

Bulletin national santé mentale et précarité

**Santé mentale et santé publique :
distance et proximité de disciplines
connexes**

édito

Christian Laval



"Végétales" détail

Alors que les définitions de la santé publique ont varié selon les écoles et les époques, on peut toutefois distinguer deux grandes perspectives.

Dans la première, les prescriptions de santé publique sont définies a priori par des données épidémiologiques et mises en œuvre par des politiques publiques populationnelles qui tentent d'évaluer leur impact en termes de diminution de prévalence et d'incidence des pathologies.

Une seconde option, plus réflexive, tente de comprendre ce que fait faire cette visée de santé publique aux praticiens de la relation de cure ou care qui, soit négligent ces savoirs, soit s'en accommodent ou se revendiquent (au moins pour partie) de cette rationalité statistique et épidémiologique pour argumenter et agir. Nous avons fait le choix ici de privilégier cette seconde perspective. Comment des données de santé publique peuvent-elles être des ressources ou parfois des obstacles dans la rencontre singulière ? Que font-elles faire aux intervenants et particulièrement à ceux qui sont confrontés aux troubles psychiques en lien avec une situation de précarité sociale ? Et plus largement, quels sont les liens entretenus entre santé mentale et santé publique ?

Face à ces questionnements, les professionnels de l'accompagnement et du soin, et plus particulièrement ceux qui exercent dans le cadre de la psychiatrie publique, sont parfois sur la défensive. Pour mieux comprendre leur ambivalence vis-à-vis d'une approche de santé publique, un retour sur la genèse de la psychiatrie de secteur est ici nécessaire. Née dans l'après seconde guerre mondiale, critique de l'hygiène mentale et luttant contre une système d'administration asilaire, le modèle du secteur nourrit une forme de méfiance récurrente vis-à-vis « des tentatives de clarifier les besoins de santé mentale », de la population générale ou de certains groupes-cibles. Nicolas Henckes nous rappelle que le projet communautaire des pionniers, alors qu'il a réussi à ouvrir les portes de l'asile, est ensuite passé aux oubliettes. Marx ayant laissé le champ libre à Freud, au fil des années est resté un seul fondement au fronton du secteur : celui d'une pratique clinique ciblée sur un individu sans extériorité sociale comme si l'Histoire collective ne comptait plus.

(suite page suivante)

DOSSIER

Hommage à Claude Louzoun <i>Jean-Pierre Martin</i>	p. 2	Crise économique et risque suicidaire <i>Michel Debout</i>	p. 10
Psychiatrie de secteur et santé publique : une relation ambivalente <i>Nicolas Henckes</i>	p. 3	L'autisme, l'État, la société <i>Grégoire Billon</i>	p. 11 et 14
A votre santé ! Contribution d'un clinicien <i>Nicolas Velut</i>	p. 4	La mesure de la qualité de vie en psychiatrie et santé mentale : historique et perspectives <i>Laurent Boyer</i>	p. 12
Psychiatrie et santé publique : du sujet au groupe, le département d'information médicale au service des équipes de psychiatrie <i>Claude Marescaux, Morgane Héchingier Fabien Joubert</i>	p. 5-7	Psychose et migration : entre clinique, épidémiologie et politique <i>Édouard Leune, Halima Zeroug-Vial</i>	p. 13-14
Des inégalités d'accès aux soins aux discriminations en santé <i>Marguerite Cognet</i>	p. 8-9	ACTUALITÉS	p. 16

Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable
sur le Web :
www.orspere.fr

édito (suite)

Pour autant, le discours un temps tenu, sur la fin de l'Histoire s'est révélé une illusion. A la fin du 20^{ème} siècle, une crise économique dont nous mesurons encore avec peine les conséquences sur la santé mentale collective (suicides en lien avec le travail, vies précaires...) s'est installée durablement. Puis dans la foulée, le processus non maîtrisé de mondialisation a jeté des populations migrantes aux portes des pays à haute consommation de biens matériels -dont la France- avec des effets sur les subjectivités qui là aussi sont patents bien qu'encore trop peu mesurés. Au fil des années, Rhizome a mis la focale sur ces nouvelles problématiques sociales et sur les troubles de la subjectivité qu'elles occasionnent, que ce soit sur les thèmes du travail, de la précarité et plus récemment de la migration. Le constat était précurseur. La méthode certes élargie à la dimension « psycho sociale » demeurait clinique. Il se trouve que certaines corrélations objectivées statistiquement entre des troubles et des conditions de vie dégradées confortent cette perspective en l'inscrivant dans un corpus de données épidémiologiques. Ces données probantes fournissent aux praticiens une possibilité d'analyse en termes d'*inégalités de santé* ou même d'*inégalités d'accès aux soins* dont certaines s'expliquent par le comportement des soignants eux-mêmes, alors qu'ils pensent « faire au mieux » pour leur patient, comme le note Marguerite Cognet. Qui plus est, l'analyse de ces données déplace la question de la résolution des *déterminants* de santé dans des champs connexes au milieu soignant (logement, capitaux culturels, travail, genre). Dans ce contexte, la confrontation des données issues de la clinique et de la santé

publique est parfois rude, d'autant plus lorsque des controverses redistribuent les alliances. Cela a été le cas de l'autisme devenu selon les termes même de Grégoire Billon « une chose publique » suite à un « mouvement de société » (dont les usagers ont été le fer de lance), réinterrogeant tout azimut la pertinence du diagnostic, des traitements et in fine de la place faite par la communauté à ce groupe vulnérable. Pouvant aider à mieux discerner les enjeux sous-jacents à de telles controverses, l'approche par trajectoire (de maladie, thérapeutique ou de vie), citée plusieurs fois dans ce Rhizome, semble être une méthode de recherche féconde au carrefour de la clinique singulière et des méthodologies spécifiques à la santé publique.

Osons une synthèse toute provisoire : après être sorti de l'asile, la question de savoir *-au moins momentanément-* sortir de la « personne » se pose aux praticiens du soin psychique. Le savoir issu des « grands nombres » est certes parcellaire, potentiellement porteur d'un risque « normatif » dans son usage biopolitique. Il est soumis à une rationalité de la preuve scientifique et non à l'épreuve de la rencontre. Mais, en explicitant des corrélations multiples entre l'apparition de troubles et divers contextes de vie, il pose la notion de *qualité de vie* telle qu'elle est perçue par les personnes en souffrance vulnérabilisées par différentes conjonctures comme un enjeu de recherche à la fois clinique et de santé publique majeur pour demain.

A votre santé ! Public ! Et bonne lecture...

Hommage à Claude Louzoun

Jean-Pierre Martin, psychiatre, Paris

Claude, notre ami et camarade, est décédé dans la matinée du 8 février. Ce décès survient alors que nous pensions lancer un débat sur la création d'une université critique de psychiatrie, prolongement de plus de 30 ans d'histoire commune.

Celle-ci s'est construite dans les années post-soixante-huit dans l'utopie concrète du mouvement désaliéniste et dans l'engagement au soutien du mouvement de désinstitutionnalisation italien, en particulier avec la création du Cheval Bleu, en référence à Trieste et à la fermeture des asiles, puis dans la création de l'association Accueil avec Ginette Amado, le programme Horizon européen d'insertion des patients dans l'économie solidaire et dans la création du CEDEP en 1989. Cette histoire a été celle de l'Union Syndicale de la Psychiatrie, des suites congrès du discours de Jacques Ralite en 1981 à Sotteville-les-Rouen et du rapport Demay de 1982.

Claude et son équipe du secteur de psychiatrie infanto-juvénile du nord des Hauts-de-Seine, étaient intervenus au premier séminaire de l'Orspere à l'Arbresle pour présenter leurs pratiques sur le territoire en lien étroit avec les intervenants du social, de l'Éducation Nationale, de la Justice et des associations culturelles.

Avec Claude ce qui nous a réunis s'est traduit par la création des collectifs « des 39 », de « non à la Politique de la Peur » et de « mais c'est un Homme » dans un contexte de résistances à la dégradation de la psychiatrie publique de secteur et singulièrement de la marginalisation de la psychothérapie institutionnelle, du retour au tout sécuritaire de ces dernières années.

La conjonction de réflexions et d'actions sont un des héritages de Claude, dont la collection Erasme aux éditions ERES témoigne, dont l'enjeu est bien politique et de défense d'une pensée critique. Il nous stimule à créer de nouvelles pratiques humaines dans une société où les valeurs sont en crise.

Psychiatrie de secteur et santé publique : une relation ambivalente

Nicolas Henckes,
chargé de recherche
CNRS, Centre de
Recherche Médecine,
Sciences, Santé, Santé
mentale et Société

La psychiatrie de secteur a entretenu, depuis ses origines dans le mouvement réformateur du lendemain de la Seconde Guerre mondiale, une relation complexe et ambivalente à la santé publique, entendue à la fois comme discipline médicale et institution politique. Les figures de ce mouvement se distinguaient certes par une vision politique de leur discipline : la psychiatrie, pour eux, avait nécessairement une mission de service publique à accomplir.

À contre-courant du reste de la médecine, ils se faisaient les champions d'une pratique organisée, fondée sur la coordination de l'ensemble des intervenants locaux, laquelle devait être assurée par une administration centralisée et animée par des hospitaliers à plein temps. Ces derniers, enfin, devaient également à leurs yeux remplir une fonction de consultants auprès des pouvoirs publics. Mais les psychiatres réformateurs défendaient dans le même temps un exercice de la psychiatrie fondé sur la clinique voire, pour utiliser un terme qui s'imposa à partir des années 1960, sur la relation interpersonnelle, et ils se méfiaient des tentatives de quantifier des besoins de santé mentale. En conséquence le psychiatre de secteur apparaissait comme une figure hybride et inclassable. C'est peut-être Philippe Paumelle, fondateur de ce qui allait devenir rapidement la vitrine de la psychiatrie de secteur, l'Association de Santé Mentale et de Lutte contre l'Alcoolisme dans le Treizième arrondissement de Paris, qui en fit le portrait le plus vivant dans une présentation de son projet au Congrès de psychiatrie de 1959. Paumelle caractérisait le psychiatre de secteur avant tout comme un praticien en mouvement, inséré dans les populations, animateur d'une équipe technique et administrateur d'équipements dont il avait initié la création.

