

AVANT-PROPOS

Gérard Zribi et Thierry Beulné

Les réponses aux handicaps psychiques deviennent aujourd'hui un axe prioritaire des politiques publiques en direction des personnes handicapées. Celui-ci est notamment affirmé clairement dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et au niveau des textes d'application.

Bien qu'un certain nombre de situations aient pu être prises en compte par des services (SAVS, SAMSAH...) et par des établissements sociaux et médico-sociaux (ESAT, foyers de vie, FAM, foyers d'hébergement, MAS...), en complément de l'action des secteurs de santé mentale, les solutions apportées doivent être largement améliorées tant du point de vue quantitatif que qualitatif. En effet, l'ampleur des besoins est considérable et fait l'objet d'un consensus entre les décideurs publics, les associations d'usagers, les institutions et les professionnels.

De nombreuses questions sur le suivi des handicapés psychiques méritent d'être approfondies : les soins, la réadaptation, la rencontre et l'entraide mutuelle, l'aide aux aidants familiaux, la sociabilisation et l'individualisation des parcours vers une intégration sociale optimum, ainsi que l'instauration de partenariats et de réseaux pour accompagner des parcours souvent chaotiques.

Par ailleurs, la nécessité de former les professionnels (médecins, responsables de formation, assistantes sociales, infirmiers, paramédicaux, éducateurs, psychologues, travailleurs sociaux, formateurs, agents des collectivités publiques) aux handicaps psychiques est patente. La diffusion des approches positives également est indispensable pour mobiliser les énergies. La sensibilisation de l'opinion publique est enfin un moyen essentiel de prévention et de lutte contre les rejets et la marginalisation.

Ces orientations se concrétiseront réellement à condition que l'ensemble des acteurs (usagers et familles, élus et administrations, experts et professionnels

« de terrain », associations et services...) se les approprient, mutualisent leurs constats, leurs savoirs et leurs expériences, et décident d'avancer pour mieux faire.

Cet ouvrage a l'ambition d'apporter sa contribution aux connaissances sur le sujet. Il fait largement la part, à côté d'exposés théoriques, aux expériences innovantes, à la réflexion clinique et aux débats induits par le croisement des regards et des approches.

Première partie

Approches des handicaps psychiques

Les handicaps psychiques : état des lieux et problématique

Gérard Zribi

La question du handicap psychique n'est pas nouvelle, et pourtant elle est posée de façon pressante depuis quelques années et s'inscrit, depuis la loi du 11 février 2005 dite aussi « loi handicap », comme l'un des axes prioritaires de la politique du handicap.

Plusieurs études et recherches sont menées actuellement, les rencontres et les séminaires se multiplient, mais les terminologies notionnelles restent floues. Les réponses actuelles, tant sanitaires que médico-sociales, quelquefois de grande qualité, sont peu connues. Les chantiers à mener en termes de soins, de réadaptation et d'accompagnement des personnes dites « handicapées psychiques », de formation des professionnels, de coopérations sanitaires et sociales, de droits des usagers et des patients, sont insuffisamment identifiés ou encore peu explorés sur le fond et dans leur complexité.

Il nous faut donc poser le décor, dessiner, ne serait-ce que synthétiquement, un état des lieux, faire émerger les thématiques principales et apporter notre pierre aux élaborations nécessaires et à la préoccupation prospective. Quelques points seront présentés ici pour donner un cadre général à cet ouvrage.

De quoi parle-t-on ? Que recouvre la notion de handicap psychique ? Comment l'évaluer ?

Selon la loi du 11 février 2005, « constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou *psychiques*, d'un polyhandicap ou d'un *trouble de santé invalidant* ».

Comme pour la notion globale du handicap, celle de handicap psychique a été construite empiriquement, sans fondement médical ou psychopathologique. On peut cependant dégager plusieurs caractéristiques :

– Le handicap psychique ne se confond pas avec l'ensemble des troubles psychiques : il n'en représente que l'une des catégories identifiées socialement, notamment par une reconnaissance administrative, celle du handicap.

– Le handicap psychique est lié à une altération substantielle dans plusieurs domaines :

- la pensée et les sentiments, avec des impacts sur l'image de soi, la perception, la communication et la sociabilisation ;
- les compétences sociales, de la vie quotidienne et de l'autonomie ;
- l'adaptation sociale et professionnelle, restreignant logiquement la participation à la vie sociale ;
- la qualité de vie dans l'espace privé et familial ;
- le fonctionnement cognitif, de façon plus ou moins marquée.

Le handicap désigne donc une situation durablement lourde et complexe ayant des conséquences fortes en termes d'autonomie et de santé et requérant des soins et des aides sur le long terme.

Si l'on se réfère à la Classification internationale du handicap (CIH) ou à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), plus récente et qui intègre davantage la participation sociale et les facteurs environnementaux, on peut dire que les maladies mentales peuvent entraîner une déficience et une incapacité générant dans un certain nombre de cas une relation gravement perturbée et à long terme entre une personne et son environnement : c'est cette perturbation de la relation qui caractérise le handicap psychique. Il peut générer de la grande précarité, de la stigmatisation, une solitude et un fort sentiment d'abandon et, en tout état de cause, des parcours chaotiques rendant possibles des ruptures définitives ou de longue durée.

Ceci dit, comme pour tous les autres handicaps, il n'est pas possible de définir de manière précise et statique les handicaps psychiques : seuls quelques aspects communs peuvent être relevés, la population se caractérisant par une grande hétérogénéité, quant à l'intensité des troubles, la personnalité propre, la qualité des soins et des prestations sociales et médico-sociales, l'environnement privé, les possibilités matérielles...

Mais, traditionnellement, les politiques destinées aux populations à besoins particuliers supposent l'identification de catégories (les autistes, les cérébro-lésés...). Le réflexe des décideurs publics est donc de rechercher un outil de classification pour définir des réponses et adopter éventuellement un plan d'équipements. De nombreuses classifications françaises,

européennes et nord-américaines ont vu le jour, mais, isolées, elles n'ont aucune chance d'approcher réellement les problématiques en question et d'orienter vers les solutions appropriées.

Pour une autre population (les enfants handicapés mentaux), une circulaire de 1990, accompagnant la réforme des textes réglementant les établissements médico-pédagogiques (EMP) et médico-professionnels (EMPro) en 1988 et 1989, évitait intelligemment l'écueil d'une approche réductrice et, à vrai dire, peu productive :

« Le diagnostic médical n'autorise pas à faire l'économie de l'évaluation complexe des capacités cognitives et interactives de l'enfant qui seule, permet de déterminer les besoins spécifiques d'éducation [...]. La déficience mentale ne peut plus être considérée de manière univoque comme un état définitif fixé. »

On pourrait adapter cette formulation à l'évaluation des handicaps psychiques et l'élaboration des mesures individuelles et collectives à retenir.

Plutôt, en effet, que de rechercher en vain l'outil de mesure idéal, il est sans doute plus adéquat de privilégier des approches plus empiriques comme la mise en place de services d'accueil, d'observation, d'évaluation et d'auto-évaluation en situation concrète à partir, ou non, d'établissements et de services existants. Ainsi, l'utilisation élargie et adaptée aux handicapés psychiques des unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS), dont le rôle est de mettre en œuvre un programme de réentraînement à la vie active, de formuler l'orientation appropriée du patient et d'assurer l'accompagnement nécessaire à sa réinsertion sociale et professionnelle, nous paraît être une excellente solution. Cette approche est bien entendu valable pour d'autres types de structures (les foyers d'hébergement, les foyers de vie, des « appartements-écoles »). L'Association des familles et amis pour l'accueil, les soutiens, l'éducation et la recherche en faveur des personnes handicapées mentales (AFASER) a mis en place, dans cette logique, deux services dénommés « Le relais » à partir, de ses établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) de Champigny dans le Val-de-Marne et d'Aubervilliers en Seine-Saint-Denis, évitant ainsi des orientations inappropriées et des échecs répétés. Ils permettent de mettre en œuvre, à l'issue des stages, une pluralité de solutions à la mesure des capacités, des motivations et des projets de vie de chaque personne. Bien entendu, ces actions s'inscrivent dans un partenariat formalisé avec les secteurs de santé mentale et s'articulent avec les services sociaux : on a alors le bénéfice d'un constat « vrai » et dynamique d'une évaluation des capacités préparant, dans de bonnes conditions, un accompagnement coordonné, modulé et évolutif. Les bilans d'évaluation sont ainsi la résultante d'une mise

en situation réelle avec une temporalité suffisante (six mois) au cours de laquelle tous les acteurs, et en premier lieu les stagiaires, ont été associés.

Plusieurs expériences de ce type existent en France, mais elles sont malheureusement peu connues et bénéficient par conséquent à un nombre très faible de handicapés psychiques. Pourtant, elles sont le support de parcours individualisés et d'une offre graduée, personnalisée et continue de prestations et d'accompagnement.

Ajoutons encore que les représentations collectives à l'égard des maladies mentales sont ambivalentes : tout en faisant davantage qu'autrefois place aux droits et à la dignité de vie des personnes qui en sont affectées, elles sont encore imprégnées d'imprévisibilité, d'incurabilité, de marginalisation et, plus encore, dans un climat sécuritaire, de dangerosité.

Comme l'éditorialiste du *Monde* (2008) le notait fort justement, « ce n'est pourtant pas d'une réponse punitive dont les malades mentaux ont besoin mais bien à l'extrême opposé, de soins plus constants », impliquant disponibilité et présence rassurante des personnels.

Enfin, si l'on veut avoir une idée, quoiqu'approximative, de la dimension quantitative de la question, le plan ministériel 2005-2008 « Psychiatrie et santé mentale » évalue entre 300 000 et 500 000 le nombre d'adultes atteints de psychoses délirantes chroniques, dont 250 000 schizophrènes.

Quels sont les constats en termes de réponse ?

Depuis une cinquantaine d'années, a été donné le coup d'envoi d'une nouvelle organisation des réponses à la santé mentale.

À une réponse unique (l'hôpital), s'est progressivement substituée, tant pour la psychiatrie infanto-juvénile que pour la psychiatrie adulte, une organisation fondée sur la sectorisation psychiatrique. Cela signifie que l'hospitalisation ne devient qu'une des réponses aux problèmes psychiatriques, au bénéfice d'un développement communautaire de structures alternatives et de dispositifs de prise en charge ambulatoire. Les concepts et les pratiques de psychiatrie dans la communauté, d'antipsychiatrie ou de psychiatrie alternative accompagnent ce que l'on dénomme le « mouvement de désinstitutionnalisation » (en réalité de pluralité de réponses), avec, faut-il le noter, des bonheurs divers. En effet, les réponses alternatives, dans un certain nombre de situations, n'ont ni compensé les fermetures massives de lits psychiatriques, ni été à la hauteur des ambitions de la politique de sectorisation. Le passage massif du sanitaire vers le médico-social (plus de 30 % des usagers des ESAT par exemple, sont des handicapés psychiques, en moyenne

nationale) n'a pas été correctement accompagné (en moyens, en formation, en partenariats), même si certaines expériences sont tout à fait remarquables.

Cette démarche dite « asymétrique » du médical vers le médico-social va être, du moins dans les intentions officielles, encore accentuée, les agences régionales de santé (ARS) en étant l'un des principaux outils.

Il n'est donc que temps de se donner les moyens nécessaires pour construire les collaborations indispensables à une réponse globale assurant dignité et qualité de vie des personnes handicapées psychiques.

Il n'est pas inutile de se référer à quelques constats pour opérer une évaluation appropriée. Selon le rapport ministériel *Psychiatrie et santé mentale* (2005-2008) :

– 96 % de l'hospitalisation à temps complet sont assurés par la psychiatrie générale.

– Le nombre de lits a globalement diminué (- 40 % entre 1987 et 1997), mais de manière inégale selon les secteurs :

- 38 % des secteurs ont entre 1 et 49 lits ;
- 47 % des secteurs ont entre 50 et 99 lits.

