulatoire</u> , d'offrir un case management de proximité, sanitaire et social, assurant une continuité du suivi socio-sanitaire tout au long du parcours. »	Complètement à côté de la plaque pour les cas les plus graves, qui ont BESOIN de « contenant ¹⁷⁶ ». Reconnaître la nécessité d'une attention particulière aux cas graves est très bien, mais tout ce dossier montre combien pour ceux-ci une prise en charge ambulatoire est illusoire ¹⁷⁷ .
Action n° 13 : élaborer des propositions pour le développement de la pédopsychiatrie de ville	Le but est de «développer l'attractivité de la pédopsychiatrie en ville »	Indispensable, en effet, pour une politique de prévention et de prise en charge précoce.

¹⁷³ Pr M. Leboyer et Pr PM. Llorca, *Psychiatrie, l'état d'urgence*, op. cité.

¹⁷⁴ Voir chapitre 12 : Faut-il compter sur les plans territoriaux de santé mentale.

¹⁷⁵ Voir chapitre 10 : De rapport en rapport...

¹⁷⁶ Citation du Pr P. Delion, *Mon Combat...*, op. cité. Voir chapitre 6 : Une spirale infernale.

¹⁷⁷ Voir chapitre 6 : Une spirale infernale.

Formulation dans la feuille de route	Explication sommaire	Nos commentaires
Action n°16 : Organiser au niveau régional une fonction de ressource et d'appui aux professionnels de proximité, pour améliorer les compétences des professionnels sur l'ensemble des territoires, et faciliter la continuité des parcours	Il s'agit (?) de créer régionalement des centres de ressources à disposition des professionnels de santé et sociaux pour faire face aux risques de rupture de parcours.	Ce chef d'œuvre de littérature technocratique n'est pas limpide. S'il s'agit de mettre à disposition des divers intervenants un réseau de partage et de compétences dans l'esprit initial de la sectorisation, alors bravo.
Action n°17 : Poursuivre l'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles, ainsi que le développement de l'interconnaissance entre les acteurs des différents champs concernés: <ul style="list-style-type: none"> • Diffusion, sur un site dédié, des bonnes pratiques et données probantes, issues des travaux de la HAS, l'Anesm, l'Anap, ainsi que de travaux de recherche publiés • Développement de l'interconnaissance entre les acteurs des différents champs concernés 	Cette action vise à faciliter l'accès et la formation aux bonnes pratiques, sous l'égide notamment de la HAS et de l'ANAP.	Cet autre chef d'œuvre technocratique laisse craindre, sous le prétexte de « bonnes pratiques », des diktats sans nuances qui balayent des pratiques pourtant éprouvées mais plus à la mode ¹⁷⁸ . On l'a vu avec la politique forcenée de fermeture de lits en psychiatrie sous prétexte que « l'hôpital n'est pas un lieu de vie » (HAS). Soit, mais il faut développer les structures alternatives, or elles sont souvent la cible budgétaire des ARS.
Action n°18 : Développer une offre de réhabilitation psychosociale sur les territoires	Il s'agit de « rendre accessible sur l'ensemble du territoire une offre de soins (à domicile, à l'hôpital ou en établissement médico-social), de réhabilitation pour les personnes présentant des troubles mentaux sévères et persistants, ainsi que pour les personnes présentant un trouble du spectre autistique. »	C'est très bien, c'est même une des clés de la solution. Toutefois, on s'étonnera (?) que les rédacteurs aient une fois de plus omis comme solution les établissements de psychothérapie institutionnelle, l'outil le plus performant (économiquement et thérapeutiquement) à ce jour ¹⁷⁹ . Passés de mode ?
Actions n° 19 et 20 : Mettre en place une offre de soins spécialisée dans la prise en charge du psychotraumatisme et développer une formation spécifique	Il s'agit de développer une prise en charge spécialisée des séquelles de violences, en formant plus largement des praticiens spécialisés.	On ne peut qu'être d'accord.

¹⁷⁸ Voir Annexe 3 sur la psychothérapie institutionnelle, en butte aux réticences de la HAS.

¹⁷⁹ Voir note précédente et chapitre 13 : ... comment sauver la psychiatrie française du naufrage ?

Formulation dans la feuille de route	Explicitation sommaire	Nos commentaires
Action n° 21 : Améliorer la prise en charge des personnes en détention par le lancement de la deuxième tranche des unités d'hospitalisation spécialement aménagées	Le programme est essentiellement quantitatif...	... et d'ailleurs trop peu ambitieux. Des programmes préventifs au basculement des psychotiques dans la délinquance ont prouvé, à l'étranger, leur efficacité y compris économique ¹⁸⁰ .
Action n° 22 : Réduire le recours aux soins sans consentement, à l'isolement et à la contention	« ... l'isolement et la contention sont des pratiques devant être utilisées en dernier recours », or près de 100.000 personnes par an font l'objet de soins sans consentement.	Tout le monde sera d'accord, mais il ne faut pas se voiler la face : le déni fait partie de la psychose, et la prise en charge sans consentement restera numériquement élevée en fonction de la prévalence croissante des maladies.
Action n° 23 à 29 : Accroître le nombre de professionnels formés et favoriser l'évolution des professions sanitaires pour une meilleure complémentarité et continuité des parcours de soins	« leur répartition [des psys libéraux] sur le territoire révèle des disparités importantes, qui constituent un obstacle à l'accès aux soins »... « La situation de la pédopsychiatrie est particulièrement fragile. ¹⁸¹ »	Tout l'enjeu est de mieux répartir les praticiens sur le territoire, de former ceux qui manquent : on ne peut qu'approuver. Voyons le détail.
<i>Action 23 : favoriser un stage en santé mentale pendant le second cycle des études de médecine et pendant le 3ème cycle des études de médecine générale</i>		Approbation totale de ce point suggéré déjà dans le rapport Jacob. ¹⁸²
<i>Action 24 : avoir au moins à terme un poste de PU-PH de pédopsychiatrie par faculté de médecine</i>		Excellente décision, mais il y a urgence.
<i>Action 25 : renforcer les effectifs HU en psychiatrie et l'attractivité de la psychiatrie à l'hôpital</i>	« création de 10 postes de chefs de clinique de pédopsychiatrie. »	Est-ce que 10 sera suffisant ? Mais c'est déjà mieux que rien.
<i>Action 26 : former des infirmiers en pratiques avancées dans le champ de la santé mentale et psychiatrie pour un exercice, tant en établissement et ESMS, qu'en libéral.</i>		Enfin le retour des infirmiers psychiatriques ? ¹⁸³
<i>Action 27 : mieux articuler le travail des psychiatres et des psychologues en travaillant sur la continuité de l'action et leur complémentarité.</i>		Parfait, tant qu'il y aura encore des psychiatres

¹⁸⁰ Voir chapitre 8 : « Coupables d'être malades » ...

¹⁸¹ Voir chapitre 7 : « La France est un désert psychiatrique »...

¹⁸² Voir chapitre 10 : De rapport en rapport...

