

Reconstruire un secteur psychiatrique

Pierre Delion

DANS **RAISON PRÉSENTE** 2022/3-4 N° 223-224 , PAGES 171 À 179
ÉDITIONS **UNION RATIONALISTE**

ISSN 0033-9075

DOI 10.3917/rpre.223.0171

Date de mise en ligne : 30/12/2022

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-raison-presente-2022-3-page-171?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Union rationaliste.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

RECONSTRUIRE UN SECTEUR PSYCHIATRIQUE

*Pierre Delion**

PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE DANS LE CONTEXTE ACTUEL

La psychiatrie est dans un état lamentable depuis plusieurs années, et la pandémie a fait voler en éclats ce qui ne tenait plus qu'à un fil. Mais la psychiatrie n'est pas seule dans la tourmente : l'ensemble de la médecine d'aujourd'hui est menacé d'effondrement, tant les décideurs politiques ont refusé de voir la gravité de son état et ont pensé que le mal pouvait être traité par une remise en ordre financière et organisationnelle.

Les témoignages de citoyens, d'élus, de professionnels et de personnes directement concernées par la déconstruction rapide de notre système de santé se font chaque jour plus nombreux. Ils viennent dire aux gouvernants, notamment à ceux des trois dernières mandatures présidentielles (Sarkozy, Hollande et Macron), que contrairement au pacte républicain sur l'égalité des chances, sur la justice sociale et sur la solidarité nationale, le compte n'y est plus du tout. Le système de santé français, qui était une des réussites de la politique en faveur des citoyens de la deuxième moitié du vingtième siècle, est devenu en quelques dizaines d'années, la honte de notre dispositif de solidarité.

Si vous êtes riche, habitant d'une grande ville, et prêt à passer devant les autres, alors vous avez une bonne chance de pouvoir vous soigner de façon relativement correcte. Il vous en coûtera cher, puisque vous serez probablement obligés de recourir à des soins proposés par les établissements privés à but lucratif, dans lesquels les dépassements d'honoraires ne font même plus scandale lorsqu'ils atteignent des chiffres faramineux. Mais si vous avez le malheur de ne pas « cocher » dans ces cases de privilégiés, le résultat sera tout autre. Vous serez obligés de vous rendre dans les hôpitaux publics où la fréquentation est en augmentation constante, où les soins, lorsqu'ils ne sont pas annulés pour raison de Covid-19, sont dispensés avec des moyens en permanente diminution, par des soignants, médecins, infirmiers et tous leurs collègues de l'équipe soignante,

* Professeur Émérite, Praticien hospitalier honoraire, faculté de médecine de Lille, psychanalyste

harassés, découragés, en colère de constater, jours après jours, les effets d'une « casse » programmée par un pouvoir cynique.

Nos gouvernants, alertés depuis des lustres par cette involution désastreuse, ne s'en sont souciés à aucun moment, même lorsque la gauche était en position d'infléchir cette régression délétère. Pendant la pandémie, les suppressions de lits ont continué, comme si la réalité mise en évidence par cette catastrophe sanitaire n'avait pas été lue et comprise par ceux qui décident des orientations en la matière. Bien sûr de beaux discours démagogiques nous ont été tenus sur le dévouement exceptionnel des soignants, mais l'écart entre ces paroles et la réalité brute, qui nous est révélée par les constatations multiples des professionnels dans une grande partie des lieux du service public de santé, se creuse inexorablement, sans que nous ressentions le moindre frémissement en faveur d'un redressement qui devrait être considéré comme une urgence nationale. Et ce ne sont pas les histoires du Ségur de la santé, ni les Assises de la psychiatrie de l'automne 2021, qui peuvent nous faire espérer des avancées crédibles dans ce domaine.

