

"Il arrivera bien un jour où l'on expliquera que la santé dépend avant tout des liens de l'individu avec son entourage et son environnement"
(Norbert Elias).



ONSMP-ORSPERE

Du point de vue d'un nombre croissant d'élus(e)s locaux, ce temps est venu. A ce titre, une approche de santé mentale inclut nécessairement les pathologies psychiatriques dans le rapport toujours possible aux troubles de l'ordre public, mais elle passe aussi par la reconnaissance des différentes formes de souffrances psychosociales. On n'oubliera pas que le concept « négatif » de troubles sollicite en retour la capacité de vivre ensemble qui, à l'évidence, est facilitée par des régulations de nature politique. D'où la légitimité des élus locaux à agir, avec des compétences légales en la matière qui évoluent avec le contexte social et l'histoire. Pour avancer dans ce domaine, deux ingrédients de départ sont nécessaires à l'élus(e) : d'une part une préoccupation de santé mentale, préoccupation qui lui vient de son implication sur le terrain et, d'autre part, des éléments de savoir sur les différents modes d'entrée dans cette problématique et sur les pratiques qui peuvent s'en suivre. Le partage autour de ces deux ingrédients constitue l'axe organisateur de cette journée. Les éléments de connaissance seront apportés à partir de l'enquête multicentrique pilotée par le Centre collaborateur OMS pour la santé mentale et par les données issues de deux recherches-actions commanditées par la DIV à l'ONSMP-ORSPERE sous forme d'un séminaire national d'élus(e)s : deux ans de réflexion autour de la problématique de la souffrance psychosociale puis de l'hospitalisation d'office ont fait avancer la question de leur rôle et de leur action. Comment, en la matière, passer de la sollicitude à l'action politique ?

Dans le sillage de cette aventure est née l'association "Elus, Santé Publique & Territoires". Cette journée, placée sous l'égide de la Direction Générale de la Santé, et soutenue par la Délégation Interministérielle à la Ville, s'est tenue avec le concours de la Municipalité de Nantes.

Santé mentale et ordre public:

Quelles compétences pour les élus locaux ?

Actes de la journée d'étude de Nantes
9 octobre 2006



Association Elus, Santé Publique & Territoires
Observatoire National Santé Mentale et Précarité
Délégation Interministérielle à la Ville
Direction Générale de la Santé

L'ONSMP – ORSPERE

L'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité est soutenu par la **Direction générale de la Santé** et la **Direction Générale des Affaires Sociales**. Il est basé au Centre Hospitalier le Vinatier à Lyon-Bron (69).

Il s'agit d'une structure unique en France, spécialisée dans le champ de la précarité sociale en lien avec les questions de santé mentale.

L'Observatoire est **un espace de réflexion permanent** pluridisciplinaire, **un lieu ressource** disposant d'un ensemble de publications et d'un fond documentaire sur le thème santé mentale et précarité, et **un observatoire des pratiques** ayant pour but de faciliter les échanges et le partage des savoirs entre population, professionnels de la santé, décideurs et politiques. Son équipe est pluri-professionnelle incluant la sociologie, la psychiatrie et la psychologie et d'autres disciplines.

Ainsi, une nouvelle approche de la santé mentale se constitue, qui inclut certes la psychiatrie et les pathologies mentales, mais qui les dépassent du côté de la prise en compte politique, professionnelle et associative de la souffrance psychosociale. L'ONSMP est un lieu de convergence pour un réseau national et international.

L'association « Elus, Santé Publique & Territoires »

Les fondements de l'association « Elus, Santé Publique & Territoires », créée en octobre 2005 entrent en résonance avec le travail réalisé avec l'ORSPERE-ONSMP sur le rôle des élus locaux en matière de santé mentale, mais sont plus généralement légitimés par la volonté commune de nombreux élus en charge de la Santé d'œuvrer avec les pouvoirs publics pour faire de la santé « le cinquième pilier de la politique de la ville ».

L'association s'est fixé trois objectifs majeurs :

- **promouvoir toute politique visant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé**, favorisant l'accès aux droits, aux soins, à la prévention, à la santé égale pour tous, contribuant à l'éducation et à la promotion de la santé et intégrant les déterminants de la santé, en particulier environnementaux ;
- **affirmer, faire reconnaître et légitimer le rôle des communes et de leurs groupements dans la mise en œuvre de politiques territoriales de santé publique**, en particulier dans le cadre d'une coproduction avec l'Etat ;
- **développer et consolider toute forme de programme de santé publique contractualisé entre les collectivités territoriales et l'Etat**, dans la logique et sur le modèle des « Ateliers Santé Ville », développés dans le cadre de la Politique de la ville.

L'association regroupe actuellement vingt-trois villes situées sur tout le territoire français, soit plus de deux millions d'habitants, et fonctionne essentiellement grâce au soutien de la Délégation Interministérielle à la Ville et de la Direction Générale de la Santé. Ses partenaires sont multiples : l'Association des Maires de France, l'Association des Régions de France, l'Association des Maires Villes et Banlieue de France, l'Association des Maires de Grandes Villes de France, l'ORSPERE-ONSMP, l'INSERM, l'ONZUS...

SANTE MENTALE ET ORDRE PUBLIC :
QUELLES COMPETENCES POUR LES ELUS LOCAUX ?

Actes du colloque de Nantes
9 octobre 2006

Elus, Santé Publique & Territoires (Ed)

Janvier 2007

SOMMAIRE

OUVERTUREp. 6

- Catherine CHOQUET, *Adjointe au maire de Nantes, Président de Nantes Métropole Communauté Urbaine*
- Pascal FLORENTIN, *Adjoint au Délégué Interministériel à la Ville*
- Laurent EL GHOZI, *Président de « Elus, Santé Publique & Territoires »*

CONFERENCE PRELIMINAIRE

« Savoir de quoi l'on parle : définir les mots ».....p. 12

- Jean FURTOS, *Psychiatre, Directeur scientifique – ORSPERE / ONSMP*
- Débat animé par Marina GIROD DE L'AIN, *Maire-Adjointe – Grenoble, Vice-Présidente de « Elus, Santé Publique & Territoires »*

CONFERENCE

« Images et réalités de la Santé Mentale en Population Générale »

Présentation de l'enquête du Centre Collaborateur OMS pour la Santé Mentale.....p. 29

- Jean-Luc ROELANDT, *Psychiatre, Chef de secteur – Lille*
- Débat introduit par Jacques MICHEL, *Professeur, Institut d'Etudes Politiques de Lyon, Université Lyon 2*

PREMIERE TABLE RONDE

« Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique »

Présentation de l'étude DIV-ORSPERE (2003-2005)p. 62

- Fernando BERTOLOTTO, *Sociologue en santé publique*
- Marina GIROD DE L'AIN, *Maire-Adjointe – Grenoble*
- Michèle VULLIEN, *Maire – Dardilly*

Débat animé par Marie-Odile DUFOUR, *Maire-Adjointe – Champigny/Marne*

SECONDE TABLE RONDE

« Usages et mésusages de l'hospitalisation d'office »

Premiers résultats d'une étude-recherche DIV / ONSMP-ORSPERE (2005-2006)p. 79

- Pauline RHENTER, *Politologue*
- Fernando BERTOLOTTO, *Sociologue en santé publique*
- Jean FURTOS, *Psychiatre – ORSPERE / ONSMP*

Débat animé par Catherine CHOQUET, *Maire-Adjointe – Nantes*

CONCLUSIONp. 100

- Jacques LEBAS, *CREDES*

CLOTUREp. 102

- Laurent EL GHOZI, *Président de « Elus, Santé Publique & Territoires »*

BIBLIOGRAPHIEp. 103

Ouverture

Catherine Choquet

Maire-Adjointe – Nantes

Après avoir remercié les participants de leur présence en nombre, Catherine Choquet salue les intervenants et félicite l'association pour l'organisation de cette première journée de réflexion en commun.

Je vous remercie d'être venus nombreux à cette journée de travail sur la thématique de « la souffrance psychosociale », de la « santé mentale ». Même si le sujet est toujours intéressant et concerne beaucoup de monde, on a parfois du mal à mobiliser les gens pour travailler dessus.

Je remercie Monsieur Florentin pour sa présence ce matin.

Je remercie également l'association des Elus, Santé Publique & Territoires dont le Président Laurent El Ghazi, et la vice-présidence, Marina Girod de l'Ain, sont présents ce matin.

Merci également à Jean Furtos qui sera l'un de nos intervenants pivots pour cette journée avec quelques-uns qui sont dans la salle, que vous découvrirez en cours de journée.

Dans un premier temps, il semble important de définir les mots utilisés. La souffrance psychosociale, la maladie mentale, la délinquance, sont des termes parfois assimilés. Il y a certainement des choses à clarifier. Les débats récents sur le projet de loi de prévention de la délinquance révèlent les enjeux parfois confondus de la santé mentale et de la sécurité.

Il faut souligner en outre la diversité des métiers, la diversité des regards portés sur la même personne. Si on regarde la même personne, on ne voit pas forcément la même situation. Vous êtes présents et vous représentez des métiers, des champs d'intervention très différents : certains d'entre vous viennent des collectivités locales, de communes, d'autres collectivités, d'autres métiers : les bailleurs sociaux, la police et la justice ont été invitées aussi. Chacun d'entre nous a le souci d'accompagner les personnes en difficulté, mais avec des contraintes différentes, des objectifs différents. Cela peut rendre parfois le travail de proximité, le travail de terrain difficile. Le fait d'être présents aujourd'hui montre l'intérêt que vous avez à aborder la question en réseau, à la porter dans la discussion.

Enfin, on verra comment Nantes a pu répondre à cette question sur son propre territoire. Dans les villes d'une densité importante, la souffrance est souvent présente, qu'elle soit cachée ou visible.

Je ne m'attarderai pas plus longtemps. Je laisse la parole à Monsieur Florentin pour introduire cette journée.

Merci.

Pascal Florentin

Adjoint au Délégué Interministériel à la Ville

C'est un grand plaisir pour la Délégation Interministérielle à la Ville d'être ici parce que le thème de votre journée d'étude correspond totalement à nos préoccupations. La santé est, pour nous, un sujet majeur. Elle constitue l'un des axes essentiels de la politique de la ville, une des cinq priorités annoncées par le Comité Interministériel à la Ville de mars dernier.

La politique de la santé et la politique de la ville ont beaucoup de choses à se dire. Il s'agit en effet de reconnaître la situation particulière de certains territoires où se concentrent des difficultés sociales et urbaines pour encourager les acteurs locaux à mieux prendre en compte la prévention et l'accès aux soins pour les habitants de ces quartiers. Dans cette optique, il a été décidé de faire des ateliers santé-ville (ASV), l'une des déclinaisons territoriales des plans régionaux de santé publique et de généraliser cette démarche d'ici 2008 à l'ensemble des quartiers prioritaires. Nous avons actuellement environ 150 ASV. Nous allons d'ici 2008 couvrir l'ensemble des quartiers prioritaires dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale, contrats qui vont remplacer les contrats de ville dans une démarche contractuelle avec les collectivités locales.

Votre journée d'étude organisée conjointement par l'Association Elus, Santé publique & Territoires et l'Onsmp-Orspere vise à présenter les résultats de deux recherches-actions que nous avons soutenues, et qui nous intéressent particulièrement. Nous savons, par la spécificité de leur mandat, que les élus locaux sont confrontés aux effets de la situation sociale sur la santé mentale des individus, directement ou indirectement : au sein de leur permanence, dans la gestion de l'espace et du service public, dans leurs interventions et dans la définition de leur stratégie. Vos expériences vont nourrir les échanges de cette journée. Ces échanges vont contribuer à l'amélioration des connaissances des pratiques qui s'avèrent d'autant plus nécessaires que l'actualité traite parfois plus la question sous l'aspect de la prévention de la délinquance ou de la lutte contre la violence que dans le cadre d'un projet de santé publique. Il s'agit donc ici de restituer les pratiques et les expériences riches et diverses des différents acteurs locaux qui permettront, je l'espère, de dégager des enseignements susceptibles d'améliorer les politiques publiques concourant à la santé mentale des populations et notamment de celles en situation de précarité.

Je vous remercie et vous souhaite une bonne journée.

Présentation de la journée

Laurent El Ghazi

Président de l'Association Elus, Santé Publique & Territoires

Merci de ces propos Monsieur Florentin. Effectivement, il est important de recadrer nos travaux dans le champ de la santé publique et de la lutte contre les inégalités plus que dans le champ des violences.

Bonjour à tous.

Je suis Laurent El Ghazi, maire adjoint à Nanterre chargé de la santé, la prévention et les personnes handicapées, et l'actuel président de la toute jeune association *Elus, Santé Publique & Territoires* co-organisatrice avec l'Onsmp-Orspere de cette journée d'étude. Je suis heureux de vous accueillir ici. Je trouve très bien que l'on soit aussi nombreux pour cette journée de travail et d'échanges sur une question qui préoccupe tout le monde et qui n'est pas simple.

Je voudrais remercier tout d'abord Monsieur Jean-Marc Ayrault, maire de Nantes, qui même s'il n'est pas là, nous a permis de faire cette journée d'étude ici, dans ce magnifique bâtiment. Merci également à Catherine Choquet, qui a contribué à organiser cette réunion et qui rendra certainement compte à Jean-Marc Ayrault de nos travaux.

Merci surtout à la Délégation Interministérielle à la Ville qui, depuis six ans, stimule, accompagne, provoque les réflexions et les engagements des élus locaux dans un partenariat productif à la fois sur le champ de la santé mentale et celui plus large des Ateliers Santé Ville (ASV). Je vous remercie d'être présent pour avoir porté la parole de la DIV et avoir recadré nos propos dans ce partenariat entre les collectivités locales et l'Etat.

Je voudrais tout de suite excuser le Professeur Didier Houssin, Directeur Général de la Santé, qui soutient et finance l'association *Elus, Santé Publique & Territoires* mais qui n'a pu venir aujourd'hui, à son grand regret.

Le programme de cette journée est dense et l'on souhaite que vous puissiez vous exprimer le plus possible. Il faudrait donc qu'à la tribune nous soyons tous brefs, de façon à ce que l'on puisse discuter ensemble.

Mais il me faut d'abord rappeler l'historique de l'association *Elus, Santé Publique & Territoires*, comprendre où nous en sommes, pourquoi nous sommes ici, ce que nous y faisons, ce que nous pouvons y faire, ce que nous devons y faire tous ensemble.

Tout a commencé en 2001, de deux façons qui ont convergé et qui se croisent aujourd'hui ici : d'une part au séminaire organisé par l'Onsmp-Orspere au Couvent de la Tourette (près de Lyon) où Jean Furtos avait imaginé de faire se rencontrer élus locaux et psychiatres sur le thème « *La souffrance psychique dans l'espace public : une question politique* ». Ce fut une véritable rencontre, un véritable moment d'échanges, fondateur de convergences de vues. Simultanément en 2000-2001, la DIV mettait en place le dispositif Atelier Santé Ville, véritable outil de dynamisation de toutes les initiatives en santé des villes. Beaucoup de villes avaient fait des choses, continuaient à en faire, mais incontestablement le dispositif ASV, comme outil méthodologique de dynamisation des acteurs locaux a changé la donne. Un peu plus tard, en 2003, la DIV et l'Onsmp-Orspere proposèrent à quelques élus de travailler

ensemble sur les questions de la souffrance psychosociale, travail publié par la DIV et dont on vous a mis les actes¹ dans le dossier.

En septembre 2004, l'Onsmp-Orspere organise à Lyon un Colloque international au cours duquel les élus de ce groupe « Elus et santé mentale » rendent publique leur réflexion dans une de leurs conclusions que l'on avait intitulée « Le pouvoir de convocation des maires », l'idée étant que sur un territoire, lorsque quelqu'un ou quelque chose va mal, seuls les élus ont la capacité (le pouvoir, c'est peut-être discutable aujourd'hui) de mettre autour d'une table tous ceux qui, d'une façon ou d'une autre, ont à voir, ont à dire, ont à faire avec la situation problématique. Donc, le « pouvoir de convocation » des maires, à Lyon.

Un mois et demi après, le Centre Collaborateur OMS pour la santé mentale de Lille dont le Directeur, Jean-Luc Roelandt, est aujourd'hui avec nous, rendait publics les premiers résultats d'une enquête internationale et multicentrique : « Santé mentale en population générale. Images et réalités » dont il vous parlera tout à l'heure.

En janvier 2005, la DIV organise un séminaire de bilan et perspectives des Ateliers Santé Ville alors au nombre de 130 environ. Des élus engagés dans cette démarche se retrouvent, se rassemblent, convergent et décident d'approfondir ensemble ces questions de politiques locales de santé, interpellant le ministre présent en fin de journée, Monsieur Marc-Philippe d'Aubresse, Ministre du Logement et de la Ville, qui se saisit de notre demande et nous dit : « Portez-la encore plus loin ». C'est ce que l'on a fait sur sa sollicitation : les élus ont produit ensemble un texte rendu public aux Assises pour la ville d'avril 2005. Je vous raconte tout ça pour vous montrer comment, petit à petit, les causes se sont croisées, agglomérées, agrégées, pour qu'aujourd'hui, cette association existe.

Forts de cette audience et convaincus qu'il faut poursuivre, ces mêmes élu(e)s chargé(e)s de la santé, décident de créer une association nationale des villes pour le développement de la santé publique que nous avons appelée *Elus, Santé Publique & Territoires*, née en octobre 2005. Nous avons tenu nos premières rencontres le 23 novembre dernier et vous trouverez dans le dossier les actes de cette journée fondatrice, journée organisée avec le soutien de la DIV et de la Direction Générale de la Santé au Ministère de la Santé.

Depuis un an, nous avons continué à travailler, à réfléchir, à essayer de réagir aux différents textes législatifs et réglementaires (en particulier la toute dernière circulaire pour le développement des programmes locaux en santé publique et des ASV du 4 septembre), convaincus de la place nécessaire que doivent prendre les élus locaux pour que, sur le territoire dont ils sont responsables, se mettent réellement en place, se croisent, s'enrichissent mutuellement les politiques de santé publique, la politique de la ville, la politique de lutte contre les exclusions : c'est-à-dire l'égal accès aux soins, à la prévention, à l'éducation pour la santé, à la santé pour tous mais aussi la participation de chacun aux priorités et aux actions en santé pour fabriquer plus de cohésion sociale et de démocratie sanitaire locale.

Convaincus également que cela doit être impulsé, coordonné, co-piloté par les élus mais dans une relation contractuelle claire avec l'Etat.

Nos objectifs sont donc de rassembler des élus, d'échanger, de capitaliser, de mutualiser ce que nous faisons, de réfléchir ensemble sur pourquoi, avec qui, comment faire de la santé publique locale, d'informer, de sensibiliser, de former les élus locaux sur ces questions dont ils sont bien souvent ignorants afin de pouvoir être à tous les niveaux les interlocuteurs reconnus des pouvoirs publics sur ces questions qui, in fine, nous concernent, nous élus locaux, parce que nous sommes responsables du bien être de nos concitoyens et pour parvenir à développer dans nos villes des « contrats locaux de santé publique », qui nous sembleraient être l'outil pertinent aujourd'hui.

¹ Rapport « Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique », séminaire DIV-ONSMP-ORSPERE, Editions de la DIV, novembre 2005.

Pauline Rhenter a été embauchée le 1^{er} septembre par l'association *Elus, Santé Publique & Territoires* pour en assurer le développement et, pour les élus ou leurs collaborateurs qui sont ici, Pauline sera votre contact au sein de l'association.

Aujourd'hui, nous proposons avec l'Onsmp-Orspere de nous interroger sur les compétences actuelles et futures des élus locaux dans le champ de la santé mentale, en particulier en ce qu'ils croisent les questions d'ordre public.

Alors, pourquoi la santé mentale ?

Sujet majeur, mal connu des élus, inquiétant souvent et qui pourtant nous concerne de plus en plus en ce qu'il vient impacter parfois brutalement toutes les autres politiques : de l'école au logement, du soin à l'ordre public, de la vie dans les quartiers à l'intégration, parce qu'il participe au sentiment d'insécurité, exploité par certains, mais aussi bien à la paix sociale, recherchée par d'autres. Parce qu'il interroge tous les pouvoirs locaux (maire, préfet, DDASS, psychiatre, justice, police) et leurs articulations. Parce qu'il a été mis dans l'actualité politique par des projets de loi récents. Parce qu'il questionne des valeurs de démocratie, en particulier la question des libertés individuelles. Enfin, parce que cela a été la première demande faite par les participants aux premières rencontres de la ville pour la santé publique de novembre 2005. Vaste sujet, complexe et déterminant pour la société que chacun imagine, dont chacun rêve ou que chacun redoute. Je suis donc heureux de voir que nous sommes très nombreux aujourd'hui pour y réfléchir ensemble.

Pour commencer cette journée, Jean Furtos tentera de clarifier les termes employés afin qu'ils aient bien le même sens pour tous et ce n'est pas si simple.

Puis, Jean-Luc Roelandt de Lille nous présentera les résultats de l'enquête multicentrique « Santé mentale en population générale, Images et réalités », organisée par le Centre collaborateur OMS pour la santé mentale. L'intérêt, pour un élu, est non seulement de mieux connaître, voire de comprendre ce qui se passe sur son territoire, mais aussi à partir de cette photographie subjective et objective, de mobiliser les partenaires, d'engager des actions communes, de mieux répondre ensemble aux besoins pour améliorer la situation des patients et de leur entourage.

Cet après-midi, Fernando Bertolotto, sociologue, Marina Girod de l'Ain, maire adjointe à Grenoble et vice-présidente de l'association *Elus, Santé Publique & Territoires*, et Michèle Vullien, maire de Dardilly, nous présenteront le travail du séminaire DIV-Onsmp-Orspere : « Les élus face à la souffrance psychosociale », l'analyse que l'on peut en faire, les questions que cela soulève.

Enfin, Pauline Rhenter, politologue, Fernando Bertolotto, sociologue, et Jean Furtos, psychiatre, nous parleront de ce que le deuxième séminaire « Elus et santé mentale » a mis en évidence et permis de comprendre à partir de l'usage éminemment variable qui est fait de l'hospitalisation d'office.

Chaque séquence sera suivie d'un débat avec vous.

Si en 2004, on avait pu observer à l'occasion du colloque de Lyon puis de Lille, qu'un début de consensus semblait pouvoir se développer entre psychiatres, élus, travailleurs sociaux pour imaginer, voire expérimenter une collaboration respectueuse de chacun toujours au bénéfice du sujet, dans une optique de soins d'abord et secondairement de paix familiale, sociale, etc., et dans des configurations multiples, du Conseil Local en Santé Mentale à la simple cellule de veille, en passant par les coordinations informelles, travail renforcé par l'implication croissante des villes dans l'intégration des personnes handicapées mentales, aujourd'hui, ces réflexions et avancées sont fortement perturbées par l'inscription des personnes atteintes de troubles psychiques dans le projet de loi de prévention de la délinquance et par l'augmentation du pouvoir des maires en matière d'internement que ce texte propose. Ces propositions semblent rejetées par tous (associations d'élus de tous bords, l'ensemble des

syndicats de psychiatres et de travailleurs sociaux, Conseil de l'Ordre, associations des familles des patients...), car, comme pour nous tous ici, j'imagine, les malades psychiques sont des personnes qui ont besoin de soins et non des délinquants potentiels.

Reste qu'il nous faudra bien trouver le moyen de travailler ensemble dans le respect de tous et d'abord des patients. Nous proposerons donc une prochaine journée organisée par l'association *Elus, Santé Publique & Territoires* et tous ceux qui voudront bien s'y associer pour présenter et examiner ensemble tout ce qui s'expérimente, se fabrique, fonctionne bien ou mal dans les villes.

Je vous demande donc de nous faire très vite des propositions d'interventions afin que nous puissions être à même de faire quelques sages recommandations aux pouvoirs publics.

Je vous remercie, vous souhaite une bonne journée et donne tout de suite la parole à Jean Furtos.

Savoir de quoi l'on parle : définir les mots

Jean Furtos

Psychiatre, Directeur Scientifique de l'Onsmp-Orspere

Débat animé par Marina Girod de l'Ain, Maire-adjointe de Grenoble, Vice-Présidente de l'association *Elus, Santé Publique & Territoires*.

Marina Girod de l'Ain/ Pour introduire cette conférence : les questions qui seront traitées aujourd'hui relèvent d'un éventail très large de la santé mentale allant du trouble à la maladie. Savoir de quoi l'on parle et de qui l'on parle, est particulièrement important aujourd'hui dans un contexte politique et dans un agenda politique assez « chaud ». Comprendre aussi qui parle, de quoi et comment il parle. L' élu local est entouré d'un certain nombre d'interlocuteurs de champs très variés allant du social au médical, du policier au juridique et au technique. Le vocabulaire d'un élu local nouvellement élu est souvent pauvre et proche de la plomberie, allant du « pétage de plomb » « au câble », au « pétage de boulon », avec un certain nombre d'adjectifs, *agités, perturbé, dérangé*, avec la question du trouble psychique, de la souffrance psychique : peut-on avoir des troubles sans souffrance ? Ou inversement ? Comment la question de la précarité vient impacter tout ça ? Comment parle-t-on aussi de nuisances, de gênes, de tranquillité publique plutôt que d'ordre public. ? C'est d'avantage le vocabulaire des élus. La question pour un élu est également de savoir s'il y a un continuum entre la souffrance psychique et la pathologie psychiatrique : les clivages entre souffrance psychique et pathologie psychiatrique s'estompent-ils ? Finalement, comment arrive-t-on à un concept plus positif de santé mentale ?

Jean Furtos, vous êtes psychiatre chef de service au Vinatier, à Lyon-Bron et Directeur Scientifique de l'Onsmp-Orspere (Observatoire National en Santé Mentale et Précarité), éclairez un peu notre matinée...

Jean Furtos/ Je vais essayer, merci Madame, pour ces questions essentielles.

Monsieur le Président, Monsieur le Délégué Interministériel à la Ville, Mesdames et Messieurs les élu(e)s, Mesdames, Messieurs, cher(e)s Ami(e)s, je suis heureux que cette journée se tienne ici, à Nantes, dans des conditions d'organisation qui étaient de l'ordre du défi puisque les premiers courriers d'invitation sont partis il y a moins d'un mois ! Votre présence prouve que le thème est là, qu'il nous appelle. Il appelle d'abord à des clarifications et éventuellement à des controverses.

Un retour émotionnel, tout d'abord : entendre tout à l'heure Madame Choquet nous dire que nous étions ici à « la Manu », m'a fait immédiatement penser à la Manu de St. Etienne - je suis stéphanois d'origine - grande institution ouvrière devenue, comme ici, un bâtiment où il se passe des tas de choses très bien...

Dans les présentations faites jusqu'à maintenant, le terme d'« ordre public » n'a pas encore été prononcé. Nous avons pourtant délibérément choisi de mettre ce terme en exergue, terme dur, politiquement chargé, connoté négativement ou positivement, selon l'usage qui en est fait. « Santé mentale et ordre Public », c'est l'une des questions politiques qui se posent aujourd'hui avec acuité, même si on l'on préfère parler de manière euphémique de « la tranquillité publique », comme disait Marina Girod de l'Ain. Bref, on ne peut esquiver ce mot étymologiquement ob/scène, c'est-à-dire sur le devant de la scène, lorsque se discute au

parlement une loi sur la prévention de la délinquance dont les contours incluent des éléments évidents de santé mentale.

Cette journée est placée sous l'égide de la Direction Générale de la Santé. Nous avons conjointement décidé de cette journée, avec ESPT, à la fois en fonction de l'agenda politique et d'études que nous avons menées avec la Délégation Interministérielle à la Ville et un certain nombre d'élus dont beaucoup sont présents aujourd'hui. Je rends hommage à Catherine Richard qui a été pour nous la représentante exigeante et participante de la DIV.

Il est donc question, dans cette première intervention, de définir les mots. Prenons le sigle DGS, bien connu de tous, certes, mais polysémique ! Pour les gens des villes, « DGS » signifie Direction Générale des Services. Pour les gens de la santé, « DGS » signifie : Direction Générale de la Santé. On voit comment définir les mots peut éviter des malentendus. Un exemple : un membre de l'équipe de l'Orspere m'a annoncé récemment : « le DGS ne vient pas ». J'ai pensé : « Monsieur Houssin, directeur Général de la Santé, ne peut venir »... Or, en l'occurrence, il s'agissait d'un fonctionnaire territorial empêché qui s'excusait. Vous voyez combien le malentendu est facile si on ne définit pas les mots dans leur contexte !

Je vais donc m'employer à définir certains mots en rapport avec cette journée. Marina Girod de l'Ain a déjà posé des jalons interrogatifs.

Voici le plan que je vous propose :

- 1) La Santé Mentale synonyme de Psychiatrie
- 2) La Santé Mentale revue et corrigée par la précarité
- 3) L'exemple des Hospitalisations d'Office
- 4) Précarité, sécurité, sécuritaire. Les notions de sécurité, de besoin de sécurité, et de sécuritaire sont d'abord à comprendre. Quand on comprend le sécuritaire en tant que dévoiement du besoin de sécurité, on comprend tout, mais alors comment agir ?
- 5) Conclusions : les élu(e)s locaux sont des intervenants de première ligne.

C'est ce que nous avons appris en 2001, lors de notre séminaire national de recherche clinique sur le thème « la souffrance psychique dans l'espace public » : à notre grande surprise, nous, les professionnels travailleurs sociaux et psy, nous nous étions alors aperçus que la Santé Mentale n'est pas qu'une histoire de professionnels ; les maires, les élu(e)s locaux en savent un brin et sont engagés, impliqués avec leurs services, leurs réseaux, etc. Pour nous, cette prise de conscience a fait basculer la Santé Mentale du côté du collectif et du territorial, sans nier les éléments cliniques et thérapeutiques, bien évidemment.

1) SANTE MENTALE ET PSYCHIATRIE

Le terme de « santé mentale » est d'abord un euphémisme destiné à ne pas stigmatiser, on parle de Santé Mentale pour ne pas parler de Psychiatrie, parce que la psychiatrie « c'est pour les fous ». Exemple : à un moment donné, certains hôpitaux psychiatriques se sont rebaptisés « centres psychothérapeutiques ». Ça n'a absolument rien changé ! Le nom a changé mais pas les pratiques, c'était de l'euphémisme pur, avec une bonne intention, cependant, mais quand les pratiques ne changent pas... ! Evidemment, ce que l'on appelle aujourd'hui Santé Mentale n'est pas simplement un euphémisme non stigmatisant. Il est vrai que les droits de l'homme existent pour tout le monde, y compris pour la protection des citoyens vulnérables, y compris pour les malades mentaux. Les techniques de soins permettent de soigner, de suivre et d'accompagner les gens dans la cité et de ne pas considérer les malades mentaux que comme des malades mentaux. La notion de psychiatrie citoyenne, si l'on reprend le très beau

terme du Docteur Roelandt, serait la santé mentale utilisé à bon escient car reposant sur des pratiques effectives ; le secteur dirigé par le Docteur Roelandt, et d'autres en France, exercent une véritable psychiatrie citoyenne ; d'autres restent dans une orthodoxie basée sur l'externement de l'ancien asile.

Par ailleurs, il faut savoir que le terme de santé mentale aujourd'hui, dans nombre de pays, dans les pays anglo-saxons, dans les pays de l'Est, est devenue le synonyme officiel d'une psychiatrie où les malades mentaux ont le droit de vivre comme tout le monde, dans la cité, et si possible d'être accompagnés, aidés en tant qu'êtres culturels, politiques, ayant des droits, des devoirs et des voisins....

Sur le plan épistémologique, le principe de la Santé Mentale-psychiatrie est l'objectivation. On objectivait des signes et des symptômes dont le regroupement donne des syndromes et des maladies. Même si l'on essaie de le lier avec humanisme et citoyenneté, c'est d'abord une objectivation. Tout à l'heure, vous allez entendre un exposé sur une recherche OMS qui a effectivement « objectivé » un certain nombre de troubles. Dans au moins un tiers de la population, on observe une extension de la recension des symptômes qui ne sont plus limités à la schizophrénie, à la paranoïa, à la dépression, aux grands syndromes traditionnels. Déjà avec « la dépression », concept extrêmement ouvert, puis avec des tas de symptomatologies, anxiété, troubles obsessionnels compulsifs, et chez les enfants, des tas de nouveaux noms et de sigles, il y a une extension de la recension des symptômes qu'il faut connaître, même si l'on n'est pas forcément d'accord avec l'inflation. Mais cette approche, dominante, doit être tempérée par une « Santé Mentale revue et corrigée par la précarité ».

2) LA SANTE MENTALE REVUE ET CORRIGEE PAR LA PRECARITE.

Là encore, commençons par clarifier les mots.

La précarité n'est pas la pauvreté même si elle lui est souvent liée. Un cadre supérieur ou « un agent » travaillant dans une institution publique peut se sentir extrêmement précaire, c'est-à-dire extrêmement vulnérable. En fait, il faut distinguer entre la précarité normale et la précarité pathogène. **La précarité normale**, c'est simplement de savoir que **seul on ne peut rien**, et d'en tirer les conséquences. Le bébé, quand il naît, est vraiment l'être le plus précaire que l'on puisse imaginer. Sans ses personnes tutélaires, il est mort sur le plan physiologique comme sur le plan de ses besoins relationnels. Chez le bébé, la détresse est le premier déclencheur de liens, ce qui donne une coloration ambivalente aux liens sociaux : il sont nécessaires, ils aident à vivre, mais ils signent au départ une détresse, une déréliction qu'il n'est pas toujours simple d'assumer, et qui débouche heureusement assez souvent sur un plaisir partagé, ce qui incline plus facilement à demander de l'aide à sa manière et selon son âge. Toute notre vie, nous sommes morts en tant qu'être humain si nous sommes seuls, il y a toujours du besoin, de la détresse, de la déréliction. La précarité « normale » ouvre donc normalement au lien social, dans la confiance pour l'autre et pour soi, qui fait qu'un avenir est anticipable ; la précarité normale donne une confiance qui fabrique du lien social avec les parents, les personnes tutélaires et ensuite dans les réseaux : les copains, les professions, les associations, etc. Oui, la confiance se construit du fait que « seul on ne peut rien » et cela crée du lien. Mais il est des précarités où la confiance est perdue, dans un type de société précarisée où domine une grande obsession, celle de perdre les objets sociaux et les objets humains ; cet effondrement de la confiance est le grand signe de la précarité pathogène.

Vous me direz « La confiance ? C'est léger, c'est pas sérieux ». Mais pensez-vous que l'on peut vivre sans avoir confiance en autrui, confiance dans la hiérarchie, confiance dans le voisin, confiance dans le politique, dans les collègues, dans les gens de la rue ? La confiance en autrui est liée à la confiance en soi-même (le narcissisme) et réciproquement, ouvrant à la

confiance en l'avenir. Sans confiance (en autrui, en soi-même), l'avenir n'est que décadence et catastrophe, ou même pire : plus rien, l'avenir est bouché, *no futur* ! On comprend que le soucis écologique pour dans 50 ans ne soit pas pensable ! La temporalité en est globalement transformée, avec une urgentification du temps, un refus de penser, plus de révolte, plus de création, que de la répétition, la capacité d'agir est atteinte. Heureusement que cette description est seulement tendancielle !

Quel rapport, me direz vous, avec la santé mentale coupée de la psychiatrie, en rapport avec la précarité ? Le rapport, c'est avec nous qui sommes ici, et tous ceux qui sont en charge d'une manière ou d'une autre. Je m'explique.

La souffrance psychique n'est pas du registre de l'objectivation, comme pour les symptômes de la santé mentale-psychiatrie. Cette souffrance psychique a été « découverte » par les intervenants sociaux qui travaillaient avec les Rmistes, à partir de 1989 : ils ont ressenti en eux un malaise professionnel qui semblait corrélé à une souffrance sans adresse, une souffrance qui ne pouvait se dire de la part des personnes bénéficiaires du RMI. Ce fut le rapport Strohl-Lazarus (1995). Ce malaise subjectif des professionnels fait le diagnostic (mais le diagnostic de quoi ? d'une clinique particulière dont je vais parler dans quelques instants) par l'impuissance professionnelle ressentie, le refus de baisser les bras, et une position éthique qui authentifie et porte une souffrance qui n'est pas seulement la leur. Cette subjectivation a envahi la pratique d'un grand nombre de professionnels : des Allocations Familiales, de l'ANPE, des médecins libéraux, des enseignants, des soignants, des pompiers, conducteurs de bus, policiers et beaucoup d'autres..., dont les élus. La question devient : l' élu, qui est une femme ou un homme, un être humain donc ayant des affects, des émotions, mais qui représente le peuple, qui doit avoir une certaine prestance, ne peut pas s'effondrer ; alors comment va-t-il jouer son rôle d' élu(e) sans se transformer en travailleur social ni en psychanalyste, ni en déprimé ou paranoïaque... ? C'est un problème.