¹⁸³ Voir chapitres 10 : De rapport en rapports..., et 13 : ... comment sauver la psychiatrie française du naufrage ?

Formulation dans la feuille de route	Explication sommaire	Nos commentaires
<i>Action 28 : poursuivre la réingénierie des professions de santé et adapter leur formation (infirmiers, psychomotriciens, orthophonistes) à l'exercice en psychiatrie</i>		Est-ce déjà initié ? le terme poursuivre incite à le penser. Imaginons ce que veut entendre le terme réingénierie en l'occurrence.
<i>Action 29 : inscrire au sein du programme de travail 2018-2023 de la Haute Autorité de Santé des indicateurs et des recommandations de bonnes pratiques en psychiatrie et en pédopsychiatrie.</i>		Habituelle méfiance à l'égard du mandarinat des bonnes pratiques trop soumis à la mode et aux lobbys.
Action n° 30 : Développer la recherche en psychiatrie	« Trop peu de projets de recherche sont financés et le nombre de publications scientifiques ne reflète pas suffisamment les talents et les compétences » existants. « 3 thématiques... prioritaires en 2018 dans le cadre des appels à projets du Programme Hospitalier de Recherche Clinique National (PHRCN), dont la psychiatrie et notamment la pédopsychiatrie. »	Nous avons souligné que la recherche ne doit pas abandonner le champ du psychique, sous la pression de la mode et des labos ¹⁸⁴ .
Actions n° 31 à 33 : Adapter les ressources et faire évoluer le modèle de financement de la psychiatrie	Il s'agit de préserver le budget de la psychiatrie, de réduire les disparités régionales en moyens et dotations financières, et standardiser un modèle de financement.	Il est à craindre que cette triple action vise à tirer tout vers le bas, faute de moyens.

Axe 3 : « Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique »

Action n°34 : Améliorer les dispositifs, actions et interventions par les pairs visant à l'inclusion des personnes dans la cité	« Le rétablissement et l'implication des personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants dans l'élaboration et le suivi de leur projet de vie et parcours de santé sont au cœur de la psychiatrie et de la santé mentale, et visent une meilleure inclusion sociale et citoyenne de ces personnes. »	Bravo, mais il ne faut pas rêver : pour les cas les plus lourds, il faut commencer par des soins et un accompagnement en structures adaptées ! ¹⁸⁵
--	---	---

¹⁸⁴ Voir chapitre 11 : Espérer dans la recherche ?

¹⁸⁵ Voir chapitre 13 : ... comment sauver la psychiatrie française du naufrage ? (Encadré).

Formulation dans la feuille de route	Explicitation sommaire	Nos commentaires
Action n°35 : Améliorer l'accompagnement des personnes vers et dans l'emploi	« ... le travail constitue ... un élément important de la reconnaissance sociale favorisant la réadaptation et l'inclusion sociale. Il est ... nécessaire d'améliorer l'accompagnement des personnes handicapées psychiques vers et dans l'emploi, notamment par la création de dispositifs d'emploi accompagné. »	Comme le note la feuille, le chômage des personnes handicapées est plus du double de celui de la population ordinaire. L'instabilité comportementale des malades psychiques leur rend l'accès à l'emploi encore plus difficile, voire impossible pour les cas les plus graves.
Action n°36 : Améliorer l'accès et le maintien des personnes dans un logement autonome ou accompagné	« Le logement constitue l'une des conditions de l'inclusion des personnes, de leur rétablissement et de leur qualité de vie la plus possible en milieu ordinaire. Il requiert un accompagnement adéquat permettant d'évaluer le mode de logement approprié... »	Le mot important est accompagnement, <i>indissociable des soins</i> . Beaucoup de gens « normaux » ont du mal à supporter la solitude, un malade psychique mal accompagné risque de rompre le lien avec son encadrement et les soins. Gare au suicide.
Action n°37 : Améliorer l'accompagnement médico-social des personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants, en situation de ruptures de parcours ou de non-recours	Il s'agit de personnes exclues en raison de « déni/méconnaissance de leur pathologie, crainte de la stigmatisation, relative adaptation sociale, ou au contraire isolement social, grande précarité ¹⁸⁶ ... »	ENFIN le point clé de notre croisade : prendre en charge les 100 à 150.000 handicapés psychiques exclus du système de soins. Mais pas tout de suite : on va commencer par analyser, proposer des axes pour « mieux repérer et mieux accompagner ». Ne traînons pas trop derrière les tables de réunion, ces gens sont en état d'urgence humanitaire.

* * *

¹⁸⁶ Le soulignement et la mise en gras sont de la rédaction.

PSYCHIATRIE DE SECTEUR ET PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE

Les deux piliers de la Psychiatrie à la française

Le secteur, avec la psychothérapie institutionnelle, sont les deux grands apports de la révolution psychiatrique des années 1950-60.

Le **secteur psychiatrique** : Il s'agit d'un dispositif de soin, constitué par une équipe multi disciplinaire, centré sur une unité d'hospitalisation, devant pouvoir répondre de la santé mentale d'une population d'environ 70 000 habitants (correspondant à un secteur géographique). Chaque secteur doit être normalement doté de structures d'alternative à l'hospitalisation : hôpital de jour, CMP (Centres médico-psychologique), centre de crise, appartements thérapeutiques, CATTP en partenariat avec les établissements médico sociaux CMPP et CAMPS pour le suivi des enfants ; MAS, FAM pour l'accueil avec hébergement des adultes... et plus récemment des structures nouvelles comme les SAMSAH et les GEM.

Il y a environ 830 secteurs sur le territoire et 3 fois moins d'inter-secteurs pédopsychiatriques.

La sectorisation n'est ni homogène, ni instaurée sur la totalité du territoire, et a bien sûr ses détracteurs, principalement parce que le secteur reste trop souvent « hospitalo-centré », contrairement au concept de ses fondateurs. Le relatif échec que certains lui reprochent résulte principalement, semble-t-il, de la capacité d'accueil insuffisante de nombreux CMP (ils sont 2000 en France) et CMPP qui constituent normalement la porte d'entrée aux soins psychiatriques, d'où de nombreux longs délais d'attente et retards dans les diagnostics et les prise en charge. En réalité, tous les organes sanitaires et médicaux sociaux coopérant dans un secteur sont presque toujours bridés en termes de moyens¹⁸⁷, laissant, on ne l'a que trop vu dans ce dossier, un nombre atterrant de patients à leur porte.

L'organisation sectorielle n'est plus « officielle » depuis 2003, mais reste une « réalité pratique »¹⁸⁸. En attendant un nouveau découpage territorial avec les PTSM ?

La **psychothérapie institutionnelle** : c'est une méthode de soins complexe¹⁸⁹ qui fait plus ou moins appel, en équipe à géométrie variable peu hiérarchisée, à tous les soignants, et qui ainsi situe le patient au milieu d'une « constellation¹⁹⁰ » de relations avec et entre eux (et les parents pour les mineurs), et enfin qui fait appel le cas échéant aux autres thérapies (chimiothérapie, psychanalyse sous une forme adaptée à la psychose¹⁹¹, encore rarement psychothérapies cognitivo-comportementales). Le

¹⁸⁷ Prs M. Leboyer et P-M. Llorca, *Psychiatrie,...*, op. cité. « *La prise en charge pédopsychiatrique : un empilement de structures aux moyens limités* » (également vrai de la psychiatrie adulte !)

