

Préface

Gérard Massé, responsable de la mission nationale d'appui en santé mentale

Depuis un certain nombre d'années, l'équipe de la DREES n'a cessé de fournir aux professionnels de la psychiatrie des travaux statistiques et épidémiologiques particulièrement éclairants. Ces efforts ont permis de valoriser les bases de données, reflétant de façon éloquente l'amélioration des systèmes d'information et de l'emploi des sources statistiques, grâce à la contribution des professionnels au recueil de l'information.

En s'associant à des chercheurs qui travaillent dans le même sens, la DREES nous propose un ouvrage collectif qui repose sur une ample collecte de données, montrant que la psychiatrie est une discipline de moins en moins opaque et que le champ des connaissances objectives concerne tout ce qui constitue un dispositif de soins: les usagers, les professionnels et les structures de soins. Ces travaux statistiques permettent d'établir un bilan étayé de la sectorisation psychiatrique.

Parmi les apports de la politique de secteur, figure l'accessibilité d'un dispositif hospitalier et ambulatoire réparti sur le territoire national, témoignant d'un effort d'équipement et en ressources humaines médicales et paramédicales sans précédent: 829 équipes de secteur en psychiatrie générale, 320 en psychiatrie infanto-juvénile. Le maillage qui couvre le pays a ainsi permis une offre de soins de proximité, diversifiée et gratuite.

Même si beaucoup reste à faire, l'amélioration de l'accompagnement sanitaire des personnes psychotiques, ainsi que celles de leurs conditions de vie, combinée aux effets de la loi d'orientation de 1975 en faveur des personnes handicapées, représente également un effet remarquable de la sectorisation.

La politique de secteur a contribué, en outre, à la sortie de nombreux patients et au traitement de la plupart d'entre eux hors de l'hôpital: 80% des files actives publiques sont exclusivement ambulatoires, le nombre de lits d'hospitalisation complète est passé en près d'un demi-siècle de 120 000 à 60 000 et les durées moyennes de séjour, de 250 jours à moins de 50. Ce mouvement a été favorisé par d'autres facteurs: loi de 1975, sortie des personnes âgées dépendantes du

dispositif psychiatrique, chimiothérapies, multiplication du nombre de psychiatres (de 700 à 2 000 entre 1950 et 1968, jusqu'à 13 000 en 2005), développement de l'offre libérale, etc. Les effets de la désinstitutionnalisation sont apparus beaucoup plus marqués entre 1970 et 1990, période de la mise en place effective de la sectorisation, qu'au cours des vingt années précédentes.

Certaines critiques de la politique de sectorisation concernent son application même: d'inspiration jacobine (avec un maillage géo-démographique à vocation égalitaire), elle a laissé subsister des inégalités profondes, en termes de répartition géographique, d'équipement et de ressources humaines, selon des ratios sans relations avec les écarts de morbidité ou les besoins. L'hospitalisation notamment, bien que profondément restructurée, reste concentrée dans les centres hospitaliers spécialisés, souvent éloignée des lieux de vie et séparée du dispositif somatique. Elle continue de mobiliser les trois quarts des ressources. En revanche les ressources de l'ambulatorio demeurent insuffisantes. De plus, cette partie du dispositif reste cloisonnée et ses moyens sont essentiellement affectés à la clinique. Elle peine également à retrouver ou maintenir la dynamique « communautaire », associant prévention et articulation sociale, qui était la source d'inspiration de la circulaire du 15 mars 1960. Enfin, l'espace du secteur paraît de plus en plus remis en cause. L'émergence de programmes au bénéfice de populations ciblées pousse à l'intersectorialité (associant plusieurs secteurs pour certaines démarches de soins) et à une territorialisation plus large que le secteur d'origine. La logique d'un schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) unique et des territoires de santé fait converger la planification vers un projet médical unifié de territoire, accentuant le décalage avec le territoire sectoriel. En outre, la sectorisation est désormais menacée, dans les territoires ruraux, par une « démédecinalisation » croissante (généralistes et secteur public hospitalier).

Les quinze dernières années ont été marquées par une transformation profonde du paysage social et de la psychiatrie, sur fond d'urbanisation et de vieillissement croissant de la population – ce que soulignent les travaux de la DREES.

L'augmentation de la demande (de 1989 à 2000, +62 % pour les files actives en psychiatrie générale, +100 % en psychiatrie infanto-juvénile) a conduit à une saturation de l'ensemble des dispositifs, depuis les urgences jusqu'au médico-social. Cette tendance semble davantage liée à des changements de représentation (moindre stigmatisation, attentes accrues) qu'à des variations de morbidité. Elle se reflète dans l'épidémiologie de tous les pays développés: 15 % à 20 % de prévalence annuelle des troubles mentaux en population générale et infanto-juvénile, 12 % à 15 % des invalidités (autant que les maladies cardio-vasculaires, plus que les cancers) et 30 % des journées de vie perdues par mortalité évitable ou par invalidité (OMS, 2003).

La conjonction de cette demande de masse et des changements de représentation accentue le caractère ambulatoire des situations et brise la dichotomie classique entre maladie et santé. Un continuum allant des états clairement pathologiques jusqu'à la souffrance psychique est davantage perçu et conforté par les études épidémiologiques. Il est devenu impossible de séparer le trouble observé du contexte social dans lequel il émerge et dont il faut simultanément estimer le retentissement dans l'appréciation des besoins. Une partie importante de la tâche de la psychiatrie consiste désormais à différencier ce qui est « suffisamment » psychiatrique de ce qui ne l'est pas pour nécessiter l'intervention des soins sans l'y réduire, pour partager un abord commun avec d'autres partenaires ou les aider à redevenir acteurs de l'aide ou des soins. Ceci a contribué à élargir le périmètre d'intervention et créer des tensions parfois conflictuelles entre clinique, éthique et organisation des soins, objectivées par l'utilisation accrue du terme de santé mentale.

Parallèlement, on observe l'implication des représentants des usagers et de leurs familles. Elle ne se limite ni à la France ni à la psychiatrie et a été accentuée par certaines pathologies et leur caractère durable (SIDA, entre autres), qui ont profondément transformé la relation médecin-malade. La législation sur les droits des malades, référence désormais constante dans les documents administratifs relatifs à la psychiatrie, aux représentants des usagers et à leurs proches, en est l'illustration.

Les représentants de la population ont également vu leur rôle accru : politique, politique de la ville, des collectivités et problèmes de santé mentale interagissent de plus en plus pour ce qui concerne la sécurité, l'exclusion ou le handicap.

Une telle évolution a accentué le déséquilibre entre l'hospitalisation et l'ambulatoire, comme les problèmes de flexibilité de la filière de soins, de l'urgence au médico-social. Des patients qui en ont besoin peuvent difficilement être hospitalisés, tandis qu'un quart des lits, un jour donné est occupé par des patients qui pourraient bénéficier de meilleures réponses alternatives. Cette combinaison avec la nécessaire modernisation de l'hospitalisation (implantation, hôtellerie, sécurisation) aggrave la crise de l'hôpital, ce qui le replace au premier plan des préoccupations. Parallèlement, le travail dans la communauté devrait continuer à s'amplifier parce que la « déshospitalisation » insuffisamment accompagnée des années 1980 a accentué l'errance et la rupture de certains patients, le risque de leur incarcération et celui de leur hospitalisation répétitive de brève durée.

On perçoit dans ces quelques données d'analyse ce qu'elles doivent aux apports statistiques, liés en grande partie aux auteurs qui ont participé à cet ouvrage, lequel constitue un éclairage d'une grande actualité.