Ce type de problématique a donné ce qu'à l'Onsmp-Orspere nous avons appelé la clinique psychosociale. Qu'est-ce que la clinique psychosociale ? On en parlera plus concrètement cette après-midi, à partir de la première recherche DIV/Onsmp-Orspere. Qu'il nous suffise de dire, pour l'instant, que **la clinique psychosociale, c'est la souffrance psychique qui apparaît sur les lieux du social, et qui doit être accueillie en tant que telle**. La souffrance qui apparaît sur les lieux des soignants, on ne l'appelle pas clinique psychosociale, bien que la question mérite d'être posée là aussi.

C'est un certain type de souffrance, souvent non dite en tant que telle, qui apparaît sur les lieux du social et du travail social ; que vont en faire ceux qui l'accueillent professionnellement, dans une situation de malaise et d'indétermination quand à la conduite à tenir ? La souffrance psychique qui caractérise cette clinique psychosociale peut être vécue selon trois modalités que je vais envisager selon les usagers, mais j'ai déjà dit que ceux qui la reçoivent n'en sont pas exempts.

Première modalité- Il y a, si je puis dire, une « bonne manière de souffrir ». Pour certains, souffrir stimule l'action, la réflexion, le lien. C'est la manière d'être en « bonne santé mentale » : intégrer la possibilité de perdre des objets, ses illusions, et rebondir. Là, les gens savent demander de l'aide s'ils vont mal.

Mais souffrir peut commencer d'empêcher de vivre et même aboutir à une forme de sortie hors de soi et du lien, pour ne pas souffrir. La souffrance qui empêche de vivre, et celle qui empêche même de souffrir constituent **les 2^o et 3^o modalités** de la clinique psychosociale en matière de souffrance psychique, je n'en parlerais pas d'avantage maintenant². Cette

² Jean Furtos, « Introduction : souffrir sans disparaître », in Jean Furtos et Christian Laval (dir.), *La santé mentale en actes, de la clinique au politique*, Editions Erès, 2005, pp. 9-38.

souffrance psychique est d'origine sociale. Dans *Malaise dans la civilisation*, Freud décrivait la souffrance psychique d'origine sociale comme la pire des souffrances. Ce n'est pas pareil de souffrir d'une inondation ou de la caducité de son corps : on peut toujours penser que c'est le destin, la nature, Dieu, la fatalité... Tandis que souffrir à cause de personnes humaines, c'est intolérable ! Ca risque justement de casser la confiance dans l'humain. Et ça donne au passage, si on la reconnaît en tant que telle, une extension de la clinique psychosociale : au travail, on parlera du stress au travail ; avec les élus, on parle aujourd'hui de santé mentale dont beaucoup d'exemples concrets ont été donnés dans l'ouvrage que nous avons publié avec Fernando Bertolotto aux éditions de la DIV « *les élus locaux face à la souffrance psychosociale, de la sollicitude au politique* » (2005). L'extension de la clinique s'observe aussi avec les soignants en psychiatrie. Vous savez, l'Orspere a existé parce qu'un jour, une infirmière est venue me voir en me disant « écoutez, il faut faire quelque chose ». On a de nouvelles formes de souffrances dans les CMP, des Rmistes qui nous sont adressés par des travailleurs sociaux, et on ne sait absolument pas comment faire avec eux ».

Cette souffrance psychique d'origine sociale est vécue par l'individu parce que nous sommes une société individualiste ; mais elle est vécue par tellement d'individus que le problème doit être reconnu comme collectif. Cette souffrance individuelle est donc un problème collectif et elle entraîne une dérégulation politique. Une société peut faire semblant d'être composée d'une somme d'individus, mais c'est une illusion, elle est bien d'avantage que la somme de ses parties. Une société composée d'individus, atomisée, sans molécule ni groupalité, cela s'accompagne d'une dérégulation du politique, d'essence collective, d'où le rôle des maires. Pourquoi les maires sont légitimes ? Parce qu'ils sont élus et qu'ils travaillent sur le collectif, même en micro local, et même dans une société mondialisée. Le politique est convoqué, il répond ou il se défile, mais quand on est sur le terrain, c'est dur de se défiler. C'est pourquoi le rôle des maires est majeur.

D'ailleurs, on le voit aujourd'hui, parmi vous, les élus, il y a beaucoup plus d'adjoints au maire qui sont directement sur le terrain, ou de maire de villes petites ou moyennes, que de maires de grandes villes qui délèguent sans être directement sur le terrain, sauf quand il y a la télévision. Ce sont ceux qui sont sur le terrain, au contact des gens, qui sont interpellés dans leur chair par la souffrance psychosociale, par la souffrance psychique d'origine sociale, et ce, en leur qualité d'élus.

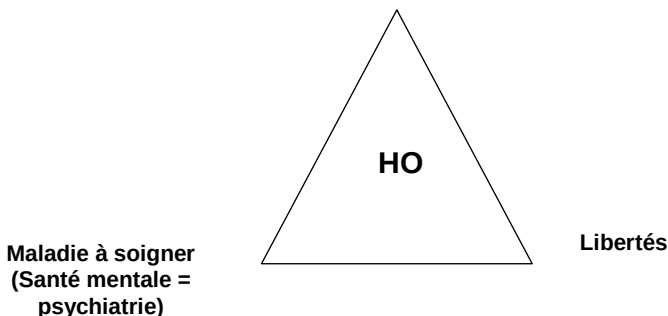
3) L'EXEMPLE DES HO : pour montrer combien la santé mentale-psychiatrie et la santé mentale-précarité sont liées.

L'hospitalisation d'office est composée d'au moins trois éléments, un ternaire donc: il y a un malade à soigner, sinon on n'enverrait pas la personne dans un hôpital. Il y a la question des libertés de l'individu. C'est toujours sérieux de priver quelqu'un de la liberté de refuser une hospitalisation. En même temps, il faut bien prendre en compte les plaintes ou les problèmes du vivre ensemble, les troubles du voisinage. C'est là où commence le troisième point, celui de l'ordre public que, pour l'instant, je qualifierai du côté du lien social, du voisinage et du vivre ensemble, en tant qu'il a à être régulé par une instance légitime ; on y retrouve des gens bien différents : des schizophrènes, des paranoïaques, mais aussi des personnes âgées, des jeunes qui ne respectent pas les règles, et qui ne sont pas tous de grands délinquants ; il y a peut-être aussi certains étrangers qui ont des coutumes particulières, etc. La question de l'ordre public dépasse la question des HO et met en avant la vaste question du vivre ensemble aujourd'hui dans telle ville, dans tel quartier, dans telle banlieue. Dans ce sens, les symptômes dont nous parlons sont transversaux, ils intéressent de multiples métiers, les voisins, les familles, les pouvoirs locaux. C'est une manière de répondre sur le plan purement théorique,

pas sur le plan pratique, à la question de Marina Girod de l'Ain : est-ce que les deux aspects de la Santé Mentale se rejoignent ? Théoriquement oui. En pratique aussi.

L'exemple des HO

**Ordre public, lien social, vivre ensemble,
Santé Mentale revue et corrigée par la précarité**



4) PRECARITE-SECURITE

J'ai dit que la précarité mettait en jeu la confiance et que la confiance avérée donnait le sentiment de sécurité (sans confiance, il n'y a pas de sentiment de sécurité). On sait que, dans des situations très difficiles, quand on a confiance en l'équipe ou en ceux avec qui l'on est, on se sent en sécurité même si on frise la catastrophe. On ne peut pas vivre sans confiance. Sinon, on observe un effondrement du lien, et en aucun cas un renforcement du lien du côté des réseaux et des organisations instituées dont la police, la justice, qui ont leur place dans la régulation du lien social avec la santé, l'éducation, les élus...

L'effondrement du lien donne deux ordres de symptomatologies que l'on n'observe pas seulement avec les malades mentaux « étiquetés » tels, mais avec des tas de gens comme vous et moi.

- 1) Une tendance forte à l'**isolement**, ce que certains sociologues appellent l'atomisation de l'individu.
- 2) Une tendance forte à la **persécution sociale**.

C'est-à-dire : soit je m'isole, je reste chez moi, je fais mes petites affaires pour mon plaisir, pour mes petites vacances, ou alors, au pire, je ne sors plus de chez moi, je rentre dans l'incurie qui est une pathologie psychosociale et transversale grave ; je m'auto-interne chez moi, tout seul.

Soit c'est la persécution sociale : je me sens harcelé par autrui, les gens me veulent du mal, les politiques ne me comprennent pas, mon patron non plus, le patron pense que ses agents ne le comprennent pas..., ça donne le harcèlement au travail et un sentiment réellement persécutoire qui n'est pas une persécution psychiatrique mais une persécution sociale :

l'homme redevient un loup pour l'homme comme le disait Hobbes (1588-1694), témoin des violences de son temps. Si le social n'est plus régulé, l'homme devient mon ennemi, c'est la persécution sociale, le fantasme et la réalité se rejoignent sans que l'on ne sache plus lequel a commencé.

C'est pour cela qu'il y a aujourd'hui une exacerbation de la convocation du pouvoir de police et de justice. Ça ne vient pas par hasard : ce n'est pas parce que les gens sont méchants que l'on va vers le sécuritaire. On va vers le sécuritaire parce que, en climat persécutoire, il faut qu'il y ait des bons ou des mauvais. On régresse sur le plan de la psychologie sociale, et cette régression donne une confusion entre d'une part le besoin de sécurité, besoin psycho-social et droit démocratique, et d'autre part le sécuritaire, qui est l'organisation de la persécution validée par le politique. Le sécuritaire n'est rien d'autre que l'organisation de la persécution ; on comprend que ceux qui exercent une responsabilité économique, institutionnelle, politiques ont comme premier devoir celui de lutter contre le climat persécutoire dans leurs institutions et dans les rapports entre les institutions. C'est le premier devoir : lutter contre la persécution, surtout ne pas en rajouter.

Le risque parallèle, c'est la confusion entre danger et dangerosité. Le danger est objectif : à certains moments, il y a danger. Il y a vraiment des gens qui, à certains moments, sont objectivement dangereux, dans l'immédiat ou le court terme, par rapport à la connaissance professionnelle, à l'intuition, à l'intelligence concrète, on peut prévoir qu'il y a une situation de danger qui se développe ou qui va se développer. Le danger doit se traiter (par les proches si c'est encore possible, certaines médiations dont la police, un traitement psychiatrique approprié). Bien différente est la dangerosité, cette notion complètement infiltrée de persécutoire. La dangerosité, décrite avec les « classes dangereuses », au XIX^{ème} siècle, s'est attachée à des types de personnes ou à des types de personnalités. Les enfants de trois ans en ont été récemment les derniers « bénéficiaires » (rapport INSERM)..., les malades mentaux, qui sont supposés avoir tels et tels types de comportement dangereux, les récidivistes en général, les malades mentaux en général, les pauvres en général..., à eux tous, et à d'autres est attachée une suspicion généralisée, au sens de la paranoïa sociale que j'évoquais tout à l'heure. Nous sommes inquiets de la confusion entre le dangereux et la dangerosité, glissement sémantique dramatique pour vivre ensemble en paix ou en conflit structurant.

Conclusion

Les élus locaux municipaux sont en première ligne. Comment les maires des grandes villes peuvent-ils être aussi en première ligne ? D'abord en faisant confiance aux élus qui travaillent avec eux, mais aussi en assumant une préoccupation de santé mentale. Quand on est interpellé sur le terrain, si on est un humain normalement constitué, et si on ne se blinde pas comme un homard avec une coque externe invulnérable, on a une préoccupation de santé mentale. Et alors notre pratique, votre pratique change. C'est la pratique de tout le monde qui a commencé à changer depuis une quinzaine d'années, avec cette curieuse histoire de souffrance psychique d'origine sociale. **C'est une santé publique vue du terrain**, pas sur le plan épidémiologique statistique, même si les chiffres sont importants, et pas vue d'avion, même s'il est important de prendre de la distance. D'une certaine manière, c'est un retour du bureau municipal d'hygiène qui, à partir de 1902, s'est installé dans les villes de plus de 20.000 habitants ; et certaines villes ont joué le jeu. Le fait d'être interpellé sur le terrain appelle à une pratique et une orientation politique ; sans pratique, ce sont des effets d'annonce ou de prestance. Les mairies plus que les DDASS sont sur le terrain. Les DDASS avaient un rôle moteur avant la décentralisation, tout particulièrement pour le développement des secteurs de psychiatrie ; maintenant le rôle des services déconcentrés de l'Etat est toujours important mais plus limité,

il est moins moteur, et sur le terrain, ceux qui sont le plus en contact avec la santé mentale-psychiatrie et la souffrance psychosociale, ce sont les élus.

S'agit-il d'une psychologisation ? La psychologisation, c'est de dire : tout est psychologique. Si on garde le fait qu'il y a des causalités économiques, politiques, sociales, mais qui ont des effets psychiques, on n'est pas dans la psychologisation. La psychologisation, c'est de dire : ce n'est que du psychique.

S'agit-il d'une psychiatrisation ? Je passe sur la psychiatrisation de la dissidence dans l'ex-union soviétique, c'est évidemment ce que personne ne veut. Il peut cependant y avoir une psychiatrisation plus subtile qui revient à dire trop vite que les précaires et les pauvres sont fous (diagnostic abusif), ou que les malades mentaux sont des meurtriers ou des délinquants en puissance (la perversion du diagnostic par la stigmatisation).

S'agit-il d'une sanitarisation des problèmes sociaux ? Là, je réponds : OUI. Je ne prends qu'un exemple : on soignera sans problème un cas de saturnisme d'une famille pauvre d'Afrique Sub-saharienne, tout le monde va s'en occuper. Mais si l'on se contentait de dire « logement insalubre », ça n'intéressera personne ! Ou pas avec la même urgence.

Par les problèmes de santé, on arrive aujourd'hui, comme au XIX^{ème} siècle, à poser les problèmes d'inégalités sociales, d'obligations de l'Etat, de ce que doivent faire les collectivités locales, etc.. C'est une des questions que pose le thème de cette journée de Nantes, surtout si l'on ajoute aux inégalités sociale la question du vivre ensemble : quelle est la mission des élus ? Quelle est la mission des psy ? Des services sociaux ? Des services de l'Etat, des Associations... ?

Je dirais en tous les cas qu'il ne s'agit pas de changer de mission (les psy ne doivent pas devenir des élus, les élus ne doivent pas devenir des psy, les travailleurs sociaux ne doivent pas devenir des psychothérapeutes), mais d'être là où il faut comme il faut aujourd'hui, c'est à dire en contextualisant sa mission.

Je vous remercie de votre attention, j'espère avoir contribué à la clarification des termes.

Débat

Marina Girod de l'Ain/ Ce travail de définition préalable est essentiel.

On retrouve bien en tant qu'élus l'ensemble du champ et des situations locales et l'extension de la clinique à la question de la précarité. La parole est donnée à la salle.

Alain Gouffès (Rouen)/ je suis coordinateur d'un réseau régional psychiatrie et précarité, petite unité mobile sur l'agglomération Rouennaise. Je voudrais poser une question à partir des difficultés que l'on rencontre sur Rouen.

J'aimerais que cette association prenne à bras le corps les différences de moyens existant en France, certes dans le secteur dit privé mais aussi dans le service public (le service public de psychiatrie, par exemple), ce que malheureusement les associations professionnelles, même des organisations syndicales ne font pas suffisamment. La France serait encore le premier pays au monde où le nombre de psychiatres rapporté au nombre d'habitants est le plus élevé (il faut le savoir, on l'oublie trop souvent)... Malheureusement les écarts entre les villes, les territoires peuvent varier de 1 à 12 ! Par exemple, à Vernon (près de Paris), il y a une zone de 100.000 habitants où il y a 1 ou 2 psychiatres comparés à une jeune psychiatre en formation sur Rouen qui est l'équivalent d'un 4^{ème} temps plein. Il va quitter la ville, il va être le 17^{ème} temps plein d'un service parisien où les besoins sont les mêmes qu'en Seine Maritime. Ces questions-là malheureusement ne sont pas suffisamment reprises. Parfois on cherche à mettre sur place une mesure notamment sur les questions de précarité, de Santé Mentale ; très vite, il est répondu : « on a suffisamment à faire ». Vous faites de l'associatif. C'est évidemment de

fausses raisons mais quand des personnes sont acculées sur des tâches minimales, c'est encore plus difficile.

C'est une question politique difficile à régler parce qu'elle interroge aussi la liberté d'installation des médecins... Il faudrait un jour que des politiques s'en emparent... Ça ne va pas être facile mais pour le privé c'est encore plus difficile. Dans le public, il serait souhaitable qu'il y ait des mesures prises. On ne peut pas dire égalité, accès aux soins, démocratie sanitaire... Ce n'est pas l'essentiel du débat mais on est quand même dedans.

Marina Girod de l'Ain/ Dans chaque problématique, on trouve la question des moyens. Sur les déserts médicaux, Médecins du Monde a fait une journée il y a 15 jours, sur la question de la liberté d'installation des médecins généralistes. On voit bien que ça ne concerne pas seulement la psychiatrie mais l'ensemble des spécialités de la médecine générale et on le voit très clairement dans nos villes. Cette question est en effet une question politique.

Bertrand Abiven/ Directeur adjoint de la DDASS Pyrénées-Atlantique. Je voulais savoir, au-delà de votre propos que j'ai trouvé intéressant sur une attention moins grande aujourd'hui de la part des services de l'Etat, des services déconcentrés sur le terrain, qu'est-ce que vous attendez précisément du rôle de l'Etat, avec un Etat qui a ses moyens, des équipes pluridisciplinaires qui ont leurs priorités, certes sur le PRSP mais peut-être pas sur ces questions d'une manière aussi précise avec des ARH qui se sentent peu impliquées dans la politique sociale et peut-être une approche en Santé Mentale exclusivement sanitaire ? De quelle manière vous entendez la possibilité pour les services de l'Etat déconcentrés au niveau départemental et régional d'être à l'origine de la procédure, d'une réflexion commune, ... d'une action beaucoup plus concrète ?

Clotilde Tascon-Mennetrier/ Je suis Maire Adjointe de Rennes. J'aurais voulu un éclaircissement Monsieur Furtos sur votre dernière partie. Vous avez parlé de la « sanitisation des problèmes sociaux » ; vous avez renvoyé au XIX^{ème} siècle. Pourriez-vous développer un peu plus ? Est-ce que c'est un risque de traiter les problèmes sociaux comme des maladies ?

Jean Furtos/ Ce qu'a dit Alain Gouiffès se suffisait à lui-même : c'était rappeler les différences incroyables de densité médicale, et la non intervention d'aucune autre instance régulatrice que celle du marché, en définitive ...

Sur la question de ce que nous attendons de la DDASS, ou de la DRASS : beaucoup, tout de même. Ce n'est pas parce que les temps ont évolué que l'Etat ne doit plus, par ses services déconcentrés, avoir de préoccupations en terme de santé mentale territoriale. On observe que les HO sont initiées à 70% en France (chiffre moyen , il faudrait voir si ces chiffres sont toujours vrai aujourd'hui) par les municipalités ; on a observé que dans la majorité des départements, la DDASS faisait confiance aux municipalités pour les HO. Peut-être que dans l'air du temps, la tendance est à ce que les DDASS ne fassent plus que leurs objectifs immédiats et rentrent dans un désengagement de plus en plus important. Mais ce serait vraiment très ennuyeux que les services de l'Etat se désengagent. Quand on travaille sur le terrain, on s'aperçoit que les interlocuteurs de terrain et les municipalités ont besoin d'avoir un point de vue de l'Etat qui puisse se dire, qui puisse rappeler la loi, etc. Malgré les signes des temps, c'est-à-dire le désengagement progressif de l'Etat, on a besoin que les services déconcentrés de l'Etat gardent une autorité, ne serait-ce que pour rappeler les obligations de chaque institution. Mais sans doute la maîtrise d'ouvrage locale se partage-t-elle plus qu'avant. Ceci dit, en dépit des lois d'un Etat très centralisé, au début du XX^e siècle, on observe que ce sont les villes engagées qui ont le plus œuvré pour la Santé Publique ; et dans

notre étude sur le HO et les élus, on observe que lorsque les villes s'emparent d'un problème, la configuration locale change du tout au tout.

Marina Girod de l'Ain/ Par rapport au cadre de l'association *Elus, Santé Publique & Territoires*, un point fondamental de la création de cette association était bien le rapport des élus locaux et des municipalités avec l'Etat. C'est même l'objectif premier de cette association : être l'interlocuteur dans les deux sens. Les plans de l'Etat, sur tout un tas de sujets, restent souvent des plans des services déconcentrés qui n'arrivent pas jusqu'au local, qui n'ont pas de déclinaisons pratiques. L'idée est bien de tenter de mettre en pratique un certain nombre de dispositions de l'Etat au niveau local et inversement là où des expériences, là où il y a une volonté politique propre de pouvoir contractualiser ces expériences avec l'Etat. Etre un interlocuteur et en même temps alimenter, dans le cadre de la décentralisation, c'est bien la question. On a bataillé un peu pour que les communes aient une place au niveau des GRSP, des groupements régionaux de santé publique. C'est bien dans cette idée-là, peut-être un peu utopique....

Laurent El Ghazi/ Un mot pour insister par rapport à la question de Monsieur Abiven. Il y a un certain nombre de dispositifs proposés par l'Etat, il y a les lois de santé publique, la politique de la ville, la lutte contre les inégalités. Nous sommes convaincus, à l'association *Elus, Santé Publique & Territoires*, que ces lois ne se mettront pas en place, resteront des papiers empilés dans des cartons si les élus locaux ne s'en saisissent pas. C'est vrai sur la santé, c'est vrai sur un certain nombre d'autres sujets, évidemment. La mise en œuvre de la loi se fait sur les territoires. Si les responsables de territoires ne sont pas impliqués, ça ne marche pas. L'idée que dans les CUCS il doit y avoir un Atelier de Santé Ville (ASV), ça me paraît une idée volontariste mais forte, en tout cas l'association *Elus, Santé Publique & Territoires* appuiera, ira dans ce sens; et puis, il y a le GRSP (Groupement régional de Santé Publique) dans lequel la place des villes est extrêmement faible (4 sièges sur 40), mais il faut que les élus engagés dans des politiques de santé y soient. Ça veut dire aussi qu'il faut que les services de l'Etat « privilégient » ou s'appuient sur les villes dans lesquelles il se passe quelque chose et sur les élus qui sont engagés. Ce qui n'est pas toujours le cas. Le choix des villes pour siéger dans les GRSP obéit parfois à des considérations plus politiques que réellement pragmatiques. C'est une vraie question.

Jean Furtos/ Sur la question de la sanitarisation que vous posez Madame Tascon-Mennetrier, d'une part, peut-être que Christian Laval pourra de sa place dire des choses, parce que les sociologues ont fait un gros travail sur cette question, je pense à Didier Fassin, par exemple. Il est bon de rappeler les travaux de Lion Murard, historien et chercheur au CNRS : au principe du Public Health Movement, on trouve les horreurs de la première révolution industrielle, et les inégalités de mortalité liées à l'urbanisation sauvage (26 ans de durée de vie moyenne à Liverpool, contre 45 ans dans le Surrey campagnard, et des enfants dont la moitié décèdent avant 6 ans dans cette même ville de Liverpool); l'idée était alors de réduire le coût social de l'urbanisation sauvage, mais non de la limiter, voilà la difficulté !... En France, les Annales d'hygiène publique indiquent le même objectif depuis 1829. Dans la première partie du XX^{ème} siècle, en France, « l'hygiène devient une branche de l'économie politique » (Murard). On sait bien qu'en principe, le pouvoir politique local et national peut avoir des effets collectifs importants à partir du moment où un diagnostic est posé. Je me souviens d'un colloque à l'INSERM (il y a quelques années) où j'ai appris que la mortalité en France restait complètement dépendante des classes sociales : plus on appartenait à une classe sociale élevée, plus on avait de chances de vivre vieux, d'avoir moins d'infarctus, moins de fausses couches dans la famille.... Ça m'a vraiment fait quelque chose ! Si Marx n'est plus persona

grata sur le plan des références, les chiffres comptent, si l'on peut dire, d'abord sur un plan émotionnel et identificatoire, et éventuellement sur un plan pragmatique, rarement sur un plan authentiquement politique, et c'est là que la sanitarisation trouve sa limite essentielle. Le fait d'avoir une vision d'abord sanitaire repose sur l'individualisation des rapports humains, les droits de l'homme, et sans doute également la peur de la mort : il y a une insistance majeure portée sur la capacité de vivre, de ne pas mourir trop jeune, de vivre bien ; et, d'une certaine manière, ce n'est pas une fausse valeur que celle de viser à ce que les gens vivent bien, et de remarquer que vivre mal peut provenir d'une causalité économico-politique. C'est intéressant de constater que la prise de conscience politique commence souvent par des problèmes de santé. Je laisse de côté la question de l'interdiction du tabac, sur laquelle il y aurait beaucoup à dire

Christian Laval/ Pour compléter ce qui vient d'être dit, la première question qui est posée quand il y a une nouvelle question sociale, c'est celle de rendre public un certain nombre de problèmes, de sortir de l'invisibilité un certain nombre de problèmes. Dans nos sociétés, il y a différents processus sociaux qui convoquent des acteurs qui sont parfois différents pour rendre public un problème. Si j'ai pris la parole, c'est simplement pour donner cet exemple : regarder aujourd'hui comme le problème des tirailleurs avec le film « Indigène » est devenu public. Ce n'est pas de la sanitarisation. C'est de la médiatisation. Et c'est devenu un problème politique. Il y a effectivement le XIX^{ème} siècle mais tu as oublié le XX^{ème} siècle : on dirait que l'on passe du XIX^{ème} au XXI^{ème} siècle ! Au XX^{ème} siècle aussi, il y a eu un certain nombre de problèmes qui étaient des problèmes sociaux majeurs sensibles qui sont arrivés sur la scène publique par le fait que c'est le volet santé de ces problèmes qui, à moment donné, a été visible et publicisé. C'est ce que j'appelle la sanitarisation. C'est un processus. Le premier risque, ce n'est pas celui de la sanitarisation. Le premier risque, c'est celui de l'invisibilisation des problèmes. Après, dans la sanitarisation, il y a un risque : que l'on ne monte pas en généralité vers le politique. On reste dans le sanitaire et ceux qui font exclusivement du politique et qui parfois prennent la place et le pouvoir sur la scène sociale, ce sont ceux qui représentent le sanitaire, c'est-à-dire le médecin. C'est un problème puisque le politique appartient à tout le monde et pas simplement au médecin.

Jean Furtos/ Sur les mots que j'ai définis, il n'y a aucune controverse ? Nous sommes absolument d'accord sur tout ?

Claudine Cottain/ Travailleur social, directrice d'un centre d'accueil de jour à St Nazaire, je suis aussi depuis fort longtemps membre et très investie dans un réseau de santé de proximité sur St Nazaire qui nous avait déjà valu l'occasion de nous rencontrer Monsieur Furtos dans le cadre d'une recherche-action. Je parle à la fois d'une expérience de terrain et d'une réflexion collective partagée depuis longtemps entre les travailleurs sociaux et les professionnels de la psychiatrie. Monsieur Furtos, vos travaux et vos définitions ont fait référence dans nos réflexions depuis longtemps. Aujourd'hui, il y a quelques controverses quand même qui commencent à apparaître. Si on repart du rapport Sthrol-Lazarus et de la souffrance psychosociale qui avait été définie comme un malaise exprimé par les gens qui ne sont pas ceux qui sont concernés par cette souffrance, on s'aperçoit que dix ans après, on est toujours un peu près au même point. Dans le rapport Strohl-Lazarus, les conclusions étaient qu'il fallait avancer dans la connaissance de la souffrance psychosociale ; pour renouveler les hypothèses, on s'aperçoit que maintenant on parle de souffrance psychosociale mais que les hypothèses n'ont toujours pas été renouvelées, c'est-à-dire que l'on ne sait toujours pas quand on parle de souffrance psychique avec des consonances pathologiques et quand on parle de souffrance sociale. Il y a une confusion des deux très inquiétante dans ses articulations pour

plusieurs raisons : parce que sur le terrain, c'est là que je ferais controverse, « clinique psychosociale » peut-être, du côté de ceux qui observent, mais « souffrance psychosociale »... Vous nous dites, Monsieur Furtos, qu'elle apparaît sur les lieux du social, on est bien d'accord, mais on ne sait toujours pas ce que c'est. Sur les lieux du social et certains d'entre eux, les témoignages se renforcent : dans cette souffrance, on a quoi ? Des bénéficiaires du Rmi ? Ce sont des catégories de ressources. C'est une population très hétérogène, il n'y a pas de communauté de souffrance là dedans. Des malades mentaux ? Je ne sais pas si ce sont des « malades mentaux ». Mais c'est vous, les psychiatres qui disiez qu'ils étaient malades mentaux, il n'y a pas si longtemps et que l'on retrouve dans les dispositifs d'insertion, dans des proportions assez fortes, et qui font qu'on ne peut plus nous, travailleurs sociaux, les amener au soin, parce que l'on n'est plus entendu, même de certains services de soins, quand on en fait la demande. Et quand on parle d'HO, il y a le rôle des élus locaux. Je peux vous dire qu'en tant que directrice de structure, ça m'arrive d'aller porter plainte contre des schizophrènes parce que simplement ils menacent les lieux, etc., en me demandant de quoi je suis l'instrument. La question que je pose, c'est : la souffrance psychosociale, à part quelque chose qui mélange tout un tas de notions, je ne sais toujours pas ce que c'est ! De moins en moins ! Par contre, je commence à percevoir la façon dont on s'en sert. Si cette souffrance-là, on la traite en catégorie clinique, concernant le symptôme de toute une population d'exclus, le risque de la sanitisation devient très inquiétant.

Marina Girod de l'Ain/ Sur ce début de controverse sur « souffrance et troubles », qu'est-ce que l'on traite : la souffrance ou les troubles ?

Jean Furtos/ Il y a beaucoup de choses dans le propos de la collègue de St-Nazaire.

Avec Christian Laval, nous sommes allés, il y a quelques années, dans une ville proche de Lyon pour aider à construire un réseau qui était en train de se créer. On est revenu deux ans après : au lieu d'avoir dix personnes, il y avait 80 ou 100 personnes, elles étaient toutes malheureuses, car on n'en a jamais fini, dans ce type de pratique ! Mais elles en parlaient dans la transmission et le partage des compétences. Il n'y a vraiment aucun argument pour être pleinement satisfait, sauf qu'il faut le faire. On arrive à se raconter des histoires de malheurs et aussi de réussite, pour rester vivant en tant qu'aidant et pour que les gens que l'on aide puissent eux-mêmes rester vivants, en attendant quoi ? Evidemment, en attendant des transformations qui nous dépassent nous-mêmes, des mouvements dont nous ne sommes que de très modestes acteurs.

Alors vous nous dites aussi : « cette souffrance, on ne sait toujours pas ce que c'est ». On sait tout de même qu'elle a à voir avec l'individualisme, que cette individualisme philosophique est exacerbé jusqu'à son atomisation par le management du néolibéralisme non régulé ; dans le processus d'atomisation où « l'autre » disparaît, apparaît un mécanisme de défense : la persécution, soit le retour de « l'autre » sous cette forme d'hostilité universelle. On sait que l'atomisation touche les plus vulnérables, qu'ils soient affectés d'une maladie mentale ou pas, et que la manière du socius pour s'en défendre est toujours la ségrégation, mais à laquelle se surajoutent des processus d'invisibilisation, un mur d'invisibilité psychique qu'on appelle le déni, parfois brisé temporairement par une médiatisation aiguë dont parlait Christian Laval tout à l'heure à propos de la sanitisation.

Techniquement, il est important de comprendre que le trouble, y compris de l'ordre public, est une modalité de visibilisation en attente implicite de reconnaissance. En effet, ce dont on s'est aperçu, quand il y a du trouble (par exemple une personne qualifiée de schizophrène trouble le voisinage), c'est que, souvent, il est plus intéressant qu'il y ait trouble plutôt que pas de troubles. On peut rencontrer en amont de situation de trouble des gens qui souffrent de

manière infernale, qui ne troublent personne, qui crèvent sur place d'isolement, et qui parfois meurent sur place. Le trouble, c'est à dire des personnes troublées, cela signifie « je trouble des gens donc j'existe pour eux ». C'est alors que se pose la question de comment traiter le trouble sans revenir dans l'invisibilité. Vous me troublez, donc vous existez, je ne peux pas tolérer cette personne, malade mentale qui hurle la nuit, manipule les boîtes à lettres, fait peur aux enfants, je passe du trouble au conflit, y a-t-il négociation possible, directement ou via l'appel aux réseaux, à la mairie, à la DDASS, aux services de psychiatrie ? Qu'est-ce que l'on fait ? Et peut-être qu'il y a des gens qui vont aller beaucoup mieux s'ils sont soignés. Il n'y a pas que le traitement psychiatrique, il y a la conflictualisation du trouble : dans le trouble, le troubleur est un intrus, il fait intrusion dans votre vie ; dans le conflit, médiatisé directement par la parole ou par des tiers, l'intrus devient partie prenante d'une négociation amiable ou non amiable, qui met éventuellement en jeu des institutions.

Nous isolons donc la séquence suivante : d'abord transformer l'absence de troubles en troubles, les gens se débrouillent souvent pour le faire eux même ; il vaut mieux un trouble que même pas de troubles. Des praticiens nous ont parlé de personnes cloîtrées chez elles dans des cités avec une organisation de type un peu mafieuse, et personne qui n'ose se plaindre, donc il n'y a pas de troubles. Quand on va à leur rencontre, ce qui est extrêmement difficile, on voit des gens qui sortent dans la rue hagards, à moitié nus ; même pas de troubles : ils crevaient sur place, chez eux. Le fait de troubler l'ordre public, c'est donc parfois une bonne chose. Ensuite : que fait-on de ce trouble ? Avec quel respect ? Quelles limites, quelle loi ? Quelle pratique ? Quel avenir ? Quel non enfermement dans un diagnostic définitif ? (la dangerosité, c'est un enfermement dans un diagnostic définitif).

Le trouble peut donc être une bonne chose à condition que l'on en fasse quelque chose de l'ordre de la conflictualité, et si possible de l'apaisement. Les politiques diraient quoi ? La logique du vivre ensemble, c'est d'assumer un certain conflit.

Depuis 2004, à l'Orspere, nous définissons la Santé Mentale comme « la capacité de vivre et de souffrir (car on est dans une société où souffrir fait partie de la vie à cause des droits de l'homme, de la subjectivation obligée, de la dérégulation du socius...), pour rester en contact avec soi-même et avec autrui, pour vivre avec soi-même et avec autrui, sans destructivité mais non sans révolte ». Le rôle des acteurs de la clinique psychosociale, c'est déjà d'éviter que les gens se détruisent et détruisent les liens sociaux. Michèle Vullien nous parlera cet après-midi de la production de haine lorsque le trouble n'est pas traité, une production locale de haine, de paranoïa collective. Ensuite, comment se fait la révolte, le refus, le combat politique, car le combat a sa place. Il y a du travail sur la planche, je suis d'accord avec vous. En tous les cas, les psy ne sont intéressants que du lieu d'où ils parlent, il y a d'autres paroles et d'autres lieux. Dernière chose : êtes vous sûr que savoir si une personne troublante est malade mentale ou pas soit la seule bonne question, du point de vue du traitement de la conflictualité sociale ? Est-ce qu'il n'y a pas, dans chaque situation, à considérer la compatibilité du symptôme, quel qu'il soit, avec le lien social concret ?

Antoine DE TOVAR, directeur d'hôpital/ Je voudrais revenir sur la question des rapports entre l'Etat et les collectivités locales qui n'a pas été totalement épuisée, me semble-t-il. Monsieur Furtos, vous avez exprimé le vœu que l'Etat garde un rôle : vous n'avez pas bien dit d'ailleurs pourquoi et quel rôle.