¹⁸⁸ *Ibidem*.

¹⁸⁹ Théorisée par les Dr Jean Oury et François Tosquelles dans les années 1960-70. « Elle a eu son heure de gloire, marque de la psychiatrie française » (Dr J.L. Place).

¹⁹⁰ L'expression est du Pr P. Delion, *Mon combat...* Op. cité.

¹⁹¹ P. Delion, *Mon combat...* Op. cité.

patient est participant à sa thérapie et à la vie sociale du groupe patients/soignants¹⁹² dans lequel il est accueilli et dans lequel on lui confie des responsabilités pour entretenir le « lien social » (c'est cela qui constitue « l'institution » centrée sur le patient). Elle est une pionnière du « *case management* »¹⁹³.

La psychothérapie intentionnelle est intimement liée à la philosophie qui a conçu le secteur. « *Un équilibre institué,* » dit le Dr Place¹⁹⁴, « *entre la circulation des patients vers la cité et l'entrée du monde extérieur dans l'espace de la maladie.* »

Cette thérapie présente l'inconvénient d'être « chronophage », car elle demande l'accueil du patient dans la durée. Un inconvénient majeur face à la chimiothérapie, plus expéditive et donc privilégiée par les autorités sanitaires. Elle est taxée aujourd'hui d'être surannée, mais c'est plus en raison de la (relative) complexité de sa mise en œuvre et donc de son coût à la longue (quoique les établissements qui la pratiquent encore sont en général nettement moins dispendieux que la moyenne) qu'en raison de son hypothétique inefficacité : elle est toujours, dans les faits, à la pointe de la performance. En effet, on n'a pas trouvé mieux à ce jour, du moins pour les psychoses les plus lourdes. Enfin, *last but not least*, à l'origine, la psychothérapie institutionnelle a été fondée sur la psychanalyse et la gestion communautaire d'inspiration marxiste, deux courants aujourd'hui assez peu appréciés, en butte notamment à une certaine hostilité de la HAS¹⁹⁵.

Indépendamment de ces critiques simplificatrices et non dénuées d'arrière-pensées, la psychothérapie institutionnelle continue à avoir de nombreux soutiens : Pr Delion, Dr Salbreux et des dizaines d'autres psychiatres même parmi les promoteurs de nouvelles approches. Le Dr Salbreux a été le promoteur de *l'institution thérapeutique*, qui est une variante élargie de la psychothérapie institutionnelle et a fondé l'Association scientifique de Psychiatrie institutionnelle (AsPi) pour défendre et même promouvoir cette pratique¹⁹⁶. Même un éminent chercheur comme le Pr Jean-Philippe Boulenger¹⁹⁷, dont les travaux ont été essentiels pour le développement des thérapies de la troisième vague, estime que la psychothérapie institutionnelle reste irremplaçable dans certains cas. Ainsi, dans la réalité, la psychothérapie institutionnelle s'est considérablement modernisée ces dernières années, elle continue à se perfectionner et s'ouvre aux nouvelles techniques thérapeutiques. On est loin de l'image d'empoussièrisme dont certains veulent injustement l'affubler, car si l'on examine un certain nombre de critères attendus aujourd'hui des dispositifs sanitaires, la psychothérapie institutionnelle les remplit avec brio. Il suffit pour s'en assurer de passer en revue le tableau suivant.

¹⁹² Et autres acteurs de « l'institution », cuisiniers, jardiniers, personnel d'entretien et de ménage...

¹⁹³ Le « case manager » n'étant pas le psychiatre en charge du patient, mais le membre de l'équipe ayant lié le meilleur lien avec le patient.

¹⁹⁴ Dr Jean Louis PLACE, préface, in A. DUCOUDRAY & J. POURQUIE, *La troisième population*, op. cité.

¹⁹⁵ Voir l'encadré *Psychanalyse, brève approche d'un sujet polémique*, in Prs M. Leboyer et P-M. Llorca, *Psychiatrie, l'état d'urgence*, op. cité.

¹⁹⁶ Son président actuel est le Dr Georges Lançon (Nîmes).

¹⁹⁷ Dans un entretien privé. Voir note 126.

Offre de soins d'un établissement de psychothérapie institutionnelle		Commentaires quant aux « bonnes pratiques »
Prise en charge d'un large spectre d'affections de l'adolescence à l'âge adulte avancé ¹⁹⁸		Mais sans « cohabitation » de pathologies incompatibles
Prise en charge de durée adaptée		Pas de sorties prématurées à l'initiative de l'établissement
La psychothérapie institutionnelle est une thérapie « patiente » qui peut demander du temps, voire la vie		C'est exactement contraire à la priorisation des thérapies brèves et au « tout ambulatoire »
Disponibilité d'une large palette de thérapies associées adaptée cas par cas		Pas d'abus de la « camisole chimique »
Mise à l'abri du patient dans de bonnes conditions (versus abandon, rue, prison...)		Des patients « heureux » dans une structure bienveillante
Respect du patient acteur de son parcours, non-stigmatisation, encouragement au respect de soi, refus du placement sous contrainte		Pas de condescendance ni d'infantilisation du patient, conformité à la philosophie de l'« empowerment »
Maintien du lien social, responsabilisation dans des activités, réhabilitation psychosociale du patient, suivi personnalisé par un membre de l'équipe (« case management »)		C'est le cœur de la philosophie initiale, pionnière et toujours actuelle, de la psychothérapie institutionnelle
Parcours vers l'autonomisation, y compris du logement, « empowerment »		Le patient sort graduellement de la sphère, sans abandon
Surveillance de la santé somatique du patient		La maladie mentale ne fait pas négliger les problèmes somatiques
Désinstitutionnalisation au sens de désincarcération		Les portes restent largement ouvertes sur et au le monde extérieur
Respect des familles		Dans la limite de la confidentialité due aux majeurs (sauf sous protection juridique), les familles ne sont pas exclues
Dimension co-soignante des patients (pair-aidance)		Particulièrement repérable dans les phases d'accueil ou dans les réunions soignants-soignés
Suivi ambulatoire le moment venu, prévention de la rechute		Le lien est maintenu autant que possible avec le patient en rémission
Prise en charge financièrement compétitive (per diem)		D'un coût pour la Collectivité moins élevé que l'hôpital public ou la prison
Dispose d'une unité de formation		Apte à former étudiants, professionnels de santé somatique, etc.
Offre devenue pratiquement indisponible		Plus que quelques centaines de places, listes d'attente sans fin
Image vieillotte et surannée (sans fondement autre que la mode)		Plus que 3 ou 4 établissements subsistant en France.

* * *

¹⁹⁸ Non adaptée aux TSA pour les jeunes sujets.

