

L'ACTUALITE DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE

Rentrée 2015/2016, sectorisation et territorialité

EDITORIAL

Cette rentrée de l'année 2015/2016 s'annonce sous des auspices préoccupants voire menaçants.

1) La crise démographique qui s'aggrave, à la fois pour des raisons de non renouvellement des générations et de la fuite par les Praticiens de l'hôpital public devenu inattiratif avec de surcroît une pénibilité qui s'accroît de jour en jour.

2) La crise financière et économique qui touche de plein fouet nos services et nos secteurs rendant plus précaire que jamais, le maintien d'une psychiatrie de secteur de qualité et accessible à tous.

3) Les contenus et avatars de la loi santé avec notamment les articles 13 (psychiatrie), 27 (CHT), 34 (départ à la retraite), 48 (maintien des statutaires) et 49 (révision de la gouvernance HPST).

Tous ces éléments ne nous rendent guère optimiste pour le court terme en psychiatrie publique que nous défendons néanmoins « bec et ongle ».

Nous publions en cette rentrée une mise à jour, toujours bienvenue sur la territorialité et le secteur. Nous continuons ainsi à informer la profession et les collègues sur ce qui fait notre quotidien professionnel et l'intérêt de notre pratique.

Réflexions sur sectorisation et territorialité.

Charles
Alezzrah

Quelles sont les attentes ?

-**En premier lieu**, celles des usagers, pour obtenir les meilleurs soins possibles, pour une meilleure accessibilité, pour un respect des droits et de la citoyenneté, et pour ne plus être stigmatisés comme personnes différentes et potentiellement dangereuses.

-Mais aussi l'attente des professionnels pour avoir les moyens des ambitions affichées. Cela ne renvoie d'ailleurs pas simplement à une éventuelle augmentation des ressources mais également à une clarification des missions assignées et un cadre mieux défini pour y répondre.

Quels enjeux ?

De plus en plus, il s'agira demain de :

- rendre nos organisations** plus lisibles pour les usagers comme pour nos partenaires,
- réduire les écarts** entre les discours, les projets et les actes sur

le terrain, dans le quotidien du soin,

- **adapter la réglementation** et le cadre législatif aux besoins,
- **diminuer les clivages** entre sanitaire, médico-social et social mais également, dans le système sanitaire, entre les différents acteurs que sont les médecins généralistes, les différents spécialistes et les psychiatres pour que la prise en charge globale ne reste pas théorique.

Un brin d'histoire

En France, la première loi relative à l'hospitalisation sous contrainte, celle du 30 juin 1838, prévoyait diverses procédures d'internement mais n'envisageait aucune mesure spécifique d'accompagnement à la sortie. C'est pour répondre à ce besoin que se développeront les sociétés de patronage et, plus tard, les associations de secteur. En 1841, J.P.Falret fonde un foyer de postcure pour femmes à Paris. Foville, dès 1860, propose un système d'assistance à domicile. Magnan et Bouchereau ouvrent en 1868 des consultations externes à Ste Anne et la Salpêtrière.

Au début du XXe siècle, Edouard Toulouse propose la mise en place d'un « service libre » par opposition aux services fermés de la Loi de 1838. Il ouvre, en 1922, un service à Sainte-Anne



www.idepp.info

www.idepp.info

Réflexions sur sectorisation et territorialité.

Charles
Alezzrah



développant des soins hospitaliers, en dehors de tout internement, mais également des consultations et des visites à domicile. On retrouve déjà les fondements de la doctrine du secteur qui développera une pratique basée sur la prise en charge par une même équipe pluridisciplinaire des malades mentaux au sein du milieu naturel.

Juste après la guerre de 1939-1945, Sivadon, Le Guillant et Ey, ouvrent des Centres de Traitement et de Réadaptation Sociale (1). Pour Lucien Bonnafé « En fonction du principe de continuité il est aberrant de réduire la relation thérapeutique au temps et au lieu de l'hospitalisation, comme en fonction du principe de travail en direction de l'environnement il est aberrant de traiter le trouble mental comme s'il se passait simplement dans l'enveloppe corporelle du sujet, l'aménagement de la présence au monde extérieur ne pouvait évidemment se réaliser que sur la base d'un ensemble démographique donné... » (2)

Dès le début, la sectorisation s'est appuyée sur un double découpage, territorial et démographique mais ce découpage démographique à 67 000 habitants, découlait, de fait, d'une simple règle de calcul à partir d'une conception très hospitalocentrique en référence aux normes de l'époque en matière d'indice lit/population (3).