L'idée, me semble-t-il, que la contractualisation puisse être le mode de régulation des compétences et des pouvoirs entre l'Etat et les collectivités locales me paraît un vœu pieu mais représente en tout cas une phase transitionnelle. Il n'y a pas de partage de compétences,

il n'y a pas de contractualisation avec une autorité, une instance d'Etat qui représente la souveraineté. Ca n'existe que pour un certain temps.

On est bien dans une phase transitionnelle vers une décentralisation complète de cette organisation de la santé, en tout cas de la santé mentale. Dans cette perspective-là –je force le trait des évolutions possibles, pour revenir à la définition de « santé mentale et ordre public », il ne resterait à l'Etat effectivement que l'ordre public, et ce n'est pas innocent si aujourd'hui, c'est bien un texte d'ordre public qui veut essayer de faire croire qu'il peut traiter la question de la santé mentale et il resterait aux collectivités locales, la question de la santé mentale. Tout votre développement sur les liens dans le territoire montre bien que c'est une question qui touche d'abord le territoire et donc ses représentants, ses élus, et sa conséquence politique et administrative sera bien de la décentralisation. Je me trompe peut-être en évoquant ces évolutions-là, encore qu'il y a des élus qui revendiquent effectivement la compétence totale dans le domaine de la santé mentale sans trop le dire. L'évolution des pouvoirs au maire va bien dans ce sens-là à l'heure actuelle ; qu'attendez-vous du maintien du rôle de l'Etat face à cette évolution qui me semble inévitable ?

Jean Furtos/ Je répondrai de ma place, je n'ai pas toutes les qualités nécessaires pour répondre à une question si vaste : en ce qui concerne les maires, d'après le travail que nous avons fait avec ceux qui ont travaillé avec nous, les maires ne souhaitent absolument pas la totalité du pouvoir mais partager le travail avec les partenaires naturels que sont les réseaux des institutions, les réseaux soignants, les hôpitaux, les DDASS ; ce dont manquent les maires qui investissent dans la santé mentale, c'est d'abord de la part des fonctionnaires de l'Etat, de la préoccupation, du respect, du bon partenariat. Quand nous nous sommes déplacés dans quelques villes en France, nous nous sommes aperçus que là où la santé mentale n'était pas un vain mot, c'est là où les gens travaillent ensemble avec les logeurs, les psy, les intervenants sociaux... Mais on s'aperçoit aussi toujours que parmi tous les partenaires, il manque au moins un grand partenaire. C'est incroyable ! On dirait qu'il faut une case vide. Il y a toujours quelqu'un qui manque et que l'on regrette ; et il n'est pas rare que ce partenaire soit la DDASS, non pas parce la DDASS ne travaille pas, mais parce que l' élu local ne fait pas partie de son horizon direct. Evidemment, à Paris, la situation est complètement différente du fait de la place de la préfecture de police et de l'infirmier psychiatrique.

Les maires ont un pouvoir de police, au titre du Ministère de l'intérieur. J'avais d'ailleurs demandé à Monsieur Sarkozy une interview qu'il a déléguée à Monsieur Brice Hortefeux, pour *Rhizome* ; je l'avais interpellé « en sa qualité de Ministre des maires ». Dans le droit des maires, il y a quelque chose qui n'est autorisé que du fait de la centralisation. Jacques Michel, tout à l'heure, aura peut-être des choses à dire ; mais en France, il risque de se passer du temps avant que l'on fasse le deuil de ce que devrait être l'engagement de l'Etat. Je ne sais pas si on peut le faire à l'américaine où l'Etat n'existe que pour faire la guerre et le FBI pour certaines choses extrêmement pointues.

J'appelle de mes vœux tout de même que l'Etat précise ses engagements régaliens, tout en laissant aux pouvoirs régionaux leur pleine responsabilité, et en acceptant d'être partenaire.

Marina Girod de l'Ain/ En tant qu' élue sur le rapport à l'Etat, je voudrais dire que quand on exerce les pouvoirs de police, on les exerce au nom de l'Etat. C'est bien un pouvoir conféré par l'Etat. Dans le champ de la santé mentale, dans nos pratiques d'action publique locale, les choses se passent assez aisément avec un ensemble de partenaires associatifs, bailleurs, etc. La difficulté, c'est de travailler, notamment avec la psychiatrie, dans le champ de la santé mentale. Il faut également souligner que la présence des élus locaux des grandes villes dans les conseils d'administration des hôpitaux psychiatriques est déterminante, ce qui n'est pas le cas partout actuellement puisque les hôpitaux psychiatriques sont souvent en dehors des

grandes villes, pour des raisons historiques. Cette légitimité-là, quand elle existe, permet d'interpeller localement, d'être un acteur légitime au sein d'un large partenariat, puisque c'est finalement ça le point crucial qui fait défaut. L'Etat doit être le garant et le pilote mais les partenaires doivent aussi s'impliquer dans la construction de l'action publique locale. Et ce n'est pas tout à fait le cas aujourd'hui.

Laurent El Ghazi/ Je trouve que la question est terrible ! On a créé *Elus, Santé Publique & Territoires* pour arriver à renforcer cette contractualisation, ce co-pilotage des politiques locales de santé au niveau des territoires. Quand tu poses la question « qu'est-ce que l'on attend de l'Etat ? », c'est difficile d'y répondre. On voit bien que la vague va vers moins d'Etat. Ce que disait Jean Furtos tout à l'heure, quand on travaille bien ensemble, on travaille avec les acteurs locaux ; et il en manque toujours un : tu n'as pas dit que c'était l'Etat qui manquait, mais quand même, c'est bien souvent l'Etat!

Qu'est-ce que l'on attend de l'Etat ? On est sur une question éminemment politique à laquelle chacun va répondre différemment selon qu'il est plus ou moins Jacobin, plus ou moins décentralisateur, plus ou moins pour la démocratie participative locale... On ne peut donc répondre qu'à partir de ce que l'on est. Ce que j'attends de l'Etat, c'est d'être garant de l'égalité sur le territoire ; ce n'est pas le cas ! La question de tout à l'heure sur l'inégale répartition des psychiatres publics sur le territoire montre qu'évidemment l'Etat ne joue pas son rôle. C'est de définir le cadre : là encore, le cadre n'est pas appliqué de la même façon. On verra tout à l'heure comment les HO sont appliquées dans les différentes villes. Il y a un même cadre et pourtant des pratiques excessivement diverses. C'est aussi la légitimation par le haut, puisqu'en santé les élus locaux n'ont pas de compétences ; ils ont une vraie légitimité en tout cas, on essaie de le prouver, mais la légitimation par le haut me paraît importante.

Hervé Inial, psychiatre au CHU de Nantes/ Sur l'effondrement du lien évoqué par Jean Furtos, je trouve que c'est intéressant de regarder le partenariat qui existe pour des équipes de santé mentale. Les élus sont à différents niveaux : il y a des élus de villes, de cantons, de départements, de régions, nationaux, etc. Parfois ce sont les mêmes mais ils ne font pas tout à fait les mêmes politiques suivant leur position.

L'effondrement du lien, ça serait tout à fait intéressant pour un professionnel de la Santé Mentale de voir comment naît le lien entre les élus au niveau d'un conseil général, d'un département, d'une région, etc. Admettons que la santé mentale est une visée, quels objectifs on se donne ? Vu de l'extérieur, on a plutôt le sentiment d'un isolement des différents partenaires et élus, d'une persécution des uns par rapport aux autres et d'une confusion des rôles. Comment se situer alors ?

Un intervenant/ Mon propos ne vous étonnera pas, puisque je suis fonctionnaire de l'Etat. Sur la question de la place de l'Etat, je ne suis pas du tout partisan de confier la ligne de registre de la Santé Mentale et encore moins celle de la santé publique aux collectivités locales. Le rôle de l'Etat est quand même de garantir l'intérêt général, de faire en sorte que le service public soit rendu et que l'égalité soit présente au niveau des territoires et que les principes d'équité, de justice soient présents. Qui d'autre que l'Etat aujourd'hui peut remplir ce rôle-là ? Aujourd'hui, personne. Naturellement, l'Etat ne peut pas le faire seul.

Et quand on dit « Etat », de qui parle-t-on ? Le représentant de l'Etat dans le département, la région, c'est le Préfet. Ce n'est pas la DDASS ou le service de la DRASS au niveau de la région. Il faut avoir une assiette très large au niveau de la définition du rôle de l'Etat, sur place.

Il faudrait rajouter, me semble-t-il, dans votre titre « Santé Mentale et Ordre Public », notamment pour prendre la deuxième partie « Ordre Public », à quoi est confronté aujourd'hui

l'Etat, entre autres difficultés pour faire face à ces questions ? Ici ou là à un désengagement très fort de la médecine libérale. C'est ça notre difficulté. Lorsque nous tenons une permanence le week-end entre minuit et 8 heures, essayez de mobiliser un médecin libéral pour prendre en charge les difficultés d'une telle nature ! C'est extrêmement difficile ! Vous êtes effectivement le seul interlocuteur au service de l'Etat face aux partenaires du RMI, à l'institution hospitalière, etc. La mobilisation de la médecine libérale autour de cette question est certainement réelle mais n'est peut-être pas encore aboutie. Cela passera beaucoup par le maillage territorial. Pour animer depuis deux ans aux Pays Basques avec l'ensemble des partenaires, des collectivités locales y compris le conseil général, une réflexion sur les questions de problématiques sociales et de santé en direction du public en situation d'exclusion, je perçois très bien la difficulté qu'ont parfois les élus à venir réfléchir parce que c'est extrêmement compliqué ; toutes les collectivités ne le souhaitent pas.

Renaud Personnaz/ Je viens de Toulouse, je suis chef de projet d'un futur CUCS (Contrat de ville). J'ai une question sur votre intervention concernant la confiance : vous semblez la placer de manière centrale comme étant un critère déterminant pour évaluer la souffrance psychosociale d'un individu ou d'un groupe d'individus, ce qui paraît être intéressant pour évaluer le degré de souffrance psychosociale. Mais est-ce que j'ai bien compris ?

Jean Furtos/ Complètement. Quand on fait des études pour étudier la qualité d'un hôpital, la qualité d'une mairie, la qualité de n'importe quelle institution, on devrait regarder le niveau de confiance entre les hiérarchies supérieures, les hiérarchies intermédiaires, les agents, les corps de métier.... Pour moi, la confiance, c'est ce qui empêche l'effondrement que l'on observe dans la clinique psychosociale pathologique. L'absence de confiance, c'est effectivement le gouffre par lequel il y a la possibilité de disparaître comme dans un trou noir, aussi bien en tant que professionnel, qu'en tant qu'élus, qu'en tant que citoyen. La perte de la confiance donne la peur de la disparition de soi-même et rend périlleuse l'apparition de soi-même pour agir sur la scène publique, dans son institution. Les médecins généralistes n'ont plus confiance non plus. Les généralistes sont dans un processus où on leur dit sans arrêt, vous êtes mauvais, changez. On sait très bien que dire à des fonctionnaires ou à des gens dans le libéral : « vous êtes mauvais, changez », c'est foutu d'avance. La confiance, c'est l'articulation essentielle. A un moment donné, il faut se lancer dans la confiance, parce que sinon, on n'aura jamais confiance. Il y a certainement des risques raisonnables à prendre, des épreuves de réalité à la fois cliniques et institutionnelles, et avec l'Etat, une vigilance à tenir. Sur le rapport avec l'Etat, je peux témoigner qu'en tant qu'Orspere, quand nous étions « seulement » institution régionale, nous avons été d'abord regardés avec des yeux interrogatifs : vous êtes qui ? vous faites du social ou vous faites de la santé ? Il faudrait tout de même savoir ! Nous avons commencés à être vraiment respectés quand la DGAS a fait un contrat de trois ans avec nous, puis quand la DGS est venue, puis quand on a travaillé avec la DIV. Avant, même des gens très bien ne comprenaient rien, sauf ceux qui étaient dans le réseau qui, eux, comprenaient très bien ! !

Est-ce à dire que nous sommes dans un pays où la légitimité vient de l'Etat, même si le travail se fait sur le terrain ?

Il n'empêche qu'il faut définir ce qui doit rester régalién et ce qui doit devenir réellement décentralisé.

Marina Girod de l'Ain/ Ce travail de redéfinition des compétences dont vous avez parlé, Monsieur, entre les élus des différents échelons territoriaux (Conseil Général, Région...), on voit bien que l'on est actuellement dans un flou, une redondance parfois du partage des compétences. Il y a très clairement une nécessité de redéfinition du rôle de chacun. D'ailleurs,

dans le cadre de la politique de la ville, c'est aussi compliqué de savoir qui fait quoi, et à quel niveau. On le voit bien d'ailleurs : les partenaires associatifs sont confrontés à cela, avec de multiples financeurs, de multiples collectivités locales. C'est une réalité qui ne produit pas forcément de l'efficacité. Sur le rôle de l'Etat, on en parlera tout à l'heure encore. Animateur au niveau local : c'est une fonction qui est aussi complètement délaissée, l'animation de ce partenariat local est beaucoup plus pilotée aujourd'hui par les villes sur des volontés politiques que par l'Etat. Il y a quand même une certaine défaillance dans un certain nombre de rôles. Juste pour dire quand même que les valeurs portées par l'Etat, de l'intérêt général et du service public, on espère que ce sont les mêmes qui sont portées par les collectivités locales de manière forte.

Images et réalités de la Santé Mentale en Population Générale

Présentation de l'enquête du Centre Collaborateur OMS pour la Santé Mentale

Jean-Luc Roelandt

Psychiatre, Chef de secteur – Lille

Débat animé par Jacques Michel, Professeur à l'Institut d'Etudes Politiques de Lyon, Université Lumière Lyon II

Jacques Michel/ Bonjour à toutes et à tous. J'ai la charge et l'honneur d'avoir à animer ce débat qui va se centrer autour de l'exposé de Monsieur Roelandt « Images et réalités de la Santé Mentale en Population Générale » qui est le fruit d'une enquête réalisée entre 1999 et 2003 qui essaie d'objectiver, de montrer l'état des lieux en matière de réalités d'une part, et de représentations, d'images de cette santé mentale d'autre part. Ce qui sera intéressant c'est aussi d'en déduire, l'image que la Santé Mentale ou que la psychiatrie est bien le produit d'elle-même à partir de la conscience qu'elle a de sa place, de sa mission et de sa définition dans la société qui nous est proposée.

Avant de céder la place à Jean-Luc Roelandt, je prends quelques instants pour mieux situer mon propos. Je voudrais tout d'abord remercier les organisateurs de cette rencontre d'avoir pensé à moi ; j'ai participé à cette réflexion, à cette étude. Remercier donc tous ceux qui ont bien voulu œuvrer pour cette difficile mise en place du rapport entre divers niveaux de la réalité ou divers niveaux de la représentation et de saluer plus particulièrement Pauline Rhenter, avec qui j'ai partagé ses projets pendant quelque temps, étant enseignant, ce qui ne me donne pas forcément des qualités très pertinentes pour parler ici. Mais dans le fond, en réfléchissant quelque peu, la réflexion générale est sur la légitimité : parle-t-on, a-t-on le droit de parler ? Je n'ai pas de compétence particulière, je ne suis pas psychiatre. Je n'ai pas la légitimité particulière, je ne suis pas élu. Auquel cas, peut-être étant ni l'un ni l'autre, est-ce peut-être pour moi que la question de la légitimité se pose ?

Je voudrais revenir sur quelques points pour essayer d'articuler ce que l'on a entendu ce matin et ce qui va être développé et présenté par Jean-Luc Roelandt.

On est parti sur cette fameuse notion d'ordre public. Elle est fortement intéressante dans la mesure où elle ne définit pas quelque chose qui est déjà là mais quelque chose qui est à produire. Sur quoi s'ordonne cette représentation de la société, cette idée qui conjugue à la fois l'efficacité et les valeurs, c'est-à-dire l'utilité probablement et le sens de la vie qui est proposé. On a beaucoup évoqué l'Etat sans avoir véritablement de quoi il s'agissait. C'est très chosifié comme question alors que l'on pourrait peut-être revenir sur la question de son identité, la question de savoir si l'Etat doit rester ou s'il veut rester d'ailleurs. Un lieu de communauté civique, c'est-à-dire un lieu de production de valeurs, un milieu éthique comme disaient certaines philosophes et non pas le simple gestionnaire zélé éventuellement efficace d'un état des lieux auquel il entend laisser son libre développement ?

Ce qui est intéressant dans ce qui va nous être proposé, c'est le bilan : le bilan de nos valeurs, le sens de nos valeurs, le sens des concepts que nous utilisons (on en a évoqué certains ce matin, essayé de les préciser avec le Docteur Furtos). Mais les préciser à partir du concret, de cette réalité qui fait problème, qui se dit dans divers sens et dans divers registres probablement sémantiques, dans l'ordre politique, dans l'ordre juridique, dans l'ordre parfois moral, éventuellement charitable (ce qui est encore une manière de dire, de parler de la même

chose mais en utilisant d'autres mots) et d'essayer de débrouiller la porosité qui se passe aujourd'hui entre divers champs : le politique, le juridique, le social, et éventuellement le médical, bien entendu. On a intérêt à bien distinguer les champs de pertinence c'est-à-dire la possibilité pour chacun de dire quelque chose en raison d'une compétence ou d'une légitimité ou d'un savoir dont il est censé détenir la consistance.

On a beaucoup parlé de confiance aussi. La confiance ! Bien sûr ! La confiance dans la parole. Que la parole soit une parole dans laquelle on puisse s'accrocher. La parole de chacun, la parole du médecin et du patient, entres eux. La parole également de ce tiers qui est en fait celui qui devrait garantir l'authenticité de cette parole, confiance dans l'Etat. Confiance dans les savoirs, confiance dans les personnes, confiance dans les procédures. Confiance dans des projets tels qu'ils sont présentés, du lieu d'où l'on parle, comme toujours, c'est-à-dire de la légitimité. Je voudrais simplement signifier une chose : on est à la double articulation inaugurale de la psychiatrie, aujourd'hui compliquée par le développement de cette même psychiatrie, le développement de sciences adjacentes et du développement parallèle de nos idées politiques avec une certaine déperdition de la signification du juridique au profit d'une perception plus descriptive, plus empirique de ce juridique comme étant simplement l'état des choses qui existent.

Alors que le juridique est quand même porteur d'une normativité. D'où parle-t-on ? On peut parler à partir du savoir, en étant comme disait Bourdieu, autoritaire parce qu'autorisé, par le savoir dont on dispose, savoir d'expertise, savoir d'une certaine manière dans son registre absolu ou en tout cas discutable seulement à l'intérieur du groupe expert lui-même, réservé, isolé, particularisé. Ou bien parle-t-on de notre point de vue, très différent finalement : celui de la légitimité politique acquise, par le fait que des procédures nous ont désigné comme étant représentatifs ou plutôt porteurs d'un stock de valeurs, qu'il ne s'agit pas d'avoir a priori comme des représentations morales. Il faut dépasser ce point de vue moral a priori pour passer à des questions que l'on appelle aujourd'hui éthiques, c'est-à-dire des questions où l'incertitude domine et doit être maintenue.

Entre ces deux genres, ces deux tonalités, celui de l'expert qui sait, celui de l'écu qui relève du domaine du devoir, du domaine du projet, du domaine des valeurs, où en est-on aujourd'hui de cette distribution et de cette collaboration ?

L'ordre public gouverne avec cet espèce de fantasmagorie qui consiste à le voir de manière hallucinatoire comme quelque chose de menaçant, de rigide. Alors que la signification première de cette notion est extrêmement morale, extrêmement épaissie : cet ordre public doit engendrer le climat de confiance, l'authenticité de la parole, avoir, pouvoir croire ; qu'il y ait une authenticité qui est seule capable de faire advenir chacun à une position d'interlocuteur, de participant.

Je pose la question suivante : parfois, je me demande si on n'est pas dans des esquives (je force un peu le trait pour être plus clair) en ce qui concerne les missions de chacun ? Je me demande parfois si la psychiatrie ose toujours, ose encore son discours technique, son discours de savoir particulier ? Je me demande parfois si elle ose encore s'abriter, ou se prémunir contre les sollicitations diverses qui viennent du politique bien sûr, des acteurs sociaux, comme on les appelle dans le monde de la nouvelle gouvernance et de la démocratie de proximité, toutes choses qui sont assez compliquées, et dont on ne sait pas si elles n'ont pas une simple qualité esthétique. On a parlé de travail social. Bourdieu disait « aujourd'hui, nous devenons tous des travailleurs sociaux », qu'est-ce qu'il voulait dire par là ? La notion de travailleur social était une notion qui se perdait. Tous des travailleurs sociaux ! Je suis enseignant : travailleur social à ma manière. Le magistrat est travailleur social. Le policier est travailleur social. Le psychiatre aussi... Grande unité, travailleurs sociaux de toutes les professions, unissez-vous ! Puis, on en arrivera à un œcuménisme probablement très romantique mais pas forcément d'une efficacité ni d'une lucidité très ferme. Je me demande

parfois si la psychiatrie n'esquive pas son propre discours au profit de sa contamination, de sa dilution ou de son enrichissement - ou pseudo enrichissement, par la prise en compte de divers savoirs extérieurs à elle (ce que l'on peut appeler les sciences humaines d'un côté et le travail social de l'autre). Mais je me demande également si à cette dilution ne correspond pas ce qui expliquerait finalement la rencontre et la nature de cette rencontre, si le politique n'a pas quelque envie d'esquiver ce qui est normalement la nature de son discours, c'est-à-dire sa nature normative et non descriptive. Entre une psychiatrie qui risquerait sa dilution et une politique zélée en matière d'esquive de sa responsabilité reste peut-être la vieille question, toujours la même qui se précise particulièrement dans l'hospitalisation d'office : ambiguïté des compétences, des discours (du descriptif, diagnostic, prescriptif ou normatif) ; question politique (éminemment et urgemment politique) : celle de savoir lorsqu'il y a un problème comme celui-là, comment conserver ce qu'il en est de la qualité de sujet d'un individu évidemment soumis à la loi et puis, l'autre qualité de ce même sujet de citoyen qui doit toujours être considéré comme ayant participé, lui ou ceux qui l'ont précédé, à l'élaboration de cette loi.

Nous allons poursuivre cette enquête à partir des données parce que dans le fond, toutes ces choses, l'Etat, l'ordre public, toute cette conceptualité, sont lieux de vérité, sont l'épreuve de sa vérification en même temps. Un autre terme a été évoqué « La sûreté » : la sécurité, la sûreté, voilà qui nous ramène vers le moment où ces mots ont été redécouverts, rénovés, et rajeunis lorsque dans les déclarations de droits, on les a promus : sûreté, confiance... En fait, il y a dans l'idée de sûreté et dans l'idée de l'ordre public, l'idée que l'on ne doit pas laisser les gens tous seuls.

Jean-Luc Roelandt/ Présentation de la recherche

Nous reproduisons ci-dessous les divers encadrés, tableaux et graphiques produits dans le cadre de cette recherche, ainsi que les diverses conclusions présentés par Jean-Luc Roelandt.

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE *SANTÉ MENTALE EN POPULATION GÉNÉRALE*³



OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

OBJECTIFS PRINCIPAUX

- **Axe socio-anthropologique:** Décrire les représentations de la "folie", la "maladie mentale", la "dépression" et des modes d'aides et de soins
- **Axe épidémiologique:** Évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux dans la population générale

OBJECTIFS SECONDAIRES

- Former des acteurs de terrain
- Sensibiliser les partenaires sociaux, administratifs et politiques aux problèmes de santé mentale
- Promouvoir l'instauration d'une psychiatrie communautaire, selon les recommandations de l'OMS



QUESTIONS DE DEPART

- Les représentations de la « folie » et de la « maladie mentale » sont-elles des invariants culturels ?
- Quelles sont les représentations liées à l'exclusion, la guérison et les soins dans différents pays ?
- Qu'en est-il de l'émergence du concept de « dépression » dans différents pays ?
- Quelle est la prévalence des principaux troubles mentaux par pays ?

³ Bellamy V., Roelandt J. L., et Caria A., « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête *Santé mentale en population générale* », DREES, Etudes et Résultats, n°347, octobre 2004, disponible sur : www.sante.gouv.fr/htm/publication.



Sites internationaux

- Alger (Algérie) : F. Kacha
- Bruxelles (Belgique) : C. Burquel
- Grande Comore : A. Islam, M. Issulahi
- Halkida (Grèce) : S. Stylianidis
- Madagascar : M. Andriantseho
- Maurice : S. Motay, P. Burhoo
- Nouakchott (Mauritanie) : A. oul'd'Hamady

Sites à venir : Tunis, Trieste, Séville, Tanger,



Nouméa

SITES D'ENQUETE FRANÇAIS

Près de 50 sites français ont été enquêtés, dont 3 DOM, soit 39 000 personnes interrogées. La méthode des quotas a été utilisée. La méthode des quotas consiste à construire un échantillon qui soit un modèle réduit de la population étudiée.

Les quotas ainsi réalisés sont basés sur la structure de la population des zones concernées issue du recensement de la population de 1999, selon les caractéristiques suivantes :

- sexe
- âge
- catégorie socioprofessionnelle (CSP)
- niveau d'étude.

Ainsi, l'échantillon est représentatif de la population par rapport aux caractéristiques ci-dessus.



Sites français ayant participé à l'enquête

Première phase : 1997-1999

■ GUADELOUPE :	M. Eynaud
■ La REUNION :	L. Denizot
■ LILLE-EST :	G. Tréboutte
■ MARSEILLE :	D. Boissinot-Torres, L. Kurkdjian
■ NANTES :	R. Bocher
■ PYRENEES ORIENTALES :	P. Mullard
■ SUD HAUTS DE SEINE :	MC. Chino et D. Chino
■ TOURCOING :	C. Thévenon
■ VALLEE DE LA LYS :	C. Lajugie et C. Müller



Deuxième phase : 2000-2004 Sites français

■ ANGERS : D. Leguay	■ MARTINIQUE : G. Ursulet; B. Cazenave
■ ANGOULÊME : D. Mahieu, M-J Amedro	■ MELUN: M.C Cabié; J.Ferrandi
■ ARRAS: P.Leveque	■ MONTAUBAN: J. Boscredon
■ BERK SUR MER: M. Mathias	■ MONTLUCON : B. Desombre
■ BONDY: P. Chaltier; S. Massimi	■ NANCY (Lunéville) : M. Leclerc, C Demongeot
■ BORDEAUX(CH Cadillac) : H. Brun-Rousseau	■ NICE : JY. Giordana
■ CARPENTRAS: D. Arnaud	■ NIORT : D. Léger
■ CHERBOURG: P. Leprelle	■ PARIS 14ème: F. Caroli, L. Masclet
■ CLERMONT-FERRAND: JY. Lesturgeon, PM. Liorca	■ PARIS 10ème : M-C Amieux
■ DUON : G. Milleret, A. Racine	■ PARIS 20ème : N. Skurnik, P. Issembert
■ DREUX : M. Triantafyllou	■ PARIS 15ème : G. Massé, M. Fouillet
■ GUÉRET: F.Burbaud; P.Nubukpo	■ POITIERS : C. Guyonnet, R. Bouet
■ HAGUENEAU: E. Perrier	■ RENNES: B. Millet
■ LA QUEUE EN BRIE : B. Martin	■ ROUBAIX: JY. Alexandre, M. Debrock
■ LE HAVRE: L.Devarrieux; J.P Castelain	■ SAINT MAURICE : P. Bantman
■ LILLE : J. Debiève	■ SARREGUEMINES: C.Adamowski
■ LIMOGES: F.Burbaud; P.Nubukpo	■ SECLIN : C. Nourry
■ LONGJUMEAU : P. Lacroix	■ SEURRE – SEMUR T.Wallenhorst, A. Racine
■ LYON : MC. Pillon; J-M. Tarissan	■ THOUARS : A. Pinalie
	■ TOULOUSE: C. Faruch



METHODOLOGIE



INSTRUMENTS UTILISES (1)

QUESTIONNAIRE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE :

- Développé en collaboration avec les sites français et de l'Océan Indien
- Questionnaire ouvert en pré-codage
- Durée de passation: 20-25 minutes
- Administré par des enquêteurs formés à la passation
- Permet d'explorer les représentations sociales
 - de la « folie », la « maladie mentale », la « dépression »
 - du « fou », du « malade mental », du « dépressif »
 - et des différents modes de soins disponibles (médecine officielle et parallèle, médecine traditionnelle et autre)



Selon vous, quelqu'un qui :		Fou,	malade mental	dépressif	aucun des trois	normal	anormal	dangereux	peu dangereux
☐	- pleure souvent, et qui est la plupart du temps triste est :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	- tente de se suicider :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	- prend régulièrement des drogues (cannabis, héroïne, cocaïne, etc...) est :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	- boit régulièrement des boissons alcoolisées est :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	- bat régulièrement son mari ou sa femme ou ses enfants est :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	- est violent envers les autres et les objets est :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	- est violent envers lui-même est :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	- délire, hallucine est :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	- est déficient intellectuel, attardé est :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐





- 9 a - Selon vous, un fou est-il exclu de son travail ?
 9 b - Selon vous, un malade mental est-il exclu de son travail ?
 9 c - Selon vous, un dépressif est-il exclu de son travail ?

- 10 a - Selon vous, un fou est-il exclu de la société ?
 10 b - Selon vous, un malade mental est-il exclu de la société ?
 10 c - Selon vous, un dépressif est-il exclu de la société ?

11 -Selon vous qu'est-ce qui peut rendre
 CODER AU **MAXIMUM 2 REPONSES** PAR QUESTION..... **Codage**

- a - fou ? NOTER : ☐
 ☐
 b - malade mental ? NOTER : ☐
 ☐
 c - dépressif ? NOTER : ☐
 ☐



I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE [ACTUEL]

- | | | | |
|--|---|------------|------------|
| 11 | Avez-vous déjà vécu un événement traumatique hors du commun comme un tremblement de terre, un déluge, un attentat, un incendie, ou un accident grave, ou participé à un combat, tué quelqu'un, ou bien encore avez-vous déjà été victime d'une agression ou d'une tentative de viol ? | OUI
NON | → DX = NON |
| 12 | Pensez-vous souvent de façon pénible à cet événement, en rêvez-vous, ou avez-vous fréquemment l'impression de le revivre ? | OUI
NON | → DX = NON |
| Depuis cet événement : | | | |
| 13 | Exécutez-vous tout ce qui pourrait vous rappeler cet événement ? | OUI
NON | → DX = NON |
| 14 | Avez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qu'il s'est passé ? | OUI
NON | → DX = NON |
| 15 Depuis cet événement, avez-vous constaté que vous aviez changé et notamment actuellement : | | | |
| a | Avez-vous des difficultés à dormir ? | OUI
NON | |
| b | Etes-vous particulièrement irritable, vous mettez-vous facilement en colère ? | OUI
NON | |
| c | Avez-vous des difficultés à vous concentrer ? | OUI
NON | |
| d | Etes-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ? | OUI
NON | |
| e | Un rien vous fait-il sursauter ? | OUI
NON | |

SI OUI ≥ 2 EN 15 → DX = OUI

F 4 3 1	OUI NON
DX	ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE



QUESTIONNAIRE DIAGNOSTIQUE PSYCHIATRIQUE

Mini International Neuropsychiatric Interview

- Développé par les Docteurs Y. Lecrubier, D. Sheehan
- Basé sur les critères diagnostiques de la CIM-10
- Questionnaire diagnostique standardisé
- Durée de passation: 15-20 minutes
- Administré par des enquêteurs formés à la passation
- Permet d'obtenir des estimations diagnostiques pour les troubles de l'humeur, de l'anxiété, les troubles liés à la consommation de drogue ou d'alcool, le risque suicidaire, l'insomnie et les troubles psychotiques (en option: les T.O.C, l'anorexie et la boulimie)

La fiche complémentaire au MINI permet d'explorer l'impact des troubles repérés par le MINI :

- sentiment d'être malade
- gêne dans la vie sociale, familiale et professionnelle (arrêt de travail)
- recours thérapeutique (consultation médicale, psychologique, religieux ou magico-religieux)
- consommation de médicaments
- satisfaction par rapport à ces recours



FICHE COMPLÉMENTAIRE POUR LE MINI

(version définitive, avril 2003)

Code DX : F ☐ ☐ ☐ ☐
 Code DX : F ☐ ☐ ☐ ☐
 Code DX : F ☐ ☐ ☐ ☐

Code DX : F ☐ ☐ ☐ ☐
 Code DX : F ☐ ☐ ☐ ☐
 Code DX : F ☐ ☐ ☐ ☐

Code DX : F ☐ ☐ ☐ ☐
 Code DX : F ☐ ☐ ☐ ☐
 Code DX : F ☐ ☐ ☐ ☐

- 1a - Ces problèmes continuent ils aujourd'hui ? OUI ☐ NON ☐
- 1b - Ces problèmes durent depuis / ont duré combien de temps ? ☐ ≤ 1 mois ☐ ≤ 6 mois
☐ ≤ 1 an ☐ ≤ 5 ans
☐ > 5 ans
- 1c - Quelle est la cause, la raison de ces problèmes ?
 NOTER PUIS CODER : CODAGE ☐
- 2 - Quand vous avez (aviez) ces problèmes, avez (aviez) vous le sentiment d'être malade ? OUI ☐ NON ☐
- 3 - Votre famille, vos proches vous ont ils parlé de ces problèmes ? OUI ☐ NON ☐
- 4 - Lorsque vous avez (aviez) ces problèmes, travaillez (travailliez) vous ? OUI ☐ NON ☐
- 4a - SI OUI, ces problèmes vous gênent ils (vous ont ils gêné) dans votre travail ? OUI ☐ NON ☐
- 4b - SI OUI, avez-vous cessé de travailler à cause de ces problèmes ? OUI ☐ NON ☐

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

- Développé en collaboration avec les sites français et de l'Océan Indien
- Développé selon les données INSEE habituellement recueillies (âge, sexe, statut marital, niveau d'études, situation professionnelle...)
- Questionnaire semi-ouvert en pré-codage
- Questions (avec possibilité de refus) sur les croyances et l'immigration



Partenaires

- Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique (ASEP)
- Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS, Lille)
- DRASS Nord Pas de Calais / DRASS PACA
- EPSM Lille Métropole – DIRM (coordination)
- Ministère français de la santé (DREES)
- Ministère français des affaires étrangères
- OMS – Programme *Nations pour la Santé Mentale*
- Toutes les institutions et organismes locaux qui ont permis la réalisation de l'enquête



Coordination de l'enquête

Responsable scientifique : Jean-Luc Roelandt

Responsable méthodologique : Aude Caria

Coordination générale : Anne Vandeborre

Coordination internationale : B. Bryden (Océan indien), Dolores Torres (Méditerranée),

Michel Eynaud (Caraïbes), F. Calandreau (Pacifique), D. Poissonnier - N. Daumerie (Afrique), F. Macri - C. Monchicourt (Italie).