« Ni en dessus comme le planificateur, ni en dehors, comme le médecin des hôpitaux, ni immobile comme le spécialiste de clientèle, il se trouve en recherche permanente de communication avec la population comme son malade sur le même plan que celui-ci »¹. S'il fallait caractériser ce projet en deux mots, c'était en somme une psychiatrie dans la communauté bien davantage que de la communauté qu'il s'agissait de développer. Ces perspectives s'expliquaient de toute évidence par une série d'éléments structurels. Pour partie elles reflétaient le statut des psychiatres médecins chefs d'hôpitaux psychiatriques à l'origine du mouvement réformateur, à la fois cliniciens et administrateurs, à la fois fonctionnaires et médecins, situation unique et marginale dans la médecine française. Plus que ce statut hybride, cependant, c'était l'obligation qui leur était faite de se consacrer à plein temps, dans leur institution, à des populations sous le régime de la loi de 1838 dont ils ne contrôlaient pas l'admission qui leur paraissait une limite à l'accomplissement de leur vocation. Dans un parallèle audacieux, ils soulignaient que le psychiatre était aussi isolé à l'asile que son patient. Le secteur devait ainsi leur permettre, autant qu'à leurs patients, de sortir de l'institution et de retrouver un contact plus fécond avec la société. Enfin, le refus de définir a priori des besoins de santé mentale objectifs reflétait une défiance à l'égard de toute entreprise de normalisation chez des psychiatres profondément marqués par l'humanisme qui dominait la vie intellectuelle française des années 1950 et 1960. La psychiatrie de secteur empruntait cependant aussi son inspiration à d'autres courants de la pensée médicale. L'idée de coordination sanitaire avait ainsi été forgée au sein du mouvement d'hygiène sociale dans la première moitié du siècle pour répondre au défi de la tuberculose. Maladie sociale, celle-ci ne touchait pas seulement des individus mais

également un milieu qu'il fallait prendre en charge de façon globale. Dans l'entre-deux-guerres, les hygiénistes sociaux avaient ajouté à ces perspectives une approche psychologique des comportements de maladie qui empruntaient à la psychiatrie. Les succès obtenus par les psychiatres réformateurs après 1945 tenaient pour beaucoup à ce qu'ils étaient en phase avec ce qui, pour quelques années, était ainsi un courant particulièrement dynamique au sein des élites administratives et médicales du pays, avec des personnalités comme Eugène Aujaleu, directeur de la Santé au ministère, Robert Debré, sans doute le mandarin médical le plus influent de l'après guerre, ou Jacques Parisot, professeur à Nancy et représentant de la France à l'OMS. Il ne fait aucun doute que la vision originale portée par la psychiatrie de secteur s'est révélée particulièrement féconde, à partir des années 1960, là où elle reçut les moyens de ses ambitions. Les enquêtes menées dans le treizième arrondissement ou à Lyon sur la psychopathologie des grands ensembles sont quelques exemples des résultats auxquels cet engagement pouvait aboutir. Mais on peut également penser que son caractère hybride a joué contre elle lorsque, à la fin des années 1960, la banalisation du statut des hôpitaux psychiatriques et de leurs médecins dans la médecine autant que la perte d'influence de l'hygiène sociale, en eurent affaibli les fondements, conduisant certainement à perdre de vue la dimension communautaire des pratiques. Paradoxalement, au moment même où, dans la deuxième partie des années 1970, la psychiatrie de secteur prenait réellement son essor, on peut penser qu'elle l'a fait au prix de la perte d'un certain idéal politique au cœur des ambitions de ses pionniers. ■

¹ Philippe Paumelle, 1959, "Réflexions à propos de la création d'un service psychiatrique de secteur", in Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. 57^e Session, Tours, 8-13 juin 1959. Comptes rendus, dirigé par Paul Cossa, Paris, Masson, pp. 681-7

“À votre santé !” Contribution d’un clinicien”

Nicolas Velut,
Psychiatre, Toulouse

L’objet de la Santé Publique, en tant que science produisant un savoir sur les pratiques médicales adéquates, les “bonnes pratiques,” est de nous aider dans nos choix et décisions en matière de promotion, de prévention et de mise en œuvre de la santé. Si la santé publique nous sert de repère et de cadre pour notre pratique quotidienne, elle ne dit rien à mon sens de notre façon de soigner les gens.

Ce discours fondé sur la statistique, et qui sous-tend la politique de santé ne peut en effet rendre compte de l’intime de nos actes, dans cette relation si singulière qui nous lie au patient en souffrance, ni de ce que le symptôme, celui du patient et celui du clinicien, véhicule de singulier et qui échappe à la norme. Peut-être devrions-nous être plus humbles. Qui soigne-t-on et que soigne-t-on à coup de « bonnes pratiques » ? Sont-elles dictées par le discours commun et consensuel, celui qui dit quoi faire en toutes circonstances ou bien notre bonne conscience (« au moins, j’aurai fait ce qu’il faut») voire notre morale (« au moins je l’aurai prévenu ! ») ? En tout cas, nous risquons fort d’oublier l’autre, le soi-disant objet de nos soins les plus diligents qui risque de disparaître comme faire valoir, de passer à travers les mailles de nos bonnes pratiques et de

notre bonne conscience. Est-ce que s’attacher à ce discours de la norme et de la statistique sans tenter d’entendre ce que l’autre a à nous dire ne risque pas de réduire ce « tout le monde » à un « n’importe qui » ? Le risque est de rendre ainsi le sujet interchangeable, le transformant en consommateur de santé, sensé se satisfaire de l’objet-produit de la science-technique érigée en absolu, détenteur de la vérité sur notre bien-être, et réduisant par là même le quidam au silence ?

C’est ainsi que Tony, jeune homme d’une trentaine d’années, inquiétait les équipes de rue par ses alcoolisations massives, répétées et quotidiennes, le conduisant régulièrement aux urgences car son corps mettait une butée à ses excès, et son pancréas demandait grâce, au bord de la rupture... Il vivait à la rue comme un adolescent attardé et tapageur. J’ai reçu Tony un matin de bonne heure, à jeun et déprimé. Il demandait qu’on le sorte de là, disait qu’il n’en pouvait plus. Aussi avons-nous évoqué ensemble le projet d’une hospitalisation pour un sevrage, la mise en place d’un traitement antidépresseur et une évaluation sociale... le tout « clef en main ». Du beau travail qu’il semblait apprécier à sa juste valeur. Nous convenons donc de nous revoir quelques jours plus tard pour avancer le projet. J’imagine commencer à lui prescrire un produit qui pourrait le soulager de cette douleur qu’il traîne avec lui. En matière de produit, c’est Tony qui aura eu le dernier mot. Lors du rendez-vous auquel il est venu, à l’heure et à jeun, et le sourire aux lèvres, il a posé sur le bureau un pack de bières tout juste acheté, en me demandant si je voyais un inconvénient à ce que ce soit là sa consommation matinale ! Je terminais donc cet entretien, lui laissant bien sûr la porte ouverte sur une demande qu’il pourrait un jour formuler (bla-bla...), et de façon un peu dérisoire et vengeresse, je lui lançais un « à votre santé » lourd de sens parce que justement, je n’en donnais pas lourd de sa

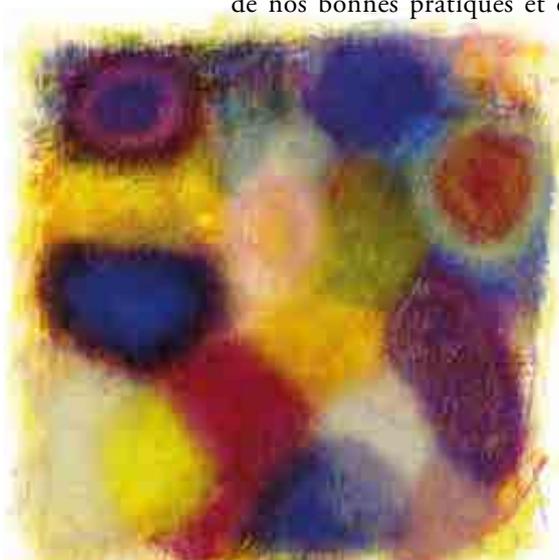
santé !

Il y a certes dans l’attitude de Tony quelque chose de l’ordre de la jouissance, et certainement un peu de perversité à venir se repaître de ma surprise et de ma supposée déception face à sa provocation, mais je pense que ça n’est pas uniquement pour se “payer ma tête” qu’il est venu ce jour-là. Je vois dans cette attitude en effet au moins deux autres raisons, qui chacune ont déjà à voir avec l’établissement d’un lien transférentiel :

- la première visant « l’institution » à travers moi, en ce qu’elle peut produire de discours normatif. Il vient lui signifier qu’il « n’avalera pas » ce qu’elle veut lui donner, qu’il n’occupera pas la place qu’elle a prévu pour lui et qu’il n’a pas l’intention de se taire et de se laisser réduire au silence en se devant de son objet.
- la deuxième raison que je vois rétrospectivement à sa venue, c’est qu’il lui a semblé important d’aller au bout de cette démarche, comme la reconnaissance du désir des équipes à son endroit et le maintien d’un lien avec elles.

Il est aujourd’hui sorti de la rue et vit dans un lieu alternatif d’habitat à très bas seuil, où il a réduit par lui-même et sans recours à aucun soin médico-psychiatrique sa consommation d’alcool.

Qu’est ce que la santé pour Tony en tant que politique de prévention, de promotion, d’accès aux soins, bref, en tant que discours social, de discours de l’autre ? Manifestement pas quelque chose qu’il peut s’approprier. Il en reste l’objet passif, objet du discours institutionnel qu’il ne peut que vivre de façon persécutive. Que peut nous dire la statistique et la norme sociale du bien être de quelqu’un ? Qu’est ce qu’un clochard pris dans la spirale autodestructrice de la désinhibition pulsionnelle a à faire de la prévention ? Où se trouve le savoir ? Du côté de nos certitudes ou bien de cet homme qui vient nous dire qu’il boira sa vie jusqu’à la dernière goutte, et qui nous dit aussi ce qu’il en pense, au passage. ■



“Avril”

Psychiatrie et santé publique : du sujet au groupe, le département d'information médicale au service des équipes de psychiatrie

Claude Marescaux,
*Médecin responsable,
DIM, CH Le Vinatier,*

Morgane Héchinger
*géographe de la santé et
statisticienne, DIM,
CH Le Vinatier,*

Fabien Joubert
*interne en santé
publique, DIM,
CH Le Vinatier*

La psychiatrie est une discipline médicale qui s'adresse à un individu malade. C'est la relation entre un soignant (médecin ou tout autre professionnel de la psychiatrie) et le sujet souffrant qui est au cœur de la prise en charge. Le sujet est singulier et son histoire est unique.

La santé publique s'intéresse à la santé d'une population. L'individu est caractérisé par son appartenance à un groupe, une population, ayant les mêmes caractéristiques que lui. Le champ d'intervention de la santé publique est multiple : on y traite de « prévention » avec ses modes d'intervention que sont la promotion de la santé et l'éducation à la santé. On y parle de « système de santé » qui fait référence à notre organisation sanitaire, sociale et médico-sociale et à son pilotage. On y parle « d'économie de la santé », qui traite des liens entre l'amélioration de notre santé et les moyens financiers que l'on y consacre. Et puis, on y parle « d'épidémiologie » qui mesure la fréquence d'un phénomène de santé ou d'une pathologie et sa répartition dans le temps et dans l'espace. L'épidémiologie utilise des outils spécifiques comme la statistique et la modélisation. L'épidémiologie a besoin de disposer de « données » pour appliquer ses méthodes. Parfois, ces données ne sont pas disponibles et il est nécessaire de procéder à une enquête « ad hoc ». Ou alors, ces données existent dans le cadre d'un recueil systématique, comme, par exemple, les bases de données médico-économiques des établissements de santé, produites dans le cadre du « programme de médicalisation des systèmes d'information » (PMSI) ou du « recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIMP). Enfin, la santé publique



1 Les méthodes d'observation en santé mentale, ORS Rhône-Alpes, février 2009

2 La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.

3 Plan Psychiatrie et santé mentale, 2005-2008. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

4 Assemblée nationale : rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie

et l'épidémiologie s'intéressent aux « déterminants de la santé » (et de la maladie), c'est-à-dire à tous les facteurs susceptibles d'avoir un effet négatif ou positif sur la santé d'une population. Parmi ces déterminants, on peut citer la précarité sociale (revenus insuffisants pour assurer la vie quotidienne), la qualité du logement, le mode de vie (isolement ou pas), le niveau d'études, les difficultés liées à l'emploi et à l'exercice professionnel, la qualité de l'air, etc.

