



LA UNE

LE SECTEUR EST MORT. QUE VIVE LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR !

Par

Article publié le vendredi 04 juin 2010

Paris 5 juin 2010

LE SECTEUR EST MORT. QUE VIVE LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR !

Cette mort du secteur je ne voulais pas l'accepter, il a fallu que je la constate de mes propres yeux ce lundi. Cela fait des années (il est vrai que je suis à la retraite depuis 2001) qu'un certain nombre de mes amis, acteurs du terrain, me disent que le secteur a disparu, je n'ai jamais voulu les croire. Selon moi pareil constat aurait du provoquer aussitôt une violente révolte, et comme il n'en a rien été je ne l'ai pas cru.

Il a fallu que je parte en province lundi pour faire une formation demandée à la SOFOR (association de formation créée par Francis Jeanson dans le sud ouest) « quel travail une équipe de secteur peut-elle développer avec les familles ? ». Cette demande soumise il y a un an, avait été retardée à mai 2010. J'étais très content car cette demande émanait de l'équipe presque complète d'un CMP, associant les différentes catégories professionnelles, infirmiers, cadre, assistante sociale, psychologue, psychiatre, ce qui est exceptionnel. Nous ne voyons d'habitude que les infirmiers d'une équipe ce qui est une erreur, car ils évoquent toujours la difficulté de leur travail à cause du refus de dialogue avec le psychiatre, et nous menons la formation malheureusement en son absence. Pour une fois tout le monde était là.

Lundi matin le hasard veut que notre travail commence avec une heure de retard ; je reste seul à échanger avec le cadre infirmier. Terrible surprise : je découvre l'organisation actuelle de la psychiatrie ! Tout a changé il n'y a plus de psychiatrie de secteur ! Dans ce département où la ville principale est à 80 km du CMP il y avait en 2009 six secteurs et leurs équipes. L'hôpital psychiatrique de ces six secteurs est situé dans la grande ville. Mais en janvier 2010, en application de la loi HPST ont été créés quatre territoires et deux pôles. Les quatre territoires se partagent l'ensemble du département en se répartissant soignants et patients des deux secteurs qui ont disparu ; chacun est doté d'un CMP et d'un hôpital de jour ou d'un CATTP, chacun étant associé aussi à un service « d'hospitalisation dit d'entrée » comprenant 25 lits, plus deux cellules, plus deux couchettes (sic) (deux ?faux-lits', folie, permettant d'augmenter la capacité du service sans augmenter le nombre de lits !). Quant aux deux pôles, ils sont situés à l'hôpital, un pôle est appelé « hospitalisation de suite » comprenant

trois unités de 25 lits qui se distinguent entre elles par le fait que chacune reçoit des patients ayant un niveau d'autonomie différent (?), l'autre est un pôle d' « hospitalisation de réhabilitation » de 25 lits et une unité de 25 lits pour personnes âgées. ***Je comprends en un instant que le travail de secteur a disparu*** . En effet les patients qui sont suivis dans le CMP d'un territoire sont envoyés à chaque fois qu'ils ont besoin d'hospitalisation à la grande ville dans des unités de soin dirigées par un médecin-chef différent, avec un fonctionnement différent, des activités différentes. Certes il est convenu pour chaque patient que le médecin du territoire établit un lien lors de ces différentes étapes. Mais une fois qu'un patient est arrivé dans le ?service d'entrée' le projet de soin qui permet d'aller dans un ?service de suite' puis dans le ?service de la réhabilitation' sera accepté ou non par chacun de ses services, lequel organise comme il veut le soin et le suivi.

Nous pressentons déjà que la trajectoire du soin du patient va se faire à coups de décisions médicales, elle va donc faire renaître la hiérarchisation des équipes, rendre secondaire le travail d'équipe. L'essentiel de la réflexion clinique va abandonner la réflexion sur la continuité du soin mais s'efforcera de répondre au mieux au symptôme actuel.

Nous pouvons prévoir que le flou des indications pour entrer dans un service, le cloisonnement entre les différents pôles et les territoires vont provoquer une ségrégation de plus en plus poussée des malades (elle reviendra à la ségrégation par pathologie ou par symptômes que nous avons connue à l'asile avant 1970) ?ont déjà présents ici trois niveaux d'autonomie' (?), construction abstraite et arbitraire, dans le ?service dit de suite'. Ces coupures aboutiront à une augmentation de la durée des séjours, un besoin de lits croissant, ?les couchettes' sont déjà là. Ces hospitalisations prolongées de façon indéterminée vont aggraver et accélérer la désinsertion sociale des patients, rendre plus difficile leur retour. Au total la trajectoire de soins des patients sera chaotique en relation avec les théories de soins successives et différentes que ceux-ci vont rencontrer dans les différents services cloisonnés. La continuité des soins c'est-à-dire la continuité de la de la disponibilité d'une même équipe aux besoins successifs de soin d'un patient, disparaît ; l'appui des soins sur le contexte relationnel de chaque patient tout au long de son évolution disparaît aussi ; l'hôpital redevient le mode de soins de base. Les trois « fondamentaux de la psychiatrie de secteur » ont été remplacés par la recherche du confort individuel créé par les psychiatres voulant réaliser chacun un travail correspondant à l'idée personnelle que chacun se fait du soin psychiatrique. La lisibilité du soin et sa compréhens-