Coordination régionale (PACA) : Claire Ruiz / Laurence Kurkdjian / Dolores Torres

Analyse des données nationales : Vanessa Bellamy et Thomas Morin (Drees)

Contrôle qualité des données : Ludovic Dufoutrel et Christian Porteaux (DIRM)

Equipe de formateurs : H. Brice, F. Calandreau, A. Caria, N. Daumerie, L. Defromont, G. François, B. Goodfellow, L. Kurkdjian, F. Macri, C. Monchicourt, D. Poissonnier, A. Racine, C. Ruiz, I. Soloch, G. Tréboutte, J-F. Terakowski, D. Torres, M. Triantafyllou, A. Vandeborre. En réserve: B. Bryden, V. Fournel, A. Kergall, F. Wiza

Equipe de soutien : Guillaume François, Pierre Sadoul

Secrétariat CCOMS :

Lydie Robin et Sophie Sueur : 45 rue du Maréchal Lyautey Résidence Europe
59 370 Mons en Baroeul. 03 20 43 71 00 ✉ ccoms@epsm-lille-metropole.fr





PRESENTATION DES POPULATIONS

	Nb interviewés par site	SEXE		AGE		MARIE	SEPARÉ	BAC et +	A un emploi	CHOMAGE
		H	F	18 - 29 ans	60 ans et +					
CHERAGA (ALGERIE)	900	51	49	38%	4%	45%	4%	25%	61%	10%
GRANDE COMORE (LES COMORES)	918	52	48	44%	4%	55%	5%	7%	52%	9%
ILE MAURICE	899	50	50	36%	13%	63%	3%	20%	53%	5%
MAHAJANGA (MADAGASCAR)	900	50	50	39%	7%	69%	5%	12%	77%	5%
ANTANANARIVO (MADAGASCAR)	899	50	50	29%	6%	72%	6%	18%	80%	5%
NOUAKCHOTT (MAURITANIE)	891	51	49	31%	6%	59%	10%	29%	58%	5%
HALKIDA (GRECE)	900	51	49	21%	25%	60%	6%	13%	42%	13%
GUADELOUPE	855	47	53	33%	17%	44%	8%	50%	56%	9%
MARTINIQUE	900	47	53	27%	19%	48%	6%	46%	56%	11%
REUNION	909	48	52	32%	14%	62%	6%	38%	35%	21%
FRANCE METROPOLITAINE	36105	48	52	21%	28%	56%	9%	39%	50%	7%



PRÉSENTATION DES POPULATIONS

	SUPERFICIE (en milliers de km²)	POPULATION -2003 (en millions)	Taux de NATALITE (pour 1000 habitants)	taux de MORTALITE (pour 1000 habitants)	ESPERANCE DE VIE à la naissance (OMS 2003)		PNB / habitant (2003) (en dollars US)	PIB 2002 (milliards de dollars US)
					H	F		
ALGERIE	2381	32,7	22,76	5,22	67,5	71,2	1732 \$	54,1
COMORES	2	0,74	39,52	9,35	61,6	64,9	400 \$	0,25
ILE MAURICE	2	1,2	16,5	6,82	68,4	75,5	4008 \$	4,53
MADAGASCAR	587	16,9	42,66	12,42	47,3	49,9	231 \$	4,5
MAURITANIE	1027	2,7	42,16	13,04	49,8	54,5	278 \$	1
GRECE	132	10,9	9,73	10,08	81,1	75,8	11477 \$	133
GUADELOUPE	1,7	0,46	17	6	73	80	7913 \$	5,4 (1998)
MARTINIQUE	1,1	0,4	15	6	75	82	13026 \$	5 (1998)
REUNION	2,5	0,71	20	5	70	79	7375 \$	6,4 (1998)
FRANCE METROPOLITAINE	552	59,8	12,1		75,9	83,5	22753 \$	1423





PRÉSENTATION DES POPULATIONS

	Croyant	Dont pratiquant	A fait une psychothérapie	A pris médicaments pour les nerfs	Déjà entré dans un hôpital psychiatrique
CHERAGA (ALGERIE)	99%	81%	7%	26%	38%
GRANDE COMORE (COMORES)	100%	98%	0,11%	6%	4%
ILE MAURICE	98%	96%	5%	10%	37%
MAHAJANGA (MADAGASCAR)	87%	67%	3%	9%	20%
ANTANANARIVO (MADAGASCAR)	97%	87%	1%	12%	9%
NOUAKCHOTT (MAURITANIE)	99%	99%	2%	10%	48%
HALKIDA (GRECE)	93%	68%	4%	13%	17%
GUADELOUPE	90%	57%	6%	26%	38%
MARTINIQUE	90%	62%	8%	24%	47%
REUNION	80%	51%	8%	27%	36%
FRANCE METROPOLITAINE	59%	26%	10%	37%	40%



Les mots pour le dire

variations culturelles des représentations (khi2 Alceste)

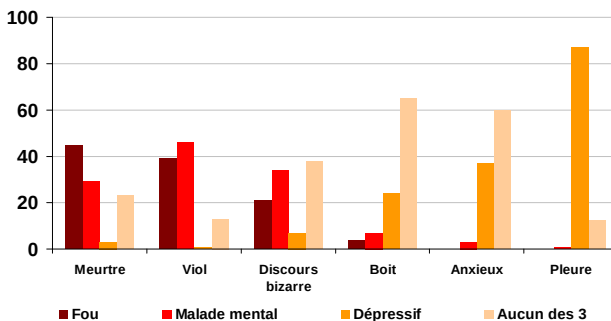
	ALGER	Gde COMORE	MADAGASCAR	ILE MAURICE	NOUAKCHOTT	France METRO
"FOU"	a perdu	défilé	nu	tête	fou	acte
	esprit	défaillant	saleté	esprit	agresse	danger
	seul	absurde	incapable	normal	à côté/normal	norme
	raison	dérangé	bizarre	sain	habitu/nu	réalité
	sale		parler seul	raisonné	délirer	société
"MALADE MENTAL"	fou	fou	fou	fatigue	perdu raison	cerveau
	malade	mémoire	délinant	mental	esprit	troubler
	esprit	conscience	déficient	alcool	diminuer	naissance
	tête	cerveau	inconscient	fou	mémoire	psychisme
	raison				diable	déficient
"DEPRESSIF"	problème	actes	triste	problème	mal à l'aise	noir
	triste	esprit	vie	vie	triste	nerf
	stress	paroles	victime	triste	problèmes	souci
	vie	geste	problème	souci	souffrir	gout
	nerveux		malheur	stress	gène	pleurer



 Seigneur vous, quelqu'un qui....	...est fou ? malade mental ? dépressif ? ou aucun des 3 ?"										
	Alger (Algérie)	Comores	Ile Maurice	Madagascar (Madagascar)	Antananarivo (Madagascar)	Nouakchott (Mauritanie)	Halébi (Liban)	Guadalupe	Marique	Réunion	France Métropolitaine
	% de réponse la plus fréquente										
pleure souvent, est triste...	69	53	76	38	39	43	73	71	72	71	87
peur de se suicider	52	37	61	38	35	51	52	72	73	70	63
est en retrait, cherche à être seul	60	49	53	32	48	42	73	44	44	46	62
est anxieux	47	49	49	46	49	63	76	52	53	54	60
est négligé	36	47	38	28	39	31	54	61	59	69	70
a un discours bizarre	35	31	26	50	38	46	37	36	36	35	38
a un comportement bizarre	29	47	41	39	36	41	44	49	49	42	54
prend des drogues	38	42	48	37	36	35	44	49	50	45	59
boit régulièrement de l'alcool	60	44	57	44	46	33	56	61	55	57	65
fait des crises, des convulsions	39	58	49	47	57	34	48	57	60	55	68
est déficient intellectuel	54	54	64	54	51	44	55	47	46	53	48
lui sa femme, ses enfants...	27	48	35	40	29	34	55	30	33	29	40
est violent envers les autres et les objets	31	48	41	30	30	37	53	34	34	30	43
est violent envers lui-même	29	46	37	35	38	31	50	38	39	37	43
hâle, hallucine...	28	32	46	53	38	46	50	46	43	37	48
commet un vol	36	31	32	50	43	59	58	40	33	40	46
commet une fraude	53	38	39	54	50	73	47	43	36	38	46
commet un meurtre	37	59	50	62	53	65	44	45	46	36	45
Légende : FOU MALADE MENTAL DEPRESSIF AUCUN DES 3											
Live : "A Alger, 69% des personnes pensent que quelqu'un qui pleure souvent, qui est triste est dépressif"											
Attention : il s'agit des réponses les plus fréquemment citées. Pour chaque question il y a 4 réponses possibles : fou / malade mental / dépressif / aucun des 3											
Sources : ASEP, l'association française et internationale d'images et réalités "CCOM-DREES-ASEP-EPSM-Lille-Métropole"											



Représentations de la maladie mentale selon les divers actes et comportements France Métropolitaine (en %)





SMPG : comportements associés à l'anormalité

ANORMAL :	Alger	Grande Comore	Ile Maurice	Mahajanga	Antananarivo	Nouakchott	Guadeloupe	Martinique	Réunion	France Métro
pleure souvent	68%	83%	61%	83%	70%	78%	57%	53%	64%	38%
tente de se suicider	84%	89%	77%	86%	84%	92%	73%	72%	79%	62%
est isolé, en retrait, cherche à être seul	64%	80%	62%	78%	59%	76%	48%	52%	54%	44%
est anxieux	41%	78%	65%	67%	59%	71%	42%	44%	45%	27%
est négligé, souvent sale	76%	84%	77%	83%	80%	74%	67%	67%	72%	55%
a un discours bizarre, sans aucun sens	75%	92%	79%	95%	90%	84%	78%	84%	80%	73%
a un comportement bizarre	75%	84%	79%	90%	89%	84%	69%	73%	77%	59%
prend régulièrement des drogues	75%	76%	76%	89%	86%	94%	80%	79%	83%	69%
boit régulièrement des boissons alcoolisées	54%	72%	49%	73%	96%	92%	66%	67%	74%	57%
fait des crises, des convulsions	76%	93%	76%	91%	84%	81%	76%	70%	69%	63%
est déficient intellectuel, retardé	78%	91%	77%	95%	90%	79%	76%	80%	72%	69%
bat régulièrement son mari, sa femme ou ses autres	86%	78%	83%	86%	81%	85%	85%	88%	94%	94%
est violent envers les autres	88%	79%	90%	91%	84%	82%	92%	92%	92%	91%
est violent envers lui-même	86%	87%	94%	92%	85%	77%	92%	94%	92%	89%
délire, hallucine	74%	84%	90%	93%	85%	89%	91%	92%	91%	86%
commet un viol	89%	90%	94%	92%	90%	95%	88%	89%	95%	97%
commet un inceste	97%	91%	88%	92%	91%	97%	88%	89%	96%	97%
commet un meurtre	91%	91%	85%	95%	91%	95%	76%	77%	93%	93%
	75 à 100%			50 à 75%			< 50%			



SMPG : comportements associés au danger

tente de se suicider	67%	94%	74%	82%	77%	94%	54%	55%	70%	61%
est isolé, en retrait, cherche à être seul	15%	80%	22%	57%	36%	52%	9%	12%	18%	10%
est anxieux	16%	75%	20%	43%	36%	51%	10%	10%	13%	6%
est négligé, souvent sale	23%	79%	24%	50%	40%	52%	11%	12%	16%	5%
a un discours bizarre, sans aucun sens	23%	83%	54%	76%	58%	59%	16%	22%	25%	16%
a un comportement bizarre	33%	80%	49%	77%	64%	64%	50%	37%	41%	26%
prend régulièrement des drogues	72%	87%	82%	92%	91%	90%	84%	83%	81%	76%
boit régulièrement des boissons alcoolisées	51%	84%	57%	65%	69%	88%	69%	69%	77%	71%
fait des crises, des convulsions	27%	81%	54%	79%	63%	76%	22%	22%	30%	34%
est déficient intellectuel, retardé	23%	79%	31%	68%	50%	62%	12%	11%	19%	13%
bat régulièrement son mari, sa femme ou ses enfants	78%	91%	90%	88%	83%	84%	90%	93%	95%	97%
est violent envers les autres	78%	88%	95%	84%	83%	80%	91%	92%	93%	93%
est violent envers lui-même	66%	89%	91%	87%	77%	66%	81%	84%	85%	80%
délire, hallucine	29%	82%	53%	80%	59%	71%	47%	57%	58%	50%
commet un viol	90%	95%	95%	92%	91%	94%	95%	96%	98%	99%
commet un inceste	94%	96%	94%	86%	85%	95%	92%	95%	95%	96%
commet un meurtre	96%	98%	96%	96%	95%	96%	90%	92%	96%	98%
	75 à 100%			50 à 75%			25 à 50%			

RESUME

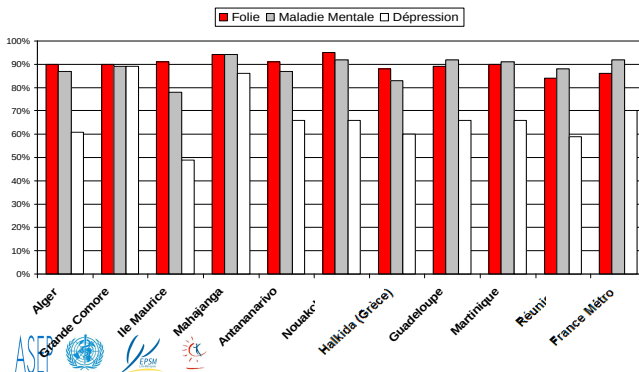
- Les populations sont différentes et les offres de soins très variées.
- Les variations culturelles sont importantes dans les mots utilisés pour décrire la « folie ».
- La notion de danger est associée aux comportements violents et à l'image du « fou » et du « malade mental » partout.
- Il y a une différence entre les mots spontanément utilisés pour décrire le « fou », le « malade mental » et le « dépressif » et les comportements – sauf en France.

L'hypothèse est la suivante : les représentations des comportements évoluent en fonction de la représentation de la guérison (étiologie trouvée, tabous culturels, disponibilité des traitements et offre de soins).



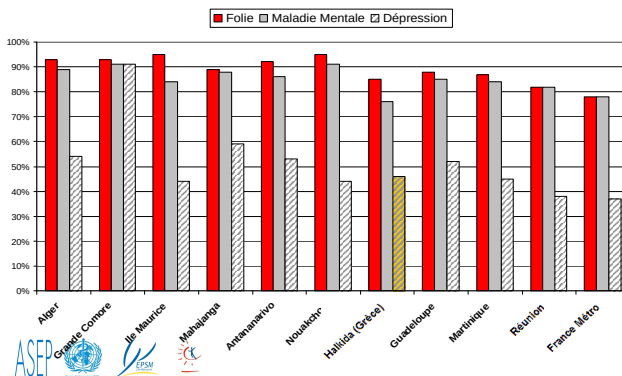
Représentations de la responsabilité de l'état (% pas responsable)

« Un fou / malade mental / dépressif est-il responsable de sa folie / maladie mentale / dépression ? »



Représentations de la responsabilité des actes (% pas responsable)

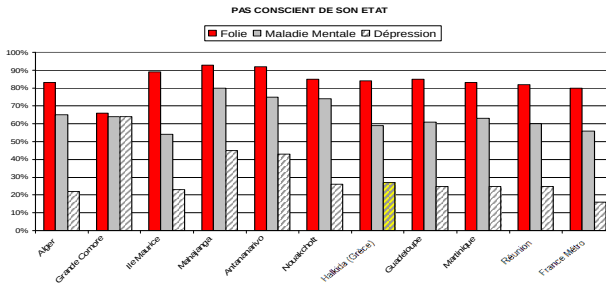
« Un fou / malade mental / dépressif est-il responsable de ses actes ? »





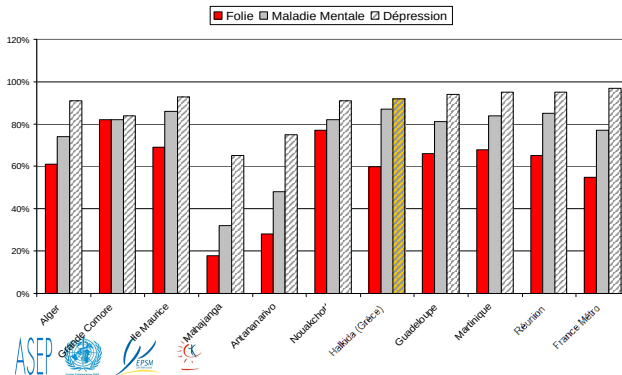
Représentations de la conscience de l'état (% pas conscience)

« Un fou/malade mental/dépressif sait-il qu'il est Fou/malade mental/ dépressif ? »



Représentations de la souffrance de la personne (% oui)

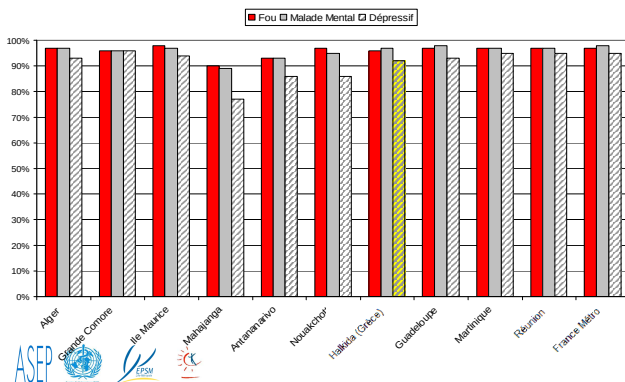
« Un fou / malade mental / dépressif souffre-t-il ? »





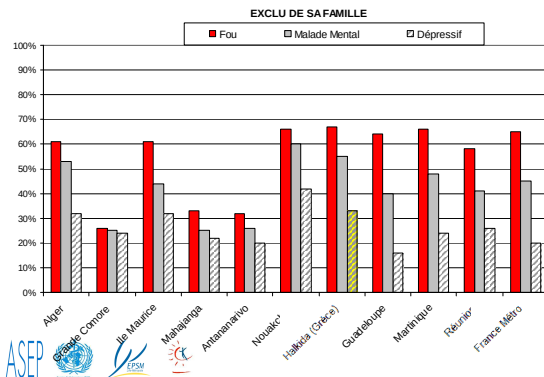
Représentations de la souffrance de la famille (% oui)

« La famille d'un fou / malade mental / dépressif souffre-t-elle ? »



Représentations de l'exclusion de la famille (% oui)

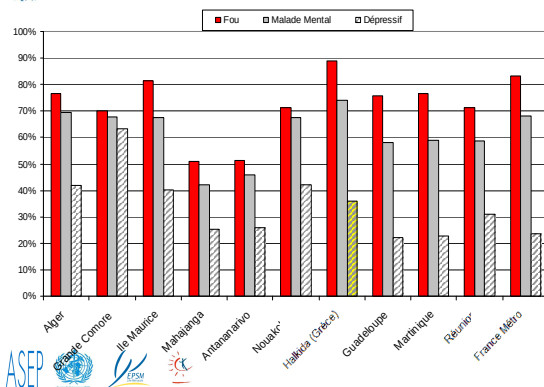
« Un fou / malade mental / dépressif est-il exclu de sa famille ? »





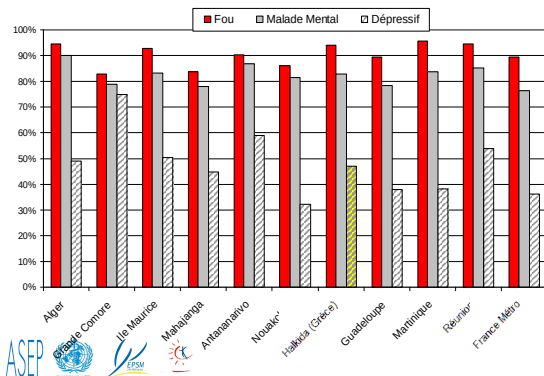
Représentations de l'exclusion de la société (% oui)

« Un fou / malade mental / dépressif est-il exclu de la société ? »



Représentations de l'exclusion du monde du travail (% oui)

« Un fou / malade mental / dépressif est-il exclu de son travail ? »

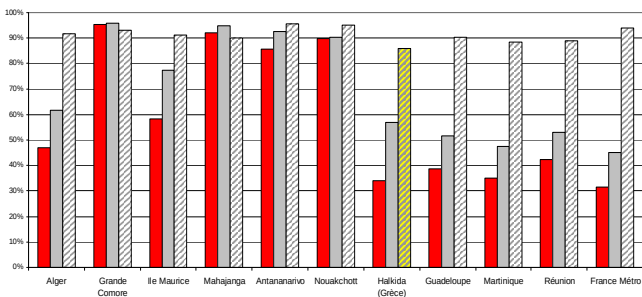




Représentations de la guérison (% oui)

« Peut-on guérir un fou / malade mental / dépressif ? »

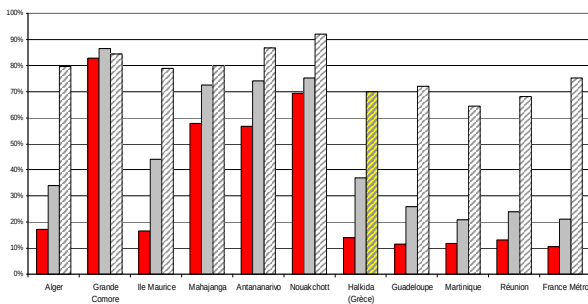
ON PEUT GUERIR



Représentations de la guérison complète (% oui)

« Peut-on guérir complètement un fou / malade mental / dépressif ? »

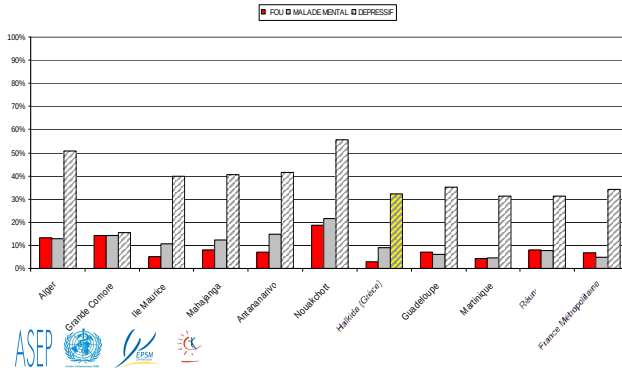
FOU MALADEMENTAL DEPRESSIF





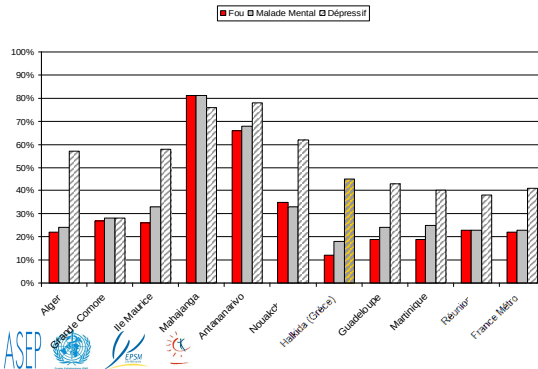
Représentations de la guérison seul (%) oui)

« Un fou / malade mental / dépressif peut-il guérir seul ? »



Représentations de la guérison sans médicaments (% oui)

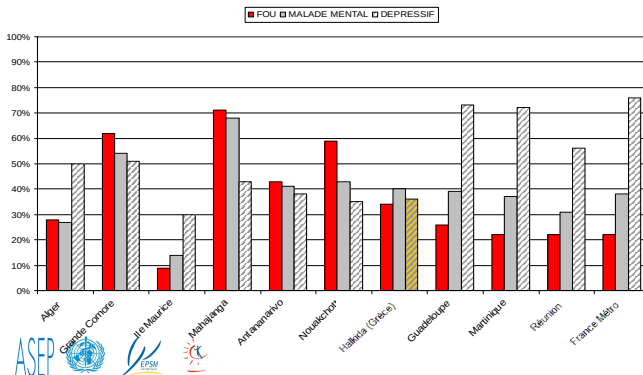
« Un fou / malade mental / dépressif peut-il guérir sans médicaments ? »





Connaissent d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner... (% oui)

« Connaissiez-vous d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un fou / malade mental / dépressif ? »



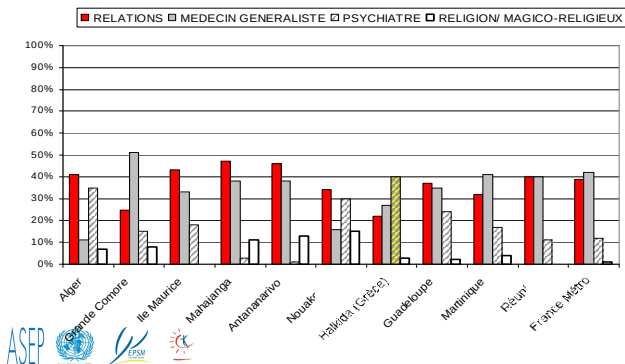
Accepteriez vous de reprendre à la maison... s'il est soigné ou en traitement ? (%oui)

	ALGER	Comores	Madagascar	Maurice	Halkida (Grèce)	DOM	France METRO
UN "DEPRESSIF"	> 90 %						
UN ENFANT "MALADE MENTAL"							> 85 %
UN "ALCOOLIQUE"			> 94 %	> 92 %	> 92 %		80-90 %
UN "MALADE MENTAL"			> 94 %	> 84 %	88%		69-80 %
UN "FOU"			> 78 %	72 %	> 86%		71-81 %
UN "TOXICOMANE" *		73%	80-87 %	71%	> 79%		65-75 %
UN "VIOLEUR" *		70%	68-72 %	48%	> 31%	20-30 %	18-30 %



Recours pour soi

« Imaginez que vous avez des difficultés dans votre vie. Vous êtes dans une situation de mal-être et de malaise. Vous ne savez plus où vous en êtes. Vous ne comprenez pas ce qui vous arrive... Vous êtes mal dans votre tête... Qui allez vous voir en premier ? »



RESUME

Le « fou » EST fou

Le « malade mental » A une maladie

Le « dépressif » FAIT une dépression

- Le concept de « dépression » s'est diffusé dans les différents pays, comme trouble psychique curable
- En France, la folie est plus ou moins associée à la maladie mentale, à des actes illégaux et à la prison
- La compréhension des comportements, le fait de connaître dans son entourage et la disponibilité des thérapeutiques modifient légèrement la dénomination (« fou », malade mental », « dépressif », « aucun des trois »)

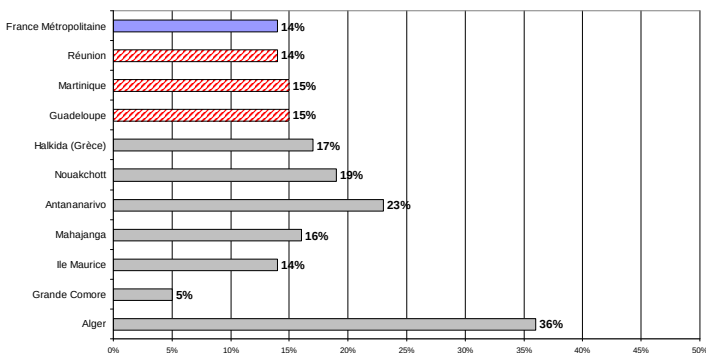
Ces éléments favorisent-ils une baisse de la discrimination ?

QUELQUES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES



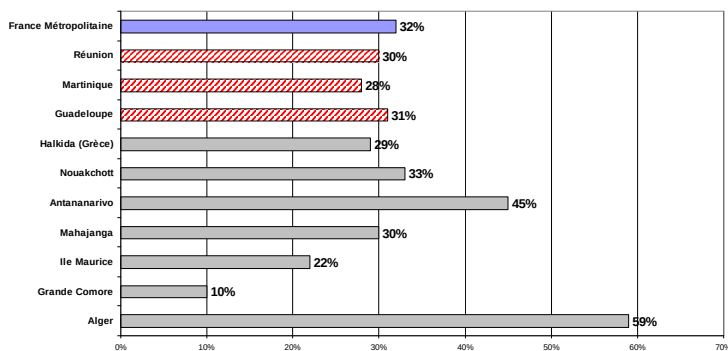
% Troubles dépressifs repérés par le Mini

(Episode dépressif actuel et récurrent, Dysthymie, épisode maniaque)



% au moins un trouble psychique repéré par le Mini

(Troubles dépressifs, anxieux, alcool, drogue, trouble d'allure psychotique)





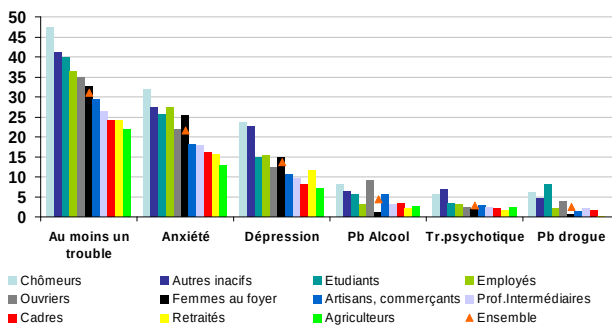
Principales prévalences (Echantillon National)

Au moins un trouble détecté par le questionnaire MINI : **32%**

- Trouble de l'humeur : **13,6%**
(épisode dépressif)
- Trouble anxieux : **21,6%**
(anxiété généralisée, phobies, stress post-traumatique:
- Problème d'alcool : **4,3%**
- Problème de drogue : **2,5%**
- Syndrome d'allure psychotique : **2,8%**
- Risque suicidaire : **13,7%**

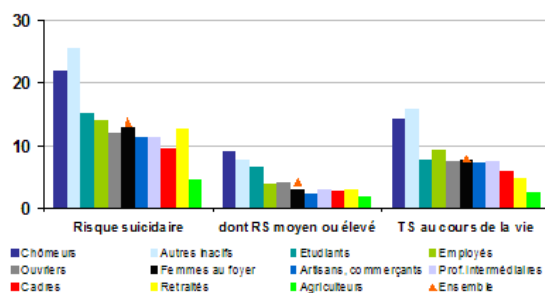


Prévalence des troubles mentaux selon la CSP (en %)





Prévalence du risque suicidaire selon la CSP (en %)





Classements sans suite pour problèmes de santé mental ou handicap mental

Il existe deux motifs de **classement sans suite c'est à dire sans procès** pour « troubles mentaux » :

Un motif juridique (1) :
le classement sans suite pour **irresponsabilité pénale (classement n°37** : l'irresponsabilité ne fait aucun doute)

Un motif d'opportunité (2):
le classement sans suite **pour état mental déficient (classement n°43)**



Evolution des classements sans suite * pour troubles psychiques (1)

Source : Cadres du parquet – Traitement Pôle études et évaluation (mars 2005)

Les classements sans suite* pour **irresponsabilité pénale** ont connu une lente augmentation de 1998 à 2003.

* Quelle que soit la nature de l'infraction : crime,



Année	Classements sans suite pour irresponsabilité pénale n°37	...dont mineurs
1998	2.385	
1999	2.885	
2000	3.157	534
2001	3.186	442
2002	3.294	380
2003	3.705	444
Evolution 1998 - 2003	+ 55,3%	



Evolution des classements sans suite * pour troubles psychiques (2)

Année	Classement sans suite pour état mental déficient n°43	...dont mineurs
1998	4.946	
1999	5.359	
2000	5.431	155
2001	5.359	163
2002	5.773	212
2003	6.089	187
Evolution 1998 - 2003	+23,1%	

Source : Cadres du parquet – Traitement Pôle études et évaluation (mars 2005)

On observe également une progression du nombre de classements sans suite pour **état mental déficient**



* Quelle que soit la nature de l'infraction : crime, délit, contravention



Décisions de non-lieux dont irresponsabilité pour troubles mentaux

Depuis 1998, stabilisation des non lieux pour irresponsabilité pénale prononcées en application de l'article 122-1 alinéa 1 du Code Pénal :

« **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.** »

Source : Cadres du parquet – Traitement Pôle études et évaluation (mars 2005)

Année	Ordonnance de non-lieu	Dont pour IPTM : 122-1-a1	Evolution de la proportion de non-lieux pour IPTM
1998	9.377	211	2,3%
1999	9.423	286	2,8%
2000	7.698	287	3,7%
2001	6.483	299	4,6%
2002	5.282	285	5,4%
2003	3.927	233	6%
Evolution	-58%	+10,4%	+160,9%



Remarques :

- Les classements sans suite pour troubles mentaux ont connu de 1998 à 2003 une augmentation de 3,6%.
- On note une stabilisation à bas niveau des non lieux pour irresponsabilité pénale (article 122-1 alinéa 1).

CONCLUSIONS TRES PROVISOIRES

Les représentations sociales de la « folie » et de la « maladie mentale » sont massives, en « bloc » et internationales. Elles varient peu suivant les critères sociologiques et démographiques et semblent plus liées aux cultures d'origine.

L'attribution de comportements qualifiés de « fou », « malade mental », « dépressif », « aucun des trois » varie en fonction de la manière dont on les nomme, de l'étiologie profane, médicale ou sacrée et de la représentation de la guérison, qui sont très variables culturellement.

Les notions de danger/violence sont généralement associées aux représentations du « fou » et du « malade mental ».

Le concept de « dépression » s'est mondialisé par reclassement des conduites. Le « fou », « malade mental », c'est l'autre, le « dépressif » peut être moi.

Les troubles psychiques n'ont pas de frontières.

Le Mini est un bon outil de détection des troubles psychiques, sensible à la situation sociale du pays et au bien être des populations.

L'exclusion existe, quelles que soient la structure de la société, les croyances et la disponibilité des traitements. Elle prend néanmoins des formes différentes selon les structures.

Avoir un trouble psychique modifie peu les représentations.

Dire avoir été soigné pour « folie », « maladie mentale », « dépression » n'est pas corrélé à un trouble psychique particulier. Et dire ne pas l'avoir été n'est pas synonyme de bonne santé mentale.

Débat

Jacques Michel/ Merci beaucoup pour cet exposé très intéressant. Il fallait vérifier certaines intuitions.

Je présume que les questions vont être nombreuses sur les manières dont vous avez procédé, les conclusions auxquelles vous êtes arrivé, et surtout les projets de rectification, de réajustement, de retour vers d'autres champs. Qu'est-ce que la psychiatrie en tire pour sa propre histoire, pour la vérité, sinon l'exactitude de son savoir ?

Rachel Bocher, psychiatre – CHU de Nantes/ J'ai participé à l'étude qui a permis de tisser des liens entre tous les acteurs. J'ai fait l'étude quand j'ai pris la responsabilité de mon secteur : il faut dire que ça a facilité non seulement l'accès aux soins pour les patients, mais aussi la compréhension du dispositif de secteur par les différents intervenants, qu'ils soient médicaux, sociaux ou municipaux.

Ma question est la suivante : tu as dit à un moment « l'évolution des représentations sont en lien avec les troubles du comportement ». Aujourd'hui, si je refaisais la même étude (je l'ai faite il y a 11 ans) ? On a eu depuis Pau, un plan de santé mentale où l'on met en avant les UHSA (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées). On a une représentation de la délinquance dans laquelle on assimile maladie mentale et délinquance. On voit bien que l'évolution des représentations est intimement liée, intriquée à la politisation de la psychiatrie. La psychiatrie est éminemment politique. Alain Gouffès tout à l'heure a évoqué le nombre de psychiatres qui est le plus important en Europe. On doit s'en réjouir. Ça veut aussi dire en France qu'il n'y a pas mal de patients qui trouvent des psychiatres.

Quand je vois aujourd'hui comment on martyrise l'expertise, en tout cas la possibilité d'accès aux soins vers la psychiatrie, si on refaisait l'étude, je ne suis pas sûre que l'on aurait les mêmes résultats.

Jean Furtos/ J'ai souvent entendu les résultats de cette recherche : à chaque fois, on apprend, c'est sûr ! Sur la question des meurtres, cela serait intéressant de ne pas partir de 1988 mais de 1914 : tout de même depuis le début du siècle, le nombre des crimes de sang n'a cessé de diminuer ; sur une petite période, on a l'impression que ça augmente, et ça coupe du contexte du siècle.

J'ai une question qui est pour moi très importante : quand j'étais jeune psychiatre, j'ai lu un texte de Deleuze et Guattari, « Capitalisme et schizophrénie », avec comme psychanalyste, un philosophe. Une des choses dites m'avait passionné : « l'être humain ne fonctionne qu'en se détraquant », c'est-à-dire que les symptômes que nous qualifions de psychiatriques type « troubles du l'humeur », « troubles anxieux », sont des symptômes qui vont, qui viennent et au fond plus les gens vont bien, plus ils en parlent... Comment, dans une recherche de ce type, avez-vous fait pour différencier les symptômes qui aident à vivre (par exemple, les troubles maniaques peuvent aider dans certains cas) et ceux qui empêchent carrément d'exister ? Est-ce que vous avez cette possibilité d'envisager la dynamique du symptôme pathologique ou existentiel ?

Monsieur Beloncle, Directeur du pôle de psychiatrie - Hôpital Saint-Jacques/ Suite à ce que disaient Rachel Bocher et Jean Furtos et pour éviter de tomber dans l'institution sociale ou une absence de confiance, je suis tout à fait d'accord pour penser que la politique est déterminante, mais encore faut-il que l'on s'interroge nous aussi sur la façon dont on a communiqué sur notre travail, sur nos questions pour arriver à ce que l'on est chez nous, dans un centre médico-psychologique ou des structures de type ambulatoire ?

Ma deuxième remarque est la suivante : comment se fait-il que la population décrive l'hôpital psychiatrique comme un épouvantail, alors que l'on se presse pour y rentrer ?

Jean-Luc Roelandt/ Le non droit, ça a dépassé un peu ma pensée. C'est quand même une sorte de prison psychiatrique, non pas comme dans d'autres pays, sur décision judiciaire.

Pour reprendre ce que disait Rachel Bocher, en quoi cette recherche peut être modifiée suivant les années ? Le fait de faire la recherche à Nanterre aujourd'hui (c'est tout de même aujourd'hui qu'elle démarre), est un signe avec l'histoire tragique de Nanterre, qui a certainement dû modifier les consciences. J'ai été extrêmement prudent pour faire l'enquête à Nanterre ; le conseil municipal a accepté, la CME aussi. L'ensemble de la communauté médicale a accepté. On va la faire à Nanterre, on verra bien ce que donneront les recommandations.

