

Le secteur psychiatrique, fin ?

§Accès aux soins §Hospitalité §Psychiatrie, santé mentale, psychiatrie de secteur

■Eric Bogaert, psychiatre

Dépendant de son environnement – géographie, histoire, culture, démographie, sociologie et économie – et des orientations des équipes soignantes qui l’animent, le secteur psychiatrique est une organisation vivante, ne se prêtant pas à la standardisation. C’est de mauvais augure, ontologiquement puisque les organismes vivants sont appelés à mourir, mais aussi conjoncturellement, dans des temps où la gestion économique, qui ne conçoit que mesure et gain – même pour ce qui concerne la vie, et surtout la vie psychique où il n’y a qu’excès et perte – mène le bal.

Les premiers coups portés au secteur psychiatrique l’ont été par la différenciation progressive de pathologies confiées à d’autres structures de soin (création des consultations dites d’hygiène alimentaire, qui ont évolué vers les services d’addictologie, sur les fonds de la psychiatrie publique, idem pour la toxicomanie), et par des équipes de secteur elles-mêmes, lorsqu’elles ont créé des unités intersectorielles, au prétexte de concentrer dans une même unité des pathologies, afin de rationaliser moyens et techniques particuliers pour leur prise en charge, simplifier l’organisation des soins, ou tout simplement diluer les pertes de moyens lors des redéploiements d’effectifs. Ainsi ce sont des pans entiers des trajectoires de soin des patients dans le secteur psychiatrique qui ont été « sous-traitées » auprès d’équipes autonomisées à cet effet à partir des moyens de plusieurs secteurs : adolescents et jeunes adultes, personnes âgées, urgences, unités d’hospitalisation de 72 heures, hospitalisations sous contrainte, malades difficiles, patients chroniques... Il y a certes là du bon sens, voire le bonheur de satisfaire le consommateur et le gestionnaire, mais l’esprit du travail de secteur prend du plomb dans l’aile : le soin de la folie n’est pas réductible à une conduite à tenir ou un protocole thérapeutique qu’on peut se transmettre d’équipe soignante à équipe soignante lorsque l’évolution du patient l’amène à quitter l’unité intersectorielle pour revenir dans l’unité appropriée à la poursuite des soins, d’autant que ces unités intersectorielles ont à traiter avec plusieurs secteurs, aux orientations parfois très différentes. Ces unités intersectorielles ont installé, dans le parcours de soins des patients de la psychiatrie publique – c’est-à-dire présentant une psychose, une névrose grave peu étayée, une psychopathie, des troubles désintégrant de la personnalité... –, des trous dans lesquels ils disparaissent, là où la continuité des soins est nécessaire. En effet, les crises qui émaillent l’évolution sont l’occasion d’ouverture de brèches dans le cristal de l’appareil psychique, par lesquelles des remugles au fondement de cet

appareil, bien neutralisés par leur enchâssement dans les couches anodines de vie quotidienne accumulées au fil de l’histoire du patient, s’échappent alors, disponibles à leur appréhension par l’appareil à penser des soignants avec lesquels chemine le patient, relayant momentanément celui du patient. Cet arrimage est au fondement du lien (psycho-)thérapeutique, et ce couplage est le moteur du travail thérapeutique. Le dispositif secteur/inter-secteur découple cet arrimage, et renforce ainsi le hiatus « organique » entre la couche habituelle à peu près présentable du cristal, et son cœur inaccessible en dehors de ces « moments féconds ». On retrouve cet handicap dans les secteurs organisés en unités centrées sur une équipe soignante « fermée », c’est-à-dire qui n’exerce sa fonction soignante que dans cette unité ; à un moindre degré, si une culture commune et dynamique de travail circule entre les unités du secteur, mais c’est loin d’être le cas avec le brassage des équipes au fil des années et le retour à une verticalisation de la hiérarchie.



Bien entendu, des équipes soignantes n’ont pas pu, voire pas voulu, mettre en pratique la « politique » de secteur psychiatrique, et ont contribué ainsi à sa fin prématurée.

Mais les menaces les plus inquiétantes viennent des projets des pouvoirs publics, même si ceux-ci soutiennent officiellement que le secteur psychiatrique reste l’organisation de la psychiatrie publique. Ces dernières années, quelques réformes de l’hôpital, éventuellement acceptables s’il s’agissait de rationaliser sa gestion, ont en fait contribué à découpler organisation du secteur et particularités du travail de terrain, coupant l’hôpital en deux, l’un

