

Rappel historique de la prise en charge de la maladie mentale en France

Magali Coldefy*

Jusqu'à la loi du 30 juin 1838¹ organisant la prise en charge des aliénés, aucune réponse hospitalière n'était réellement proposée aux malades mentaux, qui étaient souvent placés en prison quand leur comportement troublait l'ordre social. Ce texte législatif a imposé l'existence d'un « asile d'aliénés » par département. Selon Marie-Rose Mamelet (1978), c'est en raison de l'obligation faite par cette loi que, de 1838 jusqu'à la fin du XIX^e siècle, ont été créés la plupart des hôpitaux psychiatriques existant actuellement en France.

De l'aliénation mentale à la conception générale des maladies

Leur édification ne s'est cependant vraiment opérée qu'après 1870 (Constans *et al.*, 1878). Pour Georges Lanteri-Laura (2001), cette lenteur s'explique par le changement de paradigmes au cours de cette époque, où l'on est passé de l'aliénation mentale définie par Philippe Pinel et de l'asile comme institution adaptée, à la conception générale des maladies mentales de Jean-Pierre Falret (1864). La notion de l'aliénation mentale, proposée par Philippe Pinel au XVIII^e siècle, fait de la folie une maladie seulement curable par le traitement moral et l'isolement dans des établissements exclusifs. Quant à Jean-Pierre Falret, il met surtout en avant la pluralité des maladies et leur irréductibilité à une unique pathologie. Le paradigme de l'aliénation mentale ayant servi à élaborer des projets d'institutions qui ne sont entrées en activité que plus tard, ces institutions se sont rapidement trouvées inadaptées aux nouvelles conceptions.

Cette lente mise en place de la loi s'explique aussi, selon Michel Audisio (1980), par les difficultés économiques observées au niveau national et les préjugés négatifs au sein de la population : l'opinion publique n'était en effet pas prête à accepter l'idée de dépenser des sommes importantes « pour retenir, garder et éventuellement traiter des insensés réputés incurables ».

* DREES.

1. Loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838.

Vers la désinstitutionnalisation

En 1939, 18 départements étaient encore dépourvus de tout équipement. À cette date, on recensait 100 établissements, accueillant 103 000 malades. Près de 40 % d'entre eux sont morts avant la fin de la Seconde Guerre mondiale, du fait de la malnutrition (Von Bueltzingslœwen, 2007 ; voir également l'article p. 127).

La prise de conscience de l'horreur concentrationnaire et la remise en cause de l'idée selon laquelle l'internement du malade mental dans des asiles fermés est le seul instrument thérapeutique ont été à l'origine du mouvement « désaliéniste » et de la désinstitutionnalisation. Ces évolutions se sont accompagnées d'une « conjonction historique inouïe » (George et Tourne, 1994) : la découverte dans les années 1950 des neuroleptiques, qui décuplent les possibilités thérapeutiques et permettent aux malades de se mouvoir et de sortir ; une pensée plus libérale des psychiatres et enfin, des moyens plus importants accordés aux services (Bernard, 2002) par l'octroi de subventions de l'État.

La sectorisation, spécificité de la psychiatrie française

C'est dans ce contexte historique qu'a été rédigée la circulaire du 15 mars 1960 mettant en place la politique de secteur. Chaque département doit dès lors déterminer des circonscriptions géographiques à l'intérieur desquelles une équipe médico-sociale assure la prévention, le diagnostic précoce, le traitement intra- et extra-hospitalier, ainsi que la post-cure des malades. Par sa bonne connaissance du malade, de sa famille et de son milieu, par l'utilisation des équipements dont elle dispose, l'équipe soignante peut ainsi assurer le traitement au long cours du malade et son insertion dans la communauté. Cela est l'une des principales spécificités de la psychiatrie française.

Le fait que la sectorisation ait dès l'origine « arrimé » la désinstitutionnalisation à une référence territoriale a marqué pendant longtemps l'aspect novateur de la psychiatrie française. Dès le début, la sectorisation s'est appuyée sur un double découpage, territorial et démographique : une équipe pluridisciplinaire est chargée d'assurer la continuité de la prise en charge, de la prévention à la réinsertion sur une aire géographique délimitée (le secteur) d'environ 70 000 habitants. La recherche d'une bonne adéquation entre une offre de soins et les besoins d'une population donnée se fait dans les limites de ces espaces « géo-démographiques » (Lopez, 2001). Ce modèle a été repris et mis en place beaucoup plus tardivement (dans les années 1980-1990) dans plusieurs pays européens (Johnson et Thornicroft, 1993).

Ce découpage découle en fait d'une conception très « hospitalo-centrique », en référence aux normes en vigueur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière d'indices de nombre de lits par habitants. L'OMS préconisait ainsi un taux d'équipement de 3 lits pour 1 000 habitants dans des services d'au maximum 200 lits. Cela s'est traduit par la création de secteurs de 200 lits pour une population d'environ 67 000 habitants. Paradoxalement, le cadre géographique censé marquer la fin de l'asile (et la réduction du nombre de lits) a été construit en référence à l'hôpital.