Le Collectif 100.000 handicapés psychiatriques à l'abandon

Le Collectif 100.000 handicapés psychiatriques à l'abandon n'a qu'une vocation : relancer **l'alerte** auprès des Pouvoirs publics, des Médias et de l'Opinion publique sur le sort inhumain des handicapés psychiatriques lourds non pris en charge par le système de soins français. Il n'interfère pas avec l'action des nombreuses associations familiales et professionnelles qui font un courageux et opiniâtre travail représentatif et de défense des intérêts patients/familles/soignants, souvent depuis des années.

Ce Collectif reprend ainsi les objectifs de l'association DSP (Droit aux Soins et à une Place adaptée) créée dans les années 2000 et actuellement en sommeil.¹⁹⁹

La période électorale de la fin 2016 et du début 2017 a été l'occasion d'une mobilisation par lettres ouvertes adressées aux candidats à l'élection présidentielle (annexe 5 ci-après) puis aux législatives.

Les lettres ouvertes et les échanges avec les candidats qui se sont donné la peine de répondre sont accessibles sur le média internet **TV Locale** :

<https://www.tvlocale.fr/au-nom-de-100-000-citoyens-sans-voix/journal.html>

Ces actions ont été menées sous la signature de :

- **Mme Monique PELLETIER**
Avocate
Ancien Secrétaire d'Etat à la Justice, ancien Ministre à la condition féminine
Membre honoraire du Conseil Constitutionnel
Présidente d'Honneur du Conseil national handicap
- **Mme Claude HOVHANESSIAN-GANDILLON**, Porte-parole du Collectif
Ancienne Directrice du Label du Journal ELLE et des titres associés
Membre du conseil d'administration du Conseil national handicap en charge de la Santé
Ancienne Secrétaire générale de l'association DSP
- **M. le Dr Roger SALBREUX**, Superviseur scientifique du Collectif
Pédopsychiatre
Président d'honneur du comité éthique et scientifique de la Fondation Internationale de Recherche Appliquée sur le Handicap (FIRAH)
Ancien Secrétaire Général du Conseil national handicap
Président fondateur de l'Association Internationale de Recherche scientifique en faveur des personnes Handicapées Mentales (AIRHM)
Initiateur des Centres d'Action Medico-Sociaux Précoce (CAMSP)
Ancien Vice-président de l'association DSP

¹⁹⁹ Voir rappel de l'action de DSP au chapitre 4.

... et avec le soutien des personnalités suivantes :
(par ordre alphabétique)

1. Personnalités du monde médico-psychiatrique :

- **Professeur Jean-Philippe BOULENGER**, Professeur Emérite de psychiatrie d'adultes à l'Université de Montpellier, ancien chercheur associé à l'institut national américain de santé (NIMH), ancien directeur de recherche à l'INSERM, ancien professeur à l'Université de Sherbrooke (Canada).
- **Docteur Christian GAY**, psychiatre, cofondateur de l'association France Dépression, administrateur-fondateur de la structure de réinsertion Clubhouse France, auteur de plusieurs ouvrages sur la bipolarité dont *Vivre avec des hauts et des bas* et *Vivre avec un maniaco-dépressif*.
- **Professeur Jean-Pierre OLIE**, de l'Académie nationale de Médecine, ancien chef de service hospitalo-universitaire et chef de pôle au Centre hospitalier Sainte-Anne, Professeur Emérite à l'Université Paris-Descartes, président de la Fondation Pierre Deniker.
- **Docteur Jean-Louis PLACE**, psychiatre, médecin-chef et directeur de la Clinique de la Chesnaie à Chailles (41) fondée par le Dr C. Jeangirard, animateur de l'EPIC (Ecole de Psychiatrie Institutionnelle de la Chesnaie).

2. Personnalités du monde civil :

- **Docteur Xavier EMMANUELLI**, médecin, ancien ministre, fondateur du SAMU social de Paris, président-fondateur du SAMU social International, ancien président du Haut comité pour le logement des personnes défavorisées.
- **Mme Claude FINKELSTEIN**, Présidente de la Fédération Nationale des Associations d'usagers en PSYchiatrie (FNAPSY), à l'origine de la création des groupes d'entraide mutuelle (GEM).
- **M. Paul JOLY**, architecte et urbaniste, expert auprès de la Cour d'Appel de Versailles, président du Conseil national handicap, auteur notamment de *L'Accessibilité positive, Une formidable opportunité sociétale et économique*.
- **M. Philippe de LACHAPELLE**, directeur de la Fondation Office Chrétien des Personnes Handicapées (OCH) ainsi que de la revue *Ombres et Lumière*, vice-président de *Relais Lumière Espérance*, chroniqueur radio.
- **M. Patrick POIVRE D'ARVOR**, journaliste, écrivain et metteur en scène.
- **M. Ryadh SALLEM**, champion paralympique, fondateur et délégué général de l'association CAPSAAA, vice-président de l'Agence pour l'éducation par le sport membre du Comité paralympique et sportif français au Comité Paris 2024.

* * *

Le Collectif alerte, le 13 décembre 2017, le Garde des Sceaux par une lettre ouverte co-signée par Monique PELLETIER, le Dr Roger SALBREUX et Claude HOVHANESSIAN-GANDILLON. Elle a été rediffusée à la presse à l'occasion du mouvement des surveillants de prison de janvier 2018. (Annexe 6 ci-après)

Le Collectif poursuit son action en 2018, soutenu par la plupart des personnalités citées ci-dessus. D'autres sont invitées à s'y joindre. Pourquoi pas vous ?

(cent.mil.handicapes.psy@gmail.com)

CAMPAGNES ELECTORALES 2017

Adresses aux candidats et réponses du candidat élu M. E. MACRON

Une lettre ouverte signée par Mme Monique PELLETIER, ancien ministre et membre honoraire du Conseil constitutionnel, par le Dr Roger SALBREUX, éminent pédopsychiatre cité à plusieurs reprises dans les pages qui précèdent, et par Mme Claude HOVHANESSIAN-GANDILLON, en charge de la Santé au Conseil national handicap, a été adressée (le 21 mars 2017) aux 11 candidats à l'élection présidentielle d'avril 2017, pour les alerter sur le thème central de ce dossier, et essayer d'obtenir des engagements de leur part pour faire face au problème, avec bien entendu l'arrière-pensée, une fois l'un d'eux élu, de lui rappeler ceux-ci.

Voici la teneur de cette lettre :

Le 21 mars 2017

LETTRE OUVERTE AUX CANDIDATS A L'ELECTION PRESIDENTIELLE 2017

AU NOM DE 100.000 CITOYENS SANS VOIX

Madame, Monsieur,

On estime que **plus de 100.000 de nos compatriotes, majoritairement adultes mais aussi adolescents, souffrant de schizophrénie et autres troubles psychiatriques** chroniques et/ou mentalement handicapés, **ne trouvent pas de place dans un établissement de soins adapté**, et donc ne sont pas (ou mal) soignés le temps nécessaire à leur (très incertain) rétablissement.

