

Le secteur de psychiatrie générale

Fonctionnement et questionnements dans
la société actuelle

Denis Leguay
Angers

PLAN

- Histoire et mise en place
- Le secteur: pour quels besoins?
- Organisation et moyens du secteur
- Questionnements
- Perspectives

I

Histoire et mise en place

Le “secteur” originel

- les journées de 45, et le débat théorique,
- la circulaire 148 (1952)
- la circulaire du 15 mars 1960
- la mise en place,
- le débat autour de la Loi de 1975,
- le rapport “Demay”,
- la légalisation: 85/86,

Le secteur des années 90/2000

- Les rapports Zambrowski, Massé, Clery-Melin.1,
- Le débat hôpital général/CHS
- Les rapports parlementaires,
- Le rapport Piel/Roelandt et la “psychiatrie communautaire”, le rapport Clery-Melin.2

Quelques réflexions...

- L'axe du secteur,
 - l'égalité républicaine,
 - l'accessibilité, la proximité
 - le principe de continuité: un choix psychopathologique,
 - ...un pré-requis,



Le secteur: pour
quels besoins?

Le secteur comme réponse, à quels problèmes?

- Quelle épidémiologie?

- Psychoses: de 1 à 3% de la population générale (P.G.)
- Troubles dépressifs : \approx prévalence vie-entière 15-20%, à 6 mois \approx 10% de la P.G.
- Troubles anxieux: prévalence ponctuelle \approx 20-25% de la P.G.
- Troubles de la personnalité: pas de données
- Addictions: dépendance à l'alcool: 2,5%, aux drogues 2% de la P.G.
- La question du suicide 12.000 morts, 120.000 TS/an, risque suicidaire « moyen/élevé » 4% de la P.G.
- ...

L'accès aux soins

- Le taux de recours
 - secteur public: 2-2,7%
 - secteur libéral: 2-2,5%
 - soins primaires: 10%
 - différences selon les pathologies
- Mais comment définit-on le besoin de soins?
 - par le diagnostic? le retentissement fonctionnel? la détresse psychologique?
 - deux ou trois de ces critères? (Ciarlo, 1992)
- Quelles structures pour y répondre?
 - les soins ambulatoires, libéraux, publics
 - les structures hospitalières, et les alternatives à l'hospitalisation (le secteur), la « psychiatrie de liaison », l'urgence
 - le médico-social: pour quels besoins?

L'accès aux soins: qu'en penser?

- L'accès au soin dépend aussi des pathologies:
 - sûrement insuffisant pour les troubles dépressifs ou anxieux, (< 50%)
 - déjà plus important pour les troubles psychotiques (~3/4)
- Il dépend d'une représentation de la maladie
- La question du bien fondé du soin spécialisé:
 - en France, 5% de la population générale a accès chaque année aux soins spécialisés: est-ce assez?, trop?

Recours aux soins et représentations

- Le caractère péjoratif des représentations liées aux troubles mentaux:
 - touche la population générale comme les soignants,
 - constitue une méconnaissance des réalités médicales,
 - entrave l'accès aux soins,
 - cantonne les soins spécialisés dans un ghetto,
 - doit être combattu.
- Leur évolution constitue un enjeu fort.

La question de la “santé mentale”

- Une préoccupation des acteurs sociaux,
 - “mal-être”, incivilités, “souffrance psychique”,
 - conduites à risque, précarité,...
- Des constats épidémiologiques nuancés,
 - (Kovess, 95, 97), (Ducq, Garcin, Guesdon, 97, 98)
- Des écrits militants
 - Minard et Piel (96), Emmanuelli, Furtos, Maisondieu (2000), Lazarus (2001), Declerk (2001),
 - ...

Santé mentale et santé publique: des rapports étroits

- La mortalité prématurée:
 - suicide, addictions, conduites à risque,
 - quels déterminants culturels à la prise de risque?
 - intérêt des Conférences de santé et des PRSP, GRSP
- Accès aux soins généraux et à la prévention:
 - l'importance de la variable "sexe"
 - la santé: une représentation
 - des modèles structurants à proposer.

