



Parcourez, y'a rien à entendre ! L'organisation institutionnelle du non-accueil en psychiatrie

Geneviève Henault

DANS **EMPAN 2026/1** , PAGES 15 À 21

ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 1152-3336

DOI 10.3917/empa.141.0015

Date de mise en ligne : 16/04/2026

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-empan-2026-1-page-15?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour érès.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Parcourez, y'a rien à entendre ! L'organisation institutionnelle du non-accueil en psychiatrie

Geneviève Henault

Nous ne reviendrons pas ici en détail sur ce qui a prévalu à la naissance de la psychiatrie de secteur mais il nous apparaît important de rappeler en introduction deux de ses principes fondamentaux, posés lors de sa création et de sa mise en place progressive dans les années suivant la Seconde Guerre mondiale. Le premier est l'accueil inconditionnel de tout sujet en souffrance psychique, quels que soient son âge, ses origines géographiques ou sociales, quelles que soient sa maladie ou la nature de sa souffrance psychique. Le second est la circulation des patients et des soignants entre les différents dispositifs de soins intra et extrahospitaliers articulés dans un ensemble de lieux d'accueil que l'on a appelé le secteur psychiatrique. Celui-ci propose la continuité des soins par la continuité du lien, depuis la prévention, les soins intensifs pendant la crise, jusqu'à l'accompagnement de la postcure. Le secteur psychiatrique, résolument tourné vers les soins extrahospitaliers, tisse avec ses partenaires naturels (médico-social et social, mairie, GEM – groupe d'entraide mutuelle...) des liens visant à soigner autant que possible le malade – aujourd'hui on dira plutôt l'utilisateur ou la personne concernée – dans la cité, au plus près de son domicile, de ses repères familiaux, de ses relations amicales et familiales. Pierre Delion rappelait récemment que la sectorisation « reste aujourd'hui la forme la plus aboutie

Geneviève Henault
Praticienne hospitalière
psychiatre, Val-de-Marne.

d'une psychiatrie démocratique au service de tous ceux qui en ont besoin¹ ».

Depuis des années, les professionnels de la psychiatrie, leurs partenaires, les patients et leurs familles assistent au démantèlement de l'organisation sectorielle des soins psychiques. Le manque de moyens, d'abord lié au sous-financement chronique de la psychiatrie, puis aux manques humains avec la fuite massive des professionnels, est la première justification brandie : puisque le secteur se meurt et plus vite dans certains services que d'autres, alors est imposée la mutualisation des maigres ressources et la déssectorisation de l'ensemble. Ainsi de l'hospitalisation complète à l'EPSM (établissement public de santé mentale) de la Sarthe, déssectorisée depuis quelques années – avec pour effet quasi immédiat le départ de plusieurs des rares psychiatres qui y exerçaient encore. De même, le CH La Chartreuse à Dijon a choisi de déssectoriser ses services d'hospitalisation, alors que dans la Somme l'EPSM assume une « démarche de déssectorisation » en cours et déjà effective en ambulatoire avec le regroupement de tous les CMP (centres médico-psychologiques) de son territoire. À noter d'ailleurs que certains usagers réclament eux-mêmes la déssectorisation, estimant injuste de ne pouvoir bénéficier des mêmes soins que des personnes habitant sur une commune proche relevant d'un autre secteur voisin mieux doté, ou soulignant l'absence de réel choix de leur médecin ou psychologue du fait de la sectorisation.

Le tri des patients en médecine n'est pas chose nouvelle. Sa mise en œuvre s'est cependant largement déployée et durcie ces dernières années. Il a été rendu dramatiquement plus visible pendant la période de la pandémie de Covid-19, lorsque les ressources médicales insuffisantes ont conduit les autorités compétentes à décréter que certaines populations ne seraient pas soignées, en fonction de leur âge et de leurs comorbidités éventuelles – celles-ci incluant d'ailleurs, inexplicablement sinon par un effet puissant de stigmatisation, les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Celles-ci ont ainsi été déclarées « non prioritaires » en certains lieux, ce qu'a dénoncé le CGLPL (Contrôleur général des lieux de privation de liberté) dès 2020².

Le tri des patients en psychiatrie ne cesse de s'amplifier et de se sophistiquer depuis quelques années, avec un système critériologique complexe comportant plusieurs dimensions. Il

1. P. Delion, « La psychiatrie de secteur », *Les Tribunes de la santé*, n° 83, 2025, p. 37-45.

2. Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Covid-19 : recommandations du CGLPL relatives aux établissements de santé mentale », 27 mars 2020, <https://www.cglpl.fr/publications/covid-19-recommandations-du-cglpl-relatives-aux-etablissements-de-sante-mentale>

y a d'abord le critère de l'urgence – concept on ne peut plus flou en psychiatrie – mais également les critères d'âge, de type de pathologie, et aussi de type de soins théoriquement ajusté aux besoins. Ce patient-là, atteint de cette pathologie-là, est-il accessible à ce soin, cette technique de remédiation, cet accompagnement ?

Ainsi découvre-t-on dans les CMP des dispositifs de tri plus ou moins pensés et organisés institutionnellement au gré des effectifs de plus en plus instables des psychiatres y consultant. Arrêtons-nous un instant sur l'un de ces types de dispositifs, qui semble au premier abord proposer un tri hautement qualitatif, mais qui se révèle à l'usage constituer un véritable parcours du combattant pour tout patient aspirant à bénéficier de soins au CMP. La procédure est la suivante : le patient ou sa famille contacte le CMP pour demander un suivi psychiatrique ou psychologique. Alors qu'habituellement, aujourd'hui, on propose un premier rendez-vous infirmier (ou psychologue) dans un délai de quelques jours, il est ici demandé au patient de rappeler un infirmier sur une plage horaire déterminée afin de procéder au recueil des premiers éléments. Si le patient parvient à rappeler (soulignons que ce n'est pas une démarche évidente, surtout lorsque c'est la première fois), s'il parvient à exprimer sa plainte et sa demande (ce qui n'est pas si simple !), sa situation est dans un troisième temps discutée avec le psychiatre responsable du dispositif, qui propose systématiquement un rendez-vous avec lui en binôme avec un infirmier ou un psychologue. Il faut alors attendre plusieurs semaines (voire mois) avant cette première rencontre « présenteielle ». Si le patient est venu à la consultation, l'évaluation clinique conséquente est

discutée en réunion pluridisciplinaire afin de déterminer une orientation. Si la situation du patient est considérée comme devant faire l'objet d'une prise en charge psychiatrique sectorielle, il est orienté vers un psychiatre du CMP (en règle générale, ce n'est pas celui qui a fait la première évaluation). Il faut alors attendre encore plusieurs semaines ou mois avant de rencontrer le médecin qui pourra engager un suivi. Le parcours d'accès aux soins comporte donc : un premier appel téléphonique, un rappel avec entretien téléphonique infirmier, un temps d'attente non négligeable, une unique rencontre avec un binôme psychiatre-infirmier ou psychologue, un nouveau temps d'attente important avant d'enfin initier le suivi. Pendant cette période, il n'est pas engagé de soin, ni d'espace d'écoute et de soutien, pas de travail préalable à la rencontre avec le ou les psychiatres. De quoi en décourager plus d'un.

Dans certains territoires extrêmement touchés par la pénurie psychiatrique – au point de pouvoir les qualifier de « déserts psychiatriques » –, on assiste à des innovations pour le moins surprenantes. Celles-ci viennent témoigner non seulement de l'avancement de la dégradation de la psychiatrie publique, mais aussi et peut-être surtout de nouvelles idées pour faire de la psychiatrie sans psychiatre. Le département de la Sarthe a ainsi vu naître en 2023 la toute première, et peut-être unique encore, unité préhospitalière à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique. Dans un contexte de flux considérable de patients nécessitant des soins psychiatriques aux urgences du CH du Mans, avec un temps d'attente important pour un accès à l'hospitalisation, particulièrement pourvoyeur de désorganisation pour les urgences (et particulièrement maltraitant

pour les patients), il a été pensé par l'agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire une zone d'attente qui permettrait de déplacer les patients en attente de l'hôpital général vers l'hôpital psychiatrique³. En créant et imposant à l'EPSM cette zone non médicalisée, sorte de salle d'attente et espace de transition entre les urgences et la psychiatrie, nombre de problèmes se sont posés : organisationnels, réglementaires, cliniques, éthiques. Qu'est-ce que cela signifie d'admettre dans un service hospitalier officiellement non médicalisé un patient en crise qui nécessite des soins constants et une surveillance rapprochée ? Qu'est-ce que cela signifie de transiter du service des urgences où l'on est pris en charge, évalué et soigné, à un service démedicalisé où l'on ne reçoit pas de soins durant plusieurs jours, en attendant une éventuelle admission dans un service hospitalier voisin « normal » sur le même site hospitalier, où alors on pourra à nouveau bénéficier de soins ? Qui est responsable de ces patients-non-patients en zone de non-soin ? Est-on encore un « patient », en zone post-urgence et pré-psychiatrique ?

