

# La organización de la psiquiatría comunitaria en la sociedad actual (Francia)

(The organization of community psychiatry in current society (France))

Piñeiro Jericó, M<sup>a</sup> Teresa

Centro Médico-Psico-Pedagógico (CMPP) de Saint Jean de Luz/  
Hendaye. 19 Avenue André Ithurralde. Hôpital Udazkena.  
64500 Saint Jean de Luz  
maite.pineiro@wanadoo.fr

Recep.: 29.08.2011

BIBLID [ISSN: 1577-8533, eISSN: 1989-2012 (2012), 12; 141-150] Acep.: 14.11.2012

---

*La psiquiatría, su concepción, su campo de acción y su organización asistencial han cambiado en el tiempo. Propongo un repaso de las diferentes leyes que condicionaron la respuesta de la sociedad a la enfermedad mental. Abordaremos también los avances y cambios conceptuales de la sociedad científica que han modificado el tratamiento de los pacientes.*

*Palabras Clave: Profesor Ajuriaguerra. Sectorización. Psiquiatría. Salud mental. Holismo. Globalidad. MDPH. AGRS.*

*Psikiatria, haren ikusmoldea, jarduera alorra eta asistentzia antolamendua aldatu dira denboran zehar. Gizarteak buruko eritasunari emandako erantzuna baldintzatu zuten legeei begiratu bat ematea proposatzen dut. Era berean, erien tratamendua aldatu duten gízarte zientifikoaren aurrerapen eta aldaketa kontzeptualei ekingo diegu.*

*Giltza-Hitzak: Ajuriaguerra irakaslea. Sektorizazioa. Psikiatria. Buruko osasuna. Holismoa. Globalitatea. MDPH. AGRS.*

*La psychiatrie, sa conception, son champ d'action et son organisation de l'aide ont changé dans le temps. Je propose une révision des différentes lois qui conditionnèrent la réponse de la société à la maladie mentale. Nous aborderons également les progrès et les changements conceptuels de la société scientifique qui ont modifié le traitement des patients.*

*Mots-Clés: Professeur Ajuriaguerra. Sectorisation. Psychiatrie. Santé mentale. Holisme. Globalité. MDPH. AGRS.*

Comparativamente con otros países la oferta de asistencia psiquiátrica en Francia puede ser considerada como cuantitativamente importante, sobre todo, a nivel de equipamientos y de recursos humanos. (WHO, 2005). Es el resultado de una larga trayectoria que ha llevado a la sociedad francesa a una atención específica de la cuestión de la enfermedad mental. Será interesante abordar el conocimiento de esta trayectoria a diferentes niveles: el primero, indispensable, es la evolución de la concepción de la psiquiatría y de su puesta en acción en la sociedad. Nos fijaremos en las maneras que tiene la sociedad de comprender la locura, cuándo ese término deja paso al de enfermedad mental y después al de salud mental. También prestaremos atención al modo en que estas diferentes percepciones han influido en la organización de la asistencia psiquiátrica. Para ello les propongo hacer un repaso de las diferentes leyes que marcaron hitos fundamentales y provocaron cambios en la manera en la que la sociedad intentó responder al problema de la enfermedad psíquica desde 1838 hasta la más reciente actualidad de la reforma legislativa actual.

En segundo lugar, nos acercaremos a los movimientos conceptuales, no ya en la sociedad general sino en la más restringida sociedad científica. La evolución de las teorías de la psiquiatría genera diferencias a la hora de organizar el tratamiento de los pacientes.

Todo ello evidentemente de manera sucinta, no exhaustiva, siendo evidente la necesidad de esquematizar dado la brevedad del tiempo del que disponemos.

## **1. PSIQUIATRÍA: DE LA LOCURA A LA SALUD MENTAL, LEYES Y POLÍTICA SANITARIA ASISTENCIAL**

Al principio del siglo XIX Philippe Pinel realiza el gesto liberador de quitar las cadenas a los locos y funda así la psiquiatría moderna, es decir, la psiquiatría médica. Nace la idea de que se puede curar a los alienados y de que éstos merecen un «tratamiento moral» cuyo modelo de aplicación será el aislamiento. Se crean los asilos donde el encuadre, y la organización de la vida intramuros se conciben como parte integrante del cuidado y tratamiento.