Faute de prise en charge, ces personnes, privées largement et irréversiblement de leur libre-arbitre, sont condamnées à **un sort indigne**. Leur famille se brisant ou disparaissant, on les retrouve – sauf issue fatale – dans la rue, les gares, sous les ponts ou dans les prisons (déjà surchargées) : 60% des quelques 111.000 SDF « officiellement » décomptés, soit environ **65 à 70.000 personnes**, et 50% de la population carcérale (près de 70.000 détenus) soit de l'ordre de **35.000 personnes** sont des malades psychiatriques. Sans compter nos 8.000 compatriotes (dont plus de 1500 mineurs) placés en Belgique faute de places en France.

Le problème n'est pas insoluble. Il faut **recréer dans chaque région française le nombre de places de soins longue durée nécessaire selon les besoins des patients**, en encourageant (financièrement et administrativement) la création d'établissements de psychothérapie institutionnelle privés ou associatifs, ou de centres thérapeutiques pratiquant des techniques plus récentes de remédiation cognitive ou cognitivo-comportementales, et dont le **coût de fonctionnement est moins élevé que celui de l'hôpital public** (et même des établissements pénitentiaires modernes). En effet, si l'on compare le **coût journalier** :

- Dans les 4 dernières cliniques de psychothérapie institutionnelle, il varie de 160 à 180 € pour les adultes, 350 € pour les adolescents, honoraires médicaux compris ;
- En établissements médicaux-sociaux, il varie de 150 à 200 € ;
- En HP, la journée varie de 440 € à largement plus de 1000 € selon les établissements ;
- Une journée en maison centrale coûte de 120 € (gestion publique) à 320 € (gestion privée).

Il y a en outre certainement moyen de libérer des milliers de places de prison occupées par des « coupables d'être malades », et d'**économiser** en partie la création de **nouvelles places carcérales**. Et de réutiliser certaines des nombreuses friches laissées par les institutions fermées.

Parallèlement, il faut relancer la formation de psychiatres (30% de poste vacants en secteur public), de pédopsychiatres (il n'en reste que 650 en France) et d'infirmiers et infirmières spécialisés, et doter les établissements sanitaires ou médicosociaux existants des moyens nécessaires à leurs missions. Un quart de la population a eu, a ou aura des troubles psychiques ou mentaux dans sa vie, c'est de loin l'affection la plus répandue et la plus mal dotée. C'est donc un enjeu de santé majeur.

Ces **100.000 compatriotes**, en raison de leur état, sont **sans voix** bien que disposant, pour la plupart, du droit de vote. **Leur famille et leur entourage, en revanche, seront attentifs et extrêmement sensibles aux engagements pris sur ce thème.**

Cette lettre a été soutenue par 10 personnalités de premier plan, dont 4 éminents praticiens du domaine de la psychiatrie, dont on trouvera les titres en annexe 4.

- Professeur Jean-Philippe BOULENGER.
- Professeur Jean-Pierre OLIE, de l'Académie nationale de Médecine.
- Docteur Jean-Louis PLACE.
- Docteur Christian GAY.
- Docteur Xavier EMMANUELLI, ancien ministre.
- Mme Claude FINKELSTEIN, Présidente de la FNAPSY.
- M. Paul JOLY, président du Conseil national handicap.
- M. Philippe de LACHAPELLE, directeur de la Fondation OCH.
- M. Patrick POIVRE D'ARVOR.
- M. Ryadh SALLEM²⁰⁰, champion paralympique.

Cette lettre ouverte a fait l'objet d'une communication nationale et régionale à la presse écrite, les grandes chaînes TV et l'AFP, étonnamment sans écho (un sujet qui, décidément, dérange !) sauf de la part du courageux média Internet TV Locale. Elle a aussi été publiée sur le site Web du Cnh.

Une réponse a été obtenue d'E. Macron, F. Fillon, N. Dupont-Aignan et N. Arthaud. Ces quatre réponses, plus ou moins détaillées et précises, ont nécessité une contre réponse de la part des auteurs. L'ensemble des échanges est consultable sur le site suivant :

www.tvlocale.fr/au-nom-de-100-000-citoyens-sans-voix/journal.html

²⁰⁰ Soutien obtenu après la publication de la lettre ouverte. Important car illustrant la solidarité entre les différents handicaps physiques et mentaux.

Nous n'insérons ici que l'échange avec l'équipe de campagne du Président élu, M Emmanuel MACRON. La réponse de l'équipe *En Marche !* se décompose en deux documents :

1/ Un courriel du 26 avril 2017²⁰¹ auquel était attaché en PJ la lettre ouverte qui suit ci-dessous, et dont voici le facsimilé :

Mesdames, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre « lettre ouverte aux candidats à l'élection présidentielle au nom de "100.000 citoyens sans voix" », compatriotes souffrant de schizophrénie et autres troubles psychiatriques chroniques et/ou mentalement handicapés.

Le constat que vous décrivez, de manière objective et constructive, est à juste titre préoccupant et nous vous remercions pour les pistes de solutions que vous esquissez. Nous transmettons ces propositions à nos groupes de travail «Justice» et «Santé».

Nous apprécions particulièrement votre attitude qui consiste à qualifier cette situation, sans détour idéologique, et à faire des propositions pragmatiques et constructives. C'est, vous l'aurez sans doute noté, l'état d'esprit et la méthodologie du projet que nous proposons aux Français, véritable plan de transformation et de réconciliation de notre société.

A titre d'illustration, car bien sûr ce n'est qu'un des aspects du combat plus large que vous portez, nous pensons que les situations de handicap ne doivent pas n'être qu'une case à cocher en période électorale, mais au contraire doivent être incluses en permanence dans les réflexions sociétales pour le vivre-ensemble et un enrichissement mutuel au profit de tous.

Nous vous transmettons à ce titre la lettre ouverte d'Emmanuel Macron sur les situations de handicap, dans laquelle vous retrouverez certains éléments de votre diagnostic et des premières orientations de transformation.

Bien à vous,

L'équipe *En Marche !*

2/ en PJ au courriel précédent, une lettre ouverte donc générale datée du 8 avril 2017, à laquelle nous avons fait allusion au chapitre 10 ci-avant et dont voici la teneur :

Madame, Monsieur

Mon programme répond aux besoins de tous les Français et donc des personnes en situation de handicap. Je veux pour elles, comme pour tous, libérer les énergies et l'initiative, développer les capacités de chacun, donner les mêmes chances.

En effet, la question du handicap n'est pas une case à cocher en temps de campagne électorale. Elle est un défi qui doit mobiliser la société tout entière, dans la durée, en nouant un lien constant avec les personnes en situation de handicap et leur entourage.

Le 28 mars dernier, j'ai ainsi reçu avec mes équipes des représentants d'associations et des acteurs du handicap afin d'entamer un dialogue que je poursuivrai dès le lendemain de mon élection. Je tenais toutefois à vous écrire afin de vous présenter les orientations en matière de handicap que je veux porter sur toute la durée du quinquennat. **Ces orientations ont pour**

²⁰¹ Reçu sur l'adresse mail de Claude Hovhannessian-Gandillon et adressé à *Mesdames Pelletier et Hovhannessian-Gandillon, Monsieur Salbreux.*

ambition de construire une société plus accessible, une société du travail pour tous et une société plus fraternelle.