De la santé publique à la santé mentale

L'Observatoire régional de santé Rhône-Alpes a publié, en février 2009, un fascicule intitulé « les méthodes d'intervention en santé mentale¹ ». Dans ce fascicule, une définition du champ de la santé mentale est proposée. On y fait référence, bien sûr à la définition de l'OMS² mais aussi à la définition donnée dans le plan psychiatrie et santé mentale³ de 2005-2008 qui distingue la santé mentale positive (bien-être, épanouissement), la détresse psychologique (difficultés à vivre les situations quotidiennes éprouvantes) et les troubles psychiatriques qui peuvent conduire au handicap psychique. Concernant la fréquence des

troubles psychiatriques, on estime, par exemple, qu'une personne sur quatre est susceptible de développer, au cours de sa vie, un trouble en santé mentale. Un pour cent (1%) de la population française serait atteinte de schizophrénie⁴.

Le département d'information médicale au service des psychiatres et des partenaires de la psychiatrie

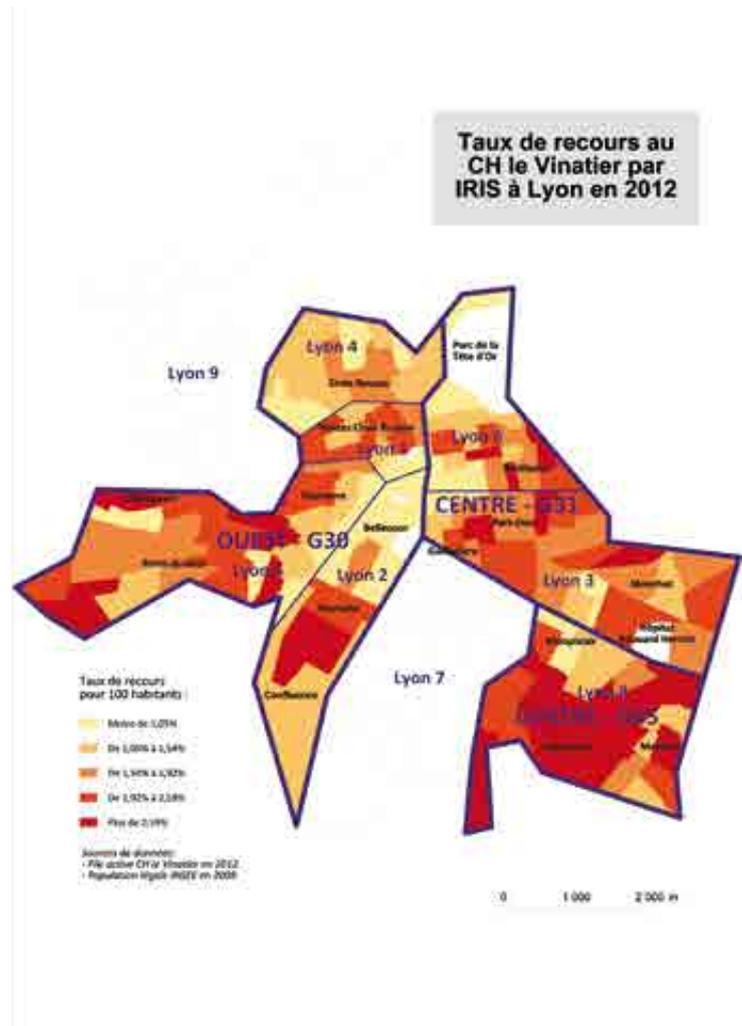
Dans chaque établissement de santé, le département d'information médicale (DIM), est un service placé sous la responsabilité d'un médecin, le plus souvent formé aux outils de la santé publique. Les DIM ont pour mission de collecter, exploiter et conserver les informations médico-administratives du RIMP. Ces informations décrivent, pour chaque patient, ses caractéristiques socio-démographiques, ses modalités de prise en charge (soins libres ou contraints, soins délivrés en intra ou en extrahospitalier), son degré d'autonomie et ses troubles psychiatriques, décrits par la classification internationale des maladies (CIM10). Ces données conservées par le DIM, sous forme de base de données, permettent, notamment, de décrire l'activité de l'établissement. Exportées

Psychiatrie et santé publique : du sujet au groupe le département d'information médicale au service des équipes de psychiatrie (suite de la page 5)

dans une version anonymisée, ces données alimentent des bases de données régionales et nationales, qui permettront, à nos gestionnaires du système de santé de connaître la fréquence des troubles psychiatriques pris en charge en établissement de santé, point de départ indispensable pour la mise en œuvre d'une politique de santé mentale.

Au-delà de la simple description de la prise en charge des patients, le DIM met ses moyens et ses outils au service de l'établissement et de ses psychiatres. L'hôpital psychiatrique prend en charge une population dans le cadre du secteur de psychiatrie. La mission du secteur est de donner à chaque individu de son territoire la même chance d'accéder à des soins de qualité, correspondant à ses besoins de prévention, de soin, d'insertion et de réhabilitation sociale.

Utilisant des techniques statistiques et les données dont il dispose, le DIM va mettre en lien les caractéristiques des patients et la population à laquelle ils appartiennent. La problématique est celle-ci : comment repérer, dans la population desservie par nos secteurs, des facteurs de fragilité sociale afin d'adapter l'offre de soins à ces populations fragiles, par exemple, en renforçant les moyens des professionnels de ce secteur. Il est question ici de données statistiques, avec des indicateurs plutôt quantitatifs que qualitatifs. L'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), publie sur son site un grand nombre d'informations issues notamment du recensement, qui permettent de caractériser la population des communes selon la répartition par âge et par sexe, le taux de chômage, ou encore le taux de familles monoparentales. Ces données sont également disponibles à l'échelon infra-communal. Il est ainsi possible



de décrire les caractéristiques de différents quartiers d'un même arrondissement de Lyon, très hétérogènes socialement. Le DIM tient ces données à la disposition des équipes de psychiatrie mais aussi à celle d'autres partenaires, comme les observatoires de santé des grandes villes de notre territoire, Lyon et Villeurbanne. Dans le cadre de cette collaboration, nous avons calculé un taux de recours au Vinatier pour chaque quartier, soit le pourcentage de la population de chaque quartier ayant bénéficié d'une prise en charge au Vinatier en 2012. La représentation cartographique de ces taux de recours est donnée ci-dessus.

Il est évident, à la lecture de cette carte, que le taux de recours au Vinatier est plus élevé dans le quartier des États-Unis et dans celui de Mermoz que dans le

quartier de Monplaisir. Pour autant, un taux de recours au Vinatier plus élevé dans un quartier que dans un autre ne veut pas dire que les habitants de ce quartier ont une fréquence accrue de troubles psychiatriques mais peut-être que le service public de psychiatrie est leur seul recours ou qu'ils ont besoin de plus d'accompagnement dans une situation difficile à vivre au quotidien.

Parmi les outils conçus dans le cadre des politiques de la ville, le DIM s'intéresse également aux quartiers dits « prioritaires » et notamment aux quartiers en zone urbaine sensible (ZUS)⁵. Pour la recomposition des secteurs du Vinatier, en 2012, le DIM a fourni, aux responsables des secteurs et de pôles, un ensemble de données socio-démographiques, pour

5. Avec la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine promulguée en février 2014, une réforme d'ensemble va remplacer la configuration actuelle des zones urbaines sensibles par une nouvelle géographie de « quartiers prioritaires » dès 2015. <http://www.ville.gouv.fr/?tout-sur-la-reforme-de-la>

chaque commune, dont la part de la population résidant en zone urbaine sensible. À Vaulx-en-Velin, par exemple, 67% de la population réside en ZUS et ce taux est de 60% à Rillieux. La carte ci-après est une représentation du territoire desservi par le Vinatier avec le taux de recours au Vinatier pour 10 000 habitants d'une commune et la part de la population communale résidant en ZUS.

En première approximation, on voit graphiquement que les communes qui ont des taux de recours à l'hôpital élevés (vert foncé) sont aussi les communes où la part de la population communale habitant en ZUS est importante (rond rouge) : les deux indicateurs semblent être corrélés.

Plus précisément, lors d'un travail réalisé en 2009 par Marguerite Prévot, alors interne de santé publique, nous avons mis en évidence une corrélation statistique entre la part de la population d'une commune résidant en ZUS et la part des journées d'hospitalisation d'office au Vinatier. Ce constat était difficile à interpréter et même si nous pouvions en faire l'hypothèse, nous ne pouvions pas affirmer que vivre en ZUS était un facteur prédisposant

à l'hospitalisation d'office. De nombreux travaux et rapports ont été publiés à ce sujet, notamment par l'Orspere-Onsmp et la délégation interministérielle à la ville en 2008⁶. Le rapport annuel de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles dont le dernier a été publié en 2013⁷, note que, parmi les jeunes âgés de 18 à 29 ans qui ont été scolarisés en France, le taux d'illettrisme est quatre fois plus élevé en ZUS qu'ailleurs, d'où peut-être un risque potentiel de violence⁸.