La primera ley de 1838 organiza la hospitalización contra la voluntad del paciente. Los alienistas se dedicaron sobre todo a consolar y clasificar, pero poco sostenidos económicamente, se encontraron rápidamente desbordados.

Tras la segunda guerra mundial, la psiquiatría se organiza. Se cuestiona la utilidad del aislamiento que había sido la práctica del siglo precedente, y que había propuesto el cuidado del enfermo mental a través de su separación del grupo social. Mientras otros países como Italia y Estados Unidos cierran los hospitales psiquiátricos, en Francia se organiza la reforma y la humanización de los hospitales. Los muros se flexibilizan, el cuidado reemplaza al aislamiento. Se crea un dispositivo de tratamiento de proximidad cuyos principios son la continuidad de cuidados, la facilidad de acceso y la igualdad frente al tratamiento. Todos estos principios tenían un hilo conductor: no contentarse

con guardar al enfermo, no solo asistirlo sino curarlo y llevarlo al seno de la comunidad social. Es a partir de ese momento cuando se pone en marcha la política de sector.

En 1960 se introduce la noción de mapa sanitario y los primeros grandes principios de la sectorización son definidos en la circular inaugural de marzo.

En 1968 la ley de protección de los grandes incapacitados comienza a matizar la ley de 1838. El hospital psiquiátrico se transforma en un hospital público. La neurología y la psiquiatría se separan. La psiquiatría accede a una identidad propia y a una enseñanza universitaria especializada.

En 1970 los psiquiatras adquieren la categoría de médicos adjuntos en la red hospitalaria pública y la psiquiatría se hace un hueco en el hospital general.

En 1972: se pone en marcha de manera efectiva la sectorización.

En 1975 una nueva ley en favor de las personas con minusvalía considera por primera vez la enfermedad mental como una minusvalía.

En 1985 la ley del 25 de Julio confirma la política de sectorización. Se inscribe el sector en el código de la salud pública y se le confiere una triple misión: prevención, diagnóstico y tratamiento. Esta ley atribuye su financiación al seguro de enfermedad con un presupuesto global, incluyendo el intra-hospitalario y el extra-hospitalario y confía la gestión a las administraciones hospitalarias.

En 1990 la circular del 14 de marzo, redefine las grandes orientaciones psiquiátricas. Esta circular introduce una modificación semántica de gran importancia: pasamos de la "psiquiatría" a la "salud mental" extendiendo la intervención de la psiquiatría a los problemas médico-sociales, de adaptación, de reacción ante la situación de stress. Al mismo tiempo la psiquiatría se acerca de la medicina y se crean servicios de psiquiatría en el seno de los hospitales generales.

En el mismo año el 27 de Junio, una ley sobre las hospitalizaciones sin consentimiento, reemplaza la ley de 1838 poniendo el acento en las libertades individuales pero conservando el equilibrio médico-administrativo de la antigua ley.

El sector constituye así, la unidad de base de asistencia psiquiátrica pública que coordina y dispensa, para un área geo-demográfica de proximidad, el conjunto de cuidados, tratamientos y servicios necesarios para la cobertura global de necesidades: prevención, tratamiento, post-cura, readaptación. Se crean equipos multidisciplinarios para la coordinación y la puesta en práctica de los cuidados y tratamientos.

La política de sector, influenciada ampliamente por el movimiento de des-institucionalización impulsado y sostenido por la OMS Europa desde los años 1970, se puso en marcha también en otros países de la comunidad europea.

En 1987, en Francia, se contaban aproximadamente: con 815 sectores de psiquiatría general. Aproximadamente una media de un sector por 56.100 habitantes de más de 20 años y 300 de psiquiatría infantil y juvenil. De ellos casi dos tercios estaban ligados a un centro hospitalario especializado y un tercio dependían del hospital general.

En 1992 el informe Massé va a crear numerosas estructuras de post-cura y de acogida de los pacientes a la salida de los hospitales para aquellos pacientes que no han adquirido una autonomía suficiente. Los hospitales psiquiátricos se van vaciando, las estructuras intermedias se multiplican.

En este año desaparece la especificidad de formación de los enfermeros psiquiátricos que hasta entonces tenía una formación completamente independiente de las otras enfermerías, y se crean los servicios de psiquiatría de urgencia en los de urgencias hospitalarias.

