

LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR, utopie concrète ?
par Jean-Pierre Martin pour l'USP.

1) Son histoire et ses pratiques institutionnelles

Le secteur psychiatrique a été pensé en 1945, à la sortie de la guerre, par Lucien Bonnafé. Sa première approche naît avec l'expérience de thérapie institutionnelle à St Alban, dont le projet est de transformer l'hôpital lieu d'enfermement asilaire en un lieu soignant. Son élaboration et sa réalisation se font par une organisation collective commune des soignants et des malades, dont le cheminement est une prise en main concrète de la vie de l'hôpital comme source de traitement et de libération. Son lien avec l'extérieur et le mouvement de Résistance à l'occupation allemande fait apparaître son caractère extensif à la société environnante. Le malade devient sujet de son traitement au sein de la société. L'idée du secteur psychiatrique est de la généraliser comme outil de sortie de l'asile psychiatrique et de l'enfermement du soin psychiatrique. Son contenu est celui d'une psychiatrie hors des murs, avec une « implantation préalable » dans la population et sous le regard de la population. Il promeut un dispositif de soin généraliste démocratique élaboré avec les communes, les cantons et les départements, à partir des besoins locaux. La question de la transformation de l'hôpital psychiatrique devient une réappropriation par la société, au moment même où se crée la sécurité sociale qui reconnaît le malade psychiatrique comme un « ayant droit » du commun, et sa médicalisation un patient.

Mais sa réelle mise en place comme politique d'Etat se fait dans une toute autre optique avec la *circulaire* gaulliste du 15 mars 1960 qui recommande :

- « une équipe pluridisciplinaire pour une population de 66.666 habitants, un 'secteur psychiatrique' », dont on peut observer que son territoire ne correspond à aucun autre. Son objet est généraliste avec trois principes : « continuité, disponibilité, proximité » ;
 - la continuité des soins est la capacité des soignants à mettre en œuvre les liens entre les étapes successives des divers soins de la même personne, quelle que soit leur durée, la permanence de la disponibilité des mêmes soignants, garants de la mémoire des soins, d'une veille est prête à toute éventualité dans son évolution au long cours ;
 - la proximité, ou la nécessité pour l'accès aux soins d'être proche du lieu de vie du patient.
- Elle permet prévention et traitement.

Son objet est donc déplacé vers celui de l'aménagement du territoire et d'une gestion de planification et régulation des moyens, sans réelle négociations avec les multiples résistances locales, professionnelles et politiques. Son application administrative expérimentale dans les années 60 est celle de pratiques hétérogènes du fait des multiples résistances, mais source de pratiques militantes de création d'une réelle psychiatrie publique hors les murs de l'hôpital et d'une clinique créatrice du côté du lien social. Selon les engagements du monde psychiatrique, elle s'est parfois ouverte à la reconnaissance des associations de patients et des familles. Il en a été de même pour de multiples acteurs du soin comme la médecine généraliste et les élus politiques locaux.

Ce cours expérimental devient *arrêté* (donc obligatoire) comme politique généraliste de la psychiatrie publique en 1972 (arrêtés et circulaires des 14 et 15 mars 1972), et *loi spécifique de financement* en 1985.

Un premier bilan critique est réalisé par le rapport Demay de 1982 qui réintroduit la perspective initiale du secteur et promeut des établissements de santé mentale locaux comme centre de sa gestion, l'hôpital n'étant qu'un moment du soin où l'enfermement ne peut être qu'exceptionnel et limité dans le temps, et l'abrogation de la loi d'internement de 1838, toujours à l'œuvre. Ce rapport qui a porté toute notre génération de psychiatre de secteur, ne

va pas être retenu et le secteur est intégré aux normes hospitalières et aux directeurs d'hôpitaux (en 1986).

2) Son état des lieux aujourd'hui

La période est celle de son intégration aux politiques actuelles, dont les Lois sanitaires (Bachelot, Touraine) tendent à faire de l'hospitalisation publique et du secteur psychiatrique une politique de pure gestion administrative territoriale, où chaque dispositif doit être géré comme une entreprise et organisée selon les critères économiques néolibéraux de marché et du sécuritaire. Elle cesse donc d'être une psychiatrie publique spécifique pour s'ouvrir au public-privé. Sa médicalisation est soumise et instrumentalisée par des critères extérieurs, dans une visée de technicité productiviste et de réduction des coûts qui produit normes et protocoles, morcellement de la continuité clinique et des dispositifs. Son financement est intégré à ce cours avec un taux de progression budgétaire moindre, prétexté par l'absence d'une évaluation des actes absente (pas de T2A). Par contre les budgets hospitaliers sont évalués structures par structures de soins, pôle par pôle, une stratégie de mise en concurrence au sein du public. Ils sont pilotés par les ARS selon des critères extérieurs au soin, par un dispositif de répartition défavorable à la psychiatrie qui privilégie l'articulation technique public-privé, donc des rapports lointains avec sa fonction généraliste. C'est donc une « maîtrise du coût des soins » technocratique, qui détermine les contenus du soin, et c'est ainsi qu'il faut entendre le discours de la ministre de la Santé Marisol Touraine du 19 juin 2014 qui l'explique comme « socle » d'un service territorial comme outil, rappelant : « Il y a 40 ans la psychiatrie a eu l'intuition du territoire », sans une réelle insertion globale dans la vie commune.

Son effet sur l'accès et la continuité des soins est leur réduction à un itinéraire évaluable et un retour au tout enfermement médicