



SANTÉ PSYCHIQUE ET HABITAT

1. Il est difficile d'évaluer l'état de santé mentale d'une population en l'absence d'une étude épidémiologique de la morbidité et d'un consensus sur des indicateurs indirects. Par ailleurs, et ce n'est pas une mince question, la santé mentale ne s'apprécie pas seulement en termes d'incidence et de prévalence de morbidité psychiatrique.

La consommation de substances psycho-actives, incluant l'alcool, le niveau d'agressivité et de violence dans les relations au quotidien, le sentiment de bien-être (ou de « mal-être »), la qualité des rapports au sein des institutions (entreprises, établissements d'enseignements, administrations, établissements de santé...), entre les professionnels entre eux et entre les professionnels et les usagers sont à la fois des facteurs importants de la santé mentale et des indicateurs. A titre d'exemple, le modèle « dominant-dominé » qui infiltre majoritairement tous les types de relations dans notre pays est un puissant facteur de mal-être mental ; il en est de même de la dégradation de relations intergénérationnelles.

Ce n'est sans doute pas par hasard si l'enquête européenne sur la dépression a mis en évidence un taux de symptômes dépressifs deux fois plus élevé en population générale en France que dans les pays voisins. On peut également s'interroger sur le fait que la France détient désormais le record du monde des décès par suicide chez les 65 ans et plus.

Si l'on s'en tient à la population malade, la connaissance de la population traitée à partir des statistiques d'activité des services de soins, des données de l'Assurance maladie (notamment l'effectif des exonérations du ticket modérateur pour affection mentale et de celui des invalidités), de l'effectif des bénéficiaires de l'AAH pour trouble mental contient de nombreux biais.

Le Grand Lyon semble dans le même cas que toutes les grandes métropoles européennes : la morbidité psychiatrique est plus élevée que dans les villes de moindre importance et dans les zones rurales.

Certaines données méritent d'être soulignées du fait de leur importance :

➤ La prévalence des troubles psychotiques est peu sensible à l'environnement. La grande enquête de l'OMS sur la schizophrénie a montré une prévalence et une incidence comparables dans tous les pays quels que soient leur régime politique et leur niveau de développement, permettant au passage d'écarter l'hypothèse d'une origine génétique. En revanche, les conditions de réinsertion sociale et même simplement de retour en famille sont très dépendantes du niveau socio-économique et de la solidité du milieu familial. Autrement dit, le soin des malades issus de milieux défavorisés est plus difficile et le recours à l'hospitalisation, de même que la durée de celle-ci, est plus importante que dans le cas de patients issus d'autres milieux.

➤ Les populations en précarité, du fait d'une instabilité du logement et des ressources, qui sont les sécurités fondamentales selon le Conseil Economique et Social, offrent une prévalence plus importante des troubles de la personnalité dont la constitution est, pour une large part, dépendante de la solidité des références parentales et de la capacité de contenance de la famille. Bien évidemment, il y a un effet boule de neige de génération en génération. Or, ces organisations pathologiques de la personnalité, qui peuvent se manifester aussi bien dans le domaine de la socialité, sous la forme d'échecs scolaires puis professionnels, d'actes délictueux, que dans le domaine de la psychiatrie, sous la forme de conduites addictives et/ou d'épisodes psychotiques, augmentent en fréquence. De plus leur prise en charge psychiatrique est malaisée du fait du déni fréquent des troubles et de la difficulté majeure à établir une relation stable et, de ce fait, à s'engager et se maintenir dans une relation de soins.

➤ Compte tenu de la concentration de populations en précarité dans certaines aires du Grand Lyon, on peut facilement établir la carte de la morbidité et, par suite des besoins en soins, notamment.

2. Le service public de psychiatrie est mis en œuvre par la sectorisation, conformément à la politique de santé mentale définie dès 1960 et inscrite dans la loi du 25 juillet 1985. Toutefois, la donne s'est considérablement modifiée.

➤ Les missions du secteur ont été augmentées, la réponse aux troubles mentaux a beaucoup évolué et le dispositif de prise en charge s'est adapté à l'accueil de nouvelles populations et de nouvelles formes cliniques. Dans le même temps, les moyens des secteurs ont très sensiblement diminué, d'abord relativement

par stagnation des effectifs en face de l'augmentation des tâches, ensuite et de plus en plus en valeur absolue par réduction budgétaire¹.

➤ La psychiatrie n'a plus les moyens d'assurer une prise en charge totale (« totalitaire » disaient certains) des patients, notamment psychotiques. Cette prise en charge était d'ailleurs un facteur important de la chronicité hospitalière. Elle est, de plus, tout à fait inadaptée aux formes pathologiques actuelles. Mais le service public de psychiatrie n'a plus les moyens d'assurer l'action sociale en direction des malades dont il a été le précurseur.

➤ Il y a donc nécessité d'introduire un tiers, en premier lieu les services sociaux, ce qui offre l'avantage de renforcer le mouvement de socialisation des malades en les intégrant dans les dispositifs de droit commun. Toutefois, malgré le travail de réflexion sur le partenariat², celui-ci reste difficile pour plusieurs raisons : les professionnels de la santé mentale n'ont pas toujours une représentation claire et pertinente des services sociaux et des dispositifs³. Les services sociaux n'ont pas toujours adapté leurs modalités d'accueil et de prise en charge aux spécificités de la population qui fréquente par ailleurs la psychiatrie.