– Le nombre de patients hospitalisés augmente, mais la durée d'hospitalisation baisse.

– La durée d'hospitalisation est liée à la capacité d'accueil sans que l'on en ait réellement une explication :

- 39 jours dans les secteurs de moins de 50 lits ;
- 66 jours dans les secteurs de plus de 150 lits.

– 2 % des lits sont occupés par des patients hospitalisés depuis plus d'un an.

L'hospitalisation est souvent inappropriée, selon Gérard Massé (2007) : soit on constate la difficulté de faire hospitaliser des patients, faute de places, soit le temps d'hospitalisation est beaucoup trop court. Pourtant, la réduction du temps d'hospitalisation ne peut pas être en soi un critère de qualité et d'efficacité des établissements : « On organise les ruptures de soins en faisant sortir trop tôt les patients et ensuite on s'étonne qu'il y ait des passages à l'acte » (une infirmière, citée par Prieur, 2008). Ainsi, faute de solutions sanitaires ou sociales, un certain nombre de handicapés psychiques cheminent de l'hôpital à la rue, en passant par des logements précaires (centres d'accueil, hôtels...). À l'inverse, d'autres (13 000 selon le plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 ») restent hospitalisés du fait de la difficulté de trouver des relais sociaux ou médico-sociaux adaptés. Par ailleurs, les moyens de l'ambulatoire restent relativement faibles. Ajoutons qu'une réponse exclusivement sanitaire ne suffit pas du fait de la triple dimension des troubles psychiques : médicale, psychologique et sociale.

Également, le secteur social et médico-social, censé accroître son rôle dans les réponses aux handicaps psychiques, ne dispose pas des moyens nécessaires. Des carences quantitatives sont constatées ainsi au niveau de l'offre sociale et médico-sociale, mais, répétons-le, celle-ci ne peut pas, en tout état de cause, se substituer au dispositif de soins.

Très justement, il est noté encore dans le plan d'action 2005-2008 « qu'une attention particulière sera portée à l'appui sanitaire des solutions médico-sociales ». Celles-ci peuvent consister en la mise en place de services (SAVS, SAMSAH) ou d'établissements (ESAT, MAS, FAM, foyer de jour...) assurant l'accueil à temps plein ou à temps partiel, en accueil temporaire, en accueil séquentiel... Mais ces structures auront besoin, pour accueillir des handicapés psychiques, à la fois d'une réglementation plus souple que celle qui définit actuellement leur fonctionnement, mais aussi de la possibilité de construire des projets véritablement originaux et variés.

L'exemple de l'emploi est tout à fait éloquent. La réglementation issue de la loi du 11 février 2005 est, en effet, excessivement rigide et peu adaptée aux handicapés psychiques. L'emploi « aidé » suppose qu'une aide à l'emploi attribuée aux employeurs par l'État soit corrélée à des financements d'aménagements environnementaux, ce qui postule que le handicap psychique s'évapore avec une compensation mécanique et fonctionnelle des difficultés, alors que celles-ci affectent la globalité du sujet et de sa manière d'être.

Par ailleurs, les ESAT, c'est-à-dire l'emploi protégé, sont toujours définis juridiquement comme des institutions médico-sociales. Cependant, certaines dispositions limitent considérablement les soutiens psychosociaux ainsi que les alternances quelquefois nécessaires entre un accompagnement social et une prise en charge sanitaire et thérapeutique, nécessaires à l'intégration dans le milieu de travail protégé des handicapés psychiques.

Alors que les pouvoirs publics souhaitent que ceux-ci trouvent leur place en ESAT, il est à craindre déjà que des expériences actuelles, tout à fait intéressantes et transférables, soient mises en difficulté (administrativement et budgétairement) et que les projets futurs ne soient réservés qu'aux patients les plus stabilisés et sociabilisés, c'est-à-dire à une minorité d'entre eux.