En 1993 se incluyen los cuidados y tratamiento en medio penitenciario en las misiones de los establecimientos públicos de salud.

En 1997 se crea una red nacional de equipos de urgencia médico psicológicos para aportar asistencia en situaciones de grandes catástrofes.

En los diez últimos años las nuevas leyes han implicado grandes cambios en la organización de la política asistencial:

La ley del 4 de marzo 2002, también llamada ley Kouchtner, proclama el derecho fundamental de los ciudadanos a la protección de su salud que debe ser preservada con todos los medios posibles. Los centros sanitarios deben garantizar el acceso igualitario de cada persona a los cuidados y tratamientos que le son necesarios asegurándose de la continuidad de los cuidados y con las mejores garantías de seguridad sanitaria posible. Se basa sobre el principio de no discriminación y establece una relación de solidaridad frente a los minusválidos. Por otra parte, la ley reequilibra la relación médico-paciente, dando protagonismo al usuario y obligando a los médicos a dar una información clara. Antes de realizar un acto terapéutico, el médico debe obtener el consentimiento libre e informado del paciente. También establece la historia clínica única e informatizada y permite y regula el acceso de los pacientes a las informaciones contenidas en su historia clínica. Finalmente regula la gestión de la reparación de los riesgos sanitarios.

En 2005 Nicolás Sarkozy, entonces ministro de interior, proponía en su anteproyecto de ley sobre la prevención de la delincuencia «una evaluación precoz de los niños que presentan trastornos del comportamiento» que fue abandonado en el texto definitivo votado en febrero de 2007. Este anteproyecto evocaba la posibilidad de crear un «carné de comportamiento» que guardara el rastro de los signos precoces desde el nacimiento a la vida adulta. Esa proposición se apoyaba en un informe del INSERM (Instituto Nacional de la Salud y de la Investigación Médica) que preconizaba el observar y anotar los trastornos del comportamiento desde la guardería hasta el preescolar. Las rabietas, los actos de desobediencia eran descritos como posiblemente

predictivos de delincuencia. El informe recomendaba una evaluación de salud hacia los 36 meses pensando que era una edad a la que se podía ya percibir un temperamento difícil, una hiperactividad o los primeros síntomas de un trastorno de conducta. Los profesionales se rebelaron contra esta proposición, una petición titulada “No al cero en conducta para los niños de tres años” que recogieron 200.000 firmas a su favor.

La ley del 11 de febrero de 2005 para la igualdad de derechos y de oportunidades de participación y ciudadanía de las personas con minusvalía refuerza las acciones en favor de la escolarización de los alumnos portadores de minusvalía. Esta ley afirma para cada cual, el derecho a una escolarización en medio ordinario, lo más cercana posible de su domicilio y a una trayectoria escolar continua y adaptada. Los padres son asociados “de manera estrecha” a las decisiones de orientación para su hijo y a la definición de su proyecto personal de escolarización (P.P.S.).

Esta ley regula la creación de las MDPH (Casas departamentales de personas con minusvalía) Las casas regionales de las personas con minusvalía están encargadas de la acogida y acompañamiento de las personas portadoras de minusvalía y de sus personas de referencia. Existe una MDPH en cada departamento o región, que funciona como ventanilla única para todas las peticiones en relación con las situaciones de minusvalía. La persona con minusvalía se sitúa en el centro de este dispositivo de servicio público siendo la protagonista al elaborar su «proyecto de vida». Un equipo pluridisciplinar evalúa sus necesidades y finalmente la comisión de los derechos y la autonomía de la persona con minusvalía (CDAPH) propone la compensación en adecuación a esa valoración.

En Julio de 2009, se produce el principio de una gran reforma del sistema sanitario. La ley del 21 de julio de 2009 para la reforma del hospital y relativa a los pacientes, la salud y los territorios (ley HPST). Crea en su artículo 118 las Agencias Regionales de Salud. Las agencias regionales de salud (ARS) son el pilar de la reforma del sistema de salud.