sion par le patient et sa famille comme par l'opinion deviennent totalement opaques, le plus terrible est que l'accès aux soins, sa compréhension, deviennent plus kafkaïens qu'avant. La coupure s'approfondit entre la société et la psychiatrie celle-ci renforçant sa ghettoïsation. Chaque service va être confronté à la difficulté de lutter contre la chronicisation progressive qui va se créer du fait de son isolement des autres structures de soin, de sa routine et de ses élaborations de plus en plus soi-disant spécialisées, c'est-à-dire coupées de la réalité quotidienne.

Mais la seconde découverte que je fais c'est que cette modification des secteurs en territoire et pôles ne date pas de janvier 2010. *En réalité elle a été installée là depuis plusieurs années par des psychiatres* qui ont décidé d'entraîner le service public dans une orientation qui leur est personnelle et qui est en relation avec leur désir de démissionner d'un certain nombre de tâches propres à la psychiatrie de secteur : la réponse aux fondamentaux, **continuité, proximité, contextualité** ; la psychiatrie n'a plus de cohérence, c'est un champ d'activité où chacun a organisé son fonctionnement en accord avec sa théorie personnelle.

Nous devons donc réviser pour certains d'entre nous nos analyses erronées du passé et de l'actualité : le rapport Couty n'a fait que prendre en compte ce qui a été réalisé pendant des années progressivement dans un très grand nombre d'hôpitaux psychiatriques : **la mise en place d'unités dites intersectorielles tournant le dos à la psychiatrie de secteur**, abandonnant la psychiatrie générale pour réaliser des services le plus souvent uniquement hospitaliers (renforçant ainsi le besoin d'un nombre de lits croissants), services dans lesquels ils se sont proposés de répondre à un seul aspect ou une seule dimension de la pathologie psychique : urgences, personnes âgées, troubles psychiques au long cours, autisme, psychoses, dépression, sommeil, angoisse, équipe mobile, et autres en particulier les grands services dits de réadaptation réhabilitation réinsertion qui ont totalement freiné l'évolution de la psychiatrie de secteur ?, ils ont ainsi renforcé le soin hospitalier coupé du secteur. Alors qu'en réalité deux seuls aspects des troubles justifient un accueil spécifique dans un service pour des temps courts, la périnatalité et l'adolescence. Nous l'avons déjà décrit. Nous ne le démontrerons pas ici. Nous témoignons seulement que notre équipe et un certain nombre d'autres ont fait face en tant qu'équipe de psychiatrie générale à la totalité des symptômes, des troubles au long cours des patients de la population de leur secteur, et ont utilisé diverses modalités de soin (de l'urgence à l'équipe mobile) sans se débarrasser de l'un ou l'autre de ses aspects sur d'autres équipes, et que cette forme de travail inspirée par la psychothérapie institutionnelle a donné des résultats remarquables.

Nous savons aujourd'hui que l'essentiel de la psychiatrie de secteur construite autour des trois fondamentaux évoqués plus haut ne se comprend que dans la pratique d'une **PSYCHIATRIE GÉNÉRALISTE** faisant face comme il était prévu au départ à la diversité des pathologies des membres d'une même population rassemblée autour de données civiques complémentaires comme une

citée, des petites villes, des communes (et non un simple découpage chiffré d'habitants). Nous comprenons que cette psychiatrie généraliste semble n'avoir jamais fait l'objet d'un travail clinique précis expliquant ce qu'est la psychiatrie de secteur. Le terme ? *Faire du secteur* a été largement utilisé, mais sans contenu, terme bateau qui a caché pour beaucoup d'équipes une absence de réflexion clinique sur le détail de leur pratique. C'est ce vide remplacé par un activisme organisationnel qui a mis fin au secteur.