L'évolution cependant sera longue. Si la circulaire fondatrice du secteur date du 15 mars 1960, le véritable mouvement d'ouverture généralisée des hôpitaux psychiatriques n'interviendra qu'à partir des années 1970. Et le secteur n'entrera dans la loi qu'en 1985 avec une triple mission de prévention, de diagnostic et de soins situant déjà les enjeux en termes de santé mentale plutôt que de soins... Cette reconnaissance dans la loi sera limitée dans le temps puisque la sectorisation disparaîtra des derniers textes législatifs relatifs à la santé. On recommence depuis peu à évoquer un « secteur renouvé » qui pourrait trouver place dans la loi sur la santé publique programmée en 2015.

Il faut surtout noter des changements

dans les pratiques sociales et leurs traductions législatives avec la Loi du 11 Février 2005 entérinant une évolution du concept de handicap, incluant les atteintes à l'autonomie résultant des troubles psychiques et mettant l'accent sur les impératifs d'inclusion sociale et d'adaptation de l'environnement. Un nouvel espace s'est ouvert petit à petit à de nouveaux intervenants sur des registres différents. D'autres acteurs se positionnent aujourd'hui, soit comme relais soit dans d'autres formes d'accompagnements complémentaires des soins psychiatriques sur des registres différents. Ainsi, par exemple, les SAVS, et les SAMSAH prennent progressivement leur place dans le dispositif. Mais cette multiplication du nombre d'intervenants augmente les risques de clivage. C'est pourquoi des liens forts et une articulation claire entre tous les acteurs apparaissent plus que jamais essentiels

Une philosophie du soin qui doit s'adapter

Dispositif centré sur le malade et non sur les établissements de santé, la sectorisation porte en germe les plus récentes évolutions de l'organisation des soins. L'extension sera progressive, à l'ensemble des disciplines médicales dans le cadre de la planification, jusqu'à consacrer le « secteur sanitaire » (loi hospitalière du 31 décembre 1970) ou le « territoire de santé » comme une unité géo-démographique, fournissant un cadre adapté à la mise en œuvre des principes de proximité, de continuité et de coordination des soins, pour tout le dispositif sanitaire. La psychiatrie de secteur est un exemple de santé communau-

taire qui permet à chacun d'être soigné en fonction de ses besoins. Mais ce principe égalitaire ne résiste pas à l'épreuve des faits. Pour les mêmes missions de service public, les écarts de moyens sont considérables, en matière de lits, de personnel paramédical, ou de psychiatres, sans forcément que les services les mieux dotés soient ceux qui offrent les meilleures réponses à la population. Aussi peut-on se demander s'il existe une réelle identité de chances pour un malade, notamment psychotique, en fonction de la région, du département, des établissements de santé de référence, du fait des moyens affectés à son secteur, mais aussi de l'existence ou non d'une offre en psychiatrie libérale ou en clinique privée ? D'autre part, la sectorisation a été conçue sur une domiciliation des populations or il y a de plus en plus de personnes sans domicile stable, et parmi elles beaucoup de malades dromomanes ne demandant rien (4)...

Tout naturellement, sous des pressions diverses, le champ de la psychiatrie et les missions qui lui sont assignées n'ont cessé de s'étendre. L'exercice clinique quotidien confirme qu'il y a toujours autant de psychotiques, même si l'expressivité de la psychose et son pronostic social ont été sensiblement modifiés. Il s'y ajoute d'autres pathologies classiques mais aussi des demandes de plus en plus difficilement classables, au carrefour de la pathologie et du fait de société : conduites addictives diverses allant de l'alcoolisme au jeu pathologique, détresses psychosociales liées à la grande précarité, prise en charge de la douleur, des situations de catastrophe, de la délinquance sexuelle...L'apparition de nouveaux besoins (demandes ?...) justifie une évolution, une adaptation des réponses, une souplesse qui se trouve rarement