Le devenir des patients psychiatriques

- L'exemple des patients schizophrènes:
 - leur lieu de vie n'est plus l'hôpital,
 - les 3/4 sont suivis (Limosin et Rouillon, 2000)
 - 1/3 sont hospitalisés dans l'année, pour une DMS de 100j.
 - les patients suivis ont un logement (Casadebaig, 97, Vidon, 2000)
 - fréquence de la victimisation, de la perte du réseau amical, du stress, de l'inactivité...
 - difficultés dans les domaines du transport, de la gestion de l'argent, de l'accès aux services...

Le devenir des patients psychiatriques

- Malgré ces difficultés, les patients préfèrent vivre dans la communauté (Leff, Trieman, Leguay)
- Un problème lié à la désinstitutionnalisation?
- Qui justifie des stratégies de réhabilitation:
 - développement des services ambulatoires,
 - gestion de cas individualisés
 - entraînement aux habiletés sociales,
 - logement et travail protégés...
 - À la frontière du sanitaire et du social,
 - Et qui réclame des moyens.

La santé en prison

- La prise de conscience:
 - les rapports parlementaires:
 - Rapport Pradier (1999)
 - Rapports du Sénat et de l'Assemblée Nationale (2000)...
 - ... des rapports très partiels.
 - le livre de V. Vasseur (2000)
 - Les prises de position de l'ASPMP, et des syndicats de psychiatres
 - L'enquête Falissard/Rouillon (2006): quelle approche cohérente de la morbidité en prison?
- La question: la psychiatrie a t elle refoulé les malades mentaux en prison?

La santé en prison

- Un état de fait:
 - Il existe en prison de gros problèmes de “santé mentale”... (Rouillon, Falissard, 2006)
 - ... qui devront être pris en compte
- Les explications:
 - de l’art. 64 à l’art. 122.1,
 - une évolution des conceptions sur l’irresponsabilité,
 - l’absence d’expertise systématique,
 - l’impasse subjective,
 - la responsabilité des experts? (et des juges ?).

La santé en prison: quelques réflexions

- La mutation de la population pénale:
 - délinquants sexuels, toxicomanes, illettrés > délinquants organisés
 - quels facteurs sociaux?
- Trouble mental ≠ irresponsabilité
- Violence, transgression ≠ anormalité
 - une distinction à soutenir +++
- Quels déterminants aux “états limites”?
- La problématique du “Mal”
 - faut-il accrédi-ter l’idée d’une explication toujours disponible?
 - la caractéristique du mal: sa gratuité.

III

Organisation et moyens du secteur

Organisation type du secteur

- Une inscription hospitalière
 - En hôpital spécialisé (56%) ou général (36%) ou privé PSPH (8%)
 - une capacité en lits moyenne de 46 lits
 - Une fonction d'accueil de crise
- Des alternatives à l'hospitalisation
 - Définies par le décret du 14 mars 86, avec ou sans hébergement
 - Hôpitaux de jour, centres d'accueil, CMP, appartements thérapeutiques, ateliers thérapeutiques etc...
 - Une inscription dans le tissu sanitaire et social
- Gérées par une même équipe pluridisciplinaire
 - Pour aménager une continuité des soins