Las ARS representan tres cambios:

1. La ARS reúne a nivel regional los recursos del Estado y del Seguro de Enfermedad para reforzar la eficacia colectiva y garantizar el futuro del servicio público de Salud. La ARS reúne en una sola entidad varios organismos encargados de las políticas de salud en las regiones y departamentos: direcciones regionales y departamentales de los asuntos sanitarios y sociales. (DRASS y DDASS), agencias regionales de Hospitalización (ARH) reagrupamientos regionales de salud Pública (GRSP), uniones regionales de las cajas del seguro de enfermedad (URCAM), misiones regionales de salud (MRS) y la sección hospitalaria del seguro de enfermedad, compuesto de una parte del personal de las cajas regionales de seguro de enfermedad (CRAM) del régimen social de independientes (RSI) de la mutua social agrícola (MSA) de las direcciones regionales del servicio médico (DRSM).

Al unificar las fuerzas dispersas, la ARS pretende realizar políticas de salud más eficaces simplificando a la vez el sistema de salud.

2. Una percepción global de la salud. La reunión de las múltiples competencias en una misma estructura permiten una percepción global de la salud, más coherencia en las respuestas y en los itinerarios de cuidados de los pacientes y de las personas con pérdida de autonomía. El campo de actuación de la ARS es amplio y comprende:

- La salud pública: prevención, promoción de la salud, la vigilancia y seguridad sanitarias.
- La organización de la oferta de cuidados: organización de los profesionales de los establecimientos de salud, así como los establecimientos del área médico-social.

3. Políticas de salud ancladas en un territorio. La definición de nuevos territorios de salud pretende mejorar las respuestas a las especificidades y necesidades locales, para mejorar la repartición territorial de la oferta de cuidados y luchar contra las desigualdades de salud. Los esquemas regionales de organización sanitaria habían definido 159 territorios que las ARS han disminuido a 107. La media de población de los territorios ha pasado de 374.000 a 605.000.

Objetivos de la ARS: Las ARS han sido creadas con el fin de tener un pilotaje unificado de la salud por región, para responder mejor a las necesidades de la población y aumentar la eficacia del sistema

La estrategia de salud: La estrategia de la ARS se define en su proyecto regional de salud. En éste se definen los objetivos plurianuales de las acciones de la ARS en los diferentes campos de competencia y las medidas necesarias para conseguirlos. Actualmente las ARS se encuentran en fase de elaboración de los PRS que deberán estar concluidos al final de este año.

Fuerza es de constatar que, a pesar de las buenas intenciones de las propuestas de esta ley, a pesar del intento de equilibrar la oferta de cuidados en todo el territorio nacional, y de recuperar una visión más global de la política sanitaria, aparece como objetivo fundamental, aunque no explícito, la contención drástica del gasto público en materia sanitaria.

Los médicos nos vamos encontrando confrontados cada vez más a una paradoja de gestión que plantea un verdadero problema ético. Por un lado existe un gran aumento de los problemas de salud con el consecuente aumento de la demanda, aumentan las filas activas de nuestros establecimientos. En 1999 Nicole Quemada estimaba ya la progresión anual de las filas activas en un 5%, porcentaje que parece haberse superado posteriormente. Por otra parte existe un mensaje claro de las administraciones que, en el mejor de los casos, anuncian «presupuestos constantes». De esta manera recae en el médico, la necesidad de arbitrar y utilizar «razonablemente» los recursos de los que dispone sabiendo que estos están en peligro de disminución.

La sociedad y los pacientes cambian, imponiéndonos una adaptación, exigiéndonos una mayor disponibilidad y flexibilidad y exigiendo una mayor participación de los pacientes transformados en usuarios. Participación que a veces

se transforma en exigencia, ya no solo de haber empleado los medios diagnósticos y terapéuticos adecuados, como corresponde a una buena praxis, sino que empiezan a ver la luz las exigencias de resultados.

Finalmente comentaremos el hecho de que el legislador tiende en los últimos años a indicar a los profesionales cómo deben trabajar. Se han creado comisiones de expertos, centros de referencia que redactan guías terapéuticas y que son asumidas a veces por el ministerio de la salud en forma de recomendaciones oficiales. No dudamos de los avances que pueden suponer el crear guías de tratamiento que recojan las evidencias científicas a fin de proporcionar a toda la población un acceso igualitario al diagnóstico y tratamiento, Sin embargo si las analizamos de cerca a menudo resultan reductoras o reflejan la posición teórica del grupo de expertos que las ha redactado, y además, en el campo de la psiquiatría, corren el peligro de obviar la importancia de la relación transferencial entre el profesional y su paciente.