Également, la mise en place d'« appels à projets », à l'initiative des ARS, qui est instituée par la loi « hôpital, patients, santé et territoire », pose également question à deux titres : d'une part, parce que l'on ne connaît pas les besoins tant sur le plan quantitatif que qualitatif (les attentes des patients) – comment alors fixer un nombre de places à créer ? ; d'autre part, parce que cette proposition « du haut » engage implicitement ou explicitement un cadre uniformisé des réponses. Selon le texte, une commission de sélection d'appels à projet social et médico-social est instituée à la place du comité

régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). Ce dispositif n'est pas « positif » en ce sens qu'il bureaucratise le système, asphyxie les initiatives et le désir d'entreprendre et d'innover, écarte les acteurs engagés dans l'action et n'offre aucune garantie de qualité, le moins-disant dans le financement ayant toutes les chances d'être favorisé. C'est ce constat qui a amené la région Émilie-Romagne, en Italie, à renoncer à cette pratique après une dizaine d'années d'expérience.

Faut-il rappeler encore que les approches interactives, bien implantées dans la communauté, plurielles, mobiles et souples (les communautés de vie, les appartements thérapeutiques, les services d'accompagnement, les groupes d'entraide mutuelle ou GEM, les clubs de patients, l'emploi assisté...), ont été créées à partir du « terrain », grâce à l'implication, à l'initiative et à l'imagination de praticiens du secteur public et associatif ? Pourquoi, enfin, transformer les associations, souvent proches de la population et de ses besoins, en opérateurs de décisions publiques peu connectées à la complexité et à la multiplicité des situations ?

On voit bien, malgré les avancées réelles constatées depuis une quinzaine d'années dans les pratiques, l'indispensable intégration de problématiques particulières qu'il reste à faire.

Les droits des usagers du système de soins et du système médico-social sont-ils réels ?

L'information et la participation des patients et des usagers sont des données majeures de ces vingt dernières années dans l'action thérapeutique et/ou institutionnelle. Les préconisations publiques (loi sur les usagers du système des soins, loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale) vont tout à fait dans cette direction. Le rapport rédigé à l'intention de la ministre de la santé en janvier 2008 préconise également le rôle institutionnel des malades, de leurs familles ou de leur entourage, « acteurs à part entière du système de santé aux côtés des professionnels ».

Il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une communication et d'un échange complexes qu'il faut adapter à chaque fois et dans la durée, afin qu'ils soient réels. Il en sera bien sûr question dans cet ouvrage pour marquer les progrès existants et identifier les espaces pour progresser.

Plusieurs mouvements, comme par exemple Advocacy, l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM), Mental Health, la Fédération nationale des associations de patients et ex-patients « psy »

(FNAP-Psy), se donnent pour objectif de faire entendre la parole des usagers et des patients et obtenir le respect de leurs droits.

Pourtant, des notions phares – sans doute à nuancer et à débattre ici et ailleurs –, à savoir les droits à la participation et au consentement des soins et des prestations, sont sans doute insuffisamment approfondies ou prises en compte. Ainsi, les associations d'usagers dans les secteurs de santé mentale sont seulement représentées dans 16 % d'entre eux, les familles dans 23 %. Le nombre de conseils de secteur est faible. Paradoxalement, le nombre des hospitalisations sans consentement, et notamment les hospitalisations à la demande d'un tiers, est en forte augmentation. Dans le secteur médico-social, malgré des réalisations intéressantes, l'ensemble des droits des usagers n'est pas pleinement mis en œuvre.

Alors, comme s'interrogent Jean-Paul Caverni et Roland Gori (2005), le consentement ou l'*empowerment* sont-ils « un droit nouveau ou une imposture » ? Vont-ils se résumer à une caricature ? Comme l'écrivent les auteurs : « Consentez-vous à prendre pour remède le médicament ici présent ? », ou que celui qui s'y oppose le dise aujourd'hui ou se taise à tout jamais !

Le consentement est-il une marque de respect de la personne, de son intimité, de sa dignité, de sa liberté ou un droit imaginaire, peu crédible ou encore démagogique ? Doit-on assimiler les droits des patients du système de soins ou des usagers du secteur médico-social à ceux des consommateurs tout-venant ?