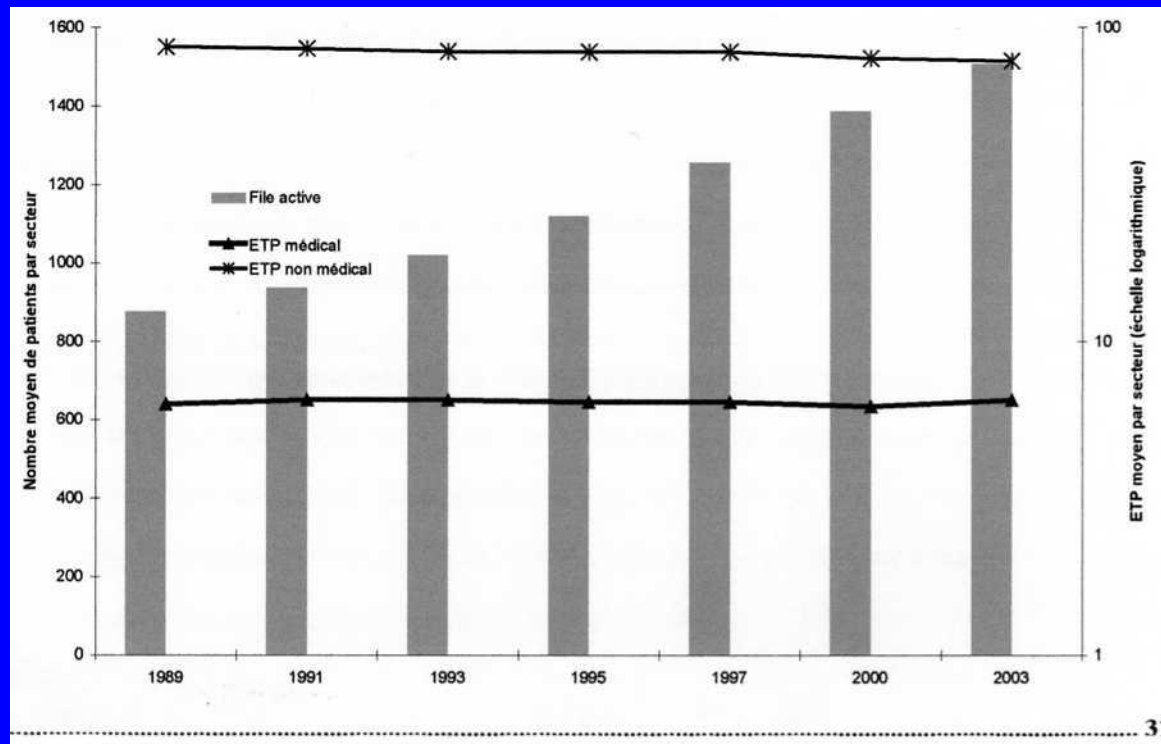
Les moyens du secteur

- **Hôpital** (en moyenne/secteur en 2003) :
 - complet: 46 lits/secteur (mais écart de 1 à 13),
 - 2,5 CMP/secteur (87% ouverts 5j/semaine), 1 CATTP/secteur (84%)
 - 17 places d'HDJ, mais grande hétérogénéité
 - pas de corrélation entre fort % de TC et faible % de TP.
 - Très peu de structures d'accueil de crise en temps partiel (22/815)
- **Les personnels** (en moyenne /secteur en 2003) :
 - Médecins: 6,5 ETP, dont 3,4 ETP PH. Entre 10 et 15% de postes vacants
 - Stabilité du personnel médical depuis dix ans
 - Personnel non médical: 78,2 ETP dont 46 infirmiers, et 2,9 psychos.
 - ↘ de 10% du personnel non médical depuis 89, hors RTT, malgré l'↗ de la F.A.
 - grande variabilité globale, liée au nombre de lits, et au statut des établissements

L'activité du secteur

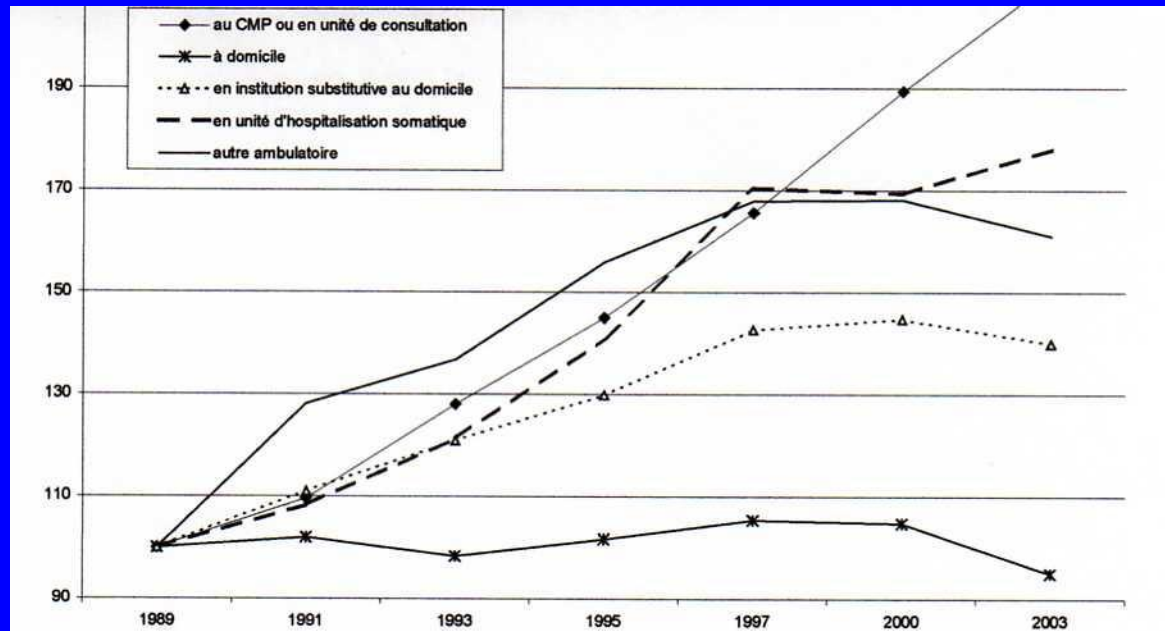
- 830 secteurs de psychiatrie générale
- Une population moyenne prise en charge de 75.000 ha/secteur (environ 55.000 de plus de seize ans?)
- Une file active moyenne de 1500 personnes (2003)
 - Qui varie énormément (50% des secteurs a une FA entre 1090 et 1740)
 - Qui se renouvelle beaucoup : 40% sont des primo-consultants
 - 46% d'hommes, 54% de femmes
- Un “taux de recours” moyen de 2,7% des ha. de + de 20 ans
 - 1,7% en 1989 (une augmentation considérable en dix ans)
 - Mais qui varie encore du simple au double
- Une mutation profonde du dispositif sectoriel liée au développement des structures ambulatoires.