être la caractéristique principale de nos lourdes organisations institutionnelles traditionnelles. Les réponses inventées pour les « maladies mentales » ne peuvent se révéler adaptées à tout. Par ailleurs, la multiplication des demandes, sur un registre de plus en plus vaste mais également en des lieux de plus en plus éloignés et différenciés, contribue à fragiliser un ensemble dont les moyens sont loin d'évoluer proportionnellement aux besoins (demandes ?...). On peut légitimement penser que l'augmentation de l'activité en psychiatrie publique comme privée correspond à un recours de plus en plus fréquent à une

médicalisation des réponses dans une société en perte de repères. Mais peut-on, doit-on traiter tout symptôme, tout comportement « hors normes », tout désespoir ? Toute détresse ne relève, pas a priori, de la médecine. Dans bien des domaines, au contraire, la souffrance est un gage de normalité et d'insertion sociale lorsqu'elle peut être partagée. Cependant, à mesure que les liens sociaux se transforment, les occasions d'échange se raréfient ou donnent lieu à des relations de plus en plus superficielles n'assurant plus un étayage suffisant dans les moments difficiles. Mais, penser qu'il existe un remède à tous les maux relève de l'illusion et la première réponse thérapeutique consiste, dans certains cas, à rappeler qu'il n'est parfois ni possible, ni souhaitable de combler un manque.

Quelle articulation entre soin et territorialité demain ?

La sectorisation a été pensée au départ pour la prise en charge des psychotiques. On connaît la force de chronicisation de la psychose. Pour rester adapté, le dispositif de soin n'a d'autre alternative que d'évoluer et se remettre en question, pour rester en recherche de sens aux réponses apportées. Cette faculté d'évolution, le secteur doit encore et toujours en faire la preuve. Un équilibre sans cesse renouvelé reste à construire, basé sur la notion de secteurs généralistes, différents d'un endroit à l'autre, évolutifs dans le temps, mariant les structures secto-

rielles et intersectorielles dans une logique de mise en commun des moyens et de complémentarité, faute de pouvoir, chacun, répondre à tout. Le soin peut se concevoir en termes de relais mais également de partage, de liens à renforcer. Ces liens, demain, il faudra les multiplier avec le vaste secteur médico-social mais également dans le champ sanitaire.

Un territoire géographique

Comment combiner accessibilité, sécurité, technicité et décloisonnement vis à vis du dispositif social et médico-social ? Cela conduit à considérer différents territoires :

- **un territoire de proximité**, sur une zone structurée autour des offres de service, dans une dimension sanitaire (consultations de généralistes, spécialistes, infirmiers, psychologues ...) mais aussi sociale (accès au travail, à l'école, processus d'insertion ...). C'est là que se situent la plupart des structures sectorielles psychiatriques (CMP, HdJ, CATTP, équipes d'intervention à domicile, psychiatrie de liaison...). Avec entre autres questions : quelle population pour ce niveau de proximité ? Un équilibre est sans doute à trouver en terme de « zones d'influence » de chaque structure de soin, afin qu'elles ne soient ni a priori standardisées et égalitaires, ce qui exclurait les références à l'histoire et aux spécificités locales (urbaines, rurales etc...), ni, à l'inverse, totalement anarchiques (Comme on a pu le voir avec des HdJ à distance de leur secteur de référence ou une multiplication de CMP à certains endroits au détriment d'autres ...) Cette organisation des soins doit répondre en priorité aux besoins identifiés

plutôt qu'à la demande. Il semble important de ne pas attendre indéfiniment une demande chez quelqu'un dans l'incapacité de la formuler. Répondre aux besoins conduit à faire évoluer les pratiques soignantes, d'une part en y intégrant les nouvelles données de la science, d'autre part, en secouant les habitudes et les rigidités pour développer la prévention, pour multiplier les Visites A Domicile, pour anticiper les situations de crise et accompagner vers le soin. Une des pistes pourrait être la généralisation d'équipes mobiles directement rattachées aux CMP...Quelques expériences très prometteuses commencent à se développer en lien avec les réponses sectorielles.