Je veux une société plus accessible, afin que la vie quotidienne des personnes en situation de handicap ne soit plus un parcours du combattant.

Une société accessible, c'est d'abord une société où il est plus facile de se déplacer. Notre priorité sera d'assurer l'accessibilité des transports publics et de la voirie. Nous accompagnerons les collectivités locales à cette fin.

C'est aussi une société où il est plus facile de se loger. Les bailleurs sociaux devront identifier dans leur parc les logements adaptés pour les personnes en situation de handicap. Ils devront proposer des solutions de relogement pour celles dont le logement social n'est plus adapté, ou bien réaliser des travaux dans ces logements. Des formules d'accompagnement des personnes devront être développées.

Une société plus accessible, c'est une société où il est plus facile de se soigner. Nous adapterons aux besoins des personnes en situation de handicap nos établissements et nos services de santé et la formation des professionnels de santé. Surtout, nous lancerons un plan national d'évaluation des techniques et des méthodes de prise en charge des handicaps, afin de ne conserver que celles qui auront fait la preuve de leur utilité.

Une société plus accessible, c'est une société où les démarches de la vie quotidienne – administratives, juridiques – sont facilitées. Nous accompagnerons les personnes en situation de handicap en encourageant la désignation d'un référent identifiable et en travaillant à rendre les interfaces numériques plus accessibles.

Une société plus accessible, c'est enfin une société où le fait d'être en situation de handicap n'empêche pas de profiter d'activités culturelles, artistiques ou sportives. Nous aiderons les associations sportives, notamment, à adapter leurs structures et leurs pratiques pour les accueillir.

Je veux une société du travail pour tous. Nous devons donner aux personnes en situation de handicap la liberté d'exercer le métier qu'elles souhaitent dans un environnement ordinaire, adapté ou protégé.

Cette liberté s'acquiert dès l'école. Les enfants atteints de handicap doivent avoir les mêmes chances que les autres. Notre priorité sera donc de leur permettre de suivre une scolarité et de participer aux activités de loisirs périscolaires comme les autres enfants. Pour cela, tous ceux qui ont besoin d'être accompagnés pourront l'être par un auxiliaire de vie scolaire (AVS). Nous sécuriserons le statut des AVS et nous les payerons mieux.

Cette liberté s'acquiert ensuite dans le monde du travail. Le 5 avril dernier, j'ai visité une entreprise qui emploie des salariés en situation de handicap pour un travail qualifié de réparation de matériel informatique. Tous les salariés avec lesquels j'ai échangé à cette occasion m'ont fait part de l'importance que tient le travail dans leur projet de vie.

Le premier obstacle à l'emploi est le manque de formation. Nous renforcerons donc les droits à la formation des personnes en situation de handicap et nous développerons la formation par alternance.

Le deuxième obstacle ce sont les préjugés. Nous ferons de la lutte contre la discrimination une priorité nationale, en organisant des opérations de contrôles aléatoires à grande échelle.

Nous encouragerons aussi toutes les actions de sensibilisation dans les administrations et les grandes entreprises publiques.

Enfin, il y a l'accompagnement. Les personnes qui en ont besoin, notamment celles qui ont un handicap psychique, bénéficieront d'un accompagnement dans la durée pour pouvoir s'insérer et se maintenir dans l'emploi.

Je m'engage par ailleurs à augmenter le montant de l'allocation aux adultes en situation de handicap au-delà de 900€ par mois car certaines personnes demeureront dans l'incapacité de travailler mais cela ne doit pas les contraindre à vivre dans la précarité.

Je veux, enfin, une société plus fraternelle. C'est déjà une réalité : des millions de Français accompagnent au quotidien un proche en situation de handicap, jusqu'à l'épuisement parfois, au détriment de leur vie professionnelle souvent. Notre responsabilité est de tout faire pour soutenir ces aidants.

Je créerai un « chèque bilan santé/social » afin que les proches puissent prendre soin de leur santé souvent négligée et bénéficier d'un accompagnement psychologique.

Je favoriserai les périodes de répit pour les aidants : nous permettrons le don de RTT entre collègues et nous prendrons en compte leur situation spécifique – tout comme celle des personnes en situation de handicap – dans le calcul de l'âge de départ à la retraite.

Une société fraternelle, c'est aussi une société qui ne laisse pas sans solution les plus fragiles de ses membres. Pourtant en 2016, plusieurs milliers d'enfants et d'adultes souffrant de handicaps complexes et lourds étaient encore contraints de se rendre dans un autre pays ou de rester hébergés dans leur famille, faute de structures adaptées pour les accueillir en France. A toutes ces personnes, je garantirai une « réponse accompagnée » dans la durée, qui combinera plusieurs prises en charge médico-sociale, sanitaire et éducative. L'accueil de proximité sera particulièrement développé.

Vous l'aurez compris, un projet ambitieux pour le handicap est un projet transversal à toutes nos politiques. Notre ambition pour améliorer la vie des personnes en situation de handicap doit donc irriguer l'ensemble de notre action publique : c'est pourquoi je souhaite que tout projet de loi ou décision réglementaire – dans le champ des transports, de l'emploi et de la formation notamment – fixe des indicateurs d'inclusion en matière de handicap. Ces indicateurs seront définis par l'écoute des personnes en situation de handicap et en lien étroit avec les associations qui vous représentent.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

(Signé Emmanuel MACRON)

Ces deux textes ont suscité une contre réponse du 29 avril 2017 sous la signature de Claude HOVHANESSIAN-GANDILLON, que voici :

Monsieur le Ministre²⁰²,

Merci de votre réponse, via votre équipe de campagne, en date du 26 avril à notre lettre ouverte aux candidats du 21 mars, intitulée « Au nom de 100.000 citoyens sans voix. »

Cette réponse se décompose d'une part entre un accusé réception de la situation que nous dénonçons quant à l'abandon à la rue, à la prison ou au suicide de plus de 100.000 handicapés victimes de psychoses profondes ; d'autre part d'une lettre-programme générale sur le handicap datée du 8 avril.

Ces deux documents affirment que la question du « handicap ne doit pas être qu'une case à cocher » en période électorale. Pourtant, dans la réalité, cette question est très peu évoquée alors qu'on évalue à 12 millions de Français les personnes en situation de handicap.