Si la santé, toutes spécialités confondues, est maltraitée de la sorte, la psychiatrie connaît un sort pire encore, à l'image des prisons, d'un grand nombre d'Ehpad, et de la plupart des lieux de relégation de ceux qui n'ont pas la possibilité de devenir « autoentrepreneurs d'eux-mêmes ». En effet, nos gouvernants ont décidé de laisser dépérir le service public de psychiatrie de telle sorte que les grands groupes du privé à but lucratif, ayant flairé dans cette occurrence une affaire juteuse pour leurs actionnaires, investissent « dans » la psychiatrie avec l'intention assumée de remplacer à terme les secteurs de psychiatrie qui sont au bord de l'implosion. Mais cette évolution du grand service sectorisé de psychiatrie français, que nous ont envié bien des pays au temps de sa mise en place et de son fonctionnement progressif, va aboutir à une partition des patients en deux catégories de citoyens, celle qui pourra se payer des soins dans ces nouveaux établissements médico-commerciaux, et l'autre qui ne le pourra pas, et sera contrainte d'aller se faire soigner dans les services de psychiatrie redevenus asilaires. Il suffit d'observer ce qui se passe actuellement avec le scandale des Ehpad de la chaîne Orpea¹ pour avoir une idée de ce qui attend la psychiatrie de demain. Et qu'on ne vienne pas me raconter que les neurosciences vont sauver la psychiatrie publique, il s'agit en l'état d'une imposture intellectuelle de haut vol qui mise sur des résultats qui sont attendus depuis des lustres, sans que la qualité des soins en ait bénéficié de façon décisive. Il n'est que

¹ Castanet, V. (2022), *Les fossoyeurs, Révélation sur le système qui maltraite nos aînés*, Fayard, Paris.

de voir l'augmentation exponentielle des contentions et des services fermés en psychiatrie pour réaliser l'ampleur de la désinformation.

Mais René Thom² nous a appris que les catastrophes peuvent être suivies de réorganisations fécondes, à la condition de les penser en appui sur les éléments que l'histoire a mis en lumière pour leur pertinence ou leur inadéquation. Ainsi en va-t-il du secteur de psychiatrie.

RECONSTRUIRE UN SECTEUR PSYCHIATRIQUE

La psychiatrie est la médecine des troubles psychiques. Elle comprend de très nombreuses pathologies qui vont de la dépression bien connue et très répandue à la schizophrénie, en passant par les maladies bipolaires, le suicide, l'anorexie, l'autisme et les pathologies traumatiques et post-traumatiques. Je ne pourrai toutes les citer dans ce cadre, mais il apparaît désormais clairement aux yeux de nos concitoyens que la maladie mentale, et sa version *soft* de souffrance psychique, existe bel et bien. Il ne se passe plus un jour sans que nos gouvernants évoquent avec des trémolos dans la voix les souffrances psychiques des Français, laminés par la pandémie, et souvent enclins au désespoir. Malheureusement, la notion de santé mentale, sous couvert d'une politique de prévention dynamique, est venue jeter le trouble dans la psychiatrie en insistant sur les difficultés psychiques de tout un chacun, et en laissant penser que les maladies mentales étaient réductibles à ces variations psychopathologiques du « névrosé occidental poids moyen ». Ce faisant, elle a banalisé les spécificités de la psychiatrie et entraîné les décideurs dans une spirale délétère consistant à traiter les malades mentaux comme s'il s'agissait de pathologies aiguës, sur le modèle de la dépression passagère ou du trouble réactionnel classique, à l'aide de quelques molécules psychotropes et de techniques de remédiation allant du comportementalisme à la méditation de pleine conscience. Et ce faisant, les moyens de la psychiatrie sont souvent détournés pour servir la santé mentale.