## **2. PSIQUIATRÍA: DE LA LOCURA A LA SALUD MENTAL LA EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y DE LOS CONOCIMIENTOS EN PSIQUIATRÍA**

La psiquiatría evoluciona, los nuevos conocimientos a nivel de las neurociencias, de la genética, de la psicofarmacología, también de las ciencias sociales y de la psicología, hacen que el abordaje teórico sea cada vez más complejo. Las primeras tentativas oficiales de clasificación de las enfermedades mentales de la OMS datan de 1948. En 1988 Mises y colaboradores desarrollan la CFTMEA Clasificación Francesa de Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente. De inspiración psicodinámica, abierta a todas las corrientes científicas, se inscribe en una aproximación pluridimensional de la psiquiatría. Esta clasificación desarrolla en sus dos grandes ejes todos los datos actuales de nuestra disciplina sobre el plano de la percepción clínica y la psicopatológica.

Los continuos avances médicos, en las últimas décadas, han suscitado el desarrollo de tecnologías médicas cada vez más sofisticadas. Como consecuencia se ha producido un movimiento de súper especialización, que nos lleva cada vez más a dar respuestas y realizar gestos terapéuticos puntuales. A veces la preocupación del profesional se centra en reparar la parte enferma dirigiéndose cada vez menos a la totalidad del sujeto. Recuerdo a mis compañeros internistas que durante las escasas pausas de una guardia nos contaban: “he atendido un hígado enorme, me acaba de entrar un pulmón colapsado o acabo de recibir un ictus muy grave”. No les enjuicio, la tensión de la guardia, a menudo con falta de personal o de medios de acogida, nos hacía ir a lo esencial, lo emergente del momento y evitar el sintonizar con las personas. Pero la psiquiatría no debe, no puede, dejarse llevar por ese movimiento. Debe prevalecer la aproximación del sujeto y no solo de la neurona, a pesar de que hayamos vivido recientemente la década del cerebro. Uno de mis profesores nos decía que los psiquiatras habíamos tardado bien poco en dar la espalda a los enfermos para ocuparnos de las enfermedades. Tantos congresos en los que los especialistas pasaban su tiempo a nombrar, enumerar, clasificar las enfermedades. Ahora asistimos a otro paso hacia adelante. El que yo llamo el “fenómeno del zoom”, ha ganado la psiquiatría.

Ya hemos ido dejando atrás las enfermedades, hemos mirado de más cerca y hemos visto los síntomas que en nuestro afán clasificatorio empiezan a adquirir rango de enfermedad. Cada vez se mira más al fondo y lo que antes pertenecía a un cuadro clínico más complejo se alza ahora con la victoria del reconocimiento del estatus de enfermedad. A mí, que siempre me han gustado las sesiones de microscopio, este “zoom” hacia dentro me parece una aventura emocionante, pero no podemos olvidar de apretar el botón de retroceso para así mantener ese juego maravilloso de ver la parte sin perder de vista el todo. Si no lo hacemos, si nos quedamos maravillados con la contemplación de la parte, si le damos rango de enfermedad a lo que es un síntoma, síntoma que se entiende mejor desde la perspectiva del todo, corremos muchos riesgos. El primero, el de la fascinación por la parte y, con ella, el riesgo de identidades e identificaciones parciales. Esto está provocando, de hecho, la aparición de múltiples asociaciones de pacientes y familiares centrados en patologías muy específicas y la disminución de asociaciones de familiares de enfermos psíquicos que se organizan de manera más global, para dar respuesta a las necesidades comunes de los pacientes psiquiátricos. El segundo peligro y en estrecha relación con el primero es el de la fragmentación de la comprensión del enfermar. Lo que antes eran cuadros clínicos compuestos de diferentes síntomas con una interrelación entre ellos se desgajan en cuadros clínicos de entidad propia que se reúnen en el sujeto gracias al descubrimiento del término de co-morbilidad. Los elementos de psicopatología que las nuevas nomenclaturas hacen salir por la puerta, retoman por la ventana en forma de co-morbilidad. Ahí donde la medicina se apoya demasiado a menudo en una visión de órgano y en principios de causalidad lineal, la psiquiatría debe mantener, todavía, una aproximación global de la persona que trasciende la parte.