Activité versus moyens



31

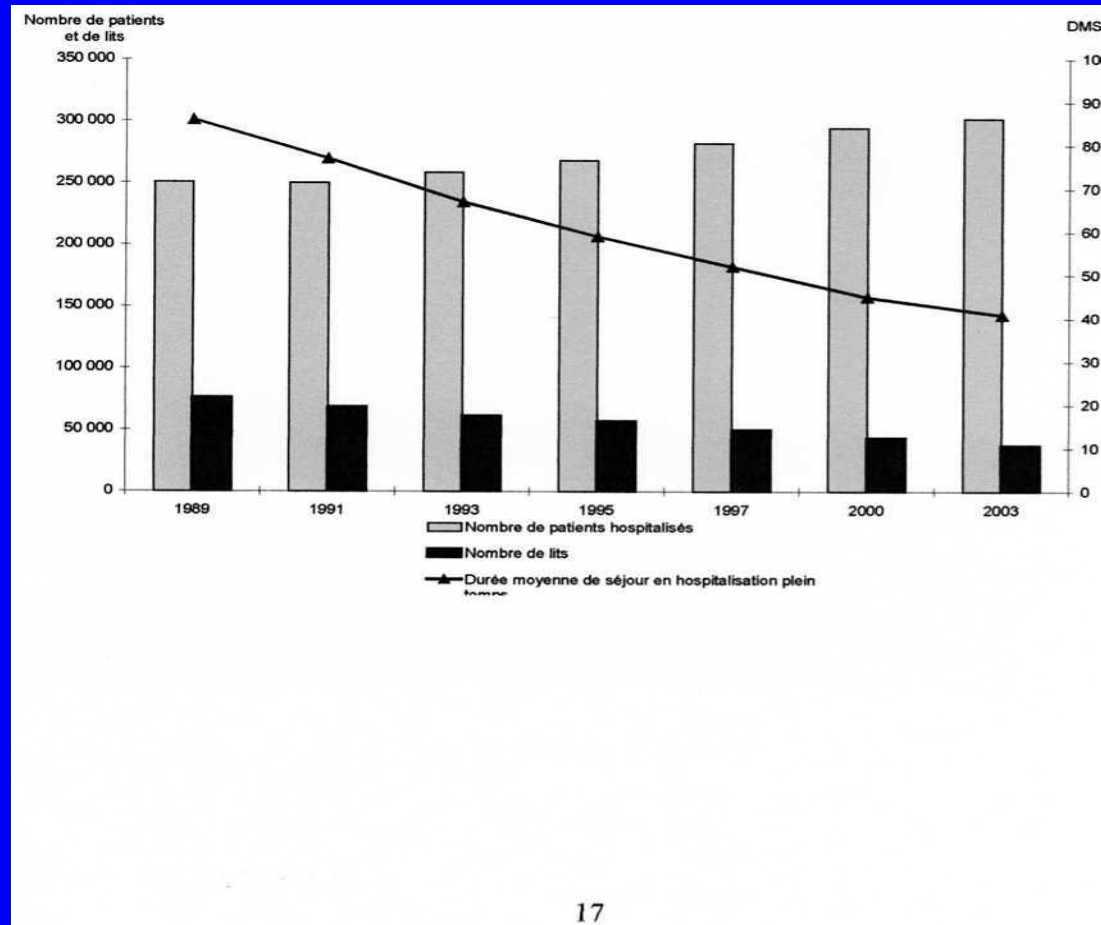
Evolution des PEC à temps partiel



Lecture du graphique : Toutes les files actives sont ramenées à 100 en 1989. Ainsi, le nombre de patients ayant reçu des soins en CMP a plus que doublé entre 1989 et 2003, passant de 100 à plus de 200.

1.4 Les patients suivis à temps partiel : après un doublement de la file active en douze ans, un recul de la croissance en 2003 pour l'ensemble des prises en charge

Activité versus moyens 2



Les moyens globaux

- Une grande hétérogénéité demeure:
 - Hôpital spécialisé/hôpital général
 - urbain/rural
 - nord/sud
 - hospitalisation/ambulatoire
 - médical/paramédical...
- Des inégalités qui interrogent
 - Avec une typologie géographique
- Quelle légitimité à une telle “typologie”?

Les moyens globaux: éléments de réflexion

- Balance champ médical/médico-social,
- Influence de l'articulation avec:
 - soins primaires,
 - hôpital général, champ social, collectivités locales.
- Intégrer une vision dynamique:
 - ↘ du nb. de lits, de la DMS ou DAH...
 - en public comme en privé
- La dynamique des acteurs et des institutions...

Les alternatives à l'hospitalisation

- Une hétérogénéité public/privé:
 - en public: ↘ de 85.000 lits en 87 à 37.320 lits en 2003.
 - ☞ développement des alternatives sur les moyens de l'hospitalisation temps plein
 - en privé: ↘ de 1,6% des lits entre 87 et 97 (\cong 13.000 lits), pas d'alternatives
- Un développement récent:
 - les CMP: de 860 en 87 à 2070 en 2003,
 - les Hptx de jour: de 771 en 87 à 1203 en 2003 (1242 en 97),
 - les CATTP: de 330 en 87 à 1187 en 2003,
 - Accueil familial et apparts. thérapeutiques ne “décollent” pas.

Le rôle de “l’institution”