C'était sans compter sur une dimension incontournable de la maladie mentale, celle de la chronicité de son expression clinique, ainsi que sur son imperméabilité à tous ces gadgets d'apparence scientifique. Il n'est pas dans l'air du temps de penser la maladie mentale comme une maladie chronique, parce que cette notion fondamentale renvoie à une idée péjorative et à un sombre pronostic. Mais la chronicité n'est rien d'autre qu'un critère de temporalité appliqué à une maladie particulière qui ne veut résolument pas se

² Thom, R. (1981), *Modèles mathématiques et morphogenèse*, Christian Bourgois, Paris.

ranger dans les maladies aiguës. Bien sûr il existe des épisodes aigus dans les maladies mentales, mais hormis quelques rares exceptions, nous savons que cela correspond très souvent à un équilibre précaire qui permet au patient de ne pas basculer dans la chronicité, et notamment grâce au soutien au long cours des familles et des professionnels. Beaucoup de maladies sont aujourd'hui des maladies chroniques³, et continuer à les penser sur le modèle de la maladie aiguë est au moins une naïveté et au plus un risque accru de mort iatrogène. Lorsque le médecin et son équipe ne prennent pas cette notion au sérieux, les patients peuvent alors se retrouver dans un vécu de lâchage qui les conduit à renforcer encore la chronicisation de leur dépendance. Et nous savons que cela amène directement à la chute du ressort de l'humain dans l'homme.

En psychiatrie, nous avons particulièrement étudié ce syndrome qui conduit les patients à la « sédimentation » dans les lieux d'exclusion modernisés sous la forme des divers asiles périphériques contemporains (la rue, la prison, certaines structures d'accueil des personnes dépendantes, l'hôtel-garderie minable...), pourvoyeurs de « syndromes de la porte tournante⁴ » dans les services d'urgences des centres hospitaliers.

Dès lors, il semble que le système actuel fasse fausse route, puisqu'il mise sur le développement de solutions univoques pour répondre aux nombreuses crises médicales, encore renforcées par l'extension des déserts médicaux, en confiant aux services d'urgences des hôpitaux généraux la responsabilité d'y accueillir toutes les misères médicales du monde, y compris la psychiatrie qui a résolument besoin de réponses spécifiques.

LE MODÈLE DE LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR⁵

Pourtant, nous avons un modèle, celui de la psychiatrie de secteur, qui a fonctionné de façon satisfaisante pendant une petite vingtaine d'années, dans les endroits où il a été mis en place conformément aux idées de ses fondateurs. Il s'agissait d'assurer la continuité des soins pour tous, sur tout le territoire français, quelles que soient leurs conditions sociales, familiales et personnelles avec une équipe soignante chargée d'un secteur géo-démographique (environ 70 000

³ Grimaldi, A., Caillé, Y., Pierru, F., Tabuteau, D. (2017), *Les maladies chroniques : vers la troisième médecine*, Odile Jacob, Paris.

⁴ Castro, B., et al. (2007), « Syndrome de la porte tournante en psychiatrie en 2007 », *Annales Médico-psychologiques*, 165(4): 276-281.

⁵ Delion, P., et al. (2019), *Éloge de la psychiatrie de secteur*, Éditions d'une, Paris.

habitants), et disposant des structures de soins *ad hoc* : hospitalisation à temps plein, hospitalisation à temps partiel, centres médico-psychologiques répartis sur le secteur, possibilité de liaison en soins généraux et spécialisés. Le dispositif permet de soigner les patients au plus près de chez eux, accueillir toutes les sortes de pathologies et le faire en lien avec les partenaires (médecins généralistes, pédiatres, travailleurs sociaux), prévenir les rechutes, être présent dans la cité dans les lieux stratégiques pour y exercer une prévention primaire (école, petite enfance, PMI, milieu du travail,...). Cette politique de santé publique consacrée à la maladie mentale s'est mise en place grâce à des cadres législatifs généraux⁶ et à une grande liberté d'initiatives laissée aux équipes s'engageant dans sa réalisation, et se formant pour y parvenir. De nombreuses et fécondes expériences se sont ainsi mises en place qui ont transformé radicalement le paysage psychiatrique français. Le nombre des patients hospitalisés indûment a fondu très rapidement, des structures souples et diversifiées ont vu le jour, des alliances se sont nouées entre les équipes de psychiatrie et les médecins généralistes, les circonscriptions sociales, les services hospitaliers généraux, les équipes municipales...) qui ont contribué à instaurer une psychiatrie à visage humain, présente sur le terrain de la cité, en lien avec les citoyens et leurs institutions, facilitant ainsi l'intégration des patients dans la cité et avec les citoyens de façon concrète.