Les limites du découpage sectoriel

En 2003, la France comptait 817 secteurs de psychiatrie générale, chargés de prendre en charge la population âgée de plus de 16 ans d'un territoire défini, et 321 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour la population de moins de 16 ans. Ces secteurs étaient très hétérogènes en matière de taille de population et de superficie. De fait, certaines limites du découpage sectoriel en psychiatrie ont fréquemment été mises en avant (IRDES, 2003).

Tout d'abord, le découpage sectoriel peut paraître artificiel et parfois obsolète : en effet, il n'est pas toujours fondé sur les besoins de la population et son évolution. C'est le cas par exemple des découpages en « parts de camembert » à cheval sur une partie rurale et une partie urbaine, censés garantir l'attractivité des secteurs pour les médecins.

En outre, on déplore souvent l'absence de recoupement avec les secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux ou éducatifs, ce qui entraîne des difficultés de coordination avec les différents partenaires (y compris les élus locaux) et met en échec la continuité des soins.

La question de l'aspect inégalitaire du découpage est aussi fréquemment soulevée, le très important déséquilibre de moyens (tant en personnel qu'en équipement) entre les secteurs ne pouvant s'expliquer par une variabilité des besoins du même ordre de grandeur.

Autre limite, le secteur privé et la médecine libérale ne sont pas intégrés dans la politique du secteur.

Néanmoins, ces contraintes et difficultés ont parfois pu être dépassées au travers des politiques d'organisation de soins (IRDES, 2003). Les secteurs ont notamment été redécoupés en respectant une logique de fonctionnalité et d'accessibilité. Il y a également eu des tentatives pour faire coïncider les secteurs psychiatriques avec les secteurs sanitaires et certains découpages ont pu bénéficier d'une plus grande souplesse par rapport aux normes de population, afin de limiter par exemple les distances à parcourir pour les équipes et les soignants dans les zones rurales

peu peuplées. Enfin, le concept fondamental de l'intersectorialité, qui s'est largement développé ces dernières années, a permis de dépasser les limites territoriales pour offrir une prise en charge ciblée en direction de certaines pathologies ou populations.

L'ordonnance de simplification sanitaire du 4 septembre 2003, à travers l'unification des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), a modifié l'organisation des soins en psychiatrie en la soumettant aux mêmes principes de planification que l'offre générale de soins. Le secteur psychiatrique est maintenu dans sa dimension fonctionnelle, mais doit s'intégrer au territoire de santé. Ces territoires ont pour objectif de retenir, selon la nature des activités de soins, les niveaux adéquats de découpages. Le secteur psychiatrique peut correspondre au niveau de proximité de réponse aux besoins de santé mentale. Selon certains auteurs (Massé et Vigneron, 2006), cette ordonnance peut représenter une opportunité pour tenter de résoudre les problèmes d'adaptation qui se sont accumulés dans l'organisation territoriale de l'offre de soins en psychiatrie. Les premières analyses des SROS de troisième génération montrent cependant une faible prise en compte des spécificités de la psychiatrie dans la recherche d'une cohérence territoriale de l'offre de soins psychiatrique et somatique (Coldefy M., Lucas-Gabrielly V., à paraître).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Audisio M.**, 1980, « La psychiatrie de secteur : une psychiatrie militante pour la santé mentale », *Domaines de la psychiatrie*, Privat, 409 p.
- Bernard Y.**, 2002, « L'évolution de 1838 à aujourd'hui », in Lepoutre R., De Kervasdoué J., *La santé mentale des Français*, Odile Jacob, pp. 35-68.
- Coldefy M., Lucas-Gabrielly V.**, à paraître, Evolution of the Concept of Place in French Health Planning, *International Medical Geography Symposium*, Bonn.
- Constans A., Lunier L., Dumesnil E. J.-B.**, 1878, *Rapport général à M. le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874*, Imprimerie nationale.
- Constans A., Lunier L., Dumesnil E. J.-B.**, 1901, *Historique de l'assistance des aliénés et développement du service dans le département de la Seine*, Imprimerie typographique de l'école d'Alembert.
- Falret J.-P.**, 1864, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Leçons cliniques et considérations générales*, J.-B. Baillière.
- George M.-C., Tourne Y.**, 1994, *Le secteur psychiatrique*, « Que sais-je? », PUF, 128 p.
- IRDES**, 2003, *Territoires et accès aux soins*, La Documentation française, janvier, 38 p.
- Johnson S., Thornicroft G.**, 1993, « The Sectorisation of Psychiatric Services in England and Wales », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 28, pp. 45-47.

- Lanteri-Laura G.**, 2001, « L'histoire contemporaine de la psychiatrie, dans ses rapports avec la société française », in Ehrenberg A., Lovell A.-M. *La maladie mentale en mutation*, Odile Jacob, coll. « Psychiatrie et Société », pp. 247-278.
- Lopez A.**, 2001, *Les séparations territoriales au sein de l'organisation de l'offre de soins : la sectorisation sanitaire*, DATAR, 22 p.
- Mamelet M.-R.**, 1978, *La politique de secteur*, projet, mai, n° 125, pp. 588-598.
- Massé G., Vigneron E.**, 2006, « Territorialité et santé mentale », *Pluriels*, n° 60, juillet.
- Von Bueltzingslæwen I.**, 2007, *L'hécatombe des fous*, Auber, 512 p.