Ces exemples de dispositifs psychiatriques « innovants » interrogent. Au-delà de leur fonction de triage des patients et de bricolages institutionnels visant à fluidifier les flux de patients, ils nous semblent organiser institutionnellement la non-rencontre et par là-même, le non-soin. Alexandre Monnin a publié un article intitulé « Ne plus soigner, une tendance actuelle⁴ ». Il y décrit une médecine technicisant le tri sanitaire et questionne : « Et si la médecine contemporaine, loin de ses promesses de progrès, tendait désormais vers une stratégie assumée de non-soin ? Cette hypothèse, encore largement impensée, commence pourtant à se matérialiser sous nos yeux. Et ce, pas uniquement comme une conséquence malheureuse de restrictions budgétaires ou d'une désorganisation, mais comme une orientation active, un projet politique porté à bas bruit par des coalitions hétérogènes de responsables politiques, de start-up biotechnologiques, d'experts en gestion des risques, et parfois même de professionnels de santé. »

En psychiatrie, comme dans d'autres spécialités médicales, on assiste depuis une vingtaine d'années au développement de centres experts qui essaient sur tout le territoire. Ceux-ci explorent, bilantent et diagnostiquent quatre pathologies : la schizophrénie, la bipolarité, la dépression résistante et les TSA (troubles du spectre de l'autisme). Le tri est ici réalisé en amont

3. « Une zone paramédicalisée d'accueil pour les patients en psychiatrie est en test au Mans », *Hospimédia*, 14 décembre 2023, <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20231214-gestion-des-risques-une-zone-paramedicalisee-d-accueil>

4. A. Monnin, « Ne plus soigner : une tendance actuelle », *AOC*, 12 juin 2025, <https://aoc.media/analyse/2025/06/11/ne-plus-soigner-une-tendance-actuelle/>

5. *Ibid.*

6. M. Bellahsen, *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*, Paris, La Fabrique, 2014.

par les médecins adresseurs. Il se poursuit avec la caution scientifique expertale. Les patients sont reçus en centre expert pour une ou deux sessions de quelques heures et repartent avec un diagnostic et des recommandations thérapeutiques. Mais ce temps « d'expertise » qui leur est accordé n'est pas sans contrepartie : des données de santé sont collectées massivement par ces centres qui prétendent exceller sans jamais soigner, qui ambitionnent de diagnostiquer hors relation de soin, qui établissent des recommandations le plus souvent inapplicables sur le terrain où les soins sont réalisés. A. Monnin l'évoque très précisément dans son article : « L'ironie de cette médecine du non-soin est qu'elle s'appuie massivement sur des dispositifs technologiques sophistiqués : capteurs, tests, algorithmes, plateformes. Le soin est externalisé, privatisé, et converti en données. Le *quantified self* devient la forme contemporaine de l'attention à soi, vidée de toute relation clinique. Ces technologies alimentent des systèmes d'optimisation où l'important n'est plus la guérison, mais la conformité aux normes biologiques ou comportementales. Dans ce contexte, le patient devient un profil de risque, non plus un sujet à accompagner. La plateformes du soin réorganise en profondeur les régimes d'accès à la santé. La médecine n'est alors plus un service public mais une logistique de gestion différenciée des existences⁵. »

L'ironie est douloureuse, cette fois pour les praticiens de terrain – les psychiatres qui reçoivent, accompagnent et soignent les patients avec des moyens de plus en plus appauvris –, elle est aussi à mettre du côté d'une auto-dévaluation de plus en plus prononcée. Ainsi voit-on des psychiatres, exerçant en secteur depuis des dizaines

d'années, recourir à ces centres experts pour confirmer leur diagnostic. Comme si être médecin spécialisé en psychiatrie ne suffisait plus désormais à diagnostiquer une schizophrénie ou une maladie bipolaire. Cette perte de confiance en soi se serait-elle diluée dans ce que Mathieu Bellahsen a appelé le *santé-mentalisme*⁶ ? La santé mentale, maintenant apposée aux frontons des hôpitaux psychiatriques, renommés établissements publics de santé mentale – concept de plus en plus flou à mesure que la sphère politico-médiatique s'en empare jusqu'à la labelliser cette année « Grande cause nationale » –, est-elle vecteur de confusion pour les médecins psychiatres, tiraillés entre désir de soigner, injonctions sécuritaires et pression sociétale de recherche de performance et rentabilité – actuellement largement représentée par la demande croissante de prescription de psychostimulants ?