La destruction du secteur n'est donc pas due à une absence de transmission, car beaucoup d'équipes qui ont commencé ce travail l'ont continué et le continuent aujourd'hui. Mais toutes les autres ont fait un choix idéologique différent de la psychiatrie de secteur ; beaucoup d'équipes ont fait le choix de créer à la place du secteur **des intersecteurs** ; choix soutenu par *l'idéologie de la spécialisation*, qui est en réalité l'idéologie de la psychiatrie moderne nord-américaine et européenne, idéologie basée de plus en plus sur la réponse ponctuelle à un trouble, à un symptôme, sans s'intéresser ni à l'histoire de la personne, ni à son contexte, deux dimensions essentielles du soin ; sans percevoir que cette psychiatrie ne va plus s'appuyer que sur le traitement biologique et le traitement comportemental et prendre de plus en plus de distance avec la dimension humaine de la personne et du soin. Cette organisation en intersecteurs, anticipant les pôles a été mise en place par des équipes en mal de théorie sur le soin, ceci depuis plusieurs années dans de nombreux hôpitaux psychiatriques. La mort du secteur n'est donc en aucune façon le fait de l'administration. Elle a naïvement été mise en place par la majorité des psychiatres en l'absence d'une réflexion théorique sur la folie. La commission Couty a établi son rapport après avoir entendu une centaine d'acteurs du terrain dont une grande majorité avait témoigné de sa conception individuelle du soin, d'où les intersecteurs, ce qui justifiait sa proposition de pôles.

Le secteur est mort, cette mort est confirmée par la majorité des témoignages proposés par les médias. Certes un bon nombre d'équipes de secteurs continuent à se battre et à défendre la qualité de leur travail de psychiatrie générale. Mais elles sont peu nombreuses et le rapport de force qu'elles affrontent est d'une telle violence et d'une telle gravité que nous devons tous convenir que ces équipes sont dans un extrême danger. Soyons attentifs.

Alors disent certains (qui en réalité ont accompagné la création des intersecteurs) il faut tenter de négocier et de montrer que tout n'est pas mauvais dans l'intersecteur, ni dans le rapport Couty. Ce serait décider sans discussion ni preuve la politique de secteur. Erreur inacceptable. D'autres vont quitter la psychiatrie et chercher dans la société une activité plus humaine. Nous savons que les familles les usagers ainsi qu'un certain nombre d'acteurs de la psychiatrie de secteur et du champ social ne nous le pardonneront jamais.

Ainsi aucune accusation, aucune incantation ne sont plus justifiées, je me suis trompé. L'administration n'a fait qu'appliquer ce qu'une majorité de psychiatres a créé. Les psychiatres ont manqué de foi en l'homme et dans l'idéologie de la psychiatrie de



secteur

Abordons l'avenir d'une toute autre façon que la nostalgie : Par rapport à la situation des années 1960-70 nous avons accumulé des découvertes et des expériences extraordinaires, seulement nous pouvons nous demander pourquoi nous ne nous sommes pas interrogés suffisamment sur la place de la folie dans la cité. Comment la folie peut ne pas être rejetée ? Ensuite seulement nous pourrions projeter un plan de santé mentale associant psychiatrie et action sociale. Ceux qui ont eu cette chance extraordinaire de constater les effets d'une pratique de secteur sur les souffrances de la personne et de son entourage et qui ont pu constater les améliorations remarquables qu'elle entraînait, doivent participer à ce débat national, et rechercher les différentes données qui expliquent ce refus d'une majorité de psychiatres de « monter dans

le train du secteur » (allusion à cette phrase de Lucien Bonnafé « Ils disent que la psychiatrie de secteur est dépassée ! En réalité ils ont regardé le train du secteur passer et ne sont jamais montés dedans ! »)

La CLINIQUE (la réflexion sur la psychopathologie, la compréhension des troubles psychiques) a été absente de toute l'évolution précédente : c'est le vrai point de départ de l'abandon de la politique de secteur. C'est là qu'elle doit renaître. C'est là que la psychiatrie doit se ressaisir. Mais nous avons compris aussi qu'il nous a manqué au départ en 1960-1970 la participation des usagers et des familles

Aujourd'hui un nouveau projet n'est concevable qu'en rassemblant usagers, familles, élus, acteurs de l'Action Sociale et **QUE VIVE LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR !**

Le journal MEDIAPART est édité par la Société Éditrice de Mediapart (SAS). Capital social : 4 017 200 €. Immatriculation : n° 500 631 932 RCS Paris. Numéro de CPPAP : en cours. Président : Edwy Plenel. Directeur éditorial : François Bonnet. Rédaction et administration : 8 passage Brulon, 75012 Paris. Courriel : contact@mediapart.fr. Téléphone : + 33 (0) 1 44 68 99 08. Télécopie : + 33 (0) 1 44 68 01 90.