Sur le fond, votre lettre-programme du 8 avril, excellente en ce qui concerne les divers handicaps physiques, moteurs et sensoriels, prend trop marginalement en compte (sauf peut-être au point n°3 de la première page, et le dernier de la deuxième page) les spécificités du handicap psychique et mental profond :

1. Le handicap (au sens *invalidant* du terme) psychique et mental touche près de 3 millions de personnes¹, sur les 12 à 17 millions qui sont concernées par des troubles mentaux et psychiques, et sur les 12 millions de personnes handicapées que compte notre pays. Les 100.000 handicapés psychiatriques sur lesquels nous avons l'honneur d'attirer votre attention sont ceux d'entre eux qui sont abandonnés par le système de soins.
2. Contrairement au handicap physique (moteur, sensoriel,...) il prive, presque toujours gravement et irréversiblement, la personne handicapée d'une liberté essentielle : le plein contrôle de son cerveau. Beaucoup en sont conscients, vous imaginez leur souffrance.
3. Les conséquences en sont drastiques par rapport aux efforts consentis à juste titre vis-à-vis de l'ensemble des personnes handicapées pour leur intégration dans la société. Par exemple, il est quasiment impossible de faire accéder un schizophrène (600.000 Français) ou un autiste (hors Asperger) à un emploi durable, à une formation un peu contraignante (bien qu'il soit généralement doté de capacités intellectuelles), à un logement totalement indépendant, à un sport un peu exigeant, sans parler de l'accès aux droits de la citoyenneté, tel que le vote et encore moins la candidature à un mandat électif.
4. Les psychotiques les plus lourdement atteints ont besoin de structures de soins adaptées, c'est-à-dire impliquant, dans l'état actuel de la médecine, non pas tant d'une revalorisation de l'AAH, mais d'une prise en charge en hébergement sur des durées en général illimitées voire à vie, structures qui n'ont rien à voir avec les services de soins ambulatoires (qu'il faut néanmoins et par ailleurs redéployer et redoter en personnels qualifiés et moyens). C'est là que le point n°3 de votre lettre-programme entrouvre une porte d'espoir. Des solutions sont proposées dans notre lettre ouverte².

²⁰² M. E. Macron était encore en campagne.

¹ Un dossier d'information complet est à disposition.

² Nous sommes à la disposition des membres de votre équipe pour les emmener voir sur le terrain des solutions opérationnelles.

5. Il n'y a pas que les polyhandicapés qui sont « exportés³ » en Belgique (votre dernier alinéa de la deuxième page), mais aussi des psychotiques, autistes, schizophrènes,...
6. Les familles des psychotiques profonds, surtout adultes, tiennent tant qu'elles le peuvent car vivant un enfer (qu'aucun « chèque bilan-santé » ne leur permettra d'affronter), puis se brisent dans l'épreuve ou disparaissent naturellement, et que deviennent alors ces malheureux faute de structures adaptées ? On le sait : à la rue, puis, ayant commis délits parfois crimes, en prison ! Les psychotiques non pris en charges sont des bombes humaines à retardement, et à l'occasion des proies faciles pour les sectes ou autres extrémismes.

D'énormes efforts ont été accomplis, même s'il en reste à faire, à l'égard des personnes handicapées physiques. Il est plus que temps de rattraper le retard vis-à-vis des handicapés psychiques⁴. Ce devrait être une grande cause nationale, d'autant que la prévalence de ces affections continue à croître.

Cette espèce d'eugénisme rampant dont sont victimes les handicapés psychiques à l'abandon parce que n'entrant dans aucun format général du handicap n'est pas sans rappeler les tristes souvenirs d'un régime qui préconisait la destruction des « anormaux ». Un homme d'Etat qui a de hautes valeurs n'admettra pas cette affligeante discrimination.

Merci, Monsieur le Ministre, de votre attention.

Bien sincèrement vôtre,

(Signé : Claude Hovhanessian-Gandillon

Ancienne Directrice du Label du Journal ELLE et titres associés

Membre du CA du Conseil national handicap en charge de la Santé

Ancienne secrétaire générale de l'association Droit aux Soins et à une Place adaptée (DSP))

* * *

³ L'expression est de Charles Gilbert dans l'Express du 24/12/1998, c'est dire si ce n'est pas qu'en 2016 que le problème est apparu.

⁴ L'autisme a bénéficié de 3 plans dont un en cours. Le 3^e ne fait qu'entrouvrir le dossier des adultes, sans aboutir significativement.

LETTRE OUVERTE AU GARDE DES SCEAUX

Une lettre ouverte signée par Mme Monique PELLETIER, ancien ministre et membre honoraire du Conseil constitutionnel, par le Dr Roger SALBREUX, éminent pédopsychiatre cité à plusieurs reprises dans les pages qui précèdent, et par Mme Claude HOVHANESSIAN-GANDILLON, en charge de la Santé au Conseil national handicap, a été adressée (le 5 décembre 2017) au Garde des Sceaux et au Directeur de l'Administration pénitentiaire, pour 1/ les sensibiliser au scandale de l'incarcération de malades psychiatriques et 2/ souligner l'inutilité de créer de nouvelles places de détention. Sans réponse à ce jour.

Voici le facsimile de cette lettre :

Mme Monique PELLETIER, ancien ministre
Mme Claude HOVHANESSIAN-GANDILLON
Dr Roger SALBREUX

Le 5 décembre 2017

LETTRE OUVERTE

A MADAME N. BELLOUBET, GARDE DES SCEAUX
ET MONSIEUR S. BREDIN, DIRECTEUR DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

« AU NOM DE 100.000 CITOYENS SANS VOIX »

Madame la Ministre,

Monsieur le Directeur,

Les médias se sont faits l'écho du projet de Madame la Ministre de la Justice de faire construire 15.000 places de détention nouvelles.

Nous souhaitons attirer votre attention sur le fait, qui ne vous a certainement pas échappé, que le budget de votre ministère pourrait s'épargner cet investissement et les frais de fonctionnement afférents en vidant une partie de vos établissements de détenus qui n'ont rien à y faire, ceux que nous appelons les « coupables d'être malades ».

Par une lettre ouverte, en date du 21 mars 2017, nous avons attiré l'attention des candidats à la Présidence sur le fait que **plus de 100.000 de nos compatriotes, souffrant de schizophrénie ou autres troubles psychotiques** chroniques graves, **ne trouvent pas de place dans un établissement de soins adapté**. Un nombre atterrant d'entre eux termine son parcours d'abandon en prison, ce que n'ont pas manqué de dénoncer, pendant des années mais en pure perte, de nombreux psychiatres en charge d'unités pénitentiaires.

La révolution psychiatrique des années 1960-70 a fermé par dizaine de milliers les lits d'hospitalisation psychiatrique à caractère « asilaire ». Les progrès des chimiothérapies ont permis de prendre en charge une partie des patients en structures extrahospitalières, mais les soins ambulatoires ne suffisent pas aux cas dont nous parlons. Or ils sont de plus en plus nombreux alors que la politique de fermeture de lits se poursuit encore sur sa lancée. Faute d'une politique de santé cohérente, on vide les hôpitaux et cliniques et on remplit les prisons. Faute de prendre ses responsabilités humaines et

budgétaires, le Ministère de la Santé, pendant des décades, s'est défaussé sur celui de la Justice, sans économie globale pour le budget de l'Etat, puisqu'une place de prison moderne coûte, sous réserve d'inventaire, plus cher qu'une place de clinique psychiatrique à but non lucratif. Qui plus est, le bâti existe déjà pour rétablir l'accueil des psychotiques.