- Pourquoi désinstitutionnaliser?:
 - quel rôle à l’hospitalisation?
 - quels effets à l’hospitalisation de long cours?
 - à quelles situations réserver les thérapies institutionnelles?
 - quel support théorique aux PEC institutionnelles?
 - le débat psychanalyse/cognitivism
- L’institution reste incontournable:
 - pour la PEC de la décompensation délirante,
 - Pour gérer la crise et l’agitation... mais seulement liées aux troubles psychiques !!
 - pour restaurer un lien social,
 - pour rassembler les soignants!

IV

Questionnements

La question du besoin de soins

- Est au cœur des démarches de planification
- Mais quels critères? (Kovess et Lesage, 2001)
- En fonction de quels choix collectifs?
- Quelles conclusions?
 - les consensus sont possibles, (NFCAS...)
 - corrélation avec facteurs sociaux,
 - intérêt pour la programmation des services,
- Mais une distinction sanitaire/social à établir
 - Actualité de la problématique avec la loi du 15 février 2005
 - La question du “handicap psychique”

Les patients traités

- Un système d'information imparfait:
 - une fiche par patient, sans exploitation nationale, (qui aurait pu être un PMSI !)
 - des coupes transversales DGS/INSERM tous les 5 ans.
 - des exploitations inégales de la FPP par les DIM...
 - Une expérimentation en cours (VAP/RIMPsy)
- Mais des constats très convergents:
 - psychoses, dépressions, alcoolodépendance: dgs les + fréquents
 - ↗ de la fréquence de prise en charge des tr. anxieux et dépressifs, spécialement en ambulatoire.
 - ↗ récente des hospitalisations sous contrainte, et des hospitalisations temps plein: le système est au bord de la rupture
- En libéral: quelles pathologies prises en charge?