Pour répondre précisément à ce que demande Rachel Bocher : je ne sais pas qu'elles étaient les représentations il y a dix ans, 20 ans, 100 ans. Je ne sais pas non plus ce qu'elles seront dans dix ans... Je pense que l'on va savoir ce qu'elles sont maintenant. Il y a une nouvelle vague d'enquête qui se met en place. Ce type de recherche est à refaire tous les dix ou vingt ans. On est parti d'une base de données, dans le cadre de la plus grosse recherche mondiale actuelle, faite par militantisme, je tiens à le préciser. L'Etat aide mais surtout les élus et les équipes de psychiatrie qui la mettent en place, avec des écoles infirmières. C'est tout à fait remarquable dans notre pays car une enquête comme celle-là coûte 180.000 euros par site. Ça fait 6.000 euros pour nous. L'OMS nous avait demandé de mettre en place cette enquête dans le monde entier pour que l'on puisse la dupliquer : on devait faire quelque chose en utilisant les moyens de chaque pays et du terrain. Ça a été fait en France. On va peut-être avoir des connaissances ultérieures.

Ce qui change énormément dans cette enquête, c'est que l'on se connaît mieux. La population entame un débat. Ça a conduit à l'union entre la Fnapsy, l'Unafam, l'association des Maires de France et les professionnels pour une campagne de destigmatisation soutenue par la Fondation de France et maintenant par l'INPES et la DIV. Cette alliance n'a été possible à mon avis qu'avec cette enquête.

Ça n'élimine pas les conflits entre nous. Il n'y a pas de monde sans conflits mais le tout est de pouvoir discuter et débattre. C'est une enquête qui permet le débat partout sur la base de données, avec les élus, la population, les familles, les usagers (qui sont très nombreux).

Est-ce que ça modifie la psychiatrie ? Je n'en sais rien. Tout ce que je peux répondre, c'est qu'il n'y a pas d'adéquation entre l'offre de soin et la situation de la psychopathologie. On a effectivement le taux le plus élevé en Europe, et dans le monde, de psychiatres en France. On a un des taux les plus bas dans le service public. Quand on regarde clairement où ça en est dans le service public, il y a des zones où ça va (j'habite Lille, je travaille à Lille, on est assez nombreux) mais il y a des zones dans le Nord pas de Calais qui sont des catastrophes de désert sanitaire. Vous supprimez demain le privé psychiatrique, les gens vont allés voir des psychothérapeutes, etc. Vous supprimez le service public, vous allez voir ce qu'il va se passer.... Bon courage ! Je suis un fervent défenseur du rôle de l'Etat, qui devrait œuvrer depuis 100 ans à ce qu'il y ait une égalité dans les territoires (ce qui n'est pas le cas entre privé et public). C'est un réel problème.

La deuxième chose, si on va au-delà du discours syndical, politique, etc, c'est ce que m'apporte cette recherche. Les fonctions du malheur des gens sont multiples mais ne trouvent pas de remède uniquement dans la médecine ou la psychiatrie. Après cette enquête, on a remis les résultats à tous les médecins généralistes de notre secteur en leur disant « ils vont en premier chez vous » et on a mis en place un réseau avec les médecins généralistes.

Pour la prévention, il faut bien qu'il y ait des gens qui soient au premier fait de la prévention, que ce soit les services sociaux ou les familles. Cette enquête a permis que l'on se réunisse et

que l'on en discute pour voir concrètement comment, au niveau du territoire, on peut mettre en place une psy nouvelle, une belle psychiatrie. Une nouvelle psychiatrie qui prenne en compte le débat des frontières. Le premier thème de l'OMS dans le monde c'est « accroître le bien être mental ». Ca, si ne c'est pas le programme politique de chaque municipalité, je ne sais pas ce que c'est. A quoi sert l'aide sociale, si ce n'est le bien être mental de la population ? On a quelque chose de commun qui est dans l'amélioration du bien être, du mieux vivre ensemble. C'est un débat énorme ! Quand on voit tout ce qui s'est passé en France depuis un an. Là-dessus, on est sur le même créneau. Il y a des frontières : qui s'occupe de qui ? Qui fait quoi ? Ce qui est le plus simple, c'est d'arrêter le ping-pong et ce type d'enquête le permet en tous les cas dans ses retombées en disant : ça, c'est psychiatrique, ça, c'est social, ça, c'est municipal. Pourquoi on a parlé de « psychiatrie citoyenne » ? Je ne dis jamais « il y a un schizophrène qui vient nous emmerder... » mais « il y a un monsieur ou une dame, habitant d'un lieu qui présente peut-être des troubles schizophréniques ». En plus, si je le dis moi, je vais en prison automatiquement parce que j'ai le secret médical. C'est vous qui pouvez en parler, pas moi ! Quand on met une étiquette de ce type-là, c'est fini ... Et l'étiquette, ça a la peau dure !

Sur les UHSA, j'en suis un défenseur au nom du même principe. C'est-à-dire que s'il y a des gens qui sont délinquants et qui ont des troubles mentaux, et si la société ne veut pas qu'ils s'évadent, il faut qu'il y ait une garde pénitentiaire et des soins médicaux. Avec ce système-là, on va peut-être sortir des représentations qui confondent prison et hôpital psychiatrique.

Sur la question de la gestion des flux, on a complètement remis à plat le fonctionnement de notre service, à partir de l'enquête, avec le débat sur les municipalités, les médecins généralistes, les autres collègues psychiatres à Lille. Il était toujours complet. Depuis ce temps-là, on a mis en place des familles d'accueil, du soin à domicile avec les médecins généralistes... On n'est jamais complet ! Il faut bien dire qu'il y a une quantité de gens qui viennent à l'hôpital parce que les urgences sont ouvertes la nuit, il y a de lumière, on peut y aller pour se réfugier. Mais si on traite les choses en amont avec les municipalités qui nous ont fourni 150 logements sociaux dans notre secteur, si on arrive à mettre des équipes mobiles en place (c'est-à-dire que s'il y a un problème, on est là tout de suite, avec le médecin généraliste), si on arrive à redéployer nos moyens vers la communauté, à ce moment-là, on n'a plus de problèmes, on inverse les flux de la ville à l'hôpital et on va de l'hôpital à la ville.

Table Ronde « Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique ».

Présentation de l'étude DIV-ORSPERE (2003-2005)

Fernando BERTOLOTTO, Sociologue en santé publique

Marina GIROD DE L'AIN, Maire-Adjointe – Grenoble

Michèle VULLIEN, Maire – Dardilly

Débat Animé par Marie-Odile Dufour, Maire-Adjointe, Champigny sur Marne

Marie-Odile Dufour/ Je suis maire-adjointe à la santé, aux personnes handicapées, à la toxicomanie à Champigny sur Marne, ville située à 8 km au sud est de Créteil. Je suis également vice-présidente de l'association *Elus, Santé Publique & Territoires*.

Le thème qui nous réunit est : « Santé Mentale et Ordre Public : quelles compétences pour les élus locaux ? ». Ce matin nous avons eu avec Monsieur Furtos une bonne mise en perspective pour définir et préciser les mots, afin de savoir effectivement de quoi nous allons parler tous ensemble.

Par la suite, nous avons eu la présentation de l'enquête du Centre Collaborateur OMS pour la Santé Mentale.

Nous débutons cet après-midi notre table ronde pour débattre de « la souffrance psychosociale, de la solitude au politique ». « Sollicitude » et non « solitude ». En tant qu'élus, nous savons effectivement que beaucoup de personnes que nous rencontrons sont dans une solitude extrême. C'est sans doute pourquoi j'ai fait ce lapsus. Avec nous pour cet échange, Fernando Bertolotto qui est un sociologue en santé publique, Marina Girod de l'Ain, maire-adjointe à la santé à Grenoble et Michèle Vullien, maire de Dardilly.

Michèle Vullien / Ville de 8500 habitants dans le Rhône, village natal du Curé d'Ars, Saint Patron de toutes vos communes.

Marie-Odile Dufour/ Avant de passer au sujet propre de notre table ronde, je vais préciser que Nadine Richard, chef du bureau de la Santé Mentale à la DGS est présente depuis ce matin à nos travaux. Nous l'en remercions.

On a vu aujourd'hui que la Santé Mentale a effectivement une incidence directe sur le bien vivre ensemble et les élus, notamment les maires. En tant qu'élus, nous sommes souvent amenés à intervenir en cas de crise psychique ; ces crises relèvent d'une détresse de nature psychosociale. Les élus sont souvent en première ligne. Depuis un certain nombre d'années, Monsieur Bertolotto, nous assistons à l'émergence d'un champ problématique, celui de la santé mentale, dû notamment au développement d'un processus de précarisation. Il s'agit simplement de personnes en très grande détresse qui ne savent pas à qui parler et où traiter de leurs difficultés. Les professionnels sont souvent quant à eux tout aussi démunis pour assurer leurs missions. Pourriez-vous nous préciser ce qu'est la souffrance psychosociale et ses formes nouvelles, pour vous, sociologue ?

Fernando Bertolotto/ Merci de m'inviter à cette journée d'étude. En même temps, j'y suis impliqué pour avoir participé très activement aux réflexions que nous avons menées sur la dimension politique des problèmes, les questions de santé mentale et son rapport avec la précarité. Nous les avons menées en essayant de garder un cap, celui de mieux comprendre comment ces acteurs majeurs de la vie publique, que sont les élus, y étaient confrontés et y répondaient.

On ne reconnaît pas toujours l'importance du travail réalisé au quotidien par ces acteurs. Cela a été l'objet essentiel du séminaire que nous avons animé avec Jean Furtos et Pauline Rhenter, qui nous a aidé à finaliser le travail, pendant la première phase du séminaire. Je vais essayer de la restituer. Vous avez dans le dossier que l'on vous a remis la publication qui a été faite à partir de ce travail.

Pour répondre à la question que me pose Madame Marie-Odile Dufour, j'aurais des choses à dire : j'ai écouté avec beaucoup d'attention les questions évoquées ce matin. J'ai mon point de vue en ayant eu l'occasion de partager les réflexions avec les personnes de l'ONSM-ORSPERE, avec qui j'ai la chance de travailler depuis plusieurs années. La souffrance, comme on l'appelle « psychosociale », fait partie de ces nouvelles formes d'expression qui envahissent l'espace public et qui correspondent aux modes d'expression du sujet contemporain qui interpellent de par leur importance quantitative et leur degré de relative cohérence. On a pu percevoir cela de manière assez systématique dans les champs du travail social, de l'éducatif et en particulier dans les zones où se concentrent les publics précaires. Ces phénomènes-là ont un effet de loupe mais en vérité nous sommes face à une problématique sociale qui concerne l'ensemble de la société et qui renvoie à ce que je qualifie de « nouvelle demande sociale en santé » qui s'exprime par une forme de souffrance qui renvoie à la problématique de la santé mentale, plutôt de la maladie mentale sans que l'on ne sache très bien si c'est de la maladie mentale. Je ne vais pas reprendre tous les travaux faits ces dernières années qui contribuent à mieux comprendre ce qu'est cette nouvelle souffrance que l'on appelle psychosociale. Quelqu'un a cité Alain Ehrenberg par exemple ; les travaux de l'ONSM-ORSPERE ont largement contribué à comprendre de quoi étaient faites ces problématiques-là. A mon avis, cela correspond aux difficultés du sujet contemporain à faire face aux conditions de vie dans une société à la fois mondialisée et centrée sur l'individu ; c'est une espèce de paradoxe permanent qui rend très difficile la capacité de faire face à son devenir, sinon à son avenir. La souffrance psychosociale exprime cette difficulté qui s'exacerbe dans des conditions dans lesquelles les sujets sont affaiblis, vulnérabilisés comme le dit Robert Castel : ces sujets sont précaires, précarisés dans leur identité, dans leur capacité à vivre selon des standards exigeant de l'individu d'être performant, d'avoir l'apparence du bien être. Il est vrai que bien souvent dans cet univers-là, on ne sait plus si l'on est du côté du normal ou du pathologique, du légal ou de l'illégal, du juste ou de l'injuste. Bien souvent, on appelle au secours des institutions qui ont pour vocation justement à délimiter cela. Dans cette souffrance, les services spécialisés de santé mentale sont souvent appelés au secours pour pacifier les termes dans lesquels on peut aborder les problèmes posés par ces publics-là, pour dire « oui, c'est de la pathologie » ou « non, ce n'est pas de la pathologie ». Et on le voit dans tous les dispositifs qui s'occupent des adolescents par exemple, ou des jeunes en difficulté d'insertion, qui sont parfois dans des situations un peu critiques. On s'aperçoit que quand on appelle au secours ces services, très souvent, ils ne posent pas un diagnostic mais ils disent « je pense que ce n'est plutôt pas de la pathologie ou que c'est peut-être de la pathologie ». Le fait de simplement dire cela calme le jeu et les choses peuvent s'élaborer, se mettre en mouvement d'une autre manière. La souffrance psychosociale exprime tout cela mais n'est pas en soi un concept achevé, qui trace des frontières. Elle délimite plutôt une sorte d'incertitude.

Par ailleurs, nous avons pu confirmer ou aborder en travaillant avec des élus, par contraste, le fait qu'un champ est en train de se délimiter, celui de la santé mentale non réductible à celui de la maladie mentale. Il y a des tentatives, des questionnements sur les définitions que l'on peut apporter. Dans le même temps, les questionnements du champ à partir de ce que l'on appelle la souffrance psychosociale permettent d'interpeller et d'interroger le fonctionnement des systèmes dits spécialisés en santé mentale par rapport à ces problématiques-là. Cela permet de les observer, de les évaluer, un petit peu en biais et d'apporter un éclairage tout à fait nouveau, notamment sur les conditions dans lesquelles les paradigmes fonctionnent par rapport à la demande sociale. Bien souvent, le système spécialisé ne la voit pas, ou ne souhaite pas la voir et l'on passe à côté d'une partie considérable de la problématique dite de santé mentale.

Marie-Odile Dufour/ Donc, la souffrance psychosociale existe bien ?

Fernando Bertolotto/ Oui, je pense.

Marie-Odile Dufour/ Et elle prend des formes complètement différentes, vous l'avez montré, chez des populations concernées par « la dégradation sociale » (même si on n'aime pas ce mot) sous des formes extrêmement diverses. Lorsque les repères équilibrants sur le plan social et économique sont perdus, la vulnérabilité s'installe.

Fernando Bertolotto /La souffrance psychosociale rencontrée par les élus est une:

- souffrance psychique souvent en lien avec une situation sociale souvent disqualifiante, qui atteint les capacités du sujet dans toutes ses dimensions,
- qui est à l'origine de comportements atypiques situés entre l'inadaptation sociale et la maladie psychiatrique,
- qui se manifeste souvent auprès des professionnels de « première ligne » (notamment ceux des secteurs, social, sanitaire et éducatif) qu'ilsaturent en infiltrant l'espace psychique individuel et collectif et « disqualifient ».

Les enjeux liés à la prise en compte de la souffrance psychosociale par les élus locaux sont :

- un enjeu de **légitimité** lié à la spécificité du mandat local : comment asseoir la légitimité de l'élue) compte tenu des écarts irréductibles entre le « penser global » et « l'agir local »?
- un enjeu **démocratique** : comment garantir aux plus démunis l'accès à des services et à des moyens susceptibles d'assurer le respect des droits fondamentaux des personnes (logement, soins, alimentation, sécurité...), dans un contexte de restrictions budgétaires et de « rationalisations » comptables de des politiques sociales, qui réduisent les capacités d'accueil et de prise en charge des dispositifs publics?
- un enjeu **symbolique** : doit-il et peut-il, en tant qu'élue, assumer « d'être le Maire et le Père à la fois » d'une collectivité d'individus dont la santé mentale est menacée par la fragilisation des étayages traditionnels ou modernes du groupe, l'évitement du conflit, le délitement des mécanismes d'affiliation et de socialisation républicains (famille, école, travail) ?
- un enjeu **humain** : comment trouver l'équilibre entre l'engagement personnel indispensable à l'action politique de proximité, la fonction légitime de l'élue local, et les règles qui contraignent son action ?
- un enjeu de **santé publique** : comment, dans le nouveau contexte de territorialisation des politiques publiques au niveau régional ou départemental, situer le niveau communal

d'intervention sur une thématique aussi transversale que la santé mentale des citoyens, compte tenu de la diversité des moyens d'une ville à l'autre ?

Les objectifs du séminaire étaient de :

- 1) Dégager les éléments susceptibles de mieux faire connaître et reconnaître le rôle et la responsabilité des élus locaux dans la prise en compte de la souffrance psychosociale de leurs administrés,**
- 2) Interroger la légitimité et les limites d'une prise en compte locale des problématiques de santé mentale,**
- 3) Valider et finaliser le travail de formulation de la problématique avec le concours et à partir de l'expérience concrète des élus locaux,**
- 4) Dégager les enseignements et les orientations susceptibles de contribuer à l'optimisation des politiques publiques concourant à la santé mentale des populations, notamment celles en situation de précarité,**
- 5) Interroger le rôle et la place des secteurs de psychiatrie dans l'attention portée à la santé mentale.**

Principaux résultats I

- Les témoignages des élus ont conforté l'idée d'une « nouvelle donne » : le mode d'interpellation des élus municipaux sur le registre de la santé mentale a considérablement évolué et, comme les intervenants professionnels de « première ligne », ils sont directement confrontés à la « gestion » de la maladie mentale comme à celle des multiples formes de la souffrance psychosociale, tant au niveau individuel que collectif.**
- Les stratégies d'intervention des élus locaux se situent entre « débrouille compassionnelle » et « expertise politico-technique ».**
- La sensibilité de genre et la taille des communes apparaissent comme les principaux facteurs différenciateurs des modes d'engagement des élus sur ce registre.**

Principaux résultats II

- Comme les autres catégories d'acteurs de première ligne, la souffrance es élus apparaît aussi comme une dimension déterminante , mais souvent occultée, des conditions de prise en compte de la souffrance psychosociale dans une commune.
- Situés à l'intersection des dispositifs sanitaires, sociaux et sécuritaires de proximité, le maire, et par délégation ses adjoints, sont les seules à avoir la légitimité nécessaire pour intervenir directement dans le domaine de la santé mentale, depuis la décision d'une hospitalisation sous contrainte, jusqu'à la régulation des zones d'indétermination (institutionnelle, professionnelle, sociale, etc) qui vont se révéler avec la souffrance psychosociale.
- Cependant, un déficit évident de formation et d'information en la matière génère de l'insatisfaction, de la souffrance et de l'inégalité dans la gestion de la problématique.

Principaux résultats III

Les 5 « fonctions » des élus locaux en matière de santé mentale sont :

- La fonction de régulation (cf. la responsabilité de l'élu dans le fonctionnement du système de santé local, par sa participation aux instances de planification ou de gestion des services publics et son engagement dans le processus d'hospitalisation contrainte).
- La fonction d'interpellation (prenant acte des besoins de santé mentale, l'élu en appelle aux autorités publiques compétentes en matière économique, sociale, sanitaire, ou aux grands opérateurs économique et sociaux du secteur privé).
- La fonction de convocation (sociale, institutionnelle, voire communautaire...)
- La fonction de médiation (sociale, institutionnelle, voire communautaire...).
- La fonction d'élaboration (écoute, orientation et conseil) : les élus locaux travaillent le sens social de ces questions en aménageant des espaces d'élaboration psychosociale utiles au maintien de la cohésion sociale locale

Marie-Odile Dufour/ Merci pour la présentation de ces travaux. Effectivement on est d'accord pour tenter de comprendre la difficulté que les élus ont à devoir régler tous ces problèmes. Vous l'avez vu, les élus sont en première ligne et souvent la souffrance psychosociale commence à être prise en considération parce qu'elle entrave la vie dans un quartier ou dans un immeuble. Les élus qui sont ici dans la salle pourraient donner des exemples, mais c'est à Marina Girod de l'Ain que je vais demander de préciser par rapport à ce qu'elle vécu, le genre de situations auxquelles elle a été confrontée, ainsi que les solutions dont on dispose, le rôle que l'on peut jouer pour apporter une solution efficace.

Marina Girod de l'Ain/ En quatre diapositives, cela va être assez bref, et en même temps très ancré dans une réalité locale, grenobloise –exemple qui n'est pas forcément transposable ailleurs, sûrement moins idyllique qu'à Lille, mais où l'action publique locale a été longuement développée, et de manière historique, dans le champ social.

Je vais insister sur quatre points :

- la nature des interpellations des élus,
- la question des troubles de voisinage (question quotidienne des élus),
- la question de la rupture de soins (un des motifs d'interpellation du politique),
- l'action locale, brièvement car cela sera l'objet d'une deuxième journée.

La nature des interpellations des élus

Les interpellations sont fréquentes, pas seulement à destination des élus en charge de la santé, mais de l'ensemble d'une équipe municipale. Elles proviennent de secteurs très différents : de la plainte de voisinage à l'incurie, sur les questions de l'habitat, de l'habitat indigne, de l'habitat insalubre, de l'hébergement d'urgence, l'action sociale, la police nationale, la police municipale (sur toutes les questions de tranquillité publique) et l'ensemble des associations, partenaires de la ville, et elles sont très nombreuses dans le champ de l'action sociale, caritative, sanitaire, de la psychiatrie (puisque curieusement, la psychiatrie, également la psychiatrie publique, interpelle, sollicite la ville sur des questions de ruptures de soins, on le verra sur la situation particulière Grenoble).

Sur la réception des plaintes d'abord, elles se font dans différents endroits de la ville au niveau de la police, de l'hygiène et de la salubrité (ce service hérité du XIX^{ème} siècle, créé dans une logique pastorienne est plus que d'actualité aujourd'hui avec les correspondances liées à la précarité). Ce service central, quand il est en lien avec un service santé, est particulièrement pertinent dans la mesure où il existe souvent un lien entre les questions d'hygiène et de salubrité, et la question de la santé : on est souvent sur des problématiques communes avec des personnes pour lesquelles est sollicité le cabinet du Maire, qui réceptionne les plaintes, soit individuelles soit collectives, sous la forme de pétitions (il y a d'ailleurs une étude complémentaire à faire sur le rôle des cabinets du maire dans la gestion des plaintes).

Sur l'anonymat des plaignants en milieu urbain, Fernando en a parlé mais il est important d'arriver à comprendre la sollicitation régulière voire quotidienne et en même temps la distance avec les plaignants. Presque exceptionnellement, l' élu, en tout cas d'une ville dont je suis, reçoit personnellement les personnes. Cela passe généralement par un service administratif, en tout cas un filtre administratif, ce qui rend la chose un peu compliquée puisque l'interpellation existe, mais sans la rencontre avec la personne concernée.

Sur l'isolement, cela a été évoqué, je passerai donc rapidement. Je ne parlerai pas forcément de « souffrance des élus », mais d'isolement par rapport au travail social ou médical où il existe un travail d'équipe, d'analyse de la pratique, en tout cas de confrontation des pratiques. Il n'existe pas dans le milieu politique un tel travail ; on n'est pas dans ce registre-là. Ce travail de l'ORSPERE a donc été tout à fait particulier et enrichissant puisqu'il a permis à plusieurs élus d'évoquer une pratique quotidienne d'exercice de notre mandat.

Je vais rentrer dans des choses très concrètes : le choix des situations présentées a été extrêmement arbitraire et très caricatural (en tous cas pour les psychiatres de la salle) mais c'est comme ça qu'elles atteignent l' élu. Il y a plus de femmes que d'hommes, mais ce n'est pas tout à fait la réalité. En tout cas dans les plaintes, visiblement plus de femmes, mais dans les Hospitalisations d'Office plus d'hommes. Ça n'a rien de représentatif ; c'est juste pour montrer différents modes d'entrée, au niveau de la ville, différents types de sollicitation en lien avec la question des troubles de voisinage. Les troubles de voisinage sont au cœur de la pratique d'un élu : comment les gens peuvent vivre ensemble ? On a l'impression d'une vie ensemble de plus en plus difficile avec des personnes qui se harcèlent mutuellement les unes les autres. Reste à savoir si l'ensemble de ces troubles de voisinage ont une composante « santé mentale » ou « maladie mentale » ?

Madame A. est une personne âgée qui terrorise ses voisins et les plaintes sont multiples. Les voisins ont porté plainte contre cette dame et cette dame a porté plainte contre ses voisins. Avec des bousculades dans les escaliers, beaucoup de bruits dans l'immeuble. Mais on voit bien ici comment ça s'entretient mutuellement et comment la capacité de calmer le jeu est compliquée : qui va le faire ?

Quand la ville, qui a été interpellée, tente de solliciter le CMP pour une prise en charge, le CMP ne répond pas puisqu'il n'y a pas eu de prescription d'un suivi médicalisé. Ici, c'est beaucoup plus un travail de médiation, mené par la ville, avec l'ensemble du voisinage qui va être mis en place pour tenter de calmer le jeu, en tout cas temporairement.

Dans la deuxième situation, on est dans une situation beaucoup plus d'incurie, sur des problèmes d'odeur, avec des amoncellements dans l'appartement, une personne très isolée et ici les bailleurs sollicitent le service social, le service hygiène et salubrité avec l'absence de suivi de cette personne, qui survit dans un grand isolement.

Là aussi, le travail de la ville va être mené, puisqu'à la ville de Grenoble, on a embauché une psychologue qui va au domicile des personnes pour tenter d'initier une démarche vers les soins. Comment peut-on rendre un accès aux soins possible quand il n'y a pas de demande ? Dans cette situation, on est dans une absence totale de demande.

Le « pouvoir de convocation » de l' élu a été particulièrement important puisqu'à la réception d'un courrier officiel de la ville, de la psychologue de la ville de Grenoble, la personne s'est sentie prise en compte dans son isolement et un travail d'accompagnement, accompagnement physique même, vers les centres de santé, dont le CMP, a pu être fait.

La troisième personne est une personne très isolée avec refus d'alimentation (en danger malgré tout), signalée par sa famille, qui ne peut plus rentrer au domicile.

Là aussi, on voit que les pompiers interpellés pour ouvrir une porte n'ont pas souhaité intervenir et qu'il a fallu procéder à une hospitalisation d'office pour ouvrir la porte et pouvoir accéder à la personne. On voit bien qu'il n'y a pas de dangerosité avérée, que l'HO a été prescrite en dehors de la loi et qu'elle vient pallier l'absence d'autres moyens d'accès aux

personnes. Ici, c'était le motif de la nécessité de soins en psychiatrie, c'était pour permettre au patient de retrouver l'observance de son traitement. C'est à discuter, je lance la balle dans le champ des psychiatres.

Sur Monsieur D., on est dans une situation connue. On est souvent dans des situations chroniques et anciennes. Cette personne a déjà été hospitalisée et a aussi provoqué de gros problèmes de tapages nocturnes, des plaintes de voisinage. La situation est un peu particulière, car c'est une des rares situations où un psychiatre est allé au domicile de la personne pour pouvoir se rendre compte sur place de la situation. Il y a eu une nouvelle hospitalisation ensuite.

A travers ces situations, on voit bien le quotidien d'un élu qui doit souvent régler des situations semblables, chroniques: plaintes de voisinage, bruits, odeurs, menace d'expulsion, isolement familial, précarité, et rupture de soins.

La question de la rupture de soins me paraît, en tant qu'élue, particulièrement importante. On se demande en effet quels sont les déterminants de ces ruptures de soins ? Je ne sais pas si la psychiatrie a travaillé sur les motifs de la rupture de soins ; en tout cas, je n'en ai pas connaissance, mais c'est par ce biais-là que la psychiatrie publique interpelle les élus : pour remettre de la continuité dans le soin, à travers une demande d'hospitalisation d'office.

Encore sur la question de cette rupture de soins, qui a été analysée de manière approfondie par les Centres de Santé, qui en ont une vue plus large de la rupture, du renoncement jusqu'au non recours au soin, à travers leur patientelle. Les Centres de santé de Grenoble (22.000 patients) ont déjà travaillé sur la précarité des patients : 50% des patients du Centre de Santé sont dits « précaires », dont ¼ présentent des troubles socio-comportementaux. Dans cette partie de la patientelle dite précaire, pour les médecins ou les équipes des centres de santé, ces patients présentent 4,5 fois plus de retard dans le commencement aux soins. Donc les patients précaires des centres de santé sont beaucoup plus touchés que les autres. Selon les médecins, une coordination médicale et sociale serait 5 fois plus importante pour ces patients-là.

On voit bien le lien entre le retard, le renoncement aux soins et la question de la précarité. Dans ce groupe de patients des centres de santé qui présentent un retard ou un renoncement au soin, 60% ont des pathologies chroniques, dont la plupart sont d'ordre psychiatrique. On voit bien que le lien entre précarité et pathologie chronique est déterminant ; assurer une continuité dans le soin nécessite en effet un travail beaucoup plus lourd autour de la personne, entre le médical et le social, avec la place fondamentale de la médecine générale que l'on a un peu évoquée ce matin, mais qui a évidemment un rôle déterminant à jouer.

Quand on regarde les cas d'hospitalisation d'office, on est dans les mêmes problématiques, en tout cas pour Grenoble, puisque le motif d'interpellation le plus fréquent est la rupture de soins (85% des HO à Grenoble sont sollicitées par la psychiatrie publique sans forcément une dangerosité avérée). Finalement, il y a une forme de banalisation de la contrainte comme mode d'accès à la psychiatrie pour assurer la continuité dans le soin ; on sent bien que l'on est dans une dérive. La proposition de réforme actuelle ne répond aucunement à la question qui est une question de santé publique et d'accès aux soins.

Quant à l'accès au droit commun, on n'en a pas beaucoup parlé. Sur l'interpellation par la psychiatrie publique, on ne peut l'expliquer que par une question de moyens, même si on le voit bien en tant qu'élue, les CMP ne sont pas suffisamment dotés, il manque du personnel. Comment en tant qu'élue, peut-on interpeller la psychiatrie ? On l'a vu, une des fonctions de l'élue, c'est l'interpellation : tant que les élus n'auront pas la légitimité comme ils l'ont à l'hôpital général de pouvoir interpeller le système, c'est un peu compliqué.

La question de l'Etat, je ne vais pas m'y étendre, mais il a rarement le rôle d'animateur dans tout cela. C'est plutôt, vu de l' élu local, une position de désengagement et une politique sécuritaire qui n'apporte pas de réponse aux problématiques locales.

Pour terminer sur l'action locale et ouvrir des perspectives, je voudrais dire que cela pose toute la question de l'équité sur le territoire. On est beaucoup plus sur des expériences locales qui reposent sur des volontés politiques et des services compétents. A ce propos, je remercie particulièrement les services municipaux grenoblois dans ce cadre-là. Je ne reviendrai pas sur les outils de l' élu local, puisque cela a été évoqué. On en reparlera dans une deuxième journée, parce que l'on souhaite vraiment pouvoir, avec l'association *Elus, Santé Publique & Territoires* et l'ORSPERE, confronter les expériences locales. Elles ne sont pas évaluées, ou tout cas très insuffisamment ; quand on construit des indicateurs, comme à Grenoble, que l'on organise la médiation avec les bailleurs, l'accès aux soins avec la psychologue municipale, la formation des acteurs associatifs, les Conseils Locaux de Santé Mentale, les points écoute, etc, toutes ces expériences récentes, différentes de ville en ville, comment on peut en tirer des conclusions ? Comment on peut les modéliser ? Les transposer ? En faire un objet de programmation politique ? Parce que la santé mentale, il faut le dire, a été absente des programmes municipaux lors des élections 2001. Cela sera peut-être notre travail maintenant de la remettre dans l'agenda politique mais avant tout il faudrait évaluer nos expériences ; cela sera donc l'objet d'une deuxième journée que l'on fera à Grenoble en 2007.

Merci.

Marie-Odile Dufour/ En tant qu' élu local et de proximité, je me suis bien retrouvée dans les cas concrets que vous nous avez exposés, pour illustrer le propos de notre table ronde. Il y a aussi d'autres populations, d'autres types de personnes qui connaissent aussi la souffrance psychosociale et Michèle Vullien, en tant que Maire de Dardilly, avez aussi à témoigner de ce que vous vivez auprès de populations qui sont en grande détresse : est-ce qu'elles s'adressent à vous en tant que maire ?

Michèle Vullien/ Merci. Je vais vous parler d'un cas un peu particulier, sur une commune de 8500 habitants. Ce qu'a dit Marina, on le vit effectivement au quotidien, même lorsque la taille de la commune est réduite (puisque l'on ne peut pas comparer la taille de Dardilly et celle de Grenoble). Et même si Dardilly fait partie d'une communauté urbaine de 1,3 million d'habitants, chaque commune a bien sa spécificité.

Sur ma commune, il y a une arrivée, à un moment donné, de demandeurs d'asile, parce que la région lyonnaise est une plaque tournante, voire une plaque de fixation des demandeurs d'asile. Il y a maintenant un peu moins d'arrivées, mais même lorsque sur la France globalement le préfet nous assurait la main sur le cœur que cela avait diminué, ça augmentait à Lyon, puisque d'ailleurs certains collègues bien attentionnés des départements voisins, payaient les billets de train pour que les gens aillent à Lyon en disant « sur Lyon, ils sont bien équipés, ils savent ce que c'est ».

C'est pour vous situer un peu le tableau : petit à petit la tension montait, en disant « mais pourquoi, ça tombe sur nous ? ». Il faut dire aussi que dans Lyon centre, il y avait des hordes (il n'y a pas d'autres mots) de gens qui vivaient dans la rue et c'était proprement intolérable. Les services de l'Etat, la DDASS, missionnaient des associations pour s'occuper de ces gens et c'est tout à fait normal. Simplement, ce qu'ils avaient oublié, c'était de dire : « on les mets à certains endroits et là, il y a des gens qui vivent, il y a un territoire et peut-être des élus à informer ». Sur ma commune, on nous a mis dans un hôtel, qui était volontaire – parce les gens disaient « Mon Dieu, ils ont réquisitionné un hôtel » Pas du tout ! C'est tellement lucratif, que le gérant a dit « Moi, moi, Monsieur, j'en veux », parce que tous les jours, c'était le bingo pour lui. On a eu 180 demandeurs d'asile : des femmes, des enfants... Vous voyez :

180 personnes sur 8500 habitants, dans un quartier où il y a déjà des logements sociaux, où les gens ont vécu ça de façon très vive. Il y a eu à la fois à gérer les demandeurs d'asile qui arrivaient et la population qui ne comprenait pas, qui commençait à produire de l'incompréhension qui se transformait en haine, petit à petit, voire en violence.

Ce qui était tout à fait particulier, et là je rejoins ce que tu as dit, c'est la fonction d'interpellation. A un moment donné, j'ai été dans cette fonction d'interpellation du préfet, de la DDASS parce que personne n'a averti le terrain. Le maire, bien sûr, n'a pas été averti, pas plus que le conseil général dont je suis... Parce que ce que l'on n'a pas trop dit ce matin, c'est le rôle des conseils généraux, notamment par le biais de la PMI. Là, il y a un vrai rôle de santé publique sur l'enfance, la petite enfance et les familles en règle générale.