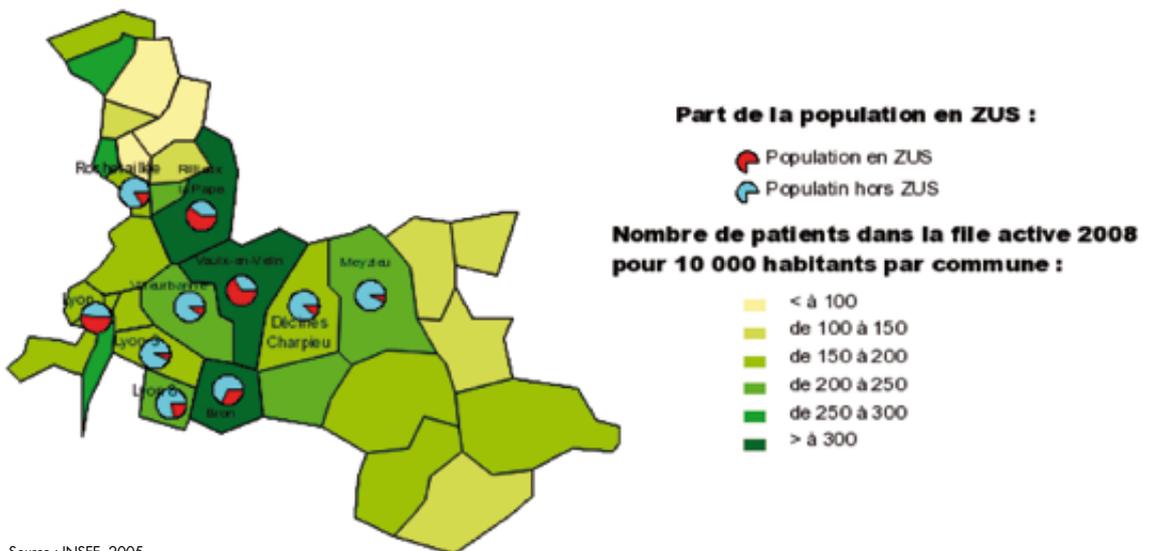
Pour aller plus loin dans notre démarche, nous avons repris cette étude en recherchant, à partir de l'adresse de chaque patient, si celui-ci réside en ZUS ou non. Notre étude s'intéresse à l'hospitalisation des patients, non à leur prise en charge globale, au sein de notre établissement. (75 % des patients ne sont vus qu'en extrahospitalier, une année donnée). En confrontant, pour chaque patient, son recours à l'hospitalisation et son domicile en ZUS ou non, nous constatons que les personnes résidant en ZUS ont 1 fois et demi plus de risque d'être hospitalisées que celles ne résidant pas en ZUS et que ces hospitalisations le sont plus fréquemment en SPDRE (soins psychiatriques sur décision du représentant

de l'État, anciennement Hospitalisation d'Office, HO). Encore une fois, ces résultats ne sont qu'un constat. Cependant, il semble bien, d'après les études réalisées par l'Observatoire national des zones urbaines ou par les communes ayant sollicité, auprès de l'ORS, un diagnostic santé local⁹, que les résidents de ces quartiers « prioritaires » que sont les ZUS souffrent de leurs conditions socio-économiques difficiles et que cette souffrance entraîne un mal-être, une détresse, voire une décompensation de troubles psychiatriques.

Conclusion

Dans un établissement de santé exerçant la psychiatrie, le DIM peut mettre ses outils et ses compétences au service des équipes de psychiatrie et de leurs partenaires institutionnels, par exemple en mettant en évidence des disparités dans le recours aux soins hospitaliers d'une population au regard de ses caractéristiques sociales. Ces informations permettent une prise de décision pour les projets de soin et donnent aux soignants un autre éclairage de leur pratique centrée sur la prise en charge d'un patient et de son histoire singulière. ■

File active 2008 et présence de Zones Urbaines Sensibles sur le territoire du Vinatier



Source : INSEE, 2005

6 ONSMP et Délégation interministérielle à la ville – rapport d'une recherche action, sur rôle et responsabilité des maires en santé mentale à partir des troubles du voisinage pouvant conduire à une hospitalisation d'office

7 Observatoire national des zones urbaines sensibles, ONZUS, Rapport d'activité 2013

8 Alain Bentolila, Le verbe contre la barbarie : apprendre à nos enfants à vivre ensemble, Odile Jacob, Paris, 2008

9 Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes, Diagnostics locaux de santé : Décines 2013, Rillieux la pape 2010, Lyon quartier Mermoz 2008 et Vaulx en Velin 2006

Des inégalités d'accès aux soins aux discriminations en santé

Marguerite Cognet,
sociologue, Laboratoire
URMIS, Université Paris
Diderot

Dans les années 1990, des rapports soulignent les difficultés d'accès aux soins rencontrées par les personnes pauvres¹. Étendre l'assurance maladie à l'ensemble de la population devient alors une priorité inscrite dans la loi de lutte contre l'exclusion et la pauvreté du 29 juillet 1998. Le 27 juillet 1999 une loi proclame l'universalité de la couverture maladie et institue trois prestations pour les plus démunis : la CMU de base², la CMU complémentaire (CMU-C) et l'aide médicale d'État (AME)³. Depuis, toutes les personnes résidant en France depuis trois mois et plus, qu'elles soient Françaises ou étrangères, en situation régulière ou non, avec ou sans travail, sont censées accéder aux soins. Toutefois, la possibilité d'accès en droit aux soins suffit-elle pour que les personnes soient réellement accueillies dans les structures de santé et reçoivent une qualité de soins égale à tout un chacun ?

Convenons de distinguer trois niveaux d'accès aux soins : l'accès théorique, l'accès réel et l'accès secondaire⁴. Si l'accès théorique renvoie principalement aux droits, aux dispositions juridiques au moyen desquelles les personnes peuvent légitimement prétendre aux soins comme le prévoit, par exemple, la loi portant création de la CMU, l'accès réel désigne lui plus spécifiquement l'accès pratique aux services de santé et aux médecins. Ce niveau d'accès questionne, pour sa part, l'accessibilité géographique ou les modalités concrètes d'accueil des bénéficiaires de la CMU ou de

l'AME, population la plus précaire parmi laquelle les migrants sont surreprésentés. L'accès secondaire, enfin, renvoie plus spécifiquement à la reconnaissance des problèmes de santé et la qualité optimum de leur prise en charge par les professionnels des services.

Si nous pouvons convenir que les études sont encore trop peu nombreuses en France, plusieurs travaux empiriques attestent d'inégalités d'accès aux soins⁵ et ont d'ores et déjà montré l'existence de discriminations. Si la loi permet effectivement en théorie l'accès aux soins même aux plus vulnérables via l'obtention de la CMU et de l'AME, les interprétations que font les agents chargés de l'instruction des dossiers introduisent de l'arbitraire (demande de preuves complémentaires de résidence, de stabilité, de revenus, demande d'acte de mariage, soit autant de pièces non prévues dans les instructions afférentes à la législation)⁶ restreignant le droit aux soins que cela prenne la forme d'un refus ou d'un accès retardé aux soins⁷. L'étude de Céline Gabarro démontre que les raisons qui conduisent à l'exclusion du droit relèvent de facteurs qui tiennent pour partie à la complexité organisationnelle de la caisse nationale d'assurance maladie et pour l'autre aux pratiques managériales et routinières du travail administratif quotidien appliquées dans les caisses primaires (CPAM)⁸. À cela s'ajoute les préjugés que les agents des caisses partagent avec une large opinion française à l'endroit des migrants, toujours plus ou moins soupçonnés d'être venus profiter des avantages sociaux de la France. En quête de critères qui permettraient de distinguer de façon définitive le bon grain de



l'ivraie, les agents construisent des histoires de cas où ils opposent en permanence les « bons » des « mauvais » demandeurs. Au-delà de ces inégalités d'instruction de leurs dossiers, les personnes qui obtiennent l'AME ou la CMU ont plus de difficultés à faire valoir leurs droits à ces prestations⁹ et à être reçus par les médecins que les assurés du régime général (refus de consultation ou contrainte sur des créneaux spécifiques)¹⁰. Et parmi eux, les migrants se trouvent encore plus fortement discriminés du fait des préjugés des médecins à leur endroit (soupçon d'abus du système de santé français)¹¹. En aval des droits d'accès aux services et aux soins de santé, une fois que les personnes bénéficiaires de l'AME et de la CMU sont arrivées dans un service de santé, se pose la question de la qualité des traitements – entendus ici comme l'ensemble des actes de soins et des prescriptions – qu'ils reçoivent. *A priori*, elles devraient être traitées de manière égalitaire par rapport à n'importe quel autre patient, sans aucune discrimination¹². Cette question de la

1. Froitié, Brigitte La réforme française de la Couverture maladie universelle, entre risques sociaux et assurance maladie, *Lien social et politique-RIAC*, 2006, p. 33-44.

2. Seules les personnes en situation régulière sur le territoire français et y résidant de manière ininterrompue depuis plus de trois mois peuvent y être éligibles à la CMU. La CMU-C est une assurance complémentaire accessible aux personnes dont le revenu en 2013 n'excédait pas 716€/mois pour une personne seule. Cf. <http://www.cmu.fr/plafonds.php>

3. L'Aide médicale de l'État (AME) est une couverture maladie accessible aux personnes étrangères en situation irrégulière résidant de façon stable sur le territoire français depuis au moins trois mois révolus. Le plafond d'attribution de l'AME est identique à celui de la CMU-C.

4. Lombrail, Pierre, Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2007, vol 55 (1), p. 23-30.

5. Lombrail, Pierre, Pascal, Jean, & Lang, Thierry, "Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ?", *Santé, société et solidarité*, 2004, 2 : 61-71.

6. Cf. Rapports d'activité annuels du COMEDE, de Médecins du Monde ou de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) <http://www.odse.eu.org/>.

7. Pian, A. (2012). De l'accès aux soins aux «trajectoires du mourir». Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives. *Revue Européenne Des Migrations Internationales*, 28(2), 101-127.

8. Gabarro, Céline, Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique, *Revue Européenne Des Migrations Internationales*, 2012, vol. 28(2), 35-56.

9. COMEDE, Rapport d'activité et d'observation 2006, Paris.

10. Médecins du Monde, "Je ne m'occupe pas de ces patients", enquête réalisée par la Coordination France, Paris, 2006.

11. Cognet Marguerite, Hamel Christelle, & Moisy Muriel (2012). Santé des migrants en France: l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe, *REMI*, 2012, vol.28 (2), pp.11-34.

12. Juridiquement la discrimination est définie comme "une inégalité de traitement fondée sur un critère prohibé par la loi, comme l'origine, le sexe, le handicap, etc., dans un domaine visé par la loi, comme l'emploi, le logement, l'éducation, etc. Elle peut être directe, si l'inégalité se fonde sur un critère prohibé, ou indirecte, lorsqu'une règle, une pratique ou un critère apparemment neutre a un effet défavorable sur un groupe visé par un critère de discrimination".

Des inégalités d'accès aux soins aux discriminations en santé (suite de la page 8)

13. Cagnet Marguerite, L'hôpital, un ordre négocié à l'aune des origines. « Français » et « Africains » en traitement pour un VIH-sida. *Migrations Santé*, 2012; (144-145): 79-110. 1. Sauvegrain Priscille, Toutes les femmes ont-elles accès aux séances de préparation à la naissance ? *Spirale*, 2008, vol.3(47): 167-78.

14. Sauvegrain Priscille, Différence de traitement et traitements différentiels. Les trajectoires de soins des femmes "Africaines" en maternité publique, Thèse de Doctorat de Sociologie, Paris: Université Paris Diderot (P VII); 2010. Nacu Alexandra, À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes, *Sociologie du travail*, 2011; (53): 109-30.

15. Lors du conseil des ministres du 22 avril 1992, après avoir consulté le conseil national du sida, l'académie de médecine, le conseil national de l'ordre des médecins, le haut comité de la santé publique et le comité national d'éthique, il a été arrêté quatre mesures dont le rappel de la règle selon laquelle il est interdit de pratiquer des dépistages à l'insu des personnes, suivant d'ailleurs en cela les recommandations de l'OMS et du Conseil de l'Europe (H.C.S.P., 1992).