Pero no solo en la medicina hay esta segmentación del individuo. Este es un fenómeno más generalizado en la sociedad. De hecho, me lo he encontrado recientemente en el arte. Hace poco que las empresas comercializadoras del arte han encontrado un nuevo filón en ese “zoom” hacia dentro. Han proliferado los posters de fragmentos de obras bien conocidas y que comienzan a cobrar una verdadera vida de obra de arte, desvinculándose de la totalidad de la obra concebida por el artista. Recientemente y siguiendo este hilo conductor me encontré con la obra de Pierre Boulez. Este músico en su libro “Obra: fragmento” evoca el itinerario de un pensamiento creativo en el que el fragmento se afirma como forma mayor de la modernidad:

[...] abolir la frontera entre lo inacabado y lo terminado, ¿no es el deseo de afirmar que la obra real definida por límites espaciales y temporales, no puede ser, más que el fragmento más o menos voluntario de una gran obra imaginaria, virtual, de la que no quisiéramos conocer ni el origen ni el final?

He de reconocer que su tesis es muy interesante, pero en medicina, los fragmentos son procesos patológicos, partes de un todo, cuyo origen es fundamental y a los que intentamos poner un punto final. Para ello no podemos contentarnos de la experiencia estética que nos proporciona un fragmento, el síntoma patológico, hemos de situarlo en su conjunto y en la historia del paciente. Tenemos que saber tomar el camino de vuelta que nos lleva del síntoma a la enfermedad y de esta al paciente, la persona que es a la que dirigimos nuestra atención y nuestra acción.



Recordemos el antiguo y fundamental término de “Holismo” que representa la idea de que todas las propiedades de un sistema dado, (por ejemplo, biológico, químico, social, económico, mental o lingüístico) no pueden ser determinados o explicados por las partes que lo componen por sí solas. Este término enfatiza la importancia del todo, que es más grande que la suma de las partes (propiedad de sinergia), y da importancia a la interdependencia de éstas.

La enfermedad psíquica y toda su expresión psicopatológica conservan una gran cantidad de misterios que no se pueden concebir más que en una globalidad y temporalidad que nos reenvía a la historia de cada cuál. Esta concepción de la enfermedad ligada a su historia debería poder aplicarse a toda la medicina. Recuerdo que el año pasado en un viaje a Nueva York, me llamó la atención un anuncio que se repetía en diversos carteles publicitarios: “tu cuerpo, tu historia”, eran para una marca de cosmética, pero recogían bien este aspecto de la salud inscrito en la historia de la persona.

En este momento, llegando al final de esta ponencia y después de haber intentado mirar con lupa algunos fenómenos de la historia de la psiquiatría comunitaria en Francia, no puedo sino poner en práctica, una vez más, el camino de retroceso del “zoom” para recordar que esta ponencia no es sino una parte de un todo que nos ocupa hoy: el legado que nos dejaron nuestros grandes maestros y en particular, nuestro profesor don Julián de Ajuriaguerra. Estas dos jornadas representan hoy un homenaje transfronterizo a ese gran precursor de la psiquiatría moderna que miraba con sencillez y creatividad la complejidad de la globalidad del enfermar y que supo encarnar un cierto eclecticismo e inventar una pluridisciplinaridad. Con humildad pero con convicción intentaré poder seguir siendo su alumna.

### 3. BIBLIOGRAFÍA

- ALEZRAH, C. « La sectorisation : un réseau fraternel, précurseur et évolutif ». *Les cahiers Henri Ey* n° 3-4, juillet 2001.
- AMYOT, Arthur. « Une pratique psychiatrique en quête d'une théorisation : la psychiatrie de secteur ». En : *Psychothérapies*, vol. 3, n° 2; 1983.
- AUDISIO, M. « La psychiatrie de secteur : une psychiatrie militante pour la santé mentale », *Domaines de la psychiatrie*, Privat, 1980 ; 409 p.
- BERNARD, Y. « L'évolution de 1838 à aujourd'hui », en Lepoutre R., De Kervasdoué J., *La santé mentale des Français*, Odile Jacob, 2002 ; pp. 35-68.
- BOULEZ, Pierre. *Oeuvre et fragment*. Paris. Ed. Gallimard. 2008 ; p. 10.
- BOURGUIGNON, André. « Le secteur psychiatrique de Créteil et Bonneuil (Val de Marne) ». En : *L'information psychiatrique*, vol. 49, n° 2, 1973.
- CASADEBAIG, Françoise. « Modes et durée des prises en charge d'une clientèle de secteurs psychiatriques publics ». En: *Evolution Psychiatrique*, vol. 57, n° 2, 1992.
- CONSTANT, Jacques. « Les réminiscences de la loi de 1838 dans les pratiques de psychiatrie infanto-juvénile » En : *L'information psychiatrique*, vol. 64, n° 6, 1988.
- DE AJURIAGUERRA, Julián. *Manual de psiquiatría infantil*. Cuarta edición. Barcelona-México. Ed. Masson, 1983.