Monsieur le Président de la République, qui, candidat, avait écrit « comptez sur moi » en réponse à notre lettre ouverte, et son nouveau gouvernement se sont souvenus de notre alerte. Nous avons été reçus le 4 octobre dernier par des représentants du Ministère des Solidarités et de la Santé et du Secrétariat d'Etat auprès du Premier ministre en charge des personnes handicapées. Le décret du 27 juillet 2017 a été mis en avant par nos interlocuteurs, c'est celui qui porte sur la mise en œuvre des plans territoriaux de santé mentale (PTSM). Un processus excellent dans son principe, mais qui promet d'être **long sinon... enterré**.

Et pendant ce temps ?

Ce nouveau gouvernement qui veut s'extraire, à juste titre, des ornières de ses prédécesseurs, va-t-il enfin agir pour sortir les malades de détentions et les accueillir dans des établissements décents ?

Comme nous l'avons souligné dans notre appel aux candidats à la Présidence, un quart de la population a eu, a ou aura des troubles psychiques ou mentaux dans sa vie, c'est de loin l'affection la plus répandue (et la plus mal dotée !). Et la prévalence de ces maladies est en croissance. C'est donc **un enjeu de santé, de sécurité, bref de société majeur**.

Nous vous remercions, Madame la Ministre, Monsieur le Directeur, de votre attention, et vous assurons de notre plus haute considération.

Lettre ouverte signée par :

Monique PELLETIER

Avocate

Ancien ministre

Membre honoraire du Conseil Constitutionnel

Présidente d'Honneur du **Conseil national handicap**

Claude HOVHANESSIAN-GANDILLON

Membre du conseil d'administration du **Conseil national handicap** en charge de la Santé

Porte-parole du Collectif **100.000 handicapés psychiatriques à l'abandon**

Ancienne Directrice du Label du Journal ELLE et des titres associés

Dr Roger SALBREUX

Pédopsychiatre

Président du comité éthique et scientifique de la Fondation Internationale de Recherche Appliquée sur le Handicap (FIRAH)

Ancien Secrétaire Général du **Conseil national handicap**

Fondateur de l'Association Internationale de Recherche scientifique en faveur des personnes Handicapées Mentales (AIRHM)

Initiateur des Centres d'Action Médico-Sociaux Précoce (CAMSP)

Superviseur scientifique du Collectif **100.000 handicapés psychiatriques à l'abandon**

* * *

UN AUTRE REGARD SUR LES ASPECTS ECONOMIQUES

Redéployer l'emploi de personnel soignant, est-ce si couteux ?

Un salarié, tel qu'un infirmier psychiatrique par exemple, représente un coût, si bien qu'un raisonnement gestionnaire primaire tend à compresser au maximum les effectifs au nom des économies et de la productivité.

En fait, un salarié produit, outre le service pour lequel il est rémunéré, des cotisations, des impôts, de la consommation et de l'investissement ménagers. Si bien qu'en réalité, son coût pour la Collectivité est loin de son coût apparent pour l'employeur. Et quand l'employeur est, directement ou indirectement, la Collectivité, c'est son coût net qu'il faut considérer.

Prenons l'exemple d'un infirmier hospitalier en milieu de carrière. Sur la base d'une compilation de chiffres 2015-2017 de diverses sources dont l'INSEE, voici un aperçu de sa structure coûts/contributions :

Son salaire net est de 2.250 € net par mois, soit exactement le salaire mensuel français net moyen²⁰³.

Pour un tel salaire net, le brut est de 3.000 €, les charges retenues au salarié sont de 750 € par mois, tandis que celles que doit payer l'employeur sont de 1.350 € par mois. Autrement dit, le coût total du salarié pour l'employeur est de 4.350 € par mois.

Or ce salarié va payer l'impôt sur le revenu et la TVA sur tout ce qu'il achète. Dans la balance ci-dessous, on passe sous silence le fait qu'il paye aussi d'autres impôts indirects, tels que la taxe sur les carburants, et d'autres impôts directs comme la taxe d'habitation²⁰⁴, éventuellement la taxe foncière, la redevance audiovisuelle, etc. Cette balance est donc un minorant de la réalité dans la colonne contributions, c'est-à-dire que le coût effectif pour la Collectivité est encore sensiblement inférieur à celui calculé ci-dessous :

	Coûts	Contributions
Salaire mensuel charges comprises	4.350	
Charges sociales employeur		1.350
Charges sociales salariales		750
IRPP moyen (7% du salaire net)		160
TVA		330
TOTAUX	4.350	2.590
COÛT NET MAXIMUM	1.760	

²⁰³ Ce qui, heureux hasard, facilite l'usage des moyennes des statistiques nationales utilisées dans le tableau ci-dessus.

²⁰⁴ Sans doute plus pour longtemps.

Par parenthèse, ce tableau confirme tout l'intérêt pour l'Etat à promouvoir l'emploi en général, attendu en outre 1/ qu'un salarié est bien meilleur client des autres secteurs d'activité qu'un chômeur et 2/ qu'un chômeur coûte, évidemment, des allocations et un manque à gagner de contributions.

Le raisonnement effectué pour la masse salariale, celle à laquelle tout bon gestionnaire pense au premier chef, peut être extrapolé pour confirmer l'intérêt économique constitué par l'établissement de santé : non seulement il crée des emplois, mais il investit, paye des taxes locales, des impôts, y compris IS si c'est un établissement privé à but lucratif, mais également fait vivre des fournisseurs qui sont eux-mêmes créateurs d'emplois et contributeurs de taxes.

Regarder systématiquement le secteur de la Santé comme un gouffre financier en ignorant son intérêt économique majeur, c'est le regarder par le petit bout de la lorgnette. C'est d'autant plus dommage que la santé est aujourd'hui l'aspiration n°1 du citoyen contemporain, puisque ses autres aspirations, alimentation, logement, culture et loisirs, mobilité, sont largement satisfaites, sauf pour... les exclus.

La Santé, comme par exemple le Patrimoine à la mode actuellement²⁰⁵, devrait être une activité bénéficiaire dans les comptes de la Nation, si la rigueur de gestion portait sur le bon emploi des ressources plutôt que sur la restriction perpétuelle de celles-ci, entraînant les surcoûts habituels à toute pénurie : rattrapages coûteux parce que tardifs, replâtrages, conflits sociaux, sur-recours à l'intérim et aux heures supplémentaires, « sur-importation » de professionnels étranger, déremboursements en chaîne, déserts médicaux de toutes sortes, etc. Avec, en fin de compte, un mal-être permanent des professionnels de santé et une insatisfaction de l'utilisateur, qui va parfois jusqu'à l'issue létale quand viennent à manquer des médicaments vitaux, ou que le patient désespéré opte pour le suicide.

* * *

²⁰⁵ Sa sauvegarde est un coût, mais le Patrimoine, outre son apport culturel, est aussi une ressource économique fondamentale qui maintient la France en tête des destinations touristiques mondiales, un avantage financier que personne ne conteste