- **Un territoire de technicité**, pour des réponses d'un type particulier pouvant nécessiter des regroupements de moyens. Le principal exemple en est les services d'hospitalisation à temps plein conciliant une proximité (relative) et une sécurité (plateau technique, proximité des spécialités médico-chirurgicales, sécurité des patients et des personnels dans des structures de masse critique suffisante). Avec une ligne de partage entre les réponses sectorielles et intersectorielles non dans une compétition mais dans une complémentarité entre dispositif « généraliste » de base et dispositifs plus spécifiques à certains types de pathologies ou de techniques de soins. Ce niveau de technicité pourrait également concerner des réponses plus spécialisées sur des échelles territoriales différentes, départementales, régionales ou inter-régionales donnant lieu par exemple à des Unités pour Malades Difficiles, ou des services très spécialisés (pour anorexiques, services mère-enfant...)

Un territoire économique et de gestion

Gérer des « services rendus » à la population plutôt que des murs ou des institutions suppose de mettre en actes le discours relatif à la décentralisation, à la gestion participative, à l'implication des usagers. Dans les faits, cela pourrait prendre différentes formes en fonction des territoires concernés.

- **celui des pôles et des secteurs** à partir d'une réelle contractualisation interne pour que les principaux acteurs du soin contri-

buent davantage aux choix des réponses à engager en fonction des éléments de réalité, et du possible. Cela suppose un questionnement sur l'activité et un outil d'évaluation qui reste à mettre en œuvre tout comme un véritable partenariat entre professionnels et usagers...

- **celui de bassins de population**, plus larges, variables selon le contexte pouvant correspondre à un établissement public de santé trans-institutionnel, permettant de gérer des unités de soins hospitalières, dans des hôpitaux différents si nécessaire, et extrahospitalières. Il pourrait rassembler les secteurs psychiatriques d'une même aire géographique mais également les dispositifs intersectoriels, les réseaux de soins, les acteurs associatifs....

- **celui de la région** où en fonction des besoins et des possibilités pourraient être définis une politique et un calendrier d'application. C'est en partie ce qui a été engagé au travers de la mise en place des ARS pour définir de véritables projets régionaux. Ce niveau régional apparaît particulièrement intéressant, conciliant une proximité, certes relative, mais qui permet encore d'être proche du terrain, et un poids économique suffisant pour engager de véritables choix adaptés aux réalités. La question des rééquilibrages « infrarégionaux » ne peut être abordée efficacement qu'à cette échelle.

Un territoire socio-politique

Il est transversal à tous les précédents, au niveau local, départemental, régional ou national. Il ne peut y avoir de dispositif de soin structuré qui ne corresponde à une politique de santé, incluse dans un projet de société, et arrêtant, en hiérarchisant, les objectifs à atteindre mais également, le plus précisément possible, les moyens mis en œuvre. Cet engagement, ces choix clairs sont attendus des responsables politiques aux différents échelons. La référence aux moyens va bien au-delà des enveloppes financières et d'éventuelles clés de répartition. Cela inclut également une politique de communication vis à vis du

grand public comme des acteurs de terrain ou des usagers, dans une dimension pédagogique. Une implication plus grande des responsables politiques à l'échelon local doit permettre une meilleure coordination et l'exercice d'une véritable démocratie sanitaire. La place des conseils locaux de santé mentale (qui pourraient devenir une branche de conseils locaux de santé) est aujourd'hui encore largement insuffisante et méconnue...

En guise de conclusion provisoire

La sectorisation psychiatrique a montré la voie d'un dispositif de santé public clairement territorialisé. S'il a pu exister des caricatures, des bastions hermétiques, cela ne doit pas remettre en cause ses fondements. Nous souscrivons à l'idée que : « C'est en retrouvant le sens profond des principes de la sectorisation que la psychiatrie peut rester elle-même...ainsi, l'avenir de la psychiatrie ne devrait pas être moins de secteur, mais davantage de secteur... » (5) Cette optimisation des ressources suppose certes des réponses institutionnelles mais surtout un état d'esprit dépassant les clivages pour développer les complémentarités, les relais et le partage, qui fondent une dynamique de réseau. Nous avons insisté sur le rôle que les usagers sont appelés à jouer mais cela suppose aussi la défense, la valorisation, la reconnaissance, par la société et ses responsables du « travail de réparation » de plus en plus difficile confié aux acteurs du soin, du social et du médicosocial.