Piñeiro Jericó, M. T.: La organización de la psiquiatría comunitaria en la sociedad actual (Francia)

- DENIAU, Ala. « Le modèle psychanalytique dans un service de secteur ». En : *L'information psychiatrique*, vol. 56, n° 4, 1980.
- DUBRET, G. ; TREMINE, T. « Quel avenir pour la psychiatrie à l'hôpital général ? ». En : *L'information psychiatrique* 85 n° 6, – Juin-Juillet 2009.
- DUCHENE, Henri. « Tâches d'hygiène mentale dans la psychiatrie de secteur : rapport ». En : *L'information psychiatrique*, vol. 85, n° 2, 2009.
- GARRET GLOANEC, Nicole. « Rapport Couty, secteur et psychiatrie infanto-juvénile ». En : *L'information psychiatrique*, vol. 85, n° 6, 2009.
- GEORGE, M. C., TOURNE, Y. *Le secteur psychiatrique*, Collection « Que sais-je ? », n° 2911, PUF, 1994; 128 p.
- HORASSIUS JARRIE, Nicol. « La psychiatrie en 1995... et demain ? : une vision ambivalente : le secteur ». En : *L'information psychiatrique*, vol. 71, n° 7, 1995.
- LANTERI-LAURA, G. « L'histoire contemporaine de la psychiatrie, dans ses rapports avec la société française ». En : Ehrenberg A., Lovell A.-M. *La maladie mentale en mutation*, Odile Jacob, coll. « Psychiatrie et Société », pp. 247-278, 2001.
- LÓPEZ, A. « Le secteur psychiatrique en devenir ». En : *L'information psychiatrique*, vol. 75, n° 3 (1999) Carnet PSY, n° 18, 1996.
- NOËL, Pierre. « Les prémisses du secteur : quinze ans d'Information Psychiatrique » (1945-1960). En : *L'information psychiatrique*, vol. 71, n° 7, 1995.
- PETITJEAN, F., LEGUAY, D. « Sectorisation psychiatrique : évolution et perspectives ». *Annales Médico-psychologiques*, revue psychiatrique, Volume 160, Issue 10, Decembre 2002, Pages 786-793.
- PIEL, E.; ROELANDT, J. L. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Rapport au Ministre de la santé - juillet 2001.
- TEBOUL, Roger. « Les risques auxquels s'expose une structure intersectorielle quand elle se donne une option psychanalytique ». En : *L'information psychiatrique*, vol. 56, n° 4, 1980.
- TRÉMINE, Thierry. « Revoir l'organisation des soins ». En : *L'information psychiatrique*, vol. 85, n° 1, 2009.
- QUEMADA, N. Santé mentale, santé publique Fédération d'aide à la santé mentale-Croix Marine-Forum du 11 juin 1999 WHO, 2005. Mental Health Atlas 2005. World Health Organization, Geneva.
- . « Caractéristiques cliniques d'une clientèle de secteurs psychiatriques publics ». En : *Evolution Psychiatrique*, vol. 57, n° 2, 1992.

**Para más información y poder encontrar las leyes citadas recomendando estas direcciones web:**

<http://www.sante.gouv.fr/la-reforme-de-la-loi-relative-aux-soins-psychiatriques.html>

STATISTIQUES ET INDICATEURS DE LA SANTE ET DU SOCIAL. Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (D R A S S) Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). [www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm)

<http://www.legifrance.gouv.fr>

<http://www.journal-officiel.gouv.fr/>