Le psychiatre, à l'instar des patients, a de quoi se perdre dans une organisation des soins psychiatriques de plus en plus fragmentée à mesure que le secteur se délite, victime de son explosion en de multiples unités fonctionnelles de plus en plus intersectorielles, technicisées et sur-spécialisées, s'adressant à un public trié sur le volet. Le « bon patient au bon endroit au bon moment » répète-t-on à l'envi. Il s'agit aujourd'hui non plus de circulation entre les dispositifs de soins, mais de « parcours » de soins à effectuer le plus rapidement possible afin d'obtenir la « fluidité » du « flux » et les félicitations des gestionnaires. Et pour ceux qui résistent au flux ? Ceux que l'on nomme fort indécatement les « longs cours » en hospitalisation complète, les « chroniques sédimentés » en ambulatoire, ceux qui ne sont pas les « bons

patients » que l'on pourrait faire rentrer bien ajustés dans le dernier dispositif innovant ? Ceux-là sont poussés fermement vers le médico-social, souvent bien en peine de les accueillir. Lorsqu'ils sont encore parfois tolérés par les institutions, ils sont relégués dans une pièce avec une vieille cafetière et quelques jeux de société... lieu que l'on appellera avec nostalgie, et non sans honte, un hôpital de jour ou un CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel).

Le manque de moyens, authentiquement dramatique, ne peut tout expliquer et certainement pas tout justifier. Les politiques publiques s'orientent très nettement depuis des années vers la réduction des coûts au détriment du soin psychique. Ainsi de la fermeture massive des lits hospitaliers « transformés » en places relevant du champ médico-social. L'actualité très récente en témoigne cruellement : la clinique de La Borde, lieu hautement symbolique d'accueil de la folie se soutenant de la qualité des soins relationnels qui y sont prodigués, portés par les principes de la psychothérapie institutionnelle, est menacée par les projets de l'ARS Centre-Val de Loire. Dans une lettre publiée le 17 octobre 2025, l'ARS annonce le non-renouvellement de l'autorisation d'activité de psychiatrie de la clinique et justifie ainsi la transformation imposée à l'établissement : « Une grande part des personnes aujourd'hui accueillies dans ces établissements relèvent davantage d'un accompagnement médico-social que d'une hospitalisation psychiatrique au sens défini par la réglementation la plus récente. Leurs besoins portent principalement sur la vie quotidienne, le soutien à l'autonomie et l'inclusion sociale, plutôt que sur des soins intensifs à visée thérapeutique hospitalière⁷. » Autrement dit, ces personnes ne recevront prochainement plus de soins hospitaliers, non parce que leur état psychique le leur permet, mais parce que des technocrates l'ont décidé. Le non-soin et la réadaptation du handicap : l'avenir de la psychiatrie française ?

Enfin, il nous semble qu'il y a aussi à se poser la question des bénéfices, individuels et collectifs, à organiser la non-rencontre et le non-soin. S'agirait-il de se protéger de l'impuissance grandissante à laquelle nous expose la destruction de nos outils de soins ? Pourrait-ce être un évitement de l'anxiété du gonflement exponentiel de la file active, qui jamais ne sera suffisante pour satisfaire aux besoins croissants de la population ? S'agit-il encore de se protéger de la rencontre avec

7. « Psychiatrie institutionnelle : l'ARS accompagne la transformation des cliniques La Borde et la Chesnaie (41) », *La lettre pro* ARS Centre-Val de Loire, n° 85, 17 octobre 2025.

un autre, de se prémunir de l'engagement éthique, du tissage du lien qui nécessite du temps et un réel investissement relationnel ? Cet évitement de l'engagement serait-il un symptôme individuel à mettre au compte d'une telle transformation de la psychiatrie que s'occuper des laissés-pour-compte (ces patients qui résistent à s'adapter aux dispositifs innovants) semblerait une tâche ingrate et vouée à trop peu de gratification ?

À l'heure où le soin psychique se mue en rééducation à visée réadaptative, où chacun est attendu à une place de technicien du psychisme pour réparer un dysfonctionnement le plus rapidement possible afin que le patient poursuive son parcours de soins (vers la sortie), la pratique des soins relationnels peut apparaître aujourd'hui comme une réelle position de résistance.