On peut se demander aussi, avec Zygmunt Bauman (2008), si ce n'est pas à présent « au fétichisme de la subjectivité qu'il appartient de dissimuler la réalité marchandisée de la société des consommateurs ». Les droits aux choix, si présents dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale, dans la « loi handicap » du 11 février 2005 ou encore dans celle du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ne risquent-ils pas de se transformer en shopping illusoire des prestations ? Dans ce cas, si le client est roi, le roi est nu !

Il ne fait aucun doute que la croyance généralisée et univoque en la souveraineté du consommateur-usager-patient générerait alors de lourdes déceptions. Mais les décisions doivent-elles toujours être prises, au nom d'un impérialisme scientifique, par les experts censés être infaillibles ? Nous n'en sommes plus là, et fort heureusement, aujourd'hui.

En tout état de cause, un certain nombre de pratiques de terrain ont d'ores et déjà concilié remarquablement dans les faits les termes complexes de cette problématique entre accroissement des droits des usagers et accompagnement structurant. On en aura ici, sous différents angles, des illustrations. Par ailleurs, le soutien au développement récent des groupes

d'entraide mutuelle (GEM) semble, on le verra au travers d'exemples, tout à fait prometteur.

Les partenariats et les réseaux ne sont-ils qu'incantatoires? Les coopérations sont-elles réelles?

Les cloisonnements entre acteurs sont souvent mis en avant et expliqués toujours à l'identique : la différence des cultures professionnelles, la compétition entre équipes, les rapports aux usagers, les déterminants institutionnels et économiques...

Rappelons tout d'abord que les partenariats reposent sur des accords entre dispositifs institutionnalisés ou classiques de prise en charge avec comme objectif la continuité des soins et de l'accompagnement, alors que les réseaux sont aux partenariats ce que l'adultère est au mariage : ils sont d'apparence flous, réversibles, remis en question facilement (?) et peuvent changer de configuration ou d'objet.

Les partenariats et les réseaux présentent cependant des points communs. Évoluant en fonction des besoins, des attentes et de l'environnement sanitaire, social et économique, ils représentent un ensemble de choix, de priorités, d'engagements pris en vue d'atteindre un certain nombre d'objectifs. Ils ont besoin de définir ce qu'ils font, comment ils vont le faire, pourquoi ils le font et ce sur quoi ils vont faire reposer leurs efforts. Pour ce qui est plus précisément des partenariats, les acteurs, différents par leurs formations et leurs fonctions, ont des objectifs qui ne peuvent pas être analogues.

Pour réussir, la coopération, doit s'envisager non comme une définition, une répartition et une pratique du pouvoir (technique, institutionnel, hiérarchique...), mais comme une relation horizontale, parfois conflictuelle, entre des missions non superposables et reconnues comme légitimes par les uns et les autres.

Les réseaux sont plus souples, aléatoires et relationnels que les partenariats. Comme l'écrit Michel Crématez (2005), un réseau tisse, entre les individus que le composent, des liens d'échange et de coopération plus ou moins spontanés et informels basés sur une reconnaissance et une confiance mutuelle : « Sous l'angle des structures, un réseau articule des partenaires soucieux de développer des projets communs valorisant leur différenciation tout en préservant leur identité. » Par essence évolutif, « il répond parfaitement à des conditions de complexité, d'incertitude et d'évolutivité élevées ». Enfin, sa souplesse et son ouverture permettent de faciliter l'association des compétences et d'ouvrir de nouveaux espaces pour innover.

Mais le constat actuel est que les cloisonnements persistent au niveau du système de soins (généralistes-spécialistes, privé-public, hôpitaux généraux-secteurs psychiatriques). Ils perdurent également entre les secteurs psychiatriques et les acteurs médico-sociaux alors que la coordination des différentes interventions est indispensable pour assurer un projet global et cohérent aux handicapés psychiques ainsi qu'un parcours personnel qui soit guidé par les structures mais non bridé par elles. Des progrès ont été faits (61 % des secteurs de psychiatrie générale ont passé une convention avec un établissement de santé et plus de 50 % des secteurs ont passé des conventions avec un établissement médico-social), mais beaucoup reste à faire pour favoriser les complémentarités, les relais, les alternances, les coordinations et les passerelles. Des réalisations extrêmement positives apporteront très certainement, à l'avenir, leur pierre à la complémentarité des compétences et des modalités d'intervention.