Les gens sont arrivés petit à petit. Les gendarmes n'y comprenaient plus rien, parce qu'il y avait des bagarres, des vols dans une grande surface dans le secteur, tout cela commençait à bouillonner. On ne savait pas s'ils étaient là pour huit jours, un mois, pour des années... Il y en a finalement qui sont là depuis trois ans. Le nombre a diminué... C'était tous des gens qui étaient des demandeurs d'asile de pays de l'Est mais de pays qui entres eux pouvaient être en conflits ethniques. A l'intérieur de l'hôtel, on reproduisait les conflits... Ca a été quelque chose d'assez extravagant parce que lorsque j'ai interpellé le préfet pour pouvoir être dans la convocation, la médiation et pour finir l'élaboration (c'est pour cela que la « régulation », je la mettrai en dernier, parce que la régulation est le produit de tout cela). Ca a été complètement surréaliste : c'est-à-dire que les services du conseil général voyaient arriver des gens, ils ne savaient pas d'où, qui demandaient des aides. Ils ont même dû, à un moment donné, fermer la MDR (la Maison du Département du Rhône) parce que les gens entraient, poussaient des cris, n'arrivaient pas à se faire comprendre (il fallait des interprètes). Lorsque j'ai organisé une réunion avec mes propres services sociaux, avec des membres d'association, on avait trois traducteurs, et ce n'était pas suffisant. On avait des gens complètement différents les uns des autres. Je me souviens notamment : un pasteur angolais qui était avec six enfants, des Roms..., il y avait des gens de catégories socioprofessionnelles différentes, de langages différents, et personne ne comprenait rien ! Il y avait des femmes qui étaient terrées dans leur chambre, il y avait des femmes enceintes. Il y a eu des naissances... j'ai même fait récemment un mariage de deux personnes (je vous le cite, car c'est un peu exceptionnel) qui s'étaient perdues dans leurs pérégrinations : elle, avait un enfant de cet homme, ils se sont perdus, ils se sont retrouvés. Ils ont refait un enfant dans cet hôtel de Dardilly et je les ai mariés. Ce qui m'a frappé quand même, c'est qu'un de leur témoin était une jeune femme qui a dû signer d'une croix parce qu'elle était complètement illettrée. Je prends cet exemple pour vous montrer à quel point on en est avec des populations pour lesquelles on n'est pas du tout prêt. On est peut être dans la sollicitude effectivement. Mais après comment fait-on quand les services de la préfecture font le black-out ? Je n'ai pas été reçu par le préfet et par le sous-préfet. Il a fallu que j'aie fait un peu de foin ! Il a fallu avec la DDASS que j'aie un peu agripper le DDASS pour lui dire que ça commençait à bien faire ! Je ne dis pas qu'il faut les mettre ailleurs, mais je vous dis : « les maires souhaitent travailler en partenariat mais le partenariat, je n'arrive pas à l'obtenir ». Donc, à un moment donné, c'est bien moi qui ai dû être dans l'interpellation, une interpellation un peu musclée d'ailleurs, pour arriver à faire, ce que tu disais Laurent ce matin, un co-pilotage. Je pense que là, si on relit l'histoire telle qu'elle s'est faite, si les services de l'Etat – et je le dis nommément : le DDASS et le Préfet, avaient eu un peu de courage pour dire « on va faire un groupe de pilotage, on va nommer un chef de projet, et on va se mettre autour d'une table, pour résoudre le problème », cela se serait passé autrement. Parce que que se passait-il ? Il y avait des bagarres à l'hôtel. Il y avait des gens qui venaient au CCAS, d'autres à la MDR, il y avait des gamins désœuvrés qui ne savaient quoi faire, qui jetaient des pierres sur les voitures... Donc, les gens disaient « ce sont des petits sauvages... ». Il y avait des gens qui cherchaient dans les poubelles ce qu'ils

pouvaient trouver. Quand on réfléchit bien, il y a 50 ans en arrière, je me souviens à Paris, d'ailleurs, les chiffonniers d'Emmaüs, sont nés comme ça, parce qu'ils cherchaient dans les poubelles. Mais maintenant au XIX^{ème} siècle, on cherche dans les poubelles ! Les bus m'interpellaient puisque je fais partie du syndicat des transports publics ; ils en étaient à dire : c'est épouvantable, dans les bus, ça se passe mal. Ils arrivaient à passer les bus dans une solution désinfectante ... j'ai dit « mais arrêtez ! Les gens sont dans un hôtel, ils ont de quoi se laver ! ». Mais il y avait une espèce de montée de haine à propos d'une situation très mal gérée, non expliquée. Il y a eu des difficultés d'explication, même si après, ça c'est plutôt bien passé, dans les écoles parce que la question était : « est-ce que l'on scolarise les enfants ou pas ? » C'est un grand débat ! Doit-on scolariser les enfants des gens qui ne sont pas statutaires ? Ma réponse est oui parce que les enfants, quelle que soit la situation des parents, ne doivent rester prisonniers d'une chambre d'hôtel. On doit pouvoir leur donner un minimum d'espace d'éducation comme à tout enfant, qu'il soit de Dardilly ou qu'il arrive d'un autre pays.

Mais je dois dire que les enseignants n'ont pas forcément bien réagi, les parents non plus. Ce qui fait qu'à un moment donné, lorsque j'ai été interviewée par une journaliste du *Monde*, qui a repris mes propos, en les mettant dans les guillemets, en les isolant du contexte, cela a provoqué une certaine violence, parce que du coup, les instituteurs(trices) et les parents ont dit « comment, c'est scandaleux, on n'est pas si affreux que vous décrivez ». Non, ils n'étaient pas les affreux, mais ils n'étaient pas non plus prêt à dire « on les accepte ».

J'ai donc reçu une délégation de parents, d'instituteurs(trices). J'étais déjà allée d'ailleurs dans l'école en conseil de classe (ce que je ne fais jamais car c'est le rôle de l'adjoint à la scolarité) : deux heures pour savoir si oui ou non, ils étaient vaccinés ; il ne fallait pas que les autres petites chéris prennent les poux des gamins... C'était surréaliste et en même temps, je comprenais la souffrance exprimée par les parents, les instituteurs(trices) qui les recevaient... Il y avait là une espèce de bouillonnement. Finalement, on a pu avoir un demi poste pour les CLIN (classe d'intégration) puis un temps plein maintenant, bien qu'actuellement on n'aie plus qu'une quarantaine de demandeurs d'asile.

Je tenais à vous faire part de ce témoignage parce que cela montre bien que le politique finalement est un peu livré à lui-même et que s'il n'a pas cette volonté et cette capacité d'interpellation de l'Etat (le Préfet, le DDASS qui sont les représentants de l'Etat) pour se mettre autour d'une table, c'est la crise. Il y avait également l'association qui elle disait « oui, oui, c'est parce que ce sont des bourges à Ecully, ils ne veulent pas des demandeurs d'asile ». Tout cela va se terminer pour les demandeurs d'asile mais ce qui va être maintenant le lot de l'ensemble des collègues et qui provoque aussi de l'incompréhension de la part des populations, ce sont les gens du voyage. Les schémas départementaux des gens du voyage impliquent que dans ma commune, il y ait une aire d'accueil ; il nous a fallu trois ans pour expliquer cela, j'ai eu l'unanimité du conseil municipal et je finirai par là : mon cher voisin et ami du canton était dans le déni en disant « on n'en veut pas, on est trop beau... », il allait même jusqu'à dire : on est une commune à 4 fleurs ! Vous vous rendez compte, on ne peut pas avoir des gens du voyage... ». Au bout de trois ans, quand le Préfet lui a dit « c'est comme ça et pas autrement », il a dit « bon, on va les mettre à Dardilly, ça sera de l'intercommunalité ». Je vais m'arrêter là. J'ai essayé de vous montrer que chacun essaie de s'en sortir du mieux qu'il peut. A un moment donné, il faut prendre ses responsabilités, chacun à son niveau, pour pouvoir accueillir et comprendre la souffrance.

Marie-Odile Dufour/ Je vais vous laisser la parole parce que je suis sûre qu'il y a des questions que certaines personnes souhaitent poser pour intervenir, témoigner, que ce soit sur la présentation de Fernando Bertolotto ou sur les deux témoignages que nous venons d'avoir de la part des élus.

Stéphanie Lafont, psychiatre de service public (Val de Marne)/ J'ai été très intéressée par les interventions de cet après-midi mais une des questions qui m'a fait venir est : comment interpellier la psychiatrie publique ? Pour l'instant, je n'ai pas de réponse à cette question. J'aimerais que vous précisiez ce que vous attendez des psychiatres publics ?

Alain Gouffès/ Sur ce qui a été dit, j'ai deux remarques. J'ai le souvenir, à l'époque (il y a trente ans), de l'installation du secteur, par les tenants d'une certaine radicalité : psychiatres, philosophes, psychanalystes, sociologues aussi, qui critiquaient l'extension de la psychiatrie. Il y a eu des débats très vifs par rapport à cela ; j'ai le sentiment que 30 ans après, la psychiatrie officielle telle qu'elle se pratique d'un point de vue communautaire, est plutôt interrogée sur ses marges, sur son rapport à la précarité, peut-être attaquée sur son insuffisante disponibilité ou attention aux questions que vous rencontrez, dont vous parlez d'une façon très émouvante, parce que beaucoup de personnes qui travaillent dans la santé ignorent ce que vous évoquez. Cela mérite d'être dit et redit encore.

Ma deuxième remarque porte sur un malentendu qui évoque une contradiction qu'il faut absolument lever : ce que peut la psychiatrie publique, elle doit se transformer encore beaucoup. Ce n'est pas simplement une question de moyens. Il faut réfléchir sur la notion d'équipe. Quand j'entends dire « encore et encore, manque de moyens... ». Oui, arrêtons un peu ! Réfléchissons à comment elle est organisée ! Il y a une notion de disponibilité, de délai d'attente dans les services publics extrahospitaliers (c'est un très bon indicateur).

Il faut absolument trouver la possibilité que de toute demande adressée à un service public soit traitée le plus rapidement possible, voire dans la journée. Alors, qu'est-ce que ça veut dire ? C'est redoutable à mettre en place et ça veut dire qu'il faut réfléchir sur la notion d'équipe, la place de l'infirmier, du psychologue, de l'Etat..., et ce n'est pas simplement faire suivre des rendez-vous jusqu'à 20h et ensuite, s'il n'y a plus de places, on donne un rendez-vous dans trois mois, quatre mois, six mois... Il faut revoir ça ! C'est très difficile à mettre en place. Mais cette disponibilité, cette accessibilité, cette proximité aussi, il faut la lier avec la nécessité de ne pas psychologiser ou psychiatriser tout ce qui est du malaise social. C'est pour cela qu'il faut en même temps être disponible, répondre et relever, dénoncer le fait que, en France, on consomme trois fois plus de psychotropes que dans bien des pays européens. La réponse n'est pas simplement médicamenteuse. Plutôt que d'être dans la dénonciation d'autres pratiques de médecins généralistes il faut voir que souvent les médecins généralistes sont en grande difficultés parce qu'eux-mêmes n'ont pas de relais dans des maisons de santé où, y compris des médecins généralistes seraient prêts à consacrer une journée par semaine de leur temps pour être disponibles et inventer des réponses autres ; il faut réfléchir et inventer au niveau du champ social et de la santé publique.

Un intervenant/ Je trouve que vos partages d'expériences sont relativement enrichissants parce que ça permet de prolonger une certaine interrogation sur la formation des élus. Je ne peux pas accepter sans m'interroger, entendre dire que l'Etat a un projet privilégiant entièrement l'approche sécuritaire des questions de santé : non ! C'est clair que non ! Il faudrait à ce moment-là étayer votre propos avec des choses très précises que vous vivez certainement, mais n'en faisons pas une généralité sur l'ensemble du territoire national !

Il faut toujours regarder ce que le droit commun permet de faire, plutôt que d'attendre toujours qu'en dernier recours, ça soit l'Etat, le Préfet, voire le DDASS qui se substituent aux instances qui sont là pour régler un certain nombre de problèmes. En matière de gens du voyage, le Conseil Général est compétent à 100%. En matière d'accueil des demandeurs d'asile, je ne voudrais pas que l'on sorte de la salle en imaginant que l'accueil et l'organisation des chemins d'accueil des demandeurs d'asile est assimilé ou à de la santé mentale ou à de l'ordre public. Ça me gêne énormément.

Michèle Vullien/ C'est de l'ordre public.

Isabelle Plessis/ Je travaille à la ville de Nantes au sein d'une direction qui s'appelle « Réglementation et tranquillité publique » et je suis aussi responsable d'un service « Hygiène, Manifestation et sécurité civile ». Vous voyez qu'à la fois je suis préoccupée par les questions de tranquillité publique, ce que vous appelez au départ « Ordre Public » mais également par les questions d'hygiène et notamment de salubrité de l'habitat. Les inspecteurs de salubrité qui travaillent au sein de ce service sont confrontés à des situations, des problèmes de santé mentale, etc. Notre souci est que ces problèmes ne soient pas récurrents chez les mêmes personnes et qu'effectivement, il y ait le moins de contraintes possibles pour le voisinage.

Aujourd'hui, on essaie de signaler ces situations-là. On développe aussi des circuits parallèles, puisque parfois les circuits officiels ne marchent pas très bien et qu'il n'y a pas toujours de prise en compte des signalements faits. Quelles sont les pistes de solution, d'organisation ? Est-ce qu'il y a des expériences ailleurs pour l'accompagnement, la prise en charge, la résolution de problèmes au long cours ?

Patricia Saraux/ Je suis médecin dans un dispensaire pour personnes en difficultés sociales depuis 13 ans et je suis également à mi-temps sur la ville où je m'occupe de santé mentale. Comme je suis médecin généraliste, je suis porte-parole de mes confrères : on est quand même seul sur le terrain de la ville. On a des relations avec nos confrères hospitaliers ou privés, mais sur le terrain on est assez seul. Mes confrères sont souvent désespérés et me disent : « toi, tu connais les pauvres, vas y ». C'est un peu ça aussi. Dans toutes ces réflexions, cet enrichissement que j'ai pu avoir auprès de patients (parce que les patients nous apportent aussi beaucoup de choses), il n'y a pas beaucoup d'urgences urgentissimes. On peut anticiper en s'organisant, et c'est aussi l'objectif des Conseils Locaux de Santé Mentale, en créant du bien être auprès de nos concitoyens, on arrivera à ne pas critiquer l'éthique que l'on veut partager. Il faut réfléchir ensemble parce que l'on voit bien que chacun souffre : les élus, les médecins... le patient ? Qu'est-ce qu'il fait lui ? C'est aussi cette vision globale, on n'a pas de réponse toutes faites mais ensemble on peut avancer.

Marie-Odile Dufour/ Sur la question « qu'attendent les élus des secteurs psychiatriques ? », qui veut répondre ?

Marina Girod de l'Ain/ Ce que les élus locaux attendent de la psychiatrie publique, c'est d'abord la rencontre. Cette rencontre n'est pas facile ; elle ne se fait pas naturellement et l'interpellation n'est pas mutuelle. Ni le politique interpelle la psychiatrie, ni la psychiatrie n'interpelle le politique comme un acteur légitime et nécessaire pour tous.

Donc, je dirais, la rencontre, le préalable ; ensuite, l'expertise sur une situation pour laquelle la ville est sollicitée. Ça ne fonctionne pas vraiment ainsi à Grenoble : la ville ne peut pas interpellier un psychiatre de la psychiatrie publique pour venir voir un patient à la demande de la ville. Peut-être que cela se fait ailleurs, mais je vous parle d'une situation concrète locale. On va arriver à avancer et ça démarre mais compte tenu de nos cultures différentes, tout un travail d'approche est nécessaire avant même de pouvoir construire des politiques communes. Sur le fait d'aller à domicile, on a l'impression, quand on écoute les équipes des CMP, qu'une forme de pratiques est en recul : rares sont les personnels des CMP, de la psychiatrie de secteur, qui vont au domicile des personnes. Quand une personne ne vient pas aux rendez-vous, personne au CMP n'est disponible pour aller frapper à la porte ou téléphoner pour voir ce qu'il se passe. Donc, ça débouche sur une HO ! C'est très sérieux ce que je dis ! C'est ainsi que ça se passe ! Je comprends bien que ça peut choquer, mais c'est la réalité. Cela se passe

ainsi. La présence dans la ville de l'ensemble des partenaires, la psychiatrie, les bailleurs sociaux, les associations et la ville, est nécessaire. Quand on construit des projets communs, quand on essaie de construire un conseil local de santé mentale ou des formations auprès des acteurs, etc, la présence de la psychiatrie est faible. Pour les semaines de la santé mentale, on a tout le monde : la médecine générale, les associations... mais on a peu de psychiatrie. Voilà un peu mes nombreuses attentes.

Je voudrais répondre sur l'aspect sécuritaire de l'Etat : je ne parlais pas de l'ensemble de la question de la santé publique, mais de la loi en préparation sur les hospitalisations d'office, loi de « prévention de la délinquance », qui ne parle pas de santé publique mais qui intègre une question de santé à un texte sécuritaire.

Marie-Odile Dufour/ Pour compléter ce que Marina vient de dire, je rappelle que les situations sont très différentes d'une ville à l'autre, d'un secteur à l'autre. Ce qui permet de gérer au mieux les situations, c'est le partenariat, chacun a sa place, avec toute sa bonne volonté et sa compétence. Sur ma ville, à Champigny sur Marne (76.000 habitants), on a une population très en difficulté mais je ne rencontre pas les problèmes que tu rencontres Marina parce que j'ai la chance d'avoir un secteur psychiatrique uniquement pour la ville, ce qui fait que nous avons entamé un travail de longue date de partenariat et le responsable de la psychiatrie accepte tout à fait que je lui téléphone quand j'ai une situation dramatique : je lui expose le cas et il me dit s'ils peuvent ou pas m'orienter vers un autre professionnel, parce que c'est son champ. Parfois, c'est lui qui m'appelle parce que ce sont des questions qui relèvent purement du social et ensemble, on élabore un dispositif. Ce mode de fonctionnement, qui au départ, était un peu improvisé a finalement débouché sur la création d'un service qui s'occupe de la vulnérabilité, avec un service de veille : lorsque nous avons une situation extrêmement cruciale, on réunit le service de veille où tous les secteurs sont représentés. Ça fonctionne dans le cadre des ateliers santé ville parce que c'est un excellent dispositif pour mettre en relation tous les acteurs sur une ville, dans le respect des compétences de chacun.

J'ai senti quelques uns d'entre vous agacés par nos propos. Mais vous avez raison : les situations sont parfois celles que Marina a décrit. Mais parfois, ailleurs, cela se passe mieux et je tenais aussi à vous le dire !

Michèle Vullien/ Je voulais vous répondre Monsieur : je ne partage pas du tout votre point de vue. Lorsque l'on met 180 personnes qui ne sont pas attendues, sans aucune préparation, et qu'ensuite ça provoque des troubles à l'Ordre Public, on est bien dans l'Ordre Public. Je ne dis pas que chaque personne individuellement a provoqué cela mais c'est le fait de regrouper sans aucune préparation. D'autre part, je vous rappelle que la table ronde, c'est « Les élus locaux face à la souffrance psychosociale ». Il y avait – il y a beaucoup moins maintenant – une vraie souffrance psychosociale avec une incompréhension des gens autour de cette arrivée (à la fois des habitants, des écoles, des parents d'élèves, l'ensemble des services, des gendarmes qui venaient me dire « on ne comprend pas ce qui se passe ») et celle des gens qui étaient dans cet hôtel, des gens qui étaient en guerre entre eux dans leur pays d'origine... Une femme a par exemple cherché à étrangler le gamin d'une autre.... Vous n'allez pas me dire que ce n'est pas de la souffrance psychosociale ? C'est vraiment de la souffrance psychosociale et c'est à nous de dédramatiser, d'occuper et de scolariser les gamins qui lancent des pierres sur les voitures ou les gens qui passent On a fait des terrains de jeux de proximité ; on a fait ce qu'il fallait mais cela aurait pu être anticipé : il y a vraiment eu une mauvaise coordination, un défaut d'anticipation, notamment d'un Etat qui s'est dit « ma foi, le territoire se débrouillera ». Je maintiens parfaitement mon propos.

Jean Furtos/ C'est très intéressant qu'il y ait un peu de conflictualisation entre nous. En terme de santé mentale, il y a des situations individuelles et collectives. C'est sûr que la situation décrite à Dardilly est une situation collective qui peut créer des problèmes de santé mentale en terme psychosocial, de même que la fermeture d'une usine dans une ville crée, même si c'est aussi un problème économique, des problèmes de santé mentale. Il y a bien des situations collectives et des situations individuelles. C'est quelque chose que l'on apprend avec les élus. Quand la collègue a posé la question « qu'attendez-vous de nous les psychiatres ? », évidemment il y a la question inverse qui pourrait être posée : « et vous, les psychiatres, qu'attendez-vous de nous, les communes ? ».

Stéphanie Lafont/ De les rencontrer ! J'ai un maire qui depuis 5 ans refuse de me rencontrer en me disant qu'il n'a pas de fous sur sa commune ! Il y a 800 personnes en file active sur le CMP mais il n'y a pas de fous sur sa commune ! Il y a une vingtaine, une trentaine d'HO par an mais voilà... C'est effectivement une question de rencontre.

Jean Furtos/ Je trouve que le risque, c'est l'instrumentalisation de l'autre. C'est-à-dire en situation d'urgence, on se sent en obligation de répondre vite et bien, donc le risque du psychiatre de secteur, c'est de vouloir que l'écu soit « la main qui signe », rien de plus. Le risque pour l'écu, c'est de vouloir que le psychiatre hospitalise vite et rien de plus. Ce qui s'est passé à Dardilly, on comprend très bien ce qui s'est passé : les services de l'Etat avaient une quantité de demandeurs d'asile et il fallait qu'ils les mettent en urgence quelque part. Dans l'urgence, ils ont oublié les interlocuteurs municipaux, à savoir la mairie, l'école et les gendarmes. On dit « il faut se respecter » mais c'est une conquête le respect ; ce n'est pas donné d'emblée. Le fait de pouvoir parler ensemble, ça se passe pas à pas. A Nantes, il y a un réseau authentique qui réunit presque tout le monde. A Grenoble, il y a des choses très intéressantes qui se passent, même si ce n'est pas avec tout le monde, etc. Mais ça se construit. La tendance, c'est d'exiger que l'autre agisse comme « je » veux parce que « je suis dans l'urgence ». Temporiser, prendre le temps, respecter l'autre dans sa propre fonction, c'est une conquête. Cela ne va pas de soi, même si on fait de bonne composition les uns avec les autres.

Marie-Odile Dufour/ Ça se construit au fil du temps.

Laurent El Ghozi/ L'une des choses qui manquent ici, c'est la conflictualisation. On est facilement d'accord pour dire que nous sommes contre la loi de prévention et de lutte contre de la délinquance (là-dessus, c'est facile !). Mais il y avait une politique avant, il y aura une politique après et la question de la rencontre entre des élus et des psychiatres sur un territoire s'est posée avant et se posera après, que la loi soit ou pas votée, mise en application. C'est là-dessus qu'il faut poser la question.

Ce que j'attends des psychiatres (et aujourd'hui j'ai la chance à Nanterre qu'ils le fassent, mais pendant dix ans, ils ne l'ont pas fait), c'est de sortir de l'hôpital. La psychiatrie, ça ne se traite pas à l'hôpital, mais dans la cité.

Deuxième chose, sollicitez les élus, formez les élus, allez les chercher ! Considérez-les comme des interlocuteurs et répondez à leurs questions. Si on veut être reconnus les uns par les autres, il faut être capable de répondre à l'autre, sinon, on ne s'entend même pas. Quant au respect, cela a été dit par Jean Furtos, je ne reviens pas là-dessus.

Engagement au-delà du soin individuel : le secteur n'est pas simplement fait pour soigner des psychotiques mais également pour prendre en charge ce qui fait souffrance psychique sur un

territoire. Si vous êtes convaincus de cela, évidemment vous serez obligés de rencontrer les élus et évidemment quand les élus vous interpellent, vous serez en mesure de répondre.

A Nanterre, on n'a pas une cellule de veille mais une cellule de crise. Quand il y a un problème, on peut aujourd'hui appeler le chef de service de psychiatrie. Effectivement, le secteur de psychiatrie et la ville, c'est le même territoire. Cela facilite mais ce n'est pas partout pareil. On se parle, on se répond et on essaie de mettre en place quelquefois des solutions.

Vous pouvez essayer de provoquer l'enquête du CCOMS : c'est un peu un outil de mobilisation, y compris des élus. Votre élu verra qu'il y a quelquefois des fous, même dans sa ville. Utilisez cette enquête ! C'est pour cela que l'on a souhaité que Jean-Luc Roelandt vienne nous le proposer comme un outil de mobilisation de tous les acteurs sur le territoire parce que ça montre des choses que l'on n'a pas envie de voir.

Dernier point: lorsque l'on s'appelle mutuellement (dans un sens ou dans l'autre), c'est toujours dans l'urgence. Et l'urgence, c'est toujours l'échec du système. Quand on intervient dans l'urgence, c'est que le système a dysfonctionné avant. Essayons donc de nous parler avant l'urgence, avant les situations de crise, avant les difficultés inextricables où personne ne sait se débrouiller.

Pour répondre à la question de Jean Furtos : qu'est-ce que les psychiatres me demandent à moi ? Des choses qui n'ont rien à voir a priori avec le soin : du logement, de la sécurité, de l'accompagnement social, du travail, toutes choses qu'évidemment, je suis incapable de leur donner !

Fernando Bertolotto/ Pour conclure cette table ronde, je répondrai à l'interpellation de Monsieur sur la pénalisation du social. Je vous invite dans votre secteur à regarder qui est en prison et à faire la distinction entre ceux qui relèveraient de soins, y compris de soins psychiatriques, et ceux qui relèveraient de soins liés à des addictions. Vous verrez notamment des malades mentaux avérés, qui n'ont rien à faire en prison. Endosser, et c'est très courageux de votre part, la casquette de l'Etat, mais il faut être plus prudent, parce que l'Etat n'est pas UN mais multiple, et trop dépendant notamment dans les instances comme celles dans lesquelles vous travaillez (les services déconcentrés). On voit à quel point la politique de l'Etat peut être contrastée selon par exemple la personne qui est à la tête de l'évaluation départementale des affaires sanitaires et sociales: « cela m'intéresse ou pas », « j'applique ou pas ». C'est très étonnant. Il faut être extrêmement prudent là-dessus. Il faut rester prudent dans cette espèce de projection (y compris lorsque l'on dit « la psychiatrie, c'est nous ») et d'identification toute puissante, dangereuse, qui empêche de penser les choses de manière approfondie. Voici une petite réponse qui a beaucoup à voir avec les problématiques que l'on aborde ici et les conditions dans lesquelles on arrive ou pas à en tirer des enseignements.

Concernant la question « qu'est-ce qu'on en attend des uns des autres ? », il y a suffisamment d'expériences. Par exemple, la politique de la ville a été un énorme laboratoire qui a permis d'adapter ce qui ne l'était plus ou de rappeler ce par exemple, l'idée de « secteur » est particulièrement adaptée aux questions posées. Je dirais donc : qu'est-ce que l'on en attend du secteur, des acteurs qui sont sectorisés et heureux de l'être ? Et bien qu'ils appliquent ce qu'ils doivent faire. Là où l'on observe des expériences positives pour répondre à Madame qui a demandé « comment peut-on faire ? », c'est à chaque fois là où l'on y applique ce type de stratégie, et ça marche plutôt bien. Après, trouver LA solution à l'ensemble des problèmes, on n'y arrivera jamais.

L'autre exigence importante que l'on peut formuler auprès des experts, pas seulement de la psychiatrie publique mais des experts en général, c'est de descendre de leur piédestal, de la toute puissance. Sur ces questions-là, il y a beaucoup de choses qu'ils ignorent. Il faut avoir l'humilité, l'intelligence à la fois politique et sociale, d'interroger les savoirs face à

l'évolution des besoins, des conditions du vivre ensemble. C'est bien de ça qu'il s'agit. Il y a un véritable travail de compréhension des problématiques, et de reformulation des paradigmes qui aujourd'hui n'aident plus le système à fonctionner de manière efficace, mais bien au contraire le paralysent, le fragilisent et sont contre productifs.

Table ronde Usages et mésusages de l'hospitalisation d'office.

Premiers résultats d'une étude-recherche DIV / ONSMP-ORSPERE :

Pauline Rhenter, Politologue

Fernando Bertolotto, Sociologue en santé publique

Jean Furtos, psychiatre – Onsm-p-Orspere

Débat animé par Catherine Choquet, Maire-Adjointe - Nantes

Catherine Choquet/ Nous allons passer directement à la dernière table ronde. Merci aux courageux qui sont encore là.

Avec cette dernière table ronde « Usages et mésusages des Hospitalisations d'Office », on va rentrer dans une situation très particulière, très concrète, que vous avez certainement tous déjà rencontrée.

Pour préciser, et avant d'arriver à l'hospitalisations d'office, je tiens à dire qu'à Nantes, il y a certaines tentatives qui sont faites pour essayer d'apaiser les situations. On a un système qui marche depuis un peu près une dizaine d'années, c'est le Réseau de Santé Mentale qui réunit les bailleurs, les services de la ville, les services de psychiatrie, la police et qui permet la rencontre, même s'il y a encore des choses à améliorer. Ce que l'on peut ressentir souvent du côté des élus au service de la ville, c'est que l'on est vraiment sollicité très sérieusement quand il y a quelque chose qui ne va pas. Quand quelque chose va bien, on n'est pas sollicité et ce serait bien aussi d'être là quand les choses vont.

En tant qu'élue, j'aimerais bien considérer les personnes qui sont en souffrance, en difficulté psychique sans poser une étiquette. J'aimerais bien pouvoir les rencontrer de temps en temps, pas forcément celle ou celui que je viens d'hospitaliser, mais de rencontrer les gens pour qui on intervient, pour qui on s'investit, parce qu'ils habitent le territoire. Cela me paraît important de leur proposer de rejoindre les activités sportives, culturelles... mais aussi de les rencontrer en disant : « vous habitez sur un territoire, dans une commune, j'en suis l'élue et je vous respecte, respectez aussi vos voisins, vos entourages ». C'est une chose nécessaire, qui est pourtant rarement faite. Il ne me semble pas que cela soit fait. L'expérience lilloise me paraît particulièrement intéressante : quand les personnes en difficulté psychique sortent de l'hôpital pour intégrer un logement, elles participent à une commission d'attribution du logement où elles défendent pourquoi elles veulent aller dans ce logement. On leur dit « vous pensez que vous allez y arriver ? »... Cela me paraît être une démarche très importante, de dire « vous êtes citoyen, vous êtes habitant, vous entrez dans un processus dans la ville. On vous reconnaît en tant qu'habitant ».

Maintenant, une fois que l'on a essayé d'arranger les choses, il y a aussi sur Nantes des réunions de secteur régulièrement qui réunissent les bailleurs (parce que ce sont essentiellement les bailleurs sociaux qui nous alertent sur des situations, comme a pu les décrire Marina Girod de l'Ain sur Grenoble). Ils nous sollicitent en disant « avec monsieur ou madame..., ça ne va plus du tout ». Il y a des points qui sont faits, entre les bailleurs et la ville pour voir comment on peut intervenir pour ramener les personnes dans quelque chose de plus vivable : soit c'est de l'accès aux soins, soit c'est un retour avec les travailleurs sociaux, soit

c'est la reprise des rendez-vous parce qu'ils se sont arrêtés. Quand tout ça ne marche pas, on arrive quand même à l'hospitalisations d'office ; et là, c'est bien l'élu qui la signe, même si c'est le médecin qui donne son avis, même si c'est le voisin qui trouve que c'est insupportable, même si ce sont les services d'hygiène et de tranquillité qui disent que le logement risque de prendre de feu vu le nombre de cartons qu'il y a ... ; c'est bien l'élu qui, au bout du compte, prend la décision. Ce n'est pas facile à faire. Alors, on use, est-ce que l'on abuse ou est-ce que l'on mésuse des Hospitalisations d'Office ?

Jean Furtos/ Pauline Rhenter va présenter cet aspect « usages et mésusages de l'Hospitalisation d'Office ».

Cette deuxième partie de la recherche-action commanditée par la DIV, je vais la présenter ainsi que certains éléments globaux avant que Pauline ne présente son intervention.

Nous nous étions dit : la souffrance psychosociale, c'est majeur, c'est une « clinique ». Mais là où l'élu local, le maire et ses adjoints, sont complètement légitimes du côté de la loi, c'est du côté de l'hospitalisation d'office. Nous ne savions pas que nous allions être de ce fait, au cœur de l'actualité par rapport à la discussion à l'Assemblée Nationale de la loi de prévention contre la délinquance, où l'HO pourrait être assimilée à une « mesure de prévention de la délinquance ».

On ne donnera pas de chiffres aujourd'hui. On ne va pas présenter la totalité de la recherche. Le texte est écrit mais doit être revu plusieurs fois ; parce que vous imaginez bien que tout ce que l'on écrit sur l'HO et sur la manière dont les différents partenaires la font, est sensible. Que ce soit ce que l'on a vu à l'Infirmierie de la Préfecture de Police de Paris qui nous a ouvert ses portes dans la confiance ; que ce soit dans les villes comme Nantes, Grenoble, Nanterre, Dardilly et les autres..., il y a une question de confiance qui ne doit pas être trahie. Il faut faire attention à présenter les choses d'une manière correcte, juste et contributive, en acceptant que la loi soit telle qu'elle est. C'est-à-dire que si la loi sur les hospitalisations sans consentement était différente, évidemment la pratique serait différente. Nous ne discutons pas aujourd'hui de la validité de la loi qui a été changée, qui sera peut-être changée ultérieurement (certains le souhaitent). Nous discutons de ce qui est fait aujourd'hui : des HO municipales sous réserve que le préfet les valide.

L'une des premières choses que nous avons vues, c'était quelque chose de connu avec les statistiques françaises : c'est une extrême dispersion du nombre d'HO. Pour prendre simplement les villes moyennes et grandes, le nombre d'HO par an peut varier de 1 à 10 voire plus. Evidemment, nous nous sommes aperçus que cela n'était pas du tout en rapport avec la morbidité psychiatrique ni avec l'atteinte de l'Ordre Public. Ça a été très surprenant ! En fait, c'est une question de pratique sur le terrain qui est en rapport avec les représentations et les actions. Je prends un exemple de ce que nous a dit Jean-Luc Roelandt ce matin : la dépression a diffusé en tant que notion actuelle dans les pays qui autrefois avaient d'autres façons de comprendre la perturbation, que nous appelons, nous, « maladie mentale ». Je me souviens qu'en 1974 quand j'ai fait un semestre d'internat à l'Hôpital de F. à Dakar, parler de dépression, c'était une insulte. Si le patient disait « je suis déprimé » : d'abord, il n'avait pas les mots pour le dire, il devait faire une périphrase et en plus ça voulait dire : « je me coupe de mon groupe social ». C'était beaucoup plus facile pour les patients de l'hôpital de dire : « je vois mon grand-père qui vient me voir à travers un serpent qui me parle au pied de mon lit ». Dire « je suis déprimé » était pris dans un système de valeurs transgénérationnelles signifiant « je suis coupé de mon groupe ». Alors qu'en Occident, le fait d'être un individu seul, éventuellement coupé du groupe, ne pose aucun problème et on peut très bien dire « je suis tout seul dans ma dépression ». C'est un système de représentation qui a drôlement évolué puisqu'il y a 32 ans, il était impossible de parler de dépression et on voyait qu'il y avait des

éléments dépressifs uniquement avec des tests projectifs, mais pas dans le discours. En plus, les gens n'avaient pas les mots pour dire « je suis triste ». Il a fallu que l'on importe le vocabulaire de la dépression.

Quels sont les facteurs qui favorisent ou qui défavorisent le nombre d'HO ?

Il faut veiller à ce que mes propos ne soient pas perçus de manière moralisatrice. Simplement, voilà comment ça se passe, voilà ce que nous avons compris. Dans la contribution que nous apportons par rapport aux chiffres, nous avons essayé d'amener une analyse qualitative sur les chiffres qui étaient d'une dispersion inconcevable.

D'abord, les chiffres sont fonction de l'investissement d'une ville : plus une ville investit la santé mentale par ses organismes municipaux et par ses élus, plus il y a d'HO (dans les villes que nous avons étudiées). Qu'est-ce que ça veut dire : que les villes ne doivent pas s'occuper d'HO parce que sinon le nombre d'HO augmente ? Justement, il faut encore aborder cela d'un point de vue qualitatif. C'est-à-dire qu'il y a un certain nombre de problèmes de santé mentale au sens psychiatrique du terme (en terme d'isolement, d'incurie, de bizarrerie....) qui évoluent pendant des années. Toutes les fois que je fais une conférence à des parents dans le cadre de l'Unafam, il y a toujours quelques personnes qui viennent me voir à la fin et qui me disent : « mon fils est tout seul dans son appartement depuis quatre ans, nous hurle dessus, nous tape. Que faut-il faire ? »

Il peut être certain que si dans une ville, il y a un système de plaintes ou d'adressage de la demande à un système compétent qui instruit les dossiers, on va dire que, surtout s'il y a une construction d'un vrai dispositif de discussion avec la psychiatrie de secteur, les bailleurs, les associations et en règle générale les citoyens, il va y avoir des situations qui vont être traitées avant qu'elles ne débordent dans l'extrême urgence, avec les pompiers, la police... Ca signifie effectivement que pour les villes qui prennent à bras le corps cette préoccupation de santé mentale, avec la législation actuelle, il y a une tendance à l'augmentation des HO parce qu'il y a une tendance à traiter les situations hors de l'urgence. Evidemment, il y a moult situations qui auraient pu devenir des HO qui sont désamorçées et traitées autrement d'une manière sociale ou thérapeutique. Quand on prend le temps, il y a des situations avec des vieilles personnes dans l'incurie, avec des jeunes, etc, qui sont traitées différemment, ce qui évite l'HO. A contrario, il nous semble que quand un quartier est abandonné (un quartier qui est soumis à une certaine empreinte mafieuse, où les gens ne se plaignent pas), il n'y a pas de troubles de voisinage déclarés – parce que souvent, comme l'a dit Marina Girod de l'Ain, beaucoup de choses passent par les troubles de voisinage : les odeurs, le bruit, les bizarreries du comportement, l'exaspération des gens... On ne peut pas être exaspéré et se plaindre dans un endroit cadré par les petites mafias locales. Donc, on se tait. Il y a des gens qui sont internés chez eux, qui ne bougent pas, qui crèvent de solitude et de pathologies..., parce que les plaintes ne débordent pas sur le palier.