16. David Evelyne, « De la psychiatrie transculturelle au traitement différentiel », Mémoire de master Sociologie-Anthropologie, ss la dir de M. Cagnet, Université Paris Diderot, 2010, 100p.

17. Collectif Manouchian, Glossaire critique des notions liées aux discriminations racistes, sexistes, classistes Critique du glossaire dominant, *Les Figures de la Domination*, 2010, <http://lesfiguresdeladomination.org>

18. Cagnet & al., Santé des migrants en France: l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe, 2012, Op.cit.

19. Krieger Nancy, Discrimination and Health, in Lisa F. Berkman & Ichiro Kawachi Eds., *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press, 2000, pp. 36-67.

discrimination durant la prise en charge dans les services de santé est délicate tant les états de santé, les risques relatifs aux antécédents d'un patient, les réactions aux thérapeutiques, etc. peuvent fonder un traitement différentiel entre deux individus malades. Aussi est-il utile de préciser que pour qu'un traitement différentiel puisse être catégorisé comme de la discrimination il faut que le traitement soit illégitime et arbitraire. L'idée de traitement *illégitime* suppose que sa justification n'est pas acceptable parce qu'elle ne concorde pas avec l'objectif visé et les moyens mis en œuvre. Celle d'*arbitraire* revient à des orientations et décisions thérapeutiques fondées sur des postulats qui présupposent des comportements ou des capacités sur la base de critères subjectifs, de préjugés ou stéréotypes.

Des études récentes ont examiné les trajectoires thérapeutiques de malades dans des services accueillant des populations migrantes. Leurs analyses dévoilent des parcours divergents entre les migrants et la population majoritaire que les états cliniques (stade de la maladie, constantes, bilans cliniques, examens hématologiques, etc.) sont impuissants à expliquer¹³. Les écarts sont particulièrement frappants quand on compare la trajectoire thérapeutique des individus qui se trouvent catégorisés comme « Africains » de celles de ceux qui sont catalogués comme « Français »¹⁴. Ainsi, dans une étude menée dans des services d'immunologie, nous avons demandé aux patients de nous raconter comment s'était passée la découverte de leur séropositivité, qui et quoi était à l'origine de leur dépistage. Pour les « Français », c'est souvent une démarche dont ils ont eu l'initiative, que ce soit après un rapport sexuel où ils considéraient avoir un risque de contamination, ou qu'ils aient des raisons dans leur vie de procéder à des dépistages réguliers. Pour les personnes originaires d'Afrique, c'est le plus souvent dans un cabinet médical ou à l'hôpital où ils se sont rendus pour une

consultation qu'ils vont découvrir leur séropositivité. La demande est surtout initiée par le médecin et, contrairement à la loi¹⁵, le dépistage est parfois fait à leur insu. Au cours de leur prise en charge, ceux à qui l'on suppose une origine africaine ont une probabilité significativement beaucoup plus élevée d'être mis sous surveillance d'observance que ceux qui sont classés comme Français. Dans une autre étude conduite sous notre direction, des différences de traitements de même type étaient observées en milieu psychiatrique. Les soignants projetaient des représentations sur les « Africains » héritées du colonialisme les taxant soit de violents (image du sauvage effrayante) soit de naïfs puérils (en lien avec la figure largement diffusée par une célèbre marque de chocolat). Ces patients, qui se trouvaient plus souvent que les autres dans des modes d'hospitalisation sous contrainte, avaient droit à des traitements particuliers durant les hospitalisations (plus de temps en chambre d'isolement notamment) et, leurs suivis en post-hospitalisation étaient plus souvent organisés en milieu hospitalier qu'en centre médico-psychologique au prétexte que maintenant « amadoués » et en confiance avec l'équipe soignante intra-hospitalières il valait mieux ne pas modifier les habitudes qu'ils avaient prises¹⁶.

Ces façons de faire dans les organisations sanitaires ne se font pas nécessairement dans l'idée de porter préjudice. C'est même le contraire, elles se font souvent avec l'idée de « faire au mieux » parce que les soignants présupposent une série d'obstacles propres aux migrants – et parmi eux, plus encore à ceux qu'ils identifient comme des « autres culturels » : obstacles d'ordre cognitifs (capacité à comprendre les informations), culturels (croyances sur la maladie et la thérapeutique en santé) et sociaux (conditions de vie et de séjour en France). Des inégalités de traitement aux discriminations il n'y a qu'un pas très vite franchi et il l'est, de facto ici, quand ces

obstacles sont présupposés sans jamais être vérifiés. Dans de tels cas, les différences de traitement ne sont rien d'autre que des discriminations systémiques entendues comme « processus qui produisent et reproduisent les places sociales inégalitaires en fonction de l'appartenance à une « classe », une « race » ou un « sexe », cette appartenance pouvant être réelle ou supposée¹⁷ ». Ces processus constituent le soubassement des discriminations indirectes et directes repérées par la législation française. Elles sont toujours le fruit d'effets du système qui prédisposent les conditions de leur expression.

De telles discriminations produites par le système d'assurance et les organisations de santé provoquent des retards aux soins, voire des renoncements. Elles conduisent aussi à des formes de « surinvestissements thérapeutiques » ou des orientations singulières qui excluent sans aucun fondement clinique les migrants hors du droit commun. Elles viennent s'ajouter aux discriminations que les migrants expérimentent malgré eux dans l'ensemble de leur parcours migratoire (obstacles dans l'accès au territoire, dans l'accès aux droits de séjour, accès à l'ensemble des ressources socioéconomiques et culturelles) connues pour exercer des effets très délétères sur leurs états de santé. La très récente enquête Trajectoire et Origine, prouve qu'elles minent en quelques années de séjour en France la santé des migrants pourtant meilleure que celle des Français au moment de leur arrivée¹⁸.

Si ces travaux doivent être enrichis, ils attestent bien néanmoins qu'en France, comme cela a été observé dans d'autres pays¹⁹, la discrimination en raison des origines réelles ou supposées existe en santé comme dans d'autres sphères de l'activité sociale (travail, école, logement, services publics). Ce qui, pour le moins, appelle des actions de sensibilisation des professionnels de la santé sur ces questions. ■

Crise économique et risque suicidaire

Les récents résultats de l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel confirment ce lien très fort entre chômage et santé à tous les âges. Les salariés dont l'itinéraire professionnel est marqué par le chômage présentent, à caractéristiques sociodémographiques données, une santé relativement dégradée. Et un homme au chômage a un risque annuel de décès environ trois fois plus élevé qu'un actif occupé du même âge¹.

Michel Debout,
professeur émérite
de Médecine légale
et de droit de la
santé, président de
l'Association Bien-être
et Société et membre de
l'Observatoire national
du suicide

1 Bernard Gomel. La Santé des
chômeurs, un enjeu social. In
Santé et Travail, numéro 073,
janvier 2011

2 Michel Debout. Tout doit
disparaître. Editions Narratives.
Paris, 2009

3 Michel Debout. Gérard
Clavairoly. Le Suicide, un
tabou français. Editions Pascal.
Paris, 2012

Nous avons déjà alerté l'opinion et les pouvoirs publics sur cette réalité, et surtout ses conséquences en termes de santé publique et notamment de santé mentale. Ce ne sont pas uniquement les salariés licenciés qui sont atteints mais aussi les employeurs obligés à déposer leur bilan, les agriculteurs dont l'exploitation périclète, c'est-à-dire un grand nombre de personnes dont la situation financière se dégrade brutalement, ce qu'elles peuvent vivre comme une déchéance personnelle. Les conséquences sur les proches sont particulièrement préoccupantes, avec des ruptures familiales, des enfants négligés...

Chômage, vulnérabilité, et risque suicidaire

Les liens entre la précarité, la vulnérabilité sociale et les risques suicidaires sont connus depuis longtemps, nous l'avons observé pour notre part dès 2009 à travers l'enquête que nous avons réalisée avec Anacom et Macif Prévention² : la proportion de personnes en souffrance psychique marquée passe de 9% pour la classe la moins vulnérable socialement à 41% pour la classe sociale la plus vulnérable ; cette proportion monte même à 69% pour l'échantillon de personnes en demande d'aide auprès du Secours Populaire.

Le score de souffrance psychique est, de plus, très fortement corrélé au risque suicidaire. Ainsi, parmi les personnes qui sont en situation précaire avérée :

- 50% ont déjà pensé (même



vaguement) au suicide (versus 21% dans la population générale)

- 33% l'ont envisagé sérieusement (versus 9%)

- 15% ont été hospitalisés à la suite d'une tentative (versus 3%) - c'est-à-dire 5 fois plus.

Ces personnes peuvent être en souffrance psychologique, quelle que soit leur situation professionnelle d'origine, salariés, responsables de PME, artisans, agriculteurs, cadres, y compris dirigeants.

Suicide et management

Au-delà des pertes d'emploi, la crise n'a fait qu'accroître les dérives managériales développées depuis les années 1980, qui ont exposé les salariés (cadres, employés, ouvriers), à ce que l'on nomme aujourd'hui les « risques psychosociaux ». Ils doivent s'adapter en permanence à de nouvelles exigences entraînant le stress au travail et des effets d'usure professionnelle ou d'épuisement (« burn out ») qui attendraient 25% des salariés face à des objectifs individuels imposés par la hiérarchie, sans que le sens de leur travail soit toujours explicité, ils sont confrontés à l'obligation de concilier les contraires : faire vite et bien.

Trop longtemps, la souffrance psychique au travail a été considérée comme résultant exclusivement de la personnalité du salarié, de son histoire, de son état psychique ; et les dirigeants ont cherché à médicaliser ce mal-être

pour en extirper toute dimension collective et tout lien avec l'organisation de l'entreprise : ils parlent toujours de « personnes fragiles » et bien trop rarement de personnes « fragilisées » !

Les produits dits « psychoactifs », alcool, drogues, médicaments psychotropes, etc... permettent souvent de supporter ces situations, mais en masquant la réalité. Il faut repérer le glissement qui s'opère à travers l'usage de ces substances : c'est la performance qui est recherchée, la capacité de faire face, la drogue est devenue la dope ...

Cet usage addictif aggrave le risque suicidaire et facilite le passage à l'acte.

Le nombre de morts par suicide en France, femmes et homme additionnés, s'élève à une moyenne annuelle d'environ 10 500. Les 45 - 54 ans représentent à eux seuls plus de 22 % de l'effectif global mais on ignore la proportion de licenciés récents, de chômeurs ou de sans emploi ; il sera nécessaire de disposer de ces données pour mettre en œuvre une politique de prévention pertinente.