Malheureusement, plutôt que de soutenir les professionnels dans leurs avancées pour transformer l'essai d'une véritable politique de santé publique psychiatrique en leur apportant les moyens humains dont ils avaient besoin pour réussir leur mission innovante, de nombreux freins sont venus empêcher le processus à l'œuvre, qui ont progressivement entravé son fonctionnement optimal. Ces freins sont de plusieurs origines, bureaucratiques, technocratiques, comptables, économiques, financiers, mais un de ceux qui a joué le rôle dominant est l'imposition brutale d'un *new management*⁷ faisant fi de toutes les expériences accumulées antérieurement par les équipes soignantes elles-mêmes. Cette façon de « manager » les « ressources humaines », figure contemporaine des manipulations machiavéliques antérieures, a permis la montée en puissance, sous couvert de science, de toutes les techniques de soins protocolisées et évaluable, calquées sur les schémas des logiques industrielles. Une nouvelle psychiatrie vétérinaire est en passe d'émerger, basée sur les seules neurosciences et techniques comportementales, visant à éradiquer les

⁶ Notamment les circulaires du 15 mars 1960 et du 16 mars 1972, et la loi (n° 85-1468) du 31 décembre 1985.

⁷ Chapoutot, J. (2020), *Libres d'obéir. Le new management, du nazisme à aujourd'hui*, NRF Essais, Paris.

symptômes plutôt qu'à les comprendre dans une perspective anthropologique et psychopathologique transférentielle. Cette psychiatrie du symptôme, labélisée par les classifications internationales dites prétendument « athéoriques », fait le lit d'une médecine déshumanisée, car si elle quitte résolument le domaine qui est le sien, celui de la souffrance psychique⁸ et de la difficulté à être en lien avec l'autre, sa pratique risque d'en être profondément affectée, et le reste de la médecine avec elle.

Après la première révolution de 1972-1973 qui a permis l'installation de la psychiatrie de secteur et son développement fécond jusque dans les années 1990, il nous faut maintenant opérer une deuxième révolution.

PROJET POUR DEMAIN

Pour réussir cette deuxième révolution psychiatrique, point n'est besoin de grands aménagements techno-bureaucratiques. L'annonce que la psychiatrie de service public sera à nouveau basée sur l'organisation sectorielle devra intervenir clairement de la part du ministère de la Santé. Ensuite, il conviendra de supprimer toutes les structures qui sont chargées de se consacrer uniquement aux diagnostics qui ne pratiquent pas le soin, et qui dans la plupart des cas, font doublon avec la psychiatrie de secteur. En effet, les équipes de secteur connaissent les diagnostics psychiatriques, savent les poser avant de proposer des soins, et elles sont les mieux placées pour ce faire. Nous devons promouvoir l'idée que les plateformes hyperspécialisées, supposées plus compétentes que les équipes de secteur dans leurs domaines respectifs ont en réalité coûté extrêmement cher au contribuable sans apporter la moindre amélioration dans les prises en charge, mais au contraire en ont allongé les délais. Par exemple, pour la pédopsychiatrie de secteur, les moyens qui auraient dû lui être donnés pour diminuer les listes d'attente et intensifier les soins ont ainsi été détournés sous le prétexte que le secteur était un concept obsolète, que les équipes de secteur, à dominante psychanalytique, ne savaient pas s'organiser et qu'il fallait revenir à une logique hospitalo-centrique. Les ministres successifs sont parvenus à diviser les CMP, les CAMSP et les CMPP⁹ en les mettant en concurrence pour satisfaire des associations de parents hostiles à la

⁸ Cela ne veut en aucun cas dire que les neurosciences n'ont rien à apporter dans la compréhension du psychisme humain, bien au contraire. Ses résultats sont très intéressants mais ils ne peuvent être utiles aux psychiatres que dans le cadre d'une relation humaine incontournable.