Le secteur n'entrera dans la loi qu'en 1985 avec une triple mission de prévention, de diagnostic et de soins situant déjà les enjeux en termes de santé mentale plutôt que de soins...

Cette organisation des soins doit répondre en priorité aux besoins identifiés plutôt qu'à la demande.



Bibliographie

1) GEORGE MC. et TOURNE Y. : Le secteur psychiatrique. Paris Que sais-je - PUF 1994

2) BONNAFE L. : Thèses 1978 sur la psychiatrie de secteur. L'information psychiatrique - 54 - 8 - octobre 1978 ; 875-886

3) VIGNERON E. : Note sur l'accessibilité de la population à son secteur psychiatrique. Groupe de prospective santé et territoires de la DATAR. Le Vinatier Lyon 28-29 septembre 2001

4) ALEZRAH C., CABROL M., BEN AYED D. Psychotiques et sans abri: quelles réponses? Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 2002 ; 54 : 73-78

5) LOPEZ A. : Le secteur psychiatrique en devenir, l'Information psychiatrique, 75, 3, mars 1999 284-288

PRINCIPAUX TEXTES DE RÉFÉRENCE (REMERCIEMENTS À EMILIE BEC DU CREAORSR POUR CE RECUEIL)

• Circulaire du 13 octobre 1937 relative à la réorganisation de l'assistance psychiatrique dans le cadre départemental
<http://psychiatrie.histoire.free.fr/psychist/19-39/rucart.htm>

• Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales
<http://www.chameaupsy.com/images/stories/systeme/doc-archives/circulaires/circulaire-15-mars-1960.pdf>

• Circulaire du 13 septembre 1961 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales
http://www.ash13.iens.13.ac-aix-marseille.fr/spip/IMG/pdf/Orientations_de_la_politique_de_sante_mentale.pdf

• Circulaire n°431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies (Pas de lien internet)

• Circulaire n°443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents
http://dcalin.fr/textoff/troubles_mentaux_1972.html

• La circulaire n°896 AS 2 du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie
<http://chameaupsy.com/images/stories/systeme/doc-archives/circulaires/circulaire-15-juin-1979.pdf>

• Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social (article 44)

http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=C-F422B18E427B63DCF89904CEC3E35C7.tpdjo17v_1?cidTexte=JORF-TEXT000000317523&dateTexte=20150126

• Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000000878232>

• Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LE-GITEXT000006065611&dateTexte=20050725>

• Loi n° 85-1403 du 30 décembre 1985 de finances pour 1986 (article 79) <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000878230&dateTexte>

• Circulaire n° 5870 du 21 décembre 1987 relative à la planification en santé mentale et à la préparation de la mise en place de la carte sanitaire en psychiatrie (Le Guide de Planification en Santé Mentale (15.12.1987))
http://basedaj.aphp.fr/daj/public/index/display/id_theme/436/id_fiche/4742

• Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale
http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19900403&numTexte=&pageDebut=04060&pageFin=

• Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000000720668>

• Décret n°91-981 du 25 septembre 1991 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000000331430>

• Circulaire DGS/DH n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents
http://dcalin.fr/textoff/sante_mentale_1992.html

• Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000000742206&fastPos=1&fastReqId=1636463638&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

• Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelles conceptions, nouveaux espoirs, OMS, 2001, 172 p.
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf?ua=1

• Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000000227015>

• Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>

• Plan psychiatrie et Santé mentale 2005-2008, 98 p.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

• Circulaire DGS/SD6 C n°2005-88 du 14 février 2005 relative à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030029.htm>

• Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, 18 décembre 2013
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>

• Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 2012/02, 43 p.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf

• Projet de loi relatif à la santé, 15 octobre 2014
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/projets/pl2302.asp>

BULLETIN DE COTISATION 2015

NOM : _____

PRÉNOM : _____

Adresse Postale : _____

Téléphone : _____

Adresse Electronique : _____ @ _____

120 € pour PH temps plein 30 € pour médecins honoraires

60 € pour PH temps partiel et assistants 200 € (ou plus) pour cotisation de soutien

50 € pour vacataires et internes

Chèque à libeller à l'ordre de l'IDEPP et à retourner au trésorier

Docteur Gilles VIDON – Hôpitaux de Saint-Maurice – 12/14 rue du Val d'Osne - 94410 St Maurice