L'Observatoire national du suicide³ mis en place le 10 septembre 2013 par Madame Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la santé, devra se donner comme objectif premier de connaître et mieux comprendre les effets de la crise économique et sociale sur la détresse des Français. ■

L'autisme, l'État, la société

Histoire d'un trouble devenu public

Abordant pour ce numéro la santé mentale du point de vue de la santé publique, l'autisme nous semble un cas révélateur. Une controverse récurrente émeut la presse et le public autour des troubles autistiques, leur définition et leur devenir. Les dernières recommandations de bonnes pratiques publiées par la Haute Autorité de Santé¹ en furent chaque fois l'occasion, ainsi que leur suivi dans le cadre du Plan Autisme.

Grégoire Billon,
pédopsychiatre, Londres

1 HAS, *Autisme et Autres Troubles Envahissants Du Développement : Interventions Éducatives et Thérapeutiques Coordonnées Chez L'enfant et L'adolescent* (HAS, Mars 2012).

2 Leo Kanner, 'Autistic Disturbances of Affective Contact', *Nervous Child*, 1943, 217-50.

3 Loi du 14 juin 1838

4 Claude Quérel, *Histoire de La Folie : De l'Antiquité à Nos Jours* (Tallandier, 2009).

5 Leo Kanner, 'Infantile Autism and the Schizophrenias', *Behavioral Science*, 10 (1965), 412-20.

6 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*, 4th edn (American Psychiatric Association, 1994).

7 World Health World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, 1st edn (World Health Organization, 1992).

8 Eric Fombonne, 'Epidemiology of Pervasive Developmental Disorders', *Pediatric Research*, 65 (2009), 591-98.

9 Brigitte Chamak and David Cohen, 'Transformations Des Représentations de L'autisme et de Sa Prise En Charge', *Perspectives Psy*, 46 (2007), 218-27.

10 Classification Française des Troubles Mentaux de L'enfant et de L'Adolescent

11 Gil Eyal, *The Autism Matrix: The Social Origins of the Autism Epidemic* (Cambridge, UK; Malden, MA: Polity, 2010).

12 Ian Hacking, *Entre Science et Réalité La Construction Sociale de Quoi (La Découverte, 2001)*.

13 Loi N° 96-1076 Du 11 Décembre 1996 Modifiant La Loi N° 75-535 Du 30 Juin 1975 Relative Aux Institutions Sociales et Médico-sociales et Tendante à Assurer Une Prise En Charge Adaptée de L'autisme, TASX9601781L, 1996.

son destinés, sur ordre du gouvernement, est considérée comme l'acte de naissance d'une prise en charge spécifique de la folie en France. C'est une loi³ qui initie et encadre la construction des asiles départementaux, donnant l'impulsion au *boom asilaire*⁴ qui culmine en 1969 avec une population de 118000 internés.

Sans aller jusqu'à faire de la psychiatrie l'expression d'un pouvoir dont elle serait à la fois l'exercice et la justification, il faut reconnaître que son histoire est intimement liée à celle des institutions publiques.

La pédopsychiatrie et l'autisme

La pédopsychiatrie n'y échappe évidemment pas. Sans faire ici son histoire, il est utile de souligner quelques particularités de la situation française vis à vis de l'autisme.

Le concept d'autisme, que Kanner emprunte à Bleuler pour caractériser un trouble inédit *du contact affectif*, a eu un destin particulièrement fécond aux États-Unis (où Kanner a immigré vingt ans auparavant). Il déplore même dès 1965 qu'une vogue pour le diagnostique d'autisme en atténue la portée et qu'on « cherche la mère » à l'origine du trouble : « *Presque d'un jour à l'autre, le pays sembla peuplé d'une multitude d'enfants autistes, et cette tendance devint même perceptible à l'étranger.*⁵ »

Plusieurs facteurs vont concourir à l'expansion des limites de l'autisme. La classification américaine⁶ puis mondiale⁷ des troubles mentaux font de l'autisme le prototype des troubles envahissant du développement (TED), requalifiés troubles du spectre autistique par le DSM V. C'est l'ensemble de ces troubles qu'on nomme désormais « autisme ». Leur prévalence aujourd'hui estimée à près de 1/150⁸, en fait de facto un problème de santé publique.

En France, ce concept élargi de trouble neuro développemental mettra plus de temps à être adopté⁹. Les TED seront considérés avec plus de circonspection. « Autisme » désignera plus longtemps un trouble rare et

spécifique aux côtés des psychoses infantiles décrites dans la classification française¹⁰.

Cet asynchronisme historique a été commenté comme la marque d'un archaïsme français qu'il reviendrait à l'État de réduire, comme si c'était d'abord sur le terrain conceptuel que devaient se faire les progrès. Mais la psychiatrie de l'enfant, en France comme ailleurs, est une discipline qui ne décide pas de son histoire, dans un splendide isolement.

Un mouvement de la société

L'essor de la catégorie de l'autisme aux États-Unis est interprétée par Eyal¹¹ comme une conséquence directe du véritable séisme que fut la désinstitutionnalisation du retard mental à la fin des années soixante. Les institutions fermées cèdent alors la place à une matrice institutionnelle composite qui fait le lit de cette notion de spectre autistique élargi. Une nouvelle organisation sociale de l'expertise portée par éducateurs spécialisés, psychomotriciens, psychologues comportementalistes et parents questionne le rôle de la psychiatrie.

L'autisme n'est pas une entité strictement naturelle définie une fois pour toute par des hommes de science. Les personnes intéressées réagissent à la catégorisation dont elles font l'objet et la modifient en retour¹².

On considère à bon droit que les associations de parents ont été, en France, des acteurs déterminants du changement. Un mouvement de la société civile a certainement pesé sur les institutions publiques pour obtenir un changement dans les représentations et les pratiques. La saisie du Comité Consultatif National d'Éthique en 1994, la loi « Chossy »¹³ qui marque reconnaissance de l'autisme comme handicap, en sont quelques jalons. L'existence même des Plans Autisme pilotés par différents gouvernements depuis 2005 en procède directement.

Des personnes avec autisme font elle-même entendre une parole publique qui participe à une re-définition de notre conception commune de ce qu'est l'autisme.

La mesure de la qualité de vie en psychiatrie et santé mentale : historique et perspectives

Laurent Boyer,

PH Service Epidémiologie, Economie de la Santé - Unité de recherche : Maladie Chroniques et Santé Publique (EA3279) - APHM, Université Aix-Marseille

Pascal Auquier,

PU-PH Service Epidémiologie, Economie de la Santé - Unité de recherche : Maladie Chroniques et Santé Publique (EA3279) - APHM, Université Aix-Marseille

Si dans le domaine de la recherche en médecine somatique et en sciences humaines, la notion de qualité de vie est apparue dès la fin des années 40, le recours à des instruments de mesure de la qualité de vie est un phénomène relativement récent en psychiatrie et santé mentale puisqu'il remonte au début des années 80.

Plusieurs raisons ont pu être invoquées pour ce retard d'intérêt. La première consistait en une réticence à quantifier un concept qualitatif, corollaire des réticences à la démarche de standardisation dans le domaine de la santé. De nombreux auteurs ont cependant montré que l'opérationnalisation d'un concept qualitatif n'était qu'un mode de représentation, présentant des avantages et des inconvénients tout autant que la formalisation verbale du même concept¹. D'autres réserves plus prégnantes ont limité le recours à ce type de mesure notamment autour de sa définition et du point de vue à valoriser. Par exemple, différents courants se sont succédés pour définir la qualité de vie pour des sujets atteints de schizophrénie. Lehman, l'un des pionniers en matière de qualité de vie, considérait 3 grands groupes de facteurs dans l'évaluation de la « qualité de vie » d'un patient souffrant d'une schizophrénie regroupant les caractéristiques personnelles socio-démographiques, les indicateurs objectifs de condition de vie, les indicateurs subjectifs évaluant plus spécifiquement la qualité de vie^{2,3}. Awad proposait d'associer un autre déterminant représenté par le traitement neuroleptique et ses conséquences tant sur les

symptômes psychotiques ou les performances psychosociales qu'en termes d'effets secondaires^{4,5}. Par la suite, Zanotti a défini la qualité de vie comme la distance entre les attentes du sujet et son expérience⁶. Par ailleurs, certains auteurs, dont Lehman², ont longuement insisté sur les besoins très spécifiques liés à cette pathologie (stigmatisation sociale, ressources limitées, dysfonctionnement familial majeur...) qui exerceraient une profonde influence sur le bien être perçu des individus^{2,7}. Dès 1985, Diamond signalait l'importance du point de vue des patients dans l'évaluation des effets des traitements psychotropes⁸. Pour cet auteur, seuls des critères objectifs, comme l'importance des rechutes (appréciée par des échelles d'évaluation symptomatique et les ré-hospitalisations), étaient généralement utilisés pour évaluer l'efficacité des traitements neuroleptiques. Or, si les traitements antipsychotiques pouvaient être efficaces pour contrôler les rechutes, une proportion non négligeable de patients (entre 20 et 30% au moins) se montrait également résistante à leurs effets. L'évaluation de la qualité de vie subjective pouvait alors permettre de mieux comprendre ces phénomènes de résistance. En effet, l'évaluation faite par les patients est le plus souvent différente de celle des prescripteurs⁹. Dès lors, l'intégration du point de vue des patients a semblé une voie de recherche raisonnable. Le principal écueil à cette démarche était alors la controverse quant à la qualité d'appréciation de la qualité de vie par le patient schizophrène, alors que ses capacités de perception devraient être altérées du fait de son syndrome déficitaire.

Plusieurs études ont maintenant montré que, si la qualité de vie variait en fonction de l'altération cognitive, les mesures standardisées de qualité de vie restaient valides quel que soit le niveau de ces atteintes¹⁰.

L'intérêt de la qualité de vie est dorénavant reconnu dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale¹¹. Elle permet, d'une part de refléter l'impact des maladies et des interventions de santé sur la vie quotidienne des patients, du point de vue des intéressés eux-mêmes. Elle permet d'autre part de produire des informations standardisées, reproductibles et fiables permettant de quantifier ces répercussions. En effet, il apparaît que l'efficacité thérapeutique sur la symptomatologie ne va pas forcément de pair avec le « mieux-être subjectif » et par ailleurs, que les perceptions et les préférences des patients en matière de santé s'avèrent avoir une influence importante sur le décours de la maladie, notamment en termes de satisfaction, observance des soins et de rechutes^{12,13}. Pour autant, malgré cet intérêt reconnu, il convient de noter que le terme qualité de vie apparaît à 3 reprises dans le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 alors qu'il apparaissait 19 fois dans le plan cancer 2009-2013 et 49 fois dans le plan cancer 2014-2017 (avec un chapitre entièrement dédié à l'amélioration de la qualité de vie). Comme le disait Albert Einstein, « il est plus facile de désintégrer un atome qu'un préjugé ». Ainsi, la large diffusion des mesures de qualité de vie dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale reste-t-elle encore à réaliser. ■

1 Leplege A, Hunt S: The problem of quality of life in medicine. *JAMA* 1997, 278:47-50.

2 Lehman AF: Assessment of quality-of-life outcomes in schizophrenic patients. *Am J Manag Care* 1999, 5:S612-619.

3 Lehman AF, Fischer EP, Postrado L, Delahanty J, Johnstone BM, Russo PA, Crown WH: The Schizophrenia Care and Assessment Program Health Questionnaire (SCAP-HQ): an instrument to assess outcomes of schizophrenia care. *Schizophr Bull* 2003, 29:247-256.