⁹ CMP : Centre médico-psychologique. CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce. CMPP : Centre médico-psychopédagogique.

psychopathologie. De plus, l'expérience nous montre que les praticiens qui ne font que des diagnostics sans soigner au long cours les patients diagnostiqués perdent progressivement leurs compétences tout en contribuant à cliver diagnostic et soins, ce qui introduit des dommages pour la prise en charge générale à long terme. Il est très important que les diagnostics soient posés par les équipes de secteur qui vont elles-mêmes entreprendre les soins nécessaires, à la condition qu'elles disposent des moyens pour le faire en hospitalisation à temps plein et à temps partiel, en CMP et à domicile si besoin, en fonction des indications médicales. Avec le retour de moyens suffisants, les soins peuvent être dispensés de façon continue, sans avoir à subir les contraintes du nombre de lits, des listes d'attente, des postes vacants. Car ces moyens ont objectivement été prélevés sur les secteurs pour mettre en place les plateformes hyperspécialisées. Les services universitaires seront obligatoirement sectorisés de façon à disposer de cette base incontournable pour la formation des futurs psychiatres et de tous les professionnels concernés. Ils développeront des compétences spécifiques qui ne donneront pas lieu à la création de nouveaux services détachés du secteur, autour de leur seule sous-spécialité (autisme, THADA¹⁰, anorexie, bipolarité, hallucinations, genre...).

Ces sous-spécialités sont nécessaires pour y développer les problématiques de recherches, mais doivent rester dans un cadre sectoriel. Tous les services sectorisés installés dans les villes disposant de centres hospitaliers doivent assurer une psychiatrie de liaison favorisant le lien avec les équipes des services hospitaliers généraux, ainsi que les suivis post-hospitalisation, afin de traiter les souffrances psychiques en rapport avec les maladies organiques.

Dans tous les cas, des réseaux devront se développer avec les partenaires du soin, et notamment avec les médecins généralistes et spécialistes exerçant sur les secteurs concernés. Les articulations entre le service public et la médecine de ville et de campagne seront laissées à l'initiative des praticiens intéressés, tant les problématiques locales sont différentes d'un endroit à l'autre. Mais les équipes de psychiatrie de secteur seront responsables de la mise en place de groupes Balint¹¹ avec tous les professionnels de santé intéressés par l'approfondissement des histoires cliniques à des fins de formation continue.

¹⁰ Trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention

¹¹ Delion, P. (2007), « La fonction Balint. Sa place dans l'enseignement et dans la formation psychothérapique et son effet porteur dans la relation soignants-soignés », *VST*, 95: 48-52. L'association Bamint a pour but de former les médecins généralistes à la relation médecin-malades.

Enfin, l'organisation sectorisée de la psychiatrie ne suffit pas. Les équipes doivent pouvoir trouver leur propre style d'organisation et de fonctionnement afin d'exercer leurs professions dans les meilleures conditions dégagées des contraintes extrêmement aliénantes du *new management*. Certaines équipes peuvent avoir des références à prédominance neuroscientifique et recherche, tandis que d'autres s'orientent davantage sur la clinique et l'enseignement/transmission. Mais ce que l'expérience démontre chaque jour, c'est que la monoculture devient rapidement une monomanie et éloigne de l'ouverture d'esprit nécessaire à l'accueil de pathologies à la fois complexes et singulières. Les articulations fécondes entre psychiatrie de secteur et psychothérapie institutionnelle ont montré leur grand intérêt lors de la première révolution psychiatrique. De la même manière, il est aujourd'hui primordial de penser les articulations entre neurosciences, génétique, psychopathologie transférentielle et anthropologie.