virtuel, économique-administratif, bureaucratique, et l'autre concret, constitué des patients et des équipes soignantes. On peut ainsi évoquer la concentration de services en de plus grandes entités – les pôles, parfois constitués selon des appariements fantaisistes et sans logique fonctionnelle – ; la standardisation des pratiques pour ranger les divers services dans les mêmes cases gestionnaires – service des soins infirmiers, évaluation, accréditation, protocoles, unités fonctionnelles administratives/unités fonctionnelles médicales, y compris les projets d'unité fonctionnelle et de service, qui doivent être comparables, sur un même canevas, entre secteurs et parfois même entre services somatiques et psychiatriques – ; et la multiplication des tâches médico-administratives, voire uniquement bureaucratiques, chronophages et pire encore induisant des schèmes de pensée qui infiltrent progressivement le travail clinique, le polluent et le dénaturent. Ainsi, le secteur n'est pratiquement plus l'organisation de base de la psychiatrie publique, au gré de sa digestion dans les pôles là où l'équation « un secteur = un pôle » n'a pas été pratiquée, puis de l'extinction de la fonction de médecin chef de secteur – non renouvelée à l'échéance des cinq années de mandat –, là où le chef de pôle, parfois urgentiste, ou pharmacien, même par ailleurs méritant, ne sera pas nécessairement concerné par la psychiatrie. Que vont devenir les unités fonctionnelles, les équipes soignantes, noyées dans l'ensemble souvent plus vaste et parfois hétéroclite du pôle, plus centré sur les préoccupations hospitalières que sur les particularités de la population desservie ? Comment vont-elles s'articuler pour permettre un parcours de soin cohérent du patient entre ces unités, qui seront de plus en plus éloignées et d'une hiérarchie même soignante occupée à la gestion de l'hôpital et soumise à celle-ci, et de la recherche d'une culture commune psychiatrique du travail clinique et thérapeutique ?

Mais on peut s'attendre à ce que d'autres coups soient portés dans les mois à venir.

Un projet de loi de santé mentale, prévu lors de l'élaboration de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire, pourrait être réveillé, suggestion du rapporteur de la révision de la loi de 90 à l'Assemblée nationale (cf. ci-après). Or, un rapport remis en janvier 2009 par monsieur Édouard Couty à la ministre de la Santé, contenait une proposition qui semblait plaire au ministère, et pourrait se traduire par la fin du secteur psychiatrique. Celle-ci préconisait que l'urgence psychiatrique et l'hospitalisation à temps complet des malades mentaux soient en charge du centre hospitalier général du territoire correspondant, tandis que les soins ambulatoires seraient confiés à un « Groupement Local de Coopération » (GLC). Ce GLC « doté de la personnalité juridique », regroupant « l'ensemble des opérateurs qui, à un

titre ou à un autre – soins, mais aussi prévention, accompagnement médico-social, opérateurs sociaux dans différents domaines (logement, emploi, réinsertion) – doivent intervenir dans la chaîne des prises en charge », aurait « la responsabilité de la mise en œuvre d'une politique locale de santé mentale, dans ses différents aspects : prévention, repérage et diagnostic précoce, soins psychiatriques et somatiques ambulatoires, réinsertion et suivi sanitaire et social, logement ou hébergement transitoire, et de réhabilitation psychosociale ». « Le GLC ne disposera pas de lits d'hospitalisation ; en cas de nécessité, il aura recours aux établissements en charge des soins de 2^e niveau et, en particulier, pour les urgences hospitalières et les soins en hospitalisation complète ». « Le découpage de l'aire d'intervention des GLC sera de la compétence de l'ARS ». Il sera dirigé par un directeur nommé par le directeur de l'ARS, et une convention sera passée entre l'hôpital gestionnaire du secteur, dont les personnels travaillant à l'ambulatorio seront versés au GLC, et l'hôpital du territoire, pour que les patients suivis par le GLC puissent être hospitalisés dans cet hôpital. Enfin, les moyens du GLC seraient en partie financés par les collectivités territoriales. Autrement dit, le secteur psychiatrique sera coupé en deux pôles distincts, puisqu'ils auront chacun une personne morale, un directeur, et passeront convention pour que les patients puissent circuler de l'un à l'autre. On peut lire là pourtant une faim de secteur, et une insatisfaction dans ses résultats ; mais ce n'est pas par ce forçage organique, institutionnel, que le secteur psychiatrique pourra se développer : il faut au contraire donner davantage de responsabilités et d'autonomie à l'équipe de secteur dont la taille resterait adaptée à sa fonction. Monsieur Couty, interrogé à ce sujet lors d'une réunion publique consacrée à l'avenir de la psychiatrie publique organisée par l'hôpital psychiatrique où je travaille, a assuré que telle n'était pas sa proposition, mais que sa rédaction pouvait donner lieu à cette lecture.

Enfin, un « projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge » devrait être débattu prochainement par le Parlement, qui en son état actuel, simplifiant l'internement psychiatrique, compliquant la sortie des patients, et créant des soins sous contrainte en ambulatorio, présente, outre un aspect sécuritaire, le risque de désorganiser et de déstabiliser le secteur psychiatrique, le transformant en outil de contrôle psychosocial des troubles du comportement – voire des mœurs ; et des idées ? – qui constituent actuellement – j'allais dire curieusement – la structure de l'outil diagnostic international (DSM) et la matière d'un certain nombre de faits divers médiatisés et utilisés politiquement. ■