Il y a donc des endroits où le faible taux d'HO est un signe de mauvaise santé mentale. C'était quelque chose qui était impensable pour nous, avant cette étude. Evidemment, ça va de soi, cela dépend aussi de ce que font les collègues psychiatres du secteur public.... Il y a des manières de travailler qui augmentent les HO et des manières qui diminuent les HO. Ce qu'a dit Marina Girod de l'Ain est évident : si un psychiatre de secteur a dans son système de valeurs, donc de représentation du soin, l'idée qu'un patient en HO qui ne vient pas à telle consultation doit être remis en HO, qu'il va rechuter si l'on ne fait pas d'HO « préventive », l'interpellation des dispositifs municipaux va favoriser l'augmentation du taux d'HO.

A l'inverse, et cela a été dit par plusieurs, si les psychiatres ont les moyens et la volonté d'aller chez les gens ou de les rencontrer immédiatement en aval, le nombre d'HO va diminuer ; peut-être alors que le nombre d'HDT va augmenter, comme le nombre d'hospitalisations libres; et éventuellement de prises en charge non psychiatriques.

Donc plus la psychiatrie de secteur a les moyens et le système de valeurs pour instruire le dossier (il y a un problème de santé mentale que le CMP ou un dispositif quelconque va instruire d'une manière éthique, déontologique, non intrusive), plus ça diminue le nombre d'HO.

Vous voyez une dualité d'interprétation des disparités quantitatives. Mais vous ne pouvez pas imaginer ces disparités ! On a eu un maire qui était quelqu'un de très bien (je dis « était » parce que malheureusement il nous a quitté), ce collègue avait comme système de référence : « je fais comme le préfet ». Il utilisait un système de non instruction des dossiers, sauf en cas d'extrême urgence et de trouble à l'Ordre Public au sens strict du terme. Il avait très peu d'HO, peu de dossiers instruits, mais très peu d'HO. C'est autre chose.

Pour terminer, je vais juste dire que ce système d'approche qualitatif du quantitatif est décisif. Récemment, nous étions à Londres et nous avons appris qu'en Angleterre il y avait deux catégories qui avaient entre trois et cinq fois plus d'HO (en Angleterre, les minorités ethniques ont le droit de cité, donc ont pu dire : il y a tant de black des caraïbes qui ont trois à cinq fois plus d'HO ; il y a les Irlandais qui sont considérés comme une minorité ethnique en Angleterre - ils constituent 6% de la population, et qui ont aussi trois fois plus d'HO). On n'est pas obligé de dire qu'ils ont trois ou cinq fois plus de pathologies. On est obligé de dire : tiens, comment se fait-il qu'avec certaines minorités ethniques comme disent nos collègues anglais, l'hospitalisation sans consentement soit multipliée par trois ou par cinq ? Il y a peut-être des facteurs psy, peut-être des facteurs culturels (par exemple, une représentante des blacks des Caraïbes nous expliquait que ses collègues, ses concitoyens avaient un caractère moteur très prononcé, avaient une extériorisation très prononcée, pouvaient se montrer à certains moments menaçants alors qu'ils n'étaient qu'expressifs...). Du coup, il va y avoir une modification de la loi qui obligera les dispositifs de santé mentale et notamment psychiatriques à avoir une connaissance des facteurs ethnopsychiatriques (puisque l'on n'a pas le droit de dire ethnique). On voit comment le qualitatif joue sur le quantitatif.

Maintenant, Pauline vous allez nous rendre compte d'un certain nombre d'usages et de mésusages des HO, c'est-à-dire les fonctionnalités que vous avez trouvées, qui sont quelquefois décalées par rapport à ce qui est écrit dans les textes.

« Usages et mésusages de l'hospitalisation d'office »

Pauline Rhenter

La recherche action menée en 2005 et 2006 par l'ORSPERE-ONSMP grâce au soutien de la DIV a permis de dégager des enseignements quant aux usages des hospitalisations d'office, et dans ce cadre, des élus locaux ont trouvé un espace de parole et de réflexion sur l'expression concrète des souffrances du vivre ensemble, désignée souvent sous le vocable "troubles du voisinage", dont les plus graves posent la question de l'hospitalisation d'office. Cette étude a été notamment le lieu d'énonciation des fonctionnalités remplies par l'hospitalisation d'office, dont nous restituons certains aspects sans prétendre ni légitimer ni dénoncer des pratiques locales contrariant l'esprit de la législation en vigueur.

Rappel du cadre légal

La particularité de la loi de 1838 était d'instituer l'obligation pour les départements et les communes de se doter d'établissements spécialisés réservés aux aliénés. Dans les lieux où il n'existait pas d'hospices et d'hôpitaux civils, tenus de recevoir provisoirement les personnes, les maires devaient pourvoir à leur logement (soit dans une hôtellerie soit dans un local loué à cet effet).

Aujourd'hui, d'après le code de la santé publique, (articles L3213-1 et L 3213-2), à Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié⁴, l'hospitalisation d'office dans un établissement habilité des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. **En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires**, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l' article L 3213-1.

Cas de figure illustrant les usages et les mésusages de l'HO

L'HO à défaut de tiers

Lors des débats parlementaires préalables à la loi du 27 juin 1990, la volonté de renforcer les garanties contre l'internement abusif débouche sur une rédaction **limitant le tiers à "un membre de la famille, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt, à l'exclusion du personnel soignant de l'établissement d'accueil"**⁵. Et bien que les directives ministérielles précisent que le tiers doit avoir rencontré la personne hospitalisée (directives du

⁴ Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire. Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L 3222-5 un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

⁵ Article L. 333 de la loi du 27 juin 1990, JO n°150 du 30 juin 1990.

13 mai 1991 pour l'interprétation et l'application de la loi du 27 juin 1990⁶), la DGS fait le constat au début des années 2000 que **dans 30% des cas, les demandes sont rédigées par des personnes ne connaissant pas le patient** : directeur de l'établissement, ses représentants, assistantes sociales⁷ ou secrétaires médicales. En 2003, le Conseil d'Etat met un coup d'arrêt aux recherches de tiers ne connaissant pas directement la personne hospitalisée⁸. Bien souvent, la réticence des familles explique la difficulté à organiser une hospitalisation sans consentement, en l'absence de danger imminent au sens de la loi. **Dès lors, le maire et ses adjoints sont sollicités : l'HO « à défaut de tiers » intervient souvent en dehors des cas de dangerosité prévus par la loi.**

L'HO en l'absence de danger : "prendre un marteau pour tuer une mouche".

Du point de vue du psychiatre, on peut affirmer que la loi ou le tiers empêche d'être fou socialement, c'est-à-dire que son application, en réintégrant un malade psychique dans une communauté de droit, l'inscrit dans autre chose que la naturalité du fait, de la maladie. En outre, et du point de vue du psychiatre toujours, il est des cas où l'HO est considérée comme préférable, en raison de contre-indications « thérapeutiques » à l'HDT.

Certains psychiatres font paradoxalement état de leur « difficulté à pouvoir pratiquer la médecine en utilisant l'hospitalisation d'office comme un moyen de continuité, de contrôle et de reprise des soins ». Ce sont ceux-là mêmes qui s'étonnent du refus qu'opposent les élus à répondre favorablement à leur demande d'HO. Considéré comme un « élément du contrat de soin », la possibilité d'une contrainte à l'hospitalisation est ici curieusement utilisée puisque le moyen de sanctionner la non exécution du contrat ne dépend pas du psychiatre mais du maire ou de ses adjoints. **Il y a certes là un usage de l'HO qui est vraisemblablement loin de faire l'objet d'un accord d'usage entre soignants, mais qui explique le fait que certains professionnels du soin n'ont pas intégré la statut de tiers décideur que la loi attribue à l'élú local.**

Plus généralement, la pratique des élus locaux témoigne du fait que l'HO comble visiblement un vide, qui impose de questionner la légitimité et les conditions de possibilité d'un espace de prise en charge de la santé en dehors des situations de trouble à l'ordre public, d'urgence et/ou de consentement aux soins.

Pour des personnes connues en rupture de soins, l'HO devient en effet un mode de retour aux soins "normal", un outil privilégié par les centres médico-psychologiques. Pourtant, les mesures de police administrative ne doivent, en droit, concerner que les situations extraordinaires. Certains services de la ville qui instruisent le dossier d'HO s'inquiètent face à cette tendance, d'où le fait que **parfois, la procédure de la mallette de l'élú d'astreinte exclue la possibilité de signer en dehors des cas de trouble, même plus de l'ordre public, mais sur la voie publique** (la loi dispose pourtant uniquement que "en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes...").

⁶ Un maire peut également signer la demande à titre personnel (Directives ministérielles pour l'application de la loi du 27 juin 1990, fiche 1, 1991, p. 559).

⁷ Le Conseil d'Etat a déjà annulé une HDT au motif qu'une assistante sociale avait agi sur ordre du médecin. Une assistante sociale a été obligée de signer à titre personnel une demande d'HDT "au risque d'être mal notée".

⁸ La demande d'hospitalisation au CHS de Caen émanait de l'infirmier général représentant du directeur du CHS de Lisieux. La personne hospitalisée avait effectué un recours et la Cour avait annulé en première instance la décision d'HDT du 11 avril 1999. La Cour administrative d'appel de Nantes avait confirmé en appel la décision initiale. Le pourvoi du CHS de Caen, en vue d'annuler l'arrêt du 7 février 2002 de la Cour administrative de Nantes débouche sur un jugement en faveur de la personne hospitalisée sur demande d'un tiers.

L'HO pour « non assistance à personne en danger »

Un autre cas de figure témoigne du mésusage de l'HO : celui d'une hospitalisation contrainte en dehors de pathologies spécifiquement psychiatriques. Durant l'hiver 2005/2006, la presse a ainsi relayé plusieurs cas d'hospitalisation préfectorale directe à l'égard de personnes sans domicile fixe, fondées sur les risques liés au froid. De nombreux élus locaux ont vivement critiqué de telles pratiques, jugées alarmantes du point de vue des libertés individuelles. Loin de contester la nécessité d'agir sur le registre de l'assistance à la personne en danger, **ces élus ont dénoncé l'aspect inapproprié du mode d'entrée psychiatrique dans le soin. Plus généralement, ce type de pratiques pose le problème du fondement des soins somatiques contraints**, à l'heure où les droits des patients connaissent une légitimité légale croissante⁹. Ces pratiques interrogent le niveau d'ingérence sanitaire acceptable, tant du point de vue des libertés que de l'assistance à la personne en danger : d'une part, la non intervention par la violence, au nom de la loi, revient à légitimer une autre violence, au sens d'un abandon (l'incurie est d'ailleurs problématique de ce point de vue : doit-on laisser les personnes « libres de mourir » ? ; d'autre part, l'idée d'hospitaliser de force toutes les personnes qui se mettent en danger ou mettent en danger autrui, remet sérieusement en cause le droit au refus de soin et la liberté en termes de prise de risque.

Vécu et pratiques des élus autour de l'HO

Les usages de l'HO appellent deux séries de remarques :

- Les usages et les mésusages de l'HO sont nombreux et correspondent rarement à l'esprit d'une loi dont le silence sur les critères décisifs de l'hospitalisation d'office n'est pas de nature à clarifier le rôle du tiers décideur. Dans les faits, la raréfaction des tiers assumant les motifs de l'enfermement fait de l'écu un tiers tout désigné situé dans une tension permanente entre la prévention en santé publique, la garantie des libertés individuelles et la protection de l'ordre public.
- Les critères de décision de l'écu concernant l'acte d'hospitalisation provisoires sont apparus comme dépendants de la perception de l'acte d'hospitalisation, elle-même très subjective. Si les élus disent procéder souvent par accumulation d'avis tiers concordants (police, médecins généralistes ou psychiatres), la question de leur intime conviction demeure : sur quoi peut-elle alors se fonder ? Un avis médical ? L'entrevue avec la personne susceptible d'être hospitalisée ? Les pressions sociales et institutionnelles ?

Les pratiques des élus apparaissent tributaires d'un certain nombre d'éléments que nous avons listés puis caractérisés de la manière suivante :

Le poids des représentations

L'importance politique et éthique accordée à l'HO varie d'un élu à l'autre. Toutefois, quatre éléments sont apparus décisifs : le poids des représentations asilaires associées à l'HO, la personnalisation de la mesure, la connaissance des situations en amont de l'urgence et la confiance dans l'expertise médicale.

Les traces dans une biographie

Les élus, comme les services techniques chargés d'instruire les dossiers d'HO, sont sensibles aux « traces » laissées par des HSC dans la biographie des personnes :

⁹ Loi du 4 mars 2002.

- dans les fichiers de la DDASS
- dans les fichiers de la police (FCE et mains courantes informatisées)
- dans les dossiers du parquet (en charge des personnes admises en HDT ou en HO)

Notons ici que le casier judiciaire ne concerne que la personne qui a été condamnée. Il existe un fichier qui s'appelle le FCE centralisé par la police nationale. Les autorités administratives ont la possibilité de consulter ce fichier pour voir ce qu'il contient.

La perception de l'HP par rapport à la prison

Il s'agit ici de l'assimilation de l'hôpital psychiatrique à la prison, ou le fait de considérer l'hôpital psychiatrique comme "pire que la prison" :

Les échanges entre élus ont parfois été l'occasion de « comparer » la chambre d'isolement à la cellule carcérale, les droits des détenus et ceux des patients hospitalisés sans leur consentement, l'hospitalisation à une mesure de garde à vue.

Il faut ici rappeler, en lien avec notre développement sur les motifs d'hospitalisation d'office ou de signalement, que les troubles du comportement des personnes pour lesquelles la question du danger imminent se pose relèvent plus souvent d'un délit rarement susceptible de déboucher sur une peine de prison ferme. Dès lors, il convient de relativiser l'alternative hôpital/prison avancée, tout en notant son poids dans les représentations attachées à la décision d'hospitalisation d'office.

L'effet de saturation psychique

Deux éléments contribuent à produire cet effet : la désignation systématique d'un élu en charge des signature d'HO et la représentation associée à la privation de la liberté individuelle. L'effet de saturation psychique chez les élus désignés systématiquement pour « signer » la mesure provisoire d'HO est en effet majorée par le vécu spécifique lié à la privation de liberté que l'HO met en œuvre (« même si on en signe que deux par mois, ça prend beaucoup de place dans la tête et j'ai vraiment beaucoup peinée, j'ai eu du mal à les signer, il fallait qu'ils m'arrachent la signature »).

La représentation de l'HO d'un élu à l'autre est très variable: tantôt la **personnalisation de la mesure**, considérée comme "dépolitisant la fonction d'élue" et la **gravité de l'atteinte à la liberté individuelle** favorisent la saturation psychique de l'élue, tantôt la mesure d'HO est perçue comme faisant partie, au même titre que les autres missions de l'élue, de la fonction ordinaire de l'élue. Plus en amont, la taille de la ville, la fréquence des sollicitations en direction de l'élue, et le déroulement de la procédure tendent plus ou moins à accentuer la "personnalisation de la mesure", modifiant en retour le degré de culpabilité de l'élue. En aval de la mesure enfin, la confirmation ou non de la mesure par le préfet, tout comme les suites à moyen terme de la mesure d'hospitalisation (engagement d'une démarche de soins durable, réhospitalisation d'urgence) dont la connaissance par les élus dépend bien souvent de la taille de la commune, contribue à fragiliser ou à renforcer le sentiment de légitimité de l'élue signataire.

La personnalisation de la mesure : De l'anonymat de l'élue à l'anonymat de l'hospitalisé d'office

Dans les très grandes villes, la désincarnation est maximale (procédure par fax) et les élus d'astreinte compétents (ceux de la mairie centrale) ne sont absolument pas proches des citoyens pour lesquels ils signent

Les élus des grandes villes sont ainsi rarement en capacité de retenir le nom des personnes hospitalisées d'office. Mais quand la notification personnelle de la décision d'hospitaliser

d'office¹⁰ s'effectue, elle place l' élu dans une situation délicate comparable à celle des élus de petites villes. Dans les plus petites villes, les élus signataires, de par leur investissement personnel dans les situations où la question de l'HO se pose, entretiennent un rapport spécifique à une telle décision. Quant à la réticence des élus à signer dans les petites villes, elle peut s'expliquer par, au minimum la possibilité d'être désigné comme celui qui interne personnellement, et au maximum, par la peur des représailles.

La connaissance des situations en amont de l'urgence dépend :

- des ressources municipales pour « instruire » les dossiers chroniques ou de leurs inscription dans un travail de réseau de santé mentale,
- de la connaissance des situations par l' élu (cas du filtre des services techniques).

Le rôle des services techniques va de l'enquête approfondie à la simple vérification de la légalité avec transmission au préfet.

En l'absence d'avis médical récent lié à un accès aux soins, et compte tenu de la réticence de l' élu à signer une mesure provisoire sans avis médical, les services techniques en charge de la santé effectuent souvent un long travail de recueil d'informations sur une situation chronique, afin de « convaincre l' élu de signer ».

Les situations sont d'autant mieux connues qu'un travail de réseau fonctionne depuis longtemps. A Nantes par exemple, il n'est pas rare que, lorsque le bailleur ou le syndic écrit à la Mairie en disant : "je vous alerte sur la situation de X qui habite à tel endroit", la situation soit déjà connue par l' élu depuis des mois par le biais du réseau de santé mentale, qui comprend de nombreux bailleurs. A l'inverse, il arrive que l' élu découvre une situation chronique par le biais de ses services techniques : il lui est alors plus facile de signer, compte tenu du travail en amont visant la connaissance approfondie d'un problème de santé mentale.

La prime à l'avis médical

D'après notre étude, le rapport entre le volume des arrêtés provisoires pris sur avis médical et ceux motivés par la notoriété publique est extrêmement variable (de 0 à 50% d'HO sur notoriété sur le nombre total d'arrêtés provisoires) d'une ville à l'autre. Ce ratio doit notamment être rapporté au protocole défini par les services techniques intervenant en appui de l' élu, à la maîtrise du dispositif légal par l' élu, aux consignes données par le préfet en la matière, ainsi qu'au rapport qu'entretiennent les élus avec l'expertise médicale. De manière générale, il existe relativement peu d'HO sur notoriété publique en raison de ses difficultés d'objectivation. Dans certains départements, c'est le préfet qui donne consigne aux maires en 1999 de prendre exceptionnellement un arrêté sur notoriété publique.

En règle générale, l'avis médical est l'élément principal sur lequel se base l' élu. Les services techniques ont également tendance à renforcer cette garantie, avec la volonté parfois explicite de « contenir l' élu » susceptible de signer des arrêtés municipaux sur notoriété publique ». Le guide méthodologique généralement destiné à l' élu d'astreinte (mallette de l' élu, fiches réflexe, etc.) est ici symptomatique puisque **selon les villes, la procédure indiquée prévoit ou exclut la possibilité de signer un arrêté municipal sans avis médical.**

¹⁰ Normalement, l'hôpital est en charge de la notification des arrêtés préfectoraux. Pour les maires, l'obligation de notification est particulière : l'article L.122-29 du code des communes –qui est systématiquement violé– prévoit que les arrêtés des maires ne sont exécutoires qu'à compter de leur notification aux intéressés. Cet article suppose que lorsque le maire n'est pas en état d'urgence absolue, qu'il prend le temps de faire rédiger un arrêté avant même de le mettre à exécution, il devrait le notifier à l'intéressé. Cet article a été remplacé mais le principe est le même par l'article L. 21-31-1 du Code général des collectivités territoriales.

Il n'est donc pas étonnant qu'il n'y ait jamais de procédure sur notoriété publique dans certaines villes.

Un élu sous pression : confusions autour du rôle de tiers décideur de l'élu

La pression familiale

Un type de dérive a été pointée par l'élu de Bron : il s'agissait d'une personne ni violente ni dangereuse qu'un psychiatre souhaitait faire hospitaliser. Ici, l'élu parle de véritable pression.

La pression médicale

Tout se passe comme s'il y avait une certaine confusion dans l'esprit du psychiatre quant au véritable décideur de la mesure d'hospitalisation contrainte. La loi indique pourtant clairement que l'élu a un vrai pouvoir discrétionnaire et non lié. La confusion est parfois telle que certains élus affirment que les HO sont « faites par la psychiatrie publique ». A contrario, il faut parfois convaincre les hôpitaux de l'obligation de recevoir les patients (Paris).

Ce genre de situations, même isolées, permet de pointer un risque majeur : transformer les relations entre l'élu et le médecin en un « échange de mauvais procédés » (« je ne signe pas votre arrêté car vous avez refusé de me donner un avis médical la dernière fois » versus « je ne vous donne pas d'avis médical car vous avez refusé de signer la dernière fois »).

La pression préfectorale

Un cas de pression préfectorale a été rapporté lors des séminaires. Il s'agissait d'un sans domicile fixe que le préfet souhaitait faire hospitaliser dans le cadre du Plan Grand Froid.

La maîtrise de la loi

Nous avons constaté une hétérogénéité étonnante dans l'application de la loi (le contentieux actuel concerne principalement des mesures préfectorales)¹¹.

La méconnaissance de la loi et de la jurisprudence (d'autant qu'en la matière, une sorte de « droit coutumier » a tendance à s'instaurer) semble favoriser :

- une instrumentalisation du politique par les services techniques,
- la pure reproduction des habitudes (d'avant 1990).

Elle contribue surtout à « brouiller » la spécificité du pouvoir des élus locaux dans la mesure où les garanties légales sont moins fortes pour le maire que pour le préfet en raison de l'urgence de la situation et du caractère provisoire de son pouvoir.

Les confusions concernent principalement l'avis médical et le caractère imminent du danger : l'encadré ci-dessous synthétise la jurisprudence en la matière.

¹¹ Dans l'historique du contentieux, il faut attendre 1984 pour que le conseil d'Etat annule pour la première fois un arrêté d'hospitalisation d'office. Jusqu'en 1984, aucune décision d'annulation n'existe tant des juridictions administratives de premier degré que du Conseil d'Etat. A partir de 1984, on assiste au développement d'un contentieux assez important : plusieurs centaines de décisions sont annulées chaque année mais il s'agit pour l'essentiel de décisions d'hospitalisation d'office prise par les préfets.

La non appartenance à l'établissement d'accueil du médecin donnant un avis médical

Avec la loi de 1990, cette non appartenance est pensée comme une garantie contre les hospitalisations arbitraires orchestrées par le corps médical. Concrètement aujourd'hui, l'établissement du premier certificat médical au sein des urgences est source de complications, compte tenu de l'obligation légale pour le médecin d'appartenir à un établissement extérieur à celui accueillant le malade (dans le cadre de la décision préfectorale et non municipale).

Les élus ont découvert pour beaucoup le fait que cette garantie ne s'appliquait pas à la décision du maire. En droit en effet, un maire est tout à fait habilité à prendre l'avis d'un médecin hospitalier, y compris de l'hôpital où il va envoyer la personne. A On remarque toutefois que même au niveau préfectoral, la décision de maintien d'HO se fonde sur le certificat de 24 heures, émanant bien évidemment d'un médecin de l'établissement d'accueil, ce qui est totalement illégal. Seules quelques préfectures réquisitionnent un médecin extérieur.

L'examen médical de la personne

D'après la jurisprudence, l'avis médical sur lequel peut se baser la décision du maire ou de ses adjoints ne nécessite pas un examen de la personne. Un arrêt du 30 septembre 1991 de la Cour d'appel de Douai, dans une affaire Bernard V., rappelle ainsi que le maire peut s'appuyer sur un simple avis médical d'un médecin qui n'a pas vu la personne, qu'il n'a pas examinée, puisque l'on est dans le cadre des mesures d'urgence (ce qui n'est pas le cas pour la décision du préfet). Le médecin peut donc prendre son avis au vu d'un dossier ou d'une simple lettre.

Les documents consignés dans la mallette de l' élu d'astreinte témoignent d'une méconnaissance totale de cette jurisprudence. Dans le doute, les élus ou leurs services techniques optent pour une règle tendant à renforcer la caution médicale à l'appui de laquelle une mesure de privation de la liberté peut être décidée. Ainsi, à Grenoble, la mallette de l' élu signale que sont « OBLIGATOIRES, sur l'avis médical: la date, heure et lieu de l'intervention, le résumé chronologique et les symptômes du malade ».

Dans les discussions, les élus ont souvent interpréter comme un vice de procédure l'absence d'examen de la personne.

Le contenu de l'avis médical

D'après la jurisprudence, il faut que le certificat médical pour l'arrêté préfectoral précise les troubles mentaux. Il ne sera pas demandé une telle précision pour le certificat médical sur lequel se fonde le maire mais l'avis devra tout de même se prononcer sur le caractère imminent du danger. D'après notre terrain d'enquête, cette jurisprudence est peu connue et comme précédemment, les services et les élus ont tendance à s'approprier les garanties formulées dans la loi pour les décisions préfectorales. C'est la même tendance en matière de datation des faits.

L'imminence du danger

Concernant l'imminence du danger, les arrêtés municipaux doivent, depuis la loi de 1979, être motivés par des attendus de nature médicale, et par des considérants tenant à l'ordre public et à la notion de danger imminent. Pour autant, un défaut de motif en fait et en droit a déjà été considéré comme n'affectant pas la légalité ; il faut en effet que le maire interrogé puisse dire a posteriori sur quel fondement juridique il s'est basé.

En pratique, l'imprécision de la notion de danger imminent ouvre à toute une série d'interprétations : danger pour soi ou pour autrui, danger sanitaire ou de sécurité...

Remarques conclusives

Hospitalisations abusives ou inadéquates ?

Une enquête de l'IGAS, menée en 1985 par trois psychiatres de l'administration sur un échantillon de 10 CHS représentatifs à l'échelon national avait conclu à 40% d'hospitalisations inadéquates, tous modes confondus. Il semble que la collusion de pouvoirs institutionnels est à l'origine de situations totalement en décalage par rapport à l'esprit de la loi.

L'illégalité de l'HO motivée par la nécessité de soins a été consacrée par une décision judiciaire en 1989¹² d'après laquelle « le recours au placement d'office n'est pas un substitut à une carence ou, en l'espèce, à une difficulté passagère de communication entre un suivi médical et un patient mais un mode d'action particulier pour soustraire un individu à raison de sa dangerosité pour les autres ou, éventuellement, pour lui-même à raison des conséquences pour les autres ».

D'après le TGI, l'incurie ne saurait justifier une mesure d'HO (ou d'HDT), quelle soit provisoire ou définitive, puisqu'elle relève selon le magistrat judiciaire d'une mesure de curatelle ou de tutelle, excepté si un médecin estime que les troubles mentaux sont tels que cela nécessite une hospitalisation et que la personne est dans l'incapacité de consentir aux soins du fait de ses troubles.

Plus généralement, la pratique des élus locaux, en tant qu'elle s'inscrit à la croisée des champs de la santé et de la sécurité publique, révèle les justifications concurrentes de l'hospitalisation d'office.

Sécurité et santé : les justifications concurrentes de l'hospitalisation d'office

En 1990, le législateur paraît modifier la loi de 1838 dans le sens d'une plus grande préservation des libertés individuelles car il restreint la motivation de l'HO aux comportements qui « compromettent l'ordre public » (la loi de 1838 se référerait à ceux qui « compromettraient l'ordre public... »). Toutefois, les directives ministérielles de 1991 indiquent qu'il faut comprendre que l'indicatif utilisé dans le texte de loi vise à englober les situations *potentielles et avérées*. Cette interprétation sera constante jusqu'en 2004, puisque le rapport de IGA-IGPN-IGN, après avoir reconnu que l'articulation entre troubles mentaux et ordre public est relativement imprécise, indique actuellement que les deux articles (L 3213-1 et L 3213-2) « couvrent un champ de situations assez variées : selon les cas, des actes portant atteinte à l'ordre public (dont certains auraient tout autant pu être qualifiés d'infractions pénales et poursuivis à ce titre), ou des comportements dangereux ou seulement potentiellement dangereux pourront entraîner le prononcé d'une hospitalisation d'office »¹³. Quant à l'évaluation par les juges, elle demeure encore faible sur la question.

¹² Trib. gr. inst. Libourne 15 juin 1989; M^{me} M... ANNOTER : J.-C1. Notarial Répertoire, V° Majeurs protégés, Fasc. 10. Le jugement indique: « Le Ministère public, rappelant que l'autorité judiciaire est gardienne des libertés individuelles, remarque que si M^{lle} M... a besoin d'être aidée et présente un délire de persécution, elle n'est pas dangereuse pour autrui ou pour elle-même et présente tout au plus un comportement marginal, de laisser-aller. Le Ministère public s'étonne de l'usage du placement d'office pour faire suivre un traitement d'office. Il conclut à la mainlevée de la mesure de placement ». Les commentaires du juge Thierry Fossier, juge des tutelles, rappellent que : « De même, une mesure de protection de type tutelle semble être indiquée pour éviter que le sujet ne se retrouve dans l'état d'incurie dans lequel elle se trouvait depuis plusieurs mois », *La semaine juridique*, Jurisprudence, 1990, pp. 21407-21408.

¹³ p. 14.

A notre connaissance, il n'existe pas de jurisprudence qui ait condamné un élu, ni même une administration, pour non assistance à personne à danger dans le cadre de l'HO. Il y a en revanche des condamnations, des mises en cause de responsabilité préfectorale pour des personnes qui sont passées à l'acte, contre les biens ou les personnes, qui avaient été signalées sans que l'administration ne soit intervenue. Il faut donc qu'il y ait eu un préjudice à un tiers, ou aux biens des personnes, pour que la personne puisse attaquer l'administration qui n'a pas pris les mesures qui s'imposaient.

En dehors du cadre réglementaire du code de déontologie médicale, la non assistance à personne en danger n'est donc pas reconnue comme un principe d'action légitime du pouvoir administratif préfectoral ou municipal. Dans les faits pourtant, l'appréciation du danger connaît des interprétations variables d'un élu à l'autre. Ici, on parlera de « danger pour soi ou pour autrui », de « dangerosité potentielle », de « risque suicidaire ».

L'élu local, parce qu'il cumule une compétence administrative provisoire, en lieu et place du préfet, et des responsabilités politiques faisant de lui un régulateur des troubles du vivre ensemble issues de la souffrance psychosociale ou de la maladie mentale, s'interroge sur l'inadaptation de la voie actuelle en matière de contrainte pouvant conduire aux soins psychiatriques : doit-on et peut-on créer un espace spécifique en droit qui permettrait un recours contrôlé à des mesures de contrainte sur le registre de l'accès aux soins ?

Débat

Catherine Choquet/ Merci pour cette présentation globale ... ça suscite certainement des rappels à des histoires que vous avez tous vécues ; c'est peut-être justement le moment de préciser certains points, de raconter certaines histoires qui vous ont posé problème.

Un intervenant/ Une question pour prolonger la fin de vos propos : est-ce qu'à votre connaissance, vous savez s'il y a eu beaucoup d'actions contre des décisions que l'on pourrait considérer abusives d'HO par des maires, comme il y en a eu il y a quelques années, pour des décisions dites abusives d'HDT prises par les directeurs d'établissement (pratiques arrêtées par le Conseil d'Etat en 2003, comme vous l'avez souligné).

Deuxième question : c'est une question que je me posais en fin de matinée, mais que je peux poser cet après-midi car c'est en lien avec votre exposé : est-ce que vous avez constaté des différences du nombre de HO par les maires dont les villes sont rattachées ou ont un lien avec des établissements hospitaliers, selon qu'il s'agit d'un hôpital général ou d'un HP ? Autrement dit, est-ce différent selon que l'on a un hôpital psychiatrique ou un hôpital général où en particulier la prise en charge des HO ou de l'hospitalisation d'urgence se fait par les services d'urgence, directement ?

Pauline Rhenter/ Pour répondre à la première question sur la jurisprudence : à notre connaissance, il n'existe pas jurisprudence qui ait condamné un élu, ni même une administration pour non assistance à personne en danger dans le cadre d'une HO.

Il y a eu en revanche des condamnations, des mises en cause de responsabilités *préfectorales* pour des personnes qui sont passées à l'acte, qui avaient été signalées et pour lesquelles l'administration n'avait rien fait. Qu'est-ce que cela veut dire ? Cela veut dire qu'en dehors du cadre réglementaire de la déontologie médicale, la non assistance à personne en danger, n'est pas reconnue comme principe d'action légitime du pouvoir administratif, qui est exercé normalement par le préfet et exceptionnellement par le maire en cas d'urgence ; on met en cause en général la responsabilité préfectorale, lorsqu'elle n'a pas agi, mais sur le registre plutôt de la prévention de l'acte violent, pas sur celui de l'assistance à personne en danger.

Catherine Choquet/ Par rapport à la proximité d'un centre spécialisé, il n'y a pas de lien établi.

Un intervenant/ On ne sait pas ou il n'y a pas de liens ?

Jean Furtos/ On n'a pas pensé à cet élément. Il me semble que la plupart du temps les expériences telles qu'elles ont été rapportées dans le groupe ou dans les villes émanaient d'élus de municipalités qui avaient des hôpitaux psychiatriques, mais on va vérifier de plus près. C'est très intéressant comme paramètre.

Je dois dire aussi qu'il y a une chose qui manquera dans notre travail : c'est le travail fait vis-à-vis des jeunes, notamment aux troubles de voisinage causés par des mineurs. Nous avons eu des exemples dans une autre recherche qui porte directement sur les troubles de voisinage, mais par rapport à l'HO, la question de la jeunesse n'a pas été évoquée... C'est une lacune.

Philippe Lefevre, médecin coordinateur de la ville d'Evry/ Par rapport à la décision du maire, j'entends bien qu'il y a un arrêté municipal pour l'HO. Mais il me semble que « décision » signifie « responsabilité » et là, il me semble qu'il n'est pas le seul à mettre sa responsabilité puisque même s'il peut par notoriété publique se passer du premier certificat médical, il y a ensuite un autre certificat d'un psychiatre qui va confirmer à l'accueil et c'est

donc validé ensuite par le préfet. C'est arrivé qu'il y ait des arrêtés municipaux qui n'ont pas été suivis d'effets et dans les 48 heures, la personne ressortait. Cela veut bien dire qu'il n'est pas le seul à décider. C'est plus intéressant, plutôt que de laisser seul le maire face à ces responsabilités d'HO de penser qu'il peut y avoir une co-évaluation et une co-décision d'un certain nombre d'acteurs.

Catherine Choquet/ Même s'il n'est pas le seul à décider parce qu'après il faut que ça soit confirmé, c'est le passage obligé. S'il n'y a pas cette première signature, ça ne va pas plus loin.

Une intervention/ Pourriez-vous définir « l'atteinte à la sûreté des personnes » ? Est-ce que c'est la personne elle-même ou les autres ? Ou les deux ?

Une intervenante/ Je suis travailleur social à Dijon, j'ai une question sur l'HDT. Vous avez bien dit que l'HO ne pouvait pas servir à protéger quelqu'un qui n'est pas malade psychiatrique, quand il n'a pas une problématique psychiatrique. Pour autant, nous avons régulièrement des personnes en danger qui refusent les soins. Qu'en est-il de l'HDT par rapport à ces personnes qui refusent les soins ? Peut-on utiliser une HDT pour les contraindre à aller dans le public ?

Deuxièmement, j'ai été amenée assez régulièrement puisque j'étais travailleur social dans un commissariat à mettre en place des HO, en tout cas à les solliciter auprès du maire, j'ai toujours vu des refus sur la notoriété publique et pourtant le médecin n'a pas pu approcher les personnes et a fait un certificat médical sans voir les personnes, mais à petite distance. Pour autant, ces hospitalisations ont été invalidées par le juge des libertés et la mairie a été condamnée. Je ne comprends pas ce refus de travailler sur la notoriété publique quand on a des procès verbaux, etc, qui peuvent permettre d'affirmer que la personne n'est pas responsable.