Quelles évolutions à l'offre de soins?

- Entre l' ↗ du recours au soin...
 - + 80% en dix ans de file active
 - Plancher atteint du nb de personnes hospitalisées fin des années 90, et ré-augmentation sensible partout sur le territoire,
 - ↗ du nb d'hospitalisations sous contrainte (HO + 20%, HDT + 80% depuis dix ans)
- ...et la diminution des moyens,
 - → quelle cohérence?
- La réduction de la durée de l'hospitalisation ne pourra toujours constituer la seule “variable d'ajustement”

Quelles évolutions à l'offre de soins?

- Pourtant, quelle mission doit-elle être réservée à l'hospitalisation temps plein?
 - Répondre aux besoins de soins
 - Une morbidité qui n'a aucune raison d'augmenter,
 - Mais un accès aux soins qui doit être facilité
 - “primum non nocere”
 - Gérer la crise, l'agitation, la décompensation déréalisante, et c'est tout: le médecin doit rester un “magistrat du soin”
- Constats actuels:
 - L'embaras social: l'hôpital gère le temps d'attente de réponse du système
 - Les refoulés de la société, les gêneurs, les démunis, les dépendants +++
 - Grippage du système hospitalier, victime de son ambition d'accès aux soins

IV

Perspectives

Les Missions

- **Le principe d'égalité:**
 - l'accès aux soins, tous les soins: le secteur comme "porte d'entrée"
 - La proximité
 - l'information sur les pathologies mentales
- **La prévention**
 - l'intervention précoce (sans la désignation)
 - l'inscription dans la santé publique,
 - les professionnels: des veilleurs,
 - la recherche sur les représentations.
- **Les conditions d'existence des patients:**
 - une dimension à prendre en considération

Les Missions

- Les soins sous contrainte: pour quels malades?
 - La loi de 90 (de 38) fondatrice de la psychiatrie
 - Une révision attendue
- La nécessaire distinction:
 - logique de soins/ logique de protection de la société
 - car l'ambiguïté perdure (ex: projet de Loi de prévention de la délinquance)
- La nécessaire affirmation de:
 - l'inadaptation des structures de soins à la PEC des personnalités ancrées dans la transgression
 - la nature fondamentalement contractuelle du soin
 - → besoin de structures spécifiques (UHSA, centres éducatifs fermés...)

Les Moyens

- Secteur et intersectorialité:
 - un équilibre à trouver,
 - tout ne peut pas être effectué par le secteur
 - Des actions spécifiques à mettre en œuvre
- “L’institution”:
 - quelle place lui conserver?
 - Une évaluation à conduire
 - Ne lui laisser que ce qui garde un sens soignant
- Nécessité d’un affichage intransigeant
 - Entre sanitaire, social, et judiciaire

Les Objectifs

- Rester ferme sur les principes
 - Les droits des patients:
 - le droit à “n’être qu’un patient”
 - les conditions de l’hospitalisation:
 - l’information, le partenariat, la confidentialité, le respect
 - des conditions d’accueil dignes: on en est encore loin!
 - l’accès aux soins, comme droit:
 - Un système de soins non stigmatisé: il y a du travail!
 - “L’Evidence Based Medicine”
 - la lisibilité du système de soins

Les Objectifs

- Sortir des hésitations historiques...
- ... par des positions d'équilibre:
 - Ouverture/sécurité
 - Soigner/contenir
 - besoin/demande
 - proximité/technicité
 - surcapacités/besoins minimaux
 - transparence/confidentialité
 - croissance de la demande/maîtrise des coûts
 - EPSM/HG
- Et garder la tête froide sur une ligne de conduite

Les Objectifs

- La “Réhabilitation” : se préoccuper des conditions d’existence, et ne pas rester aveugles à ce qui est en dehors du monde sanitaire
 - Les actions concrètes:
 - l’Entraînement aux habiletés sociales
 - le travail avec les familles,
 - le logement,
 - les ressources,
 - la vie culturelle, et les loisirs
 - l’insertion professionnelle
 - la vie affective,
 - le “case management”
 - la déstigmatisation!

CONCLUSION

Conclusion

- Le secteur reste un outil incomparable
- auquel sont très attachés les professionnels
- mais qui doit savoir évoluer
- pour répondre mieux à ses missions historiques, et toujours actuelles.