Conclusion

L'ambition de proposer une position sociale digne aux handicapés psychiques repose sur une série de conditions :

– *politiques* : de soins, de protection sociale, mais aussi de logement, de ressources et d'emploi ;

– *réglementaires* : par l'assouplissement et la simplification des textes et des dispositifs pour permettre expérimentations et créativité ;

– *institutionnelles* : par moins de formalisme et de rigidité, grâce à la multiplicité des échanges avec l'extérieur et aux prises d'initiatives individuelles et collectives dans le cadre de projets vivants et évaluables ;

– *formatives* : nous l'avons vu, les professionnels vont davantage encore sortir de leurs services, intervenir dans la communauté (habitat, entreprise, vie sociale et culturelle...), accompagner des situations personnelles complexes autrefois rendues invisibles par les verrouillages institutionnels, établir des liens partenariaux et travailler en réseau, etc. L'enrichissement de leur formation initiale et continue est donc indispensable pour répondre à de nouveaux enjeux de prise en charge et d'accompagnement social d'une population particulièrement compliquée.

Bibliographie

« Psychiatrie en détresse », *Le Monde*, éditorial, 21 novembre 2008.

Arnault S. *et al.* (2007), « L'activité des établissements de santé en 2006 en hospitalisation complète et partielle », *Études statistiques*, n° 618, décembre.

Bauman Z. (2008), *S'acheter une vie*, Actes Sud.

Caverni J.-P., Gori R. (2005), *Le consentement*, Champs Libres.

- Ceccotto R. *et al.* (dir.) (2007), *Le droit à la santé des personnes handicapées mentales et psychiques*, Éditions ENSP.
- Coldefy M. *et al.* (2007), *La prise en charge de la santé mentale. Recueil d'études statistiques*, La Documentation française.
- Conty E., Cecchi-Ténéry R. (2009), *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, rapport présenté à M^{me} Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports, janvier.
- Crémadez M. (2005), « Combattre ou prévenir la résistance au changement? », in HEC, *L'art du management*, Dunod.
- Demilly L. (2005), « Cloisonnements et coopérations dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques », *Information psychiatrique*, vol. 81, n° 4, p. 337-343, avril.
- Guillaume-Hofnung M. (dir.) (2003), *Droits des malades. Vers une démocratie sanitaire*, La Documentation française.
- Marseille S. (2008), « Advocacy : pour les usagers de santé mentale, une place dans la cité », *Union Sociale*, n° 216, avril.
- Massé G. (2007), « Préface », in Coldefy M. *et al.*, *La prise en charge de la santé mentale. Recueil d'études statistiques*, La Documentation française.
- Massé G., Vigneron I. (2006), « Territorialité et santé mentale », *Pluriels*, n° 60, juillet.
- Ministère des solidarités, de la santé et de la famille (2005), *Psychiatrie et santé mentale 2005-2008*, ministère des solidarités, de la santé et de la famille, avril.
- Olivero A., Palazzolo J. (2008), « Informer le patient en psychiatrie : entre pratique clinique et réflexion anthropologique », *Annales médico-psychologiques*, vol. 166, n° 3, p. 163-171.
- Prieur C. (2008), « La psychiatrie française va de plus en plus mal », *Le Monde*, 20 novembre.
- Velpry L., Ehrenberg A. (dir.) (2003), « Les personnes souffrant de troubles mentaux graves. Itinéraires de prises en charge et modes de vie. Étude exploratoire. Approcher l'expérience de la maladie mentale », *Cahiers de recherches de la MIRE*, n° 15.
- Zribi G., *L'avenir du travail protégé*, Éditions EHESP, 3^e éd., 2008.
- Zribi G., Poupée-Fontaine D., *Dictionnaire du handicap*, Éditions ENSP, 6^e éd., 2007.
- Zribi G., Sarfaty J., *Handicapés mentaux et psychiques. Vers de nouveaux droits*, Éditions EHESP, 2^e éd., 2008.