LE SECTEUR, UN MODÈLE EXPORTABLE ?

Plus avant, la psychiatrie de secteur comme modèle d'une santé publique serait intéressante à exporter vers l'ensemble de la médecine, pensée non plus comme un ensemble de techniques permettant la seule résolution de symptômes, mais comme une des manières d'accompagner l'homme dans les diverses sortes de souffrances et de maladies.

La médecine générale devient le pivot de la médecine. Elle se fait aider, lorsque l'indication médicale est posée, des services publics de soins ambulatoires, hospitaliers, associatifs et privés selon les ressources locales, et c'est la continuité des soins qui prévaut. Les forces sanitaires en présence sont reliées entre elles selon des critères fonctionnels et non hiérarchiques. Le déploiement des professionnels de santé se fait sur une carte sanitaire qui régule de façon égalitaire les moyens en fonction des besoins des populations. Pour un patient donné, une constellation de professionnels est créée en fonction de ses besoins médicaux : une personne présente un diabète et une maladie bipolaire, elle est suivie par un médecin généraliste en lien avec deux professionnels spécialisés en diabétologie et en psychiatrie, avec l'aide éventuelle d'infirmiers qui assurent un suivi à domicile et/ou dans leurs lieux de soins respectifs. Une réunion de constellation a lieu de façon régulière en fonction des besoins du patient. Un autre patient a un suivi régulier avec son généraliste mais n'a pas d'autres soucis de santé. Nul besoin pour lui de déployer une constellation. Pour parvenir à un tel système, il peut être intéressant de penser l'organisation générale des soins sur le modèle du secteur,

avec une répartition des moyens médicaux opérée sur l'ensemble du territoire national, aussi bien au niveau des médecins généralistes libéraux que salariés des maisons de santé, qu'à celui des établissements de soins ambulatoires et hospitaliers. Les facultés de médecine (ainsi que les autres formations paramédicales) ne seraient plus cantonnées dans les seuls établissements hospitaliers mais associées à l'ensemble du système sanitaire refondé. Ainsi les étudiants en formation médicale, et notamment les internes, devraient-ils parcourir l'ensemble du système sanitaire et ne plus rester dans le seul hôpital universitaire. Les internes en psychiatrie ont connu une période où les stages étaient effectués principalement dans les secteurs de psychiatrie et cela a coïncidé avec leur engouement pour la psychiatrie publique. Les internes en médecine générale sont aujourd'hui engagés dans une formation qui décroïssonne les soins généralistes des soins hospitaliers.

Bref, tant qu'à réfléchir à de nouvelles modalités pour notre système sanitaire qui est manifestement arrivé au bout de son existence humainement acceptable, autant franchir un pas qui permettrait de revenir à une conception globale de la santé, centrée sur la personne nécessitant des soins, notamment au long cours, plutôt que sur les coûts qu'elle occasionne. Il est temps de lâcher le modèle de l'entreprise pour penser les soins et de revenir à des dispositifs qui sont sensés, pertinents pour leur organisation, avec l'idée que les professionnels de santé ne peuvent en aucun cas être comparés à des garagistes qui désormais pratiquent les échanges modulaires des pièces endommagées ou à des vétérinaires qui peuvent se dispenser du dialogue avec leur « client ». Les soins sont des pratiques humaines spécifiques qui concernent notre rapport à un autre qui souffre, bien au-delà des symptômes qu'il présente, dans son humanité. Et pour ce faire, les soignants doivent organiser les soins selon leurs critères expérimentés, en lien avec les institutions démocratiques qui doivent participer à leur régulation et à leur fonctionnement, sans être soumis à des langages incompatibles avec la philosophie du soin humain qui risquent d'aboutir *in fine* à la déshumanisation de la médecine.