

# Le secteur pour quoi faire ?

Le secteur n'est plus aujourd'hui que l'arbre qui cache la forêt de la nécessaire rénovation de notre politique de santé mentale. Les blocages actuels de cette politique portent sur des points de fond qui transcendent la notion de secteur. Notre référence rituelle à la politique de secteur n'est qu'un moyen d'éviter toutes ces questions fondamentales. Les logiques d'équipement, de bunker ou de fief viennent occulter les objectifs de santé publique.

Certes, depuis 1970 de nombreux progrès se sont fait jour : proximité, responsabilité, continuité des équipes soignantes et de leurs actions. En 1950, 200 lits d'hospitalisation par secteur, en 1990 : 80. En 1970, 240 jours de durée moyenne d'hospitalisation ; 65 jours en 1990...

Mais ce sont d'autres paramètres qui ont le plus influencé nos pratiques et nos résultats.

- Les mouvements anti-psychiatriques du début des années soixante-dix mettant l'accent sur le risque et le discrédit de solutions majoritairement institutionnalisantes.
- La loi de 1970 portant réforme hospitalière, puissant facteur de rénovation de l'appareil hospitalier psychiatrique.
- La loi de 1975 sur les handicapés, allouant des ressources stables à de nombreux malades et transformant leur trajectoire.
- La création d'un corps de médecins des hôpitaux, accélérant la croissance démographique médicale hospitalière. Quels sont donc aujourd'hui les principaux blocages au développement des objectifs de santé mentale ?

## L'évolution des populations cible

L'activité de l'appareil psychiatrique reste centrée sur la prise en charge des psychotiques.

L'urbanisation, la perte du lien social et familial et la crise économique font émerger des patients en crise nécessitant des hospitalisations courtes, in-

tenses et répétitives qui ne sont souvent accessibles que par les urgences.

Il en est de même pour l'incidence psychiatrique du sida, de l'exclusion sociale et de la psychiatrie dans les hôpitaux généraux... Allons-nous éviter cette prise en charge, comme nous l'avons fait pour la toxicomanie ?

## Insuffisance de notre politique de prévention

La responsable en est la « bunkerisation » de l'appareil psychiatrique — y compris dans sa partie extrahospitalière. Cet appareil apparaît comme opaque, peu accessible et disponible aux familles, aux hôpitaux généraux, aux urgences, aux réseaux de généralistes... Pourquoi des partenariats spécifiques avec les familles ne se développent-ils pas comme les relations avec les appareils communaux et sociaux ?

## La quasi-inexistence de la réinsertion et de la réhabilitation

Le modèle médical et individuel de la maladie mentale refoule la réinsertion hors du champ sanitaire.

Il s'agit d'une activité « sociale » : la différence des sources de financement aggrave la situation. La France est un des pays développés où la réinsertion est la moins professionnalisée.

## Le surdimensionnement de l'appareil hospitalier

Malgré les fermetures et les reconversions, deux tiers des secteurs consacrent aujourd'hui les trois quarts de leurs moyens à l'appareil hospitalier et les ratios de lits varient de 1 à 12 sur le territoire national. De nombreux pays développés en sont — sans fanfare — à des taux d'hospitalisation, à population égale, deux à trois fois inférieurs à la moyenne française.

C'est une question centrale pour la politique de santé mentale, pour les pratiques, pour les coûts, pour les incidences sociopolitiques. Or les pou-

voirs publics ont parfois contribué à freiner les ardeurs modernistes !

## L'enseignement, la formation, la recherche

Après l'espoir né en 1970 d'une fertilisation mutuelle des universités et des pratiques hospitalières par la participation des psychiatres des hôpitaux, un grand renfermement s'est produit. Le modèle d'enseignement et de formation est aujourd'hui exclusivement biologique au détriment du psychothérapeutique. La recherche clinique est le reflet de ce modèle.

## Les inégalités de répartition des moyens entre secteurs

Les secteurs qui sont « partis » vite en 1970, ont vu leurs moyens augmentés de façon importante et durable ; les circulaires financières, dix ans plus tard, ont refroidi l'ardeur des retardataires. Les inégalités se sont amplifiées d'un secteur à l'autre. Certaines portions de territoire national sont hors de prise en charge. La correction ne peut venir que de politiques régionales ou interrégionales et de solidarités multi-sectorielles.

## Le secteur comme moyen

Il ne s'agit pas de jeter le bébé du secteur avec l'eau du bain de ses imperfections.

Les trente dernières années ont représenté un réel progrès. Nous n'oublions pas l'espoir et le souci de participer et de contribuer à une évolution constante.

Les trente glorieuses du secteur se terminent. La question essentielle devient « le secteur pour quoi faire ? ». Ma réponse est que les patients et leurs familles doivent rester le centre de nos réseaux de soins. Le secteur reste donc une réponse possible, parmi d'autres. Le secteur est un moyen, non une fin.

Serge Kannas