4 Awad AG, Voruganti LN: Quality of life and new antipsychotics in schizophrenia. Are patients better off? *Int J Soc Psychiatry* 1999, 45:268-275.

5 Awad AG, Voruganti LN: New antipsychotics, compliance, quality of life, and subjective tolerability—are patients better off? *Can J Psychiatry* 2004, 49:297-302.

6 Llorca P, Lançon C: Les psychoses: concept de qualité de vie. Editions John Libbey Eurotext Montrouge, France 2001.

7 Lehman AF: The well-being of chronic mental patients. *Arch Gen Psychiatry* 1983 40(1): 369-373.

8 Diamond R: Drugs and the quality of life: the patient's point of view. *J Clin Psychiatry* 1985 46:29-35.

9 Barry M, Crosby C: Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care with long-term psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 1996, 168:210-216.

10 Baumstarck K, Boyer L, Boucekine M, Aghababian V, Parola N, Lançon C, Auquier P: Self-reported quality of life measure is reliable and valid in adult patients suffering from schizophrenia with executive impairment. *Schizophr Res* 2013 147:58-67.

11 Boyer L, Baumstarck K, Boucekine M, Blanc J, Lançon C, Auquier P: Measuring quality of life in patients with schizophrenia: an overview. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2013 13:343-349.

12 Boyer L, Lançon C, Baumstarck K, Parola N, Berbis J, Auquier P: Evaluating the impact of a quality of life assessment with feedback to clinicians in patients with schizophrenia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2013 202:447-453.

13 Boyer L, Millier A, Perthame E, Aballea S, Auquier P, Toumi M: Quality of life is predictive of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2013, 13:15.

Psychose et migration : entre clinique, épidémiologie et politique

Édouard Leaune,
interne en Psychiatrie
et étudiant en master 2
Philosophie de la santé

Halima Zeroug-Vial,
psychiatre, Directeur de
l'ONSMP-ORSPERE/
Réseau Samdarra

1 Cantor-Graae E, Pedersen CB, Full spectrum of psychiatric disorders related to foreign migration: a Danish population-based cohort study. *JAMA Psych*, 2013 Apr, 70(4): 427-35

2 Cantor-Graae E, Selten JP, Schizophrenia and Migration: a Meta-Analysis and Review. *American Journal of Psychiatry*, 2005; 162: 12-24.

3 Bourque F, Van Der Ven E, Malla A, A meta-analysis for the risk for psychotic disorders among first in second generation immigrants. *Psychol Med*, 2011 May; 41(5): 897-910

4 Amad A et al., Increased prevalence of psychotic disorders among third generation migrants: results from the French Mental Health in General Population Survey. *Schizophr Res*, 2013 Jun; 147(1): 139-5

5 Selten JP, Cantor-Graae E, The denial of a psychosis epidemic. *Psychol Med*, 2010 May, 40(5): 731-3

6 Morgan C et al, Migration, Ethnicity and Psychosis : Toward a Sociodevelopmental Model. *Schizophrenia Bulletin*, 2010; vol.36 n°4, pp. 655-664.

7 Selten JP, Cantor-Graae E, Social defeat: risk factor for schizophrenia? *British J Psych* (2005), 187, 101 : 10-2

8 Enquête Trajectoire et Origine : Enquête sur la diversité des populations en France, INED, Octobre 2010

9 Grinberg Léon et Rebecca (1986), *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*, Lyon: Césura Lyon Editions

10 Veling W, Susser E, Van OS J, Mackenbach JP, Selten JP, Hoek HW. Ethnic density of neighbourhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *Am J Psychiatry*. 2008; 165(1): 66-73

L'expérience clinique des troubles psychiatriques apparaissant chez des personnes migrantes amène généralement les professionnels à établir un lien direct entre l'histoire personnelle d'exil de leurs patients et l'émergence des troubles mentaux. Les travaux épidémiologiques récents ont permis de mettre en exergue la réalité de ce lien, notamment du côté des troubles psychotiques, en insistant sur le rôle des trajectoires sociales dans leur apparition.

Migration et fragilisation psychique

Une étude épidémiologique danoise récente (Cantor-Graae et Pedersen, 2013)¹, a permis de préciser quels types de pathologies mentales sont plus particulièrement favorisés par l'expérience migratoire, en fonction notamment des générations et du lien à la migration direct ou en tant que transmission. Il apparaissait que les populations migrantes présentaient un risque accru pour l'ensemble des pathologies mentales répertoriées. Plus précisément, les enfants d'immigrés et les personnes adoptées nées à l'étranger présentaient un risque pour l'ensemble des pathologies psychiatriques (schizophrénie, troubles de l'humeur, trouble bipolaire, toxicomanie, trouble de personnalité, anxiété...), tandis que les immigrés voient leur risque augmenté de présenter une schizophrénie ou une pathologie du spectre schizophrénique, mais sont moins exposés à l'émergence de troubles de l'humeur, de trouble de personnalité ou de toxicomanie. Ainsi, au fil des générations la schizophrénie apparaît comme la pathologie mentale la plus en lien avec la migration pour l'ensemble des populations concernées par ce type d'expérience directement ou via une histoire parentale d'exil.

Une « épidémie » de psychose ?

Cette prégnance du lien entre psychose et migration est par-

ticulièrement connue depuis la méta-analyse de Cantor-Graae et Selten en 2005² puis celle de Bourque et ses collaborateurs en 2011³ qui retrouvent toutes deux une augmentation du risque de psychose pour les populations migrantes, d'autant plus marqué chez les enfants d'immigrés. Récemment, une étude réalisée dans le Nord (Amad et al., 2013)⁴ a permis de valider l'existence du sur-risque de schizophrénie pour les populations immigrées en France, et leurs descendants jusqu'à la troisième génération. Le risque était ainsi augmenté au sein des trois générations, tant pour les épisodes psychotiques uniques que pour les épisodes psychotiques récurrents. Face à ce sur-risque de psychose pour les populations migrantes de par le monde, certains chercheurs comme le Pr Jean-Paul Selten, de l'Université de La Haye, n'hésitent pas à évoquer le terme « d'épidémie » tout en dénonçant les résistances qui peuvent exister à l'acceptation scientifique, politique et sociétale du phénomène⁵.



« Mars »

Le rôle des facteurs psychosociaux

L'étiologie précise de ce sur-risque est recherchée depuis de nombreuses années. L'insuffisance des explications génétiques ou neuro-développementales (rôle des virus neurotropes, des troubles obstétricaux, du déficit en vitamine D notamment) avancées à la fin du XX^{ème} siècle associée au manque de pertinence de la thèse de l'erreur diagnostique due à une mécompréhension transculturelle ont amené la communauté scientifique à se pencher plus en détail sur les causes sociales. Différentes

études ont ainsi porté sur le rôle de « l'adversité sociale »⁶ (*social adversity*), du sentiment « d'échec social » (*social defeat*) ou de la discrimination⁷. La conjonction de facteurs psychosociaux défavorisant (isolement, chômage, exclusion, discrimination) vulnérabiliserait les personnes à l'égard de phénomènes pré-psychotiques puis psychotiques en cas de pérennisation de l'état d'adversité. Il convient de mettre en lumière ces données épidémiologiques avec les résultats de l'enquête sociologique *Trajectoire et Origine*⁸, portant sur les conditions de vie des immigrés et de leurs descendants en France entre 2008 et 2009, qui retrouvaient notamment des difficultés d'accès à l'éducation, des études diplômantes, l'emploi et au logement, 25% des 22 000 migrants interrogés relatant des discriminations subies au cours de leur existence.

Cette expérience de la perte des objets sociaux, que les psychanalystes Léon et Rebecca Grinberg⁹ avaient pointée dès 1986 comme facteur favorisant l'expression de de la « *partie psychotique du Moi* » décrite par Bion, apparaît donc comme primordiale. Il est intéressant de noter à ce titre les résultats d'autres travaux ayant démontré le rôle du soutien social communautaire, ce que les anglo-saxons appellent « *ethnic identity* », comme facteur protecteur face au risque de psychose¹⁰.

Entre épidémiologie, clinique et politique

Ainsi, au carrefour de l'expérience personnelle et de la santé publique, la problématique des liens entre psychose et migration pose la question de l'articulation entre soin de l'individu et utilisation des données épidémiologiques. A qui, par exemple, entre psychiatres et acteurs politiques, doit revenir la prévention de « l'adversité sociale » ? Si le praticien peut prendre en compte dans son évaluation clinique le rôle de facteurs sociaux défavorables pour mieux comprendre les troubles observés et leur mode

L'autisme, l'État, la société

Histoire d'un trouble devenu public (suite de la page 11)

14 Michael Rutter, 'Changing Concepts and Findings on Autism', *Journal of autism and developmental disorders*, 2012.

15 Leo Kanner, 'Historical Perspective on Developmental Deviations', *Journal of autism and childhood schizophrenia*, 3 (1973), 187-98.

Temple Grandin, dont la notoriété est proprement mondiale en est le paragon. Plus récemment en France, Joseph Schovanec endosse avec malice et sans naïveté ce rôle de héraut de l'autisme.

Une exposition de la sphère privée

L'expérience d'un trouble autistique chez l'enfant tend aussi pour bien des familles à mettre la sphère privée sous le regard public dans un autre sens. L'autisme est paradoxalement un « handicap invisible » qui expose particulièrement au regard des autres. Celui des proches, parfois perçu comme dénonçant les compétences éducatives des parents de cet enfant « difficile à éduquer ». Celui de l'école souvent, où la plupart des enfants font l'expérience d'une intégration à différents degrés. L'École est en effet le lieu théorique d'une « égalité des droits et des chances » qui reste en pratique difficile à mettre en œuvre par l'Éducation Nationale avec les moyens alloués. Les parents et leurs enfants sont aussi directement aux prises avec le dispositif public d'aide et de compensation, notamment par les Maisons Départementales des Personnes

Handicapées, organe principal chargé d'accomplir la volonté du Législateur en matière d'inclusion sociale.

Pour beaucoup de familles, l'autisme est l'origine d'une difficile exposition de la sphère privée à un regard public et multiple qui peut être perçu comme accusateur. Au-delà de la question de la stigmatisation, cette exposition est aussi décriée par certains parents comme le signe d'une injustice sociale, traduisant l'incapacité d'un service public à agir en conformité avec les principes qui le régissent.

Il faut défendre la société

Quoi qu'il en soit de notre compréhension actuelle de l'autisme, nous ne pouvons échapper au constat qu'elle est devenue une chose publique. Sa requalification en fait une question qui excède largement le champ de la santé mentale, puisqu'elle traverse la pédiatrie aussi bien que l'éducation ou la prise en charge sociale du handicap et les dispositifs d'inclusion.

La considérer uniquement comme un problème de santé ne permet pas de simplifier suffisamment les questions pour y répondre au mieux, que ce soit en terme de définition ou en terme

de prise en charge.