Pauline Rhenter/ Je vais vous répondre, cela va vous satisfaire mais en même temps vous frustrer. Je peux vous donner une interprétation ministérielle : d'après les différents ministères impliqués par la question, la motivation de l'HO exige le fait qu'un acte compromette l'ordre public. La loi dit « compromettre l'ordre public », à l'indicatif, donc on pourrait imaginer que c'est seulement en cas de danger avéré, d'autant que la loi 2002 a renforcé cette condition en disant qu'il fallait un trouble *grave* à l'Ordre Public. Mais cela vaut pour la décision préfectorale, pas forcément pour la décision municipale.

Les différentes administrations depuis les années 1990 ont toujours interprété de manière assez constante cette condition là : c'est-à-dire que ça couvre des situations de troubles à l'ordre public, potentielles et réelles, donc on retombe sur la loi telle qu'elle était formulée avant 1990. La loi de 1990 disait : « dont le comportement compromettrait l'ordre public » : au conditionnel, donc elle visait un comportement « susceptible de compromettre l'ordre public », donc on était sur du danger potentiel. Actuellement, l'interprétation dite administrative, c'est un trouble à l'ordre public avéré ou potentiel. En même temps, c'est une interprétation de l'administration.

Je peux aussi en revanche vous donner les recommandations qui ont été formulées l'année dernière par la Haute Autorité en Santé qui intègre dans les motifs légitimes d'hospitalisation sans consentement le risque suicidaire.

Une intervention/ L'Ordre public, c'est quoi alors ?

Fernando Bertolotto/ C'est une interprétation.

Pauline Rhenter/ Je vous frustre parce que selon les décisions de jurisprudence, l'interprétation de l'ordre public est différente.

Ce qui est certain, c'est qu'en dehors des situations caractérisées de danger imminent – et on a vu beaucoup de situations chroniques dont les élus ont témoigné, qui se répètent tellement que ça finit par être de « l'urgence chronique », c'est-à-dire que tous les jours il faudrait faire quelque chose. Je ne peux pas répondre à d'autres questions dans la mesure où il n'y a pas d'interprétation stricte sur ce que c'est que le danger imminent. Ce qui est certain, c'est que le maire doit répondre a posteriori si jamais il est inquiet en raison des motifs qui ont suscité sa décision dans l'urgence.

C'est l'exigence de prévention du trouble à l'Ordre Public qui apparaît prioritaire d'après la jurisprudence. Effectivement, si finalement la personne s'est suicidée, si l'administration centrale n'a rien fait, elle ne sera pas inquiétée. Ça donne quand même une idée de l'interprétation relativement officielle. C'est le cœur du débat : est-ce que l'on est sur la sécurité ?

Catherine Choquet/ La jurisprudence dit que si on intervient... Il y a des communes qui ont été condamnées pour être intervenues là où elles n'avaient pas à intervenir, avec des amendes. A l'inverse aussi.

Fernando Bertolotto/ Pas pour les communes, mais pour les préfets. D'après ce que l'on connaît de la jurisprudence, et selon un spécialiste de la question, Monsieur Philippe Bernardet, c'est le préfet qui a été mis en cause lorsqu'il n'avait pas prévenu la situation en question. Pour les maires, l'action en justice ne s'est jamais posée dans ces termes. Par contre, il y a à Montpellier un cas où le maire a été condamné pour une hospitalisation considérée comme abusive. C'est le seul cas à ma connaissance de condamnation municipale. On constate une grande diversité des pratiques, de l'interprétation et des modes opératoires face à l'HO mais il n'y a quasiment pas de jurisprudences concernant des communes. Dès que la jurisprudence se met en place, les municipalités réagissent aussitôt. On est dans un mode assurantiel qui fonctionne, sur le principe de précaution.

Une intervention/ Le maire a été condamné au tribunal ?

Jean Furtos/ Non, il n'y a jamais eu de condamnation pénale.

Pauline Rhenter/ Les décisions qui ont été sanctionnées étaient des décisions prises au niveau préfectoral. J'ai retenu deux cas qui peuvent aider à comprendre comment à se passe : un en 1987 et un en 2003. En 1987, c'est la cour d'appel de Bordeaux qui a constaté que les troubles de la personne « ne l'aliénaient pas au point de la rendre dangereuse pour un tiers ou l'ordre public ». Là, ce que l'on a pris en compte, c'est bien le danger pour autrui, uniquement. En 2003, c'est le tribunal administratif de Paris qui a sanctionné une hospitalisation jugée arbitraire parce les faits qui constituaient le trouble à l'ordre public était très anciens par rapport à la mesure prise ; il n'y avait pas de danger imminent.

Jean Furtos/ On s'aperçoit quand on veut être très précis sur le plan des textes, que c'est difficile et qu'il faut entrer dans des arguties pour savoir exactement ce que c'est que la limite entre l'ordre public et la sûreté des personnes. Ce que je peux dire sur le plan clinique, c'est qu'habituellement, il n'est pas question de troubles graves de l'ordre public de type « tentatives de meurtres » ou de nature à toucher vraiment la chair des personnes, qu'il y a beaucoup d'isolement des personnes qui peuvent aboutir à la mort, beaucoup de persécution,

d'exaspération des voisins..., et que le vrai trouble évident, patent à l'ordre public, est plutôt la minorité des cas.

Pauline Rhenter/ La toute petite minorité des cas motivant actuellement des HO en raison d'atteintes à l'intégrité physique des personnes, c'est dans 3% des cas environ. Dans la majorité des cas, ce sont des violences du type « dégradations matérielles », « menaces verbales »... On ne peut pas dire que ce n'est pas de la violence mais on est en dehors d'une atteinte à l'intégrité physique des personnes la plupart du temps.

Jean Furtos/ C'est une raison pour défendre que l'HO dans les faits ne s'exerce pas comme une mesure anti-délinquance. La pratique ne va pas dans le sens d'une mesure anti-délinquance.

Michèle Vullien/ En milieu rural, comme est ma commune, ce sont très souvent les gendarmes qui font appel au maire, parce que les gendarmes ne s'en sortent plus et ils disent : « on va passer par une HO ». Par exemple, un gars qui déambule tout nu dans la rue, les gendarmes, le prennent, le rhabillent et disent « qu'est-ce qu'on en fait ? Il est drogué, on ne sait pas d'où il sort puisqu'il est arrivé par le bus » ou quelqu'un qui est convoqué à la gendarmerie, qui n'habite pas la commune mais qui a fait un délit sur la commune. Convoquée, cette personne « pète un câble », comme disait Marina, et se met à les mordre. Eux se protègent. Dans ce cas précis, comme ils n'arrivaient pas à maîtriser la personne, et comme les infirmiers, lorsqu'ils sont arrivés, ont dit « on ne part pas tous seuls, il nous faut une escorte... », ça a été un grand branle bas de combat. Et c'est toujours le maire qui est interpellé mais par la force publique.

Ce qui me préoccupe beaucoup, ce sont les sorties de HO parce que comme on l'a dit, au bout de 24h, 48h, ils sont remis dans la nature, mais le problème subsiste. Là, je m'adresse au psychiatre qui dit : « ce n'est pas pire que tous ceux que j'ai en file d'attente ». J'interpelle les psychiatres et l'hôpital, parce que nous dépendons d'un hôpital psychiatrique de secteur. Mais nous après on fait quoi ? Après, personne n'a de solution pour amorcer des soins... Quelquefois les gens se suicident et on ressent là une grande impuissance ; on se dit que l'on n'a pas fait ce qu'il fallait.

Fernando Bertolotto/ L'expérience de Nantes a été très éclairante sur ces questions-là : on a vu comment la police pouvait être un acteur majeur qui signale des situations qui aboutissent à des HO ou qui n'aboutissent pas à une HO. Si dans un territoire, les acteurs les plus concernés par la question sont organisés et qu'il y a eu un temps pour poser des repères communs, cela permet de gérer la question dans l'urgence. On voit bien que plus le territoire est organisé (et souvent à l'initiative des maires d'ailleurs qui essaient de réduire le nombre de situations impossibles gérées dans l'urgence), plus cela fonctionne. Les nouvelles pratiques associatives en santé, notamment les réseaux de santé, et pas nécessairement de soins, mais aussi de santé mentale, jouent un rôle fondamental qui suppose un changement de culture. Sortir d'un cadre d'invention habituel, institutionnalisé notamment, n'est pas forcément facile mais c'est très important, ça permet de faire de la prévention. Les maires évoquent souvent la question de la « prévention des HO ». La construction territoriale de la réponse en amont de l'urgence permet de faire de la prévention et de réduire considérablement le nombre de situations qui sont gérées et mal gérées. Ensuite, elle permet surtout d'organiser l'après HO. L'expression a souvent été évoquée : « ça y est, ils l'ont lâché ». Là, le rôle de la psychiatrie de secteur avec des dispositifs qui ne sont pas nécessairement lourds, est très important, notamment incarné par les infirmiers psychiatriques, qui font un travail de préparation au

retour de la personne, qui abaisse les niveaux de sensibilité négative à l'intégration de ces personnes-là.

Ca me permet de revenir à un autre commentaire que je voulais faire : une hospitalisation d'office n'est pas un acte neutre. C'est un acte hautement stigmatisant. Nous l'avons vu notamment à travers la jurisprudence : je me souviens d'un cas que Monsieur Bernardet nous rapportait, d'un monsieur qui s'était disputé avec son épouse et qui dans son énervement, avait cogné sur la porte de la voiture. L'épouse avait porté plainte. Le type s'était fait enfermé et avait « bénéficié » d'une HO qui lui a valu ensuite, lors de l'instance de divorce, la perte de son autorité parentale, l'alourdissement des conditions de visite... Ca lui avait aussi fait perdre son emploi... Vous voyez, une cascade de conséquences... Et lorsque la situation est de notoriété publique, à la fois dans l'environnement immédiat de la personne, ou dans une collectivité parfois très réduite, c'est encore plus stigmatisant. C'est d'ailleurs cela qui préoccupe souvent l' élu, qui doit aussi gérer tout ce qu'il y a autour de la situation de crise, et pas seulement l'état de santé de la personne. C'est cela qui justifie et légitime l'inquiétude de l' élu lorsqu'il dit « je ne signe pas » ou « je n'ai plus envie de signer n'importe comment ».

Je vais finir mes commentaires en évoquant ceci : dans cette tension qu'il y a dans la décision d'une hospitalisation d'office entre les libertés publiques, et le bien fondé de la contrainte justifié par l'expertise, il y a un autre pôle de tension entre l'expertise médicale et d'autres types d'expertise. Les services d'hygiène publique ou de salubrité jouent d'ailleurs un rôle important.

Enfin, il y a la question de la légitimité : quel acteur est légitime pour faire valoir la prise de décision ? Il y a également celle de la responsabilité formelle ou de la responsabilisation d'un élu face aux mécanismes de persécution sociale. On voit à quel point la position de l' élu est extrêmement difficile au croisement de toutes ces forces qui viennent le pousser, souvent, à prendre une décision qu'il ne veut pas prendre mais et que, parfois, il n'arrive pas à éviter. Par exemple, les services techniques contournent couramment l' élu ou font éventuellement appel à un autre élu ou à une autre astuce pour arriver à leurs fins. Les techniciens ont sans doute leurs raisons (je ne sais pas, on pourrait en discuter) mais ce ne sont pas les mêmes que celles de l' élu. Se pose alors une question de légitimité, d'autorité. C'est pourquoi il est très important d'interroger la pertinence de textes de référence qui sont mobilisés et qui engagent la responsabilité de l' élu en premier lieu. C'est seulement en deuxième instance que l'on va chercher la responsabilité institutionnelle « santé », par exemple auprès de la psychiatrie.

Laurent El Ghozi/ Par rapport à ce que vient de dire Fernando Bertolotto : devant un trouble à l'ordre public, il y a des alternatives possibles à l'HO (parce que la personne a pété les plombs) ou bien la mise en garde à vue. Ce problème montre bien que l'on est au cœur de la question des libertés individuelles.

Lorsqu'à la suite d'une HO, on ne prévient pas les gens qui ont porté plainte que le patient va sortir, ils ont effectivement l'impression qu'il ne s'est rien passé : ils ont peur ou perdent confiance. Sur ce point, je vous livre juste une anecdote : un patient a été mis en HO ; il est sorti avec l'accord du psychiatre pour être réadmis trois jours après en hospitalisation libre. Si on ne prévient pas l'environnement que cela s'est passé ainsi, ils ont le sentiment qu'il ne s'est rien passé. C'est différent si on leur dit « tout va bien, il va entrer à l'hôpital psychiatrique pour être pris en charge dans trois jours », alors les gens comprennent. D'où l'importance du réseau, de l'implication des élus.

Une intervenante/ Je voulais revenir sur l'interprétation de la loi et sur les répercussions que cela pouvait avoir sur les patients. Dans le département de Loire-Atlantique, c'est la préfecture qui fait le choix d'interpréter la loi en suspendant les permis de conduire pour les

personnes qui sont hospitalisées d'office. Ce qui n'est pas sans répercussion lors de la sortie de l'hôpital pour poursuivre une vie normale.

Catherine Choquet/ Je ne suis pas au courant de ça mais on va se renseigner.

Fernando Bertolotto/ En tout cas, c'est un enseignement de notre recherche qui coïncide complètement avec les observations menées par ailleurs dans différents rapports, notamment par la commission qui a examiné le projet de loi de prévention de la délinquance au Sénat qui conclut à l'urgentissime nécessité de mettre en place un dispositif d'observation digne de ce nom, qui évalue de manière plus précise de quoi l'on parle, pour pouvoir en tirer le maximum d'enseignements. Parce qu'il est certain que le cadre ne correspond absolument plus à la pratique et que les conséquences sont loin d'être négligeables.

Un intervenant/ Une précision par rapport à la loi : vous avez dit tout à l'heure que le maire peut prendre un arrêté soit sur avis médical soit sur certificat médical qui pouvait être émis par un praticien de l'établissement d'accueil. Vous pouvez le redire ?

Pauline Rhenter/ Oui. Pour préciser : dans la mesure où l'on attribue un pouvoir provisoire au maire, qu'on lui demande d'agir dans l'urgence, dans la mesure où il a le droit de prendre une décision sur notoriété publique (donc en dehors d'un avis médical), il a aussi le droit de se fonder sur un avis médical du personnel de l'établissement d'accueil. Ce que le préfet n'a pas le droit de faire au moment de la confirmation de l'arrêté municipal. En réalité, ce qui se passe bien souvent, c'est que le préfet base sa décision sur le certificat de 24h qui est signé par un praticien de l'établissement d'accueil. Et là, c'est totalement illégal. Mais les garanties sont différentes pour le maire : le maire peut se fier au psychiatre qui s'est occupé du patient qui n'est plus hospitalisé depuis un moment. C'est le maire qui estime sur quoi il peut se baser. Après, il doit pouvoir en rendre en compte a posteriori. Mais puisqu'il agit dans l'urgence et de manière provisoire, il a plus de marge de manœuvre que le préfet.

Un intervenant/ Je voudrais porter un autre regard sur ce qu'a dit Fernando Bertolotto : il n'y a pas que les élus et les maires qui reçoivent les pressions ; des pressions inverses existent. J'ai déjà subi la pression d'un maire pour faire une hospitalisation d'office pour une personne âgée délirante mais pas du tout dangereuse pour autrui. La pression existe aussi dans l'autre sens.

Fernando Bertolotto/ Bien sûr. Mais ce n'est pas vous qui signez.

Pierre Juhan, Directeur d'Hôpital/ je travaille à la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale. Je voudrais dire un grand merci sur l'analyse qui vient d'être faite, puisqu'elle va faire avancer les choses. Il reste un point peu clair pour moi : compte tenu des nouveautés, quelle est la position des élus ? Est-ce qu'ils sont preneurs, justement en perspective de la loi qui s'annonce ou est-ce que ça les rend plus réticents ? Il faudrait donc que les élus s'expriment s'ils le peuvent, s'ils le souhaitent.

Catherine Choquet/ Je vais mon donner mon avis et je pense que beaucoup d'élus le partagent. Les élus ne sont pas preneurs de cette loi, ni en ce qui concerne les hospitalisations d'office, ni en ce qui concerne le dépistage des troubles du comportement chez les enfants. Il y a eu de la mobilisation et un pan de ce volet-là devrait être abandonné. Mais sur les hospitalisations d'office, sur la façon dont c'est présenté, sur le contrôle, cela devient vraiment une délégation du maire : ça sera à lui maintenant de juger si on va enfermer ou pas.

C'est lui qui devra aussi avoir le calendrier des sorties et des rendez-vous, et il faudra peut-être que l'on amène aussi les gens, puis que l'on vérifie qu'ils sont bien restés le temps qu'il faut... L'examen de la santé mentale uniquement sous l'angle de la sécurité ne me semble pas du tout répondre à la demande des élus de terrain. Par contre, c'est vrai, on demande qu'il y ait plus de coordination et de compréhension parce que l'on se rend bien compte que le seul abord par le biais de la psychiatrie n'est pas suffisant.

Jean-Luc Roelandt/ Je ferai trois petits commentaires :

1/ Après la loi de 1990, je suis allé voir les maires et j'ai dit « on ne fait plus d'HO » et il n'en ont plus fait pendant six ans. Plus aucun maire n'a fait une HO. Après, il y a eu les élections et je ne suis pas allé les voir et la société a changé.

Fernando Bertolotto/ Est-ce qu'il y a des HO depuis ?

Jean-Luc Roelandt/ Oui, il y en a quelques unes. On nous transforme les services hospitaliers en prison... Mais c'est un autre débat.

Ce que prône l'OMS, c'est d'avoir des lois les moins stigmatisantes dans le monde. C'est très clair. La loi la moins stigmatisante que je connaisse, c'est en Italie où le maire décide mais jamais d'une hospitalisation d'office ou d'une HDT. C'est une demande de traitement sanitaire obligatoire. Le maire demande à un professionnel de la psychiatrie d'aller voir la personne, avec la police éventuellement. Il doit faire un certificat comme quoi il l'a vu et signifié tout ce qu'il a mis en œuvre pour permettre l'acceptation des soins. Si ce n'est pas possible, il y a une période de traitement obligatoire, signée par le maire et qui est tout de suite sous contrôle judiciaire, un juge des tutelles pour 8 jours, renouvelable 8 jours. C'est la meilleure loi qui existe, ce n'est pas stigmatisant et c'est de l'obligation de soins.

Je vous assure, notre loi est mauvaise. Et celle qui doit venir, si on n'y réfléchit pas, est encore plus mauvaise. Il faut véritablement avoir des lois non stigmatisantes pour ce qui concerne les gens qui souffrent de troubles psychiques.

Tout de même, il faut adapter les lois. Si les services fonctionnaient tous en réseau intégré dans la cité, s'il y avait des bonnes pratiques de santé mentale, comme tu les as décrites, on n'en serait pas là. Il y a une modification des pratiques des services de psychiatrie qui doit aller vers une psychiatrie intégrée dans la cité. A Lille, on a créé la semaine dernière six services européens, une douzaine d'autres associations dont des maires et des représentants des usagers, un pacte, une sorte de réseau international de bonnes pratiques de Santé Mentale intégrée dans la cité. Ces bonnes pratiques, si elles sont mises en place, sont très simples ; tous les secteurs peuvent le faire. Si elles étaient mises en place en Europe (il n'y a pas uniquement en France que se pose le problème), on verrait véritablement la psychiatrie et la santé mentale évoluer. C'est un autre débat.

Une intervention/ Sur la question posée par un participant sur la possibilité de faire une demande pour un psychiatre d'une HO : je suis désolée de revenir dessus, mais c'est quelque chose qui m'interpelle autant dans une HDT, c'est quelque chose dans une HO, j'avoue que je suis surprise. Est-ce que ce n'est pas aller à l'encontre de la loi qui dit que (en tout cas pour le préfet) le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, que d'accepter de faire une notoriété publique sur la demande du psychiatre qui suit le patient ?

Fernando Bertolotto/ Quand on analyse, il y a énormément de confusions, il y a des marges d'interprétation extrêmement inquiétantes. Si vous lisez par exemple les recommandations de la Haute Autorité en Santé, qu'ils viennent de sortir il y a quelques mois, qui indiquent

notamment que l'incurie est un cas qui justifie une hospitalisation d'office à certaines conditions, vous verrez que la jurisprudence contredit cela. C'est quand même très étonnant qu'on en soit là ! C'est une mauvaise loi ! On est des mauvais interprétateurs de la loi ! Il faut changer cela, c'est clair ! Et cela doit passer par les pouvoirs publics. Ça ne peut pas être qu'un devoir d'experts.

Jean Furtos/ Ce que j'aimerais dire, c'est que ce n'est pas ce qui sera dit dans le rapport. Ce qui sera dit dans le rapport ne dépassera pas la commande même si il y aura des recommandations et des avis. Jean-Luc, quand tu es allé voir le maire et que tu as dit ça, c'était d'une certaine manière un engagement de ta part, d'une autre manière (comme tu n'es pas tout puissant), il pouvait y avoir d'autres médecins qui pensaient différemment de toi dans le secteur, etc. Je peux tout de même attester qu'il y a des HO qui sont très utiles et très adéquates. Personnellement, je ne poserai pas cela d'une manière radicale : « L'Italie est bien, tel pays est mal », même si notre loi peut être considérablement transformée. Je m'engage au niveau simple de la commande qui nous a été passée.

Catherine Choquet/ C'est dans le débat, c'est donc bien normal que l'on pose des questions, que l'on propose des solutions aussi. Je voulais remercier les intervenants de cette table ronde pour ces précisions. Nous laissons la parole à Jacques Lebas et Laurent El Ghazi pour conclure la journée.

Conclusion

Laurent El Ghozi/ Avant de passer la parole à Jacques Lebas, que je remercie d'être là, je voudrais dire que, dans le cadre du travail engagé par l'Orspere, la commande n'était pas de prendre des positions de tel ou tel ordre ; au contraire, l'association *Elus, Santé Publique & Territoires* peut prendre clairement position et a toute liberté pour le faire.

Jacques Lebas
CREDES

Merci. Je n'ai aucune légitimité particulière : je ne suis pas psychiatre, pas élu, je n'ai pas été hospitalisé dans un service de psychiatrie jusqu'ici.

Le monde va mal et nous ça ne va pas terrible non plus ! N'étant pas spécialiste du domaine, j'ai pu comprendre un certain nombre d'éléments qui me paraissaient très obscurs au début de la réunion. Le voile d'ignorance dont je drapais ces questions, s'est plutôt retiré au fur et à mesure des heures qui passaient. Je remercie les intervenants à la tribune et dans la salle pour ce qu'ils m'ont apporté.

L'étude de l'OMS que vous menez, dans un esprit militant me paraît tout à fait exemplaire. Dans un pays comme le nôtre, on manque de tout, on a plein de problèmes mais enfin, on a des ressources humaines, intellectuelles, de savoir-faire. Votre étude constitue un élément d'optimisme très important. La « pandémie de maladie mentale » et la pandémie de dépressions en particulier suscite de nombreuses questions, qui ne vont pas disparaître à la prochaine échéance électorale. Deuxième élément : ce sont des questions internationales et mondiales et l'on ne peut comprendre aucun problème de santé sans cette vision. Dans d'autres domaines de la santé sur lesquels j'ai travaillé (maladies transmissibles notamment), il est évident que si on n'a pas un point de vue mondial sur la question, on ne comprend rien, donc on ne peut rien résoudre.

Tout le monde souffre : malades, personnel médical, travailleurs de la santé qui souffrent, qui disent qu'ils ne souffrent pas et ceux là, on ne les prend pas en charge. Si tout le monde souffre, j'ai beaucoup de mal à accepter cela en tant que médecin. Les médecins, les travailleurs à la santé, les professionnels dans ce domaine, sont quand même éduqués, formés dans l'idée qu'ils vont soulager la souffrance des autres. C'est le rôle que l'on nous assigne dans la société.

Il y a une vague de souffrances psychosociales qui atteint tout le monde, même les élus, dont la souffrance ne nous intéressait guère jusque là. Il faut s'intéresser à la souffrance psychosociale de tous les aidants et en particulier, des gens qui sont en première ligne, dans le « face à face » comme disent les anglais. C'est une situation qui n'est pas vraiment valorisée aujourd'hui ; la valeur métier c'est être beaucoup plus « derrière » : réfléchir, élaborer en s'appuyant sur l'expérience des gens de terrain, des premières lignes... mais entre soi, décider...

La plupart de ceux qui sont là sont en première ligne : les élus locaux c'est une évidence, le psychiatre de secteur... Il faut que l'on trouve une articulation entre ce travail de première ligne et ceux qui arrivent à les soutenir. Cela me paraît essentiel de lier, et tout au long de cette journée vous l'avez fait, des recherche-action, des études qui s'appuient sur le terrain, avec l'expertise des décideurs.

Troisième remarque que je voulais faire : sur l'ingérence sanitaire. Beaucoup de malades mentaux sont aujourd'hui en prison (30%), beaucoup sont sans domicile fixe (dont s'occupaient au début des associations de travail de rue, puis progressivement, des psychiatres). On a mis du temps à s'apercevoir de cela.

Les places d'hospitalisations psychiatriques sont passés de 120.000 à 60.000 en une quarantaine d'années, sûrement pour de bonnes raisons : alternatives à l'hospitalisation, lutte contre l'enfermement asilaire... Ca a débuté aux Etats-Unis, puis en Italie, puis en France qui a très bien suivi le mouvement. Mais sortir les gens de l'asile, ça suppose une autre prise en charge et là, le relais n'a pas eu lieu. Les gens sont sortis et comme c'était vers les années 70-80, ça a percuté avec la crise sociale (il y avait moins de logements, il y a eu le chômage de masse) et ces personnes qui sortaient de l'asile à ce moment-là, se sont trouvés exclus de la société, à la rue et marginalisés.

Toutes ces choses me font penser qu'il y a une nécessité d'une véritable ingérence sanitaire en particulier de la part des élus locaux, vous l'avez les uns et les autres, suffisamment souligné : l' élu local a un rôle tout à fait important à jouer, et en particulier vis-à-vis de la psychiatrie.

Il y a une douzaine d'années, j'ai participé à la constitution d'un regroupement d'élus locaux contre le SIDA, qui a été une belle initiative. Mais on suivait le mouvement. C'était pour sensibiliser. Il n'y avait pas un besoin impérieux que cela passe par les élus. De la même façon, les malades du cancer, bien après, avaient moins besoin d'élus.

En revanche, pour les malades mentaux – il faudrait utiliser un terme entre fou, dépressif et malade mental, parce qu'on ne les croit pas, parce qu'on les rejette, parce que les relais familiaux n'existent pas toujours et que les capacités à s'auto-organiser sont plus limitées que pour d'autres..., il y a une nécessité que les élus aient un rôle. Et une association comme la vôtre est de mon point de vue, totalement essentielle dans cette prise de relais, dans ce rôle de porte-parole de ceux qui n'ont pas de voix, comme disait Yann Patochka, des sans-voix, c'est-à-dire en l'occurrence, des malades mentaux.

Le rôle des élus locaux est de construire avant l'urgence, vous avez beaucoup insisté là-dessus ; cela me paraît primordial, comme dans beaucoup de domaines de la santé publique. Ingérence sanitaire d'une part mais également démocratie sanitaire : j'ai parlé du rôle des associations de malades et des familles ; il faut nouer des partenariats dans ce domaine comme dans d'autres.

J'ai été très frappé par les inégalités géographiques lorsque j'ai travaillé au comité de la santé publique sur les inégalités de santé. En France on a vécu avec l'idée : « République une et indivisible, liberté, égalité (un peu fraternité de temps en temps) ». Donc il y a « égalité ». « Sécurité sociale, tu nous protèges » : les hôpitaux et services publics sont là pour ça, il y a le privé en plus. Mais la question de l'égalité n'est pas une question que l'on interroge en France. En Angleterre, ils s'y intéressent depuis 20 ans !

En posant cette question-là, on s'est aperçu dans maints domaines de santé publique, des énormes inégalités de santé qui existaient. Les inégalités dans les pratiques d'HO m'ont beaucoup frappé également. Et on parle de l'Etat, d'un Etat garant des bonnes pratiques uniformes sur l'ensemble du territoire !

Tout dernier point, je sais que vous allez prolonger par une autre journée, qui sera faite d'échanges d'expériences. Là, encore, c'est une partie qui m'a personnellement beaucoup intéressé dans votre journée, c'est-à-dire quand les divers élus avec des experts, ont échangé à partir de leurs expériences, de leurs difficultés, des solutions que vous avez trouvées. Je serais très heureux de venir en tant qu'observateur passionné, intéressé et militant pour la cause que vous défendez.

Je vous remercie et je donne la parole à Laurent EL Ghozi, qui remplace le Directeur Général de la Santé pour parler en son nom. Je vous annonce son ambition...

CLOTURE

Laurent El Ghozi/ Merci Jacques de cette écoute attentive avec toute ton expérience et merci de nous dire comment tu as entendu tout cela.

Quelques mots pour conclure : merci à ceux qui ont rendu cette journée possible : Jean Furtos, toute l'équipe de l'Orspere, Pauline Rhenter. Merci aux élus et en particulier ceux qui sont intervenus : Catherine Choquet, Claude Chavrot, Marina Girod de l'Ain, Marie-Odile Dufour, Michèle Vullien. Merci à la DIV toujours présente à nos côtés et sans laquelle rien de tout cela ne se ferait.

L'association *Elus, Santé Publique & Territoires* va bientôt avoir un an. Ce sujet de la Santé Mentale, est un sujet qui manifestement perturbe, interroge, provoque de la confrontation. Je m'interroge en l'occurrence sur cette reconnaissance, pour ne pas dire cette revendication de chacun des professionnels, y compris les élus, de la souffrance, comme si on ne pouvait plus « être sans souffrir ». On souffre autour de quelqu'un qui se tait et qui reste le patient, bien entendu au centre du dispositif cela va de soi, mais c'est nous qui souffrons. Et je ne comprends pas très bien : de quoi souffrons-nous ? De notre impuissance ? De notre incapacité à changer le monde ? Je ne sais pas. Mais je trouve qu'il y a quelque chose qui mériterait que l'on s'interroge.

L'association *Elus, Santé Publique & Territoires* va se développer : on a besoin de toutes les villes, de tous les élus : élus présents, rejoignez nous ! Fonctionnaires territoriaux, essayez de convaincre vos élus qu'il y a quelque chose qui se passe sur un sujet essentiel concernant toute la population et qu'un jour ce sera véritablement un sujet politique qu'ils prendront en pleine figure. C'est donc mieux de s'en occuper avant.

Je répète ce qu'a dit Marina Girod de l'Ain : fin janvier/début février 2007, à Grenoble, puisque c'est Marina qui nous invite, il y a une prochaine journée *Elus, Santé Publique & Territoires* sur des expériences concrètes. Dès maintenant, n'hésitez pas à faire savoir à Marina, à Michèle, à Marie-Odile ou à d'autres, à moi, ce que vous avez envie de présenter, ce qui vous paraît innovant. Comment, vous, dans votre ville, concrètement, vous avez résolu, si on peut dire (en tout cas essayé de résoudre) cette question de la complémentarité entre les psy ou le secteur et la ville. Sans oublier cette interrogation qui a traversé toute la journée de la place de l'Etat : comment l'Etat est-il présent ou absent ? Comment est-il ou non garant de l'égalité ? Comment ces trois partenaires-là, travaillent-ils ensemble sur votre territoire ?

Merci à tous. A très bientôt et on compte sur vous pour que la santé publique et la santé mentale vivent sur nos territoires.

Bibliographie

Ouvrages

Claude Louzoun, Denis Salas (dir.), *Justice et Psychiatrie*, Erès, 1998.

ORSPERE, *La souffrance psychique dans l'espace public : une question politique ?*, Séminaire Résidentiel, Abresle, 2001.

Psychiatrie, Droits de l'Homme et défense des usagers en Europe, avec T. Douraki et C. Vaillant (éds), Toulouse, Erès, 2002, 359 p.

Michel Joubert (dir.), *Santé mentale, ville et violences*, Erès, 2003.

Christian Laval, Les réaménagements de la relation d'aide à l'épreuve de la souffrance psychique, *L'exemple du dispositif RMI en région Rhône-Alpes*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Lyon 2, 2003.

Pauline Rhenter, « De l'institutionnel au contractuel : psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France » (1945-2003), Thèse de doctorat de science politique, Université Lyon 2, 2004.

Jean Furtos, Christian Laval (dir.), *La santé mentale en actes. De la clinique au politique*, Erès, 2005.

« Les élu(e)s locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique », Séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE 2003-2004 Ed. de la DIV, coll. Etudes et Recherches, novembre 2005.

Claudine Herzlich, *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, EHESS Ed., 2005.

Michel Joubert, Claude Louzoun (dir.), *Répondre à la souffrance sociale. La psychiatrie et l'action sociale en cause*, Erès, 2005.

Articles

Philippe Bernardet, Elisabeth-Anne Bernard, « La motivation par référence des décisions d'hospitalisation d'office, ou le juge administratif aliéné par son fou », *Revue de droit sanitaire et social*, volume 3, 1997, pp. 487-501.

Philippe Bernardet, « Danger et dangerosité dans les législations nationales de santé mentale et la jurisprudence des pays européens », *Cahiers Pollen*, Paris, fév. 2003, n°11, pp. 45-65.

Philippe Bernardet, « Les conditions du consentement au traitement de la personne souffrant de troubles mentaux », *CTNERHI* (numéro spécial Handicap), oct.-déc. 2004, n°104, pp. 35-54.

Bellamy V., Roelandt J. L., et Caria A., « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête *Santé mentale en population générale* », DREES, Etudes et Résultats, n°347, octobre 2004, disponible sur : www.sante.gouv.fr/htm/publication.

Philippe Bernardet, J. H. Stark, "Les pouvoirs des juges de l'urgence en matière d'internement psychiatrique d'office", avec J.H. Stark, *La Semaine juridique*, Paris, 2 fév. 2005, n°5, pp. 221-222.

ORSPERE, « les élus locaux et la santé mentale », *Rhizome*, n°24, octobre 2006.

Rapports

Hélène Strohl, IGAS, Martine Clément, Rapporteur général, Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, n°97081, septembre 1997.

Antoine Lazarus, Hélène Strohl, "Une souffrance qu'on ne peut plus cacher", Rapport remis à la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain et à la Délégation interministérielle au RMI, DIV-DSU, La documentation française, 1995.

Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, Rapport de mission " De la Psychiatrie vers la Santé Mentale", Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé, juillet 2001.

Philippe Cléry-Melin, Vivianne Kovess, Jean-Charles Pascal, "Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale", Rapport remis au Ministre de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, 15 septembre 2003.

Rapport sur les problèmes de sécurité liés au régime des hospitalisations sans consentement, Inspection Générale de l'Administration, Inspection Générale de la Police Nationale, Inspection de la Gendarmerie Nationale, mai 2004.

Maryvonne Briot, Rapport du fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la proposition de résolution (n° 1459) de Georges Hage, tendant à la création d'une commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements psychiatriques en France, 12 mai 2004.

« Recommandations pour la pratique clinique, modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux », Haute Autorité de Santé, avril 2005.

« Santé, justice et dangers, pour une meilleure prévention de la récidive », Rapport de la commission santé-justice, Ministère de la Justice, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, juillet 2005.

Textes réglementaires et débats parlementaires

Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, *Journal Officiel* n°150 du 30 juin 1990.

Circulaire DGS du 31 mai 2002 relative au rapport d'activité de la CDHP ; Conseil Economique et Social, « Prévention et soins des malades mentaux : bilan et perspectives », 24 juillet 1997.

DGS, rapports d'activité des CDHP, chiffres hors DOM-TOM, Circulaire CDHP 2000-2001.

Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *Journal Officiel* du 5 mars 2002, p. 4118 et suivantes.

Projet de loi relatif à la prévention de la délinquance, n° 433, déposé le 28 juin 2006.

Avis n° 477 déposé le 30 juin 2006 par M. Nicolas About, Commission des lois.

Projet de loi adopté par le Sénat, relatif à la prévention de la délinquance, n° 3338, déposé le 22 septembre 2006.

Projet de loi modifié par l'Assemblée nationale, relatif à la prévention de la délinquance, n° 102, déposé le 6 décembre 2006.

Projet de loi adopté avec modification, par le Sénat, en 2e lecture, relatif à la prévention de la délinquance, n° 3567, déposé le 11 janvier 2007.