➤ Le corps social est inévitablement conduit à prendre en compte le fait que la psychiatrie et le service public qui la met en œuvre ne constituent qu'une ressource parmi d'autres. A titre d'exemple, le recours au terme de « trouble du comportement » est actuellement très largement utilisé, en dehors de toute définition scientifique, pour justifier la médicalisation, plus précisément la psychiatrisation, de situations dont d'autres acteurs sociaux ne veulent pas connaître. Pour autant, il ne constitue pas une catégorie clinique appelant une réponse médicale définie. On ne pourra indéfiniment faire l'impasse de la recherche d'un dispositif de réponse adapté, sans doute pluridisciplinaire.

Le Grand Lyon n'échappe pas à cette évolution. Les dispositifs sociaux sont amenés à prendre en compte un nombre croissant de personnes souffrant soit de troubles mentaux « avérés » ou cliniquement exprimés, suivies ou non par le secteur psychiatrique, soit de troubles de la personnalité, se traduisant par des modalités relationnelles particulières, fortement susceptibles de mettre à mal psychologiquement les travailleurs sociaux.

¹ La préoccupation qu'un pays manifeste pour ses citoyens s'apprécie par les moyens qu'il consacre à la psychiatrie et au système pénitentiaire.

² Cf. le rapport du Groupe « Psychiatrie - Travail social » du PRAPS, Juin 2008.

³ A titre d'exemple, les équipes de psychiatrie ne sont pas encore vraiment appropriées les perspectives nouvelles offertes par la loi de 2005 sur le handicap

➤ Dans le premier cas, les personnes relèvent de soins, ce qui ne veut pas dire qu'elles s'y engagent et s'y maintiennent ni qu'elles aient la capacité à recevoir des soins ou encore qu'il y ait une ressource disponible pour délivrer ces soins.

➤ Dans le second cas, l'orientation vers un soin, qui reste d'ailleurs à définir, exige un temps souvent loin de préparation, de « pré-soin ». Celui-ci implique une adaptation des modalités de réponse du service social et un partenariat véritable avec le secteur psychiatrique.

➤ Dans tous les cas de figure, les besoins en termes sociaux, notamment de logement sont à analyser avec les outils propres au service social.

3. Bon nombre de personnes souffrant de troubles mentaux ont une autonomie réduite du fait de l'altération, de la perte ou, plus souvent, de l'absence d'acquisition des habiletés sociales indispensables, notamment pour vivre seules et/ou dans un logement personnel.

➤ Le besoin est évident en logements protégés et aménagés. L'offre est très réduite avec l'évolution des grands organismes de foyers tels ADOMA vers une formule de résidence sociale à l'encadrement réduit.

➤ Ce constat amène à souligner plusieurs points, qui peuvent être considérés comme des conditions :

- ✓ Une définition des différentes formules possibles, en sus de celles qui existent actuellement mais ne sont pas nécessairement adaptées,
- ✓ Une démarche et des instruments d'évaluation des habiletés sociales des patients dans ce domaine particulier du logement, à savoir l'espace privatif, souvent au sein d'un espace collectif, que le patient aura à investir,
- ✓ La mise au point de modalités thérapeutiques, mais pas seulement, visant à amorcer, développer et entretenir cette dynamique,
- ✓ Une collaboration spécifique dédiée à cette action qui ne se conçoit que dans la durée : avant, pendant et après l'installation dans le logement.

4. Les quatre conditions qui viennent d'être évoquées ne sont viables que si elles s'inscrivent dans un partenariat pluridisciplinaire et pluri-institutionnel authentique⁴.

➤ Créer un parc de logements ouverts ou réservés aux personnes offrant un handicap psychique (au sens de la réduction durable et significative de leurs capacités du fait de la maladie mentale) est une initiative nécessaire. elle n'est pas suffisante pour que des sujets répondant à ce critère puissent en bénéficier.

➤ Mobiliser des ressources pour y installer et soutenir les personnes relevant de ces formules de logements, le plus souvent collectifs, est nécessaire mais n'est pas suffisant.

Il y a lieu, et c'est indispensable de mon point de vue, d'engager une réflexion qui prenne en compte tous les aspects de la question depuis la clinique et la psychopathologie jusqu'à l'inventaire des ressources et des savoir-faire dans l'éventail le plus large. En d'autres termes, la question déborde très largement celle de la disponibilité d'un logement et de la stabilisation d'un malade à la recherche d'un toit (ou pour lequel «on » recherche un toit, ce qui n'est pas tout à fait la même chose).

Cela implique la mise en commun, pour en faire le point de départ de la réflexion et de la construction du partenariat, des représentations, des démarches, des méthodes et des outils de tous les acteurs concernés par la question et prêts à s'engager.

Lyon, le 27 novembre 2008

Docteur J.-P. VIGNAT

⁴ C'est-à-dire répondant aux conditions du partenariat.