Même un chercheur comme Michael Rutter¹⁴ dans sa récente revue des progrès accomplis, invite à la prudence, soulignant que malgré des avancées majeures « certains résultats doivent nous alerter, nous exhortent à une reconceptualisation et à éviter les affirmations qui iraient au delà des preuves. »

En tout état de cause, le sort que la société réserve à ses membres vulnérables ne saurait se résumer à leur traitement par la médecine.



"Rose/or"

À l'inverse, « *Les progrès de la psychiatrie de l'enfant sont lourdement tributaires des avancées des différentes sphères de la société. Elle doit son existence même à l'évolution des attitudes des hommes à l'égard de leurs frères humains durant les deux derniers siècles.*¹⁵ » ■

Psychose et migration :

entre clinique, épidémiologie et politique (suite de la page 12)

d'apparition, ou encore favoriser l'estime de soi et les habiletés sociales du patient, il paraît bien impuissant pour prévenir un phénomène d'une telle ampleur à l'échelle de la société entière. Inversement, comment éclairer une clinique singulière à l'aide des connaissances du terrain épidémiologique ? Si ces données permettent de mieux appréhender la santé des populations, il ne fait aucun doute que l'apparition

d'un trouble psychotique chez un patient migrant se situera toujours au carrefour de causalités multiples et équivoques. La singularité sera alors bien plus riche que les seules données épidémiologiques, ces dernières ne suffisant pas à intégrer de manière holistique ce que Vonarx et Desgroseiller appellent la « *trajectoire de vie* »¹¹ du patient. Sans doute est-ce au carrefour d'une double volonté alliant une

orientation politique en faveur de l'amélioration de l'accueil des migrants associée du côté du soin à une écoute attentive du rôle de la migration et des conditions sociales dans la trajectoire des patients migrants que se situe le premier pas en faveur d'une meilleure prise en charge d'un phénomène qui pourrait s'apparenter à une « épidémie moderne ». ■

11 DESGROSEILLIERS V., VONARX N. (2010) *Expériences migratoire et santé: ou comment penser l'altérité et la souffrance identitaire*, Aporia, Vol.2, Numéro 2: 17-25

DIPLÔME INTER UNIVERSITAIRE, 2014/2015



www.samdarra.fr

SANTÉ, SOCIÉTÉ ET MIGRATION

Responsables de la formation :
Pr. Catherine Massoubre
Pr. Mohamed Saoud

Responsable pédagogique : Dr. Halima Zeroug-Vial
Responsable des études : Gwen Le Goff



ARGUMENTAIRE

Le Diplôme Inter Universitaire santé, société et migration répond aux besoins des professionnels de se former, d'acquérir des outils pour comprendre et travailler avec les publics migrants, que ce soit dans le champ médical, social, juridique. L'objectif est de soutenir les professionnels en leur offrant un espace d'échanges et de réflexion et en proposant des clés, des outils pour comprendre les situations interculturelles. Une attention sera portée à l'échange d'expériences et de savoir-faire, à partir de la pratique professionnelle ou de ses contours (bénévolat, formation...).

Porté par les universités de médecine de Lyon et de Saint-Étienne et est piloté par le Réseau Samdarra (CH Le Vinatier) et Interface (CH de Saint-Étienne).

PROGRAMME

- Module 1 : Trajectoires migratoires et procédures
- Module 2 : Les spécificités liées à la demande d'asile
- Module 3 : Préjugés et représentations
- Module 4 : Les effets de la migration sur la psychopathologie
- Module 5 : Accès aux soins
- Module 6 : Paroles et altérité
- Module 7 : La famille à l'épreuve de la migration
- Module 8 : Vulnérabilité et professionnalité

A QUI S'ADRESSE CETTE FORMATION ?

- Personnels soignants
- Intervenants sociaux
- Juristes
- Enseignants
- Étudiants (voir conditions)
- Autres professions (voir conditions)

TARIFS

- En formation initiale : 700 euros (environ)
- En formation continue : 1300 euros (environ)

CONTACT ET INSCRIPTIONS

Pour les conditions d'inscription et toute information supplémentaire merci de consulter le site internet du Réseau Samdarra : www.samdarra.fr.

Vous pouvez contacter Nathalie Breure, responsable administrative du DIU, pour vos demandes de précision :

nathalie.breure@ch-le-vinatier.fr
04 37 91 55 39

Actualités

Recrutement

Mathilde Gallat occupe depuis le mois de mai le poste de chargée de développement de l'ORSPERE. Elle sera notamment assistante de rédaction de la revue Rhizome à la suite de Claudine Bassini.
Ses coordonnées : mathilde.gallat@ch-le-vinatier.fr

Agenda

- Le 14^{ème} séminaire du Comité Européen : droit, éthique et psychiatrie dédié à Robert Castel aura lieu les 7, 8 et 9 juin à Perpignan sur « Des changements qui nous contraignent aux changements que nous voulons, hommage à Robert Castel ».
Renseignements : cedep.paris@wanadoo.fr, Eric Messens : +32 (0)477 52 79 73 ou Youri Caels : +32 (0)472 54 99 87
- Le 1^{er} juillet se déroulera une journée d'étude organisée par le Réseau Samdarra et l'Orspere-Onsmp sur « La clinique à l'épreuve de l'interprétariat » à Chambéry.
Pour toute demande de renseignements : reseau.samdarra@ch-le-vinatier.fr
- Les 18 et 19 septembre prochains, deux journées d'étude sont organisées à Lyon sur "Familles dans la précarité : comment mobiliser leurs ressources et celles des réseaux" à l'initiative du CCRA (Collège Coopératif Rhône-Alpes)
Renseignements : Agnès Guyennon 04 37 64 49 90 - <http://www.ccrasso.fr>
- Les 22 et 23 septembre 2014 à Lyon se tiendront les journées nationales Croix Marine en collaboration avec Agapsy sur le thème « la santé mentale : complexité du terme, perspectives d'avenir ».
Contact : Marie-Dominique Bénévent Secrétaire générale ARHM - marie-dominique.benevent@arhm.fr
Tél. 04 37 90 13 83 ou 06 32 97 70 24
- Du 1^{er} au 4 octobre 2014 se dérouleront les 33^{èmes} journées de la Société de l'Information Psychiatrique au Palais des Papes à Avignon sur le thème "Migrants".
- Du 7 au 9 janvier 2015 se tiendra un colloque à Lille sur « Guérir, se rétablir, aller mieux en santé mentale et ailleurs ».
Contacts : lise.demilly@univ-lille1.fr ou nadia.garnoussi@univ-lille3.fr
- Du 13 au 15 novembre 2014, se tiendra le congrès du jubilé du cinquantenaire de la World Association of Social Psychiatry (WASP) à Londres.

Nous avons lu

- **Vulnérabilités sanitaires et sociales - De l'histoire à la sociologie** - Presses universitaires de Rennes
Axelle Brodiez-Dolino, Isabelle von Bueltzingsloewen, Benoît Eyraud, Christian Laval et Bertrand Ravon (dir.)



Cette parution s'inscrit dans la continuité d'une recherche et notamment d'un colloque international organisé en 2011 à l'université de Lyon autour du concept de vulnérabilité, avec principalement des contributions d'historiens et de sociologues. Il dresse un panorama contrasté du concept. En étant à l'articulation du sanitaire et social il met particulièrement à l'épreuve les problématiques identitaires contemporaines, la place des accompagnants et des soignants, le rôle des dispositifs publics...

Cet ouvrage collectif historicise le recours à la notion de vulnérabilité, interroge les usages et l'opérationnalité du concept. Il pose la question de l'accompagnement des « vulnérables », enjeu majeur aujourd'hui pour les travailleurs du « care ». Nous avons particulièrement appréciés la conclusion de Bertrand Ravon qui pose les enjeux de l'individualisation des problèmes sociaux et de la singularisation de notre rapport à l'histoire. Elle nous invite au dialogue interdisciplinaire et nous laisse entrevoir les potentialités de l'expérience de la vulnérabilité.

Formation



Le Diplôme Inter Universitaire « santé, société, migration » porté par le réseau Samdarra à Lyon et l'équipe d'Interface Saint-Etienne fera sa troisième rentrée à l'automne. La formation a lieu deux jours par mois sur l'année universitaire. Vous pouvez candidater en envoyant un CV et une lettre de motivation jusqu'au 10 juillet (première session) ou avant le 7 septembre (seconde session). Pour toute demande de précisions, vous pouvez contacter nathalie.breure@ch-le-vinatier.fr

La plaquette est disponible à cette adresse : <http://www.samdarra.fr/documents/Plaquette-DIU.pdf>

Nous remercions Laurence Boitout, illustratrice peintre qui a aimablement mis à notre disposition les œuvres illustrant ce dossier de Rhizome. Pour contacter l'artiste, consulter le site internet : <http://laurenceboitout.ultra-book.com>

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP-ORSPERE) avec le soutien de la Direction Générale de la Cohésion Sociale
Directeur de publication : Christian LAVAL
Assistante de rédaction : Mathilde GALLAT
Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St-Cyr-au-Mont-d'Or),
- Nicolas CHAMBON, sociologue (Lyon),
- François CHOBEAUX, sociologue (Paris),
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1),
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1),
- Bernard EL GHOZI, médecin (Réseau Créteil),
- Laurent EL GHOZI, président ESPT (Nanterre),
- Benoît EYRAUD, sociologue (Lyon),
- Carole FAVRE, infirmière (Le Cannel),
- Jean FURTOS, psychiatre (Lyon),
- Carole GERBAUD, responsable associatif (Bourg en Bresse),
- Alain GOUIFFES, psychiatre (Rouen),
- Pierre LARCHER, DGCS (Paris),
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny),
- Edouard LEAUNE, psychiatre (Lyon),
- Jean-Michel LE MARCHAND, psychiatre (Marseille),
- Eric MESSENS, directeur de la LBFSM,
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (St Anne Paris),
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris),
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille),
- Christian MULLER, psychiatre (Lille),
- Eric PIEL, psychiatre (Paris),
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris),
- Bertrand RAVON, sociologue (Lyon),
- Gilles RAYMOND, chargé d'études PJJ (Lille),
- Pauline RHENTER, politologue (Lille),
- Rose Marie ROYER, USH (Paris),
- Aurélie TINLAND, médecin de santé publique et psychiatre, Marseille,
- Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse),
- Halima ZEROUG-VIAL, psychiatre (Lyon).

Contact rédaction :
Frédérique JAMROZIK : 04 37 91 53 90



ONSMP-ORSPERE

CH Le Vinatier, 95, Bd Pinel
69677 Bron Cedex
Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92
E-mail : orspere@ch-le-vinatier.fr
Web : www.orspere.fr

Impression : Imprimerie BRAILLY
(St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47
Conception : Crayon Bleu - Tél. 04 72 61 09 99
Dépôt légal : 2302 - Tirage : 8 500 ex.
ISSN 2117-4520
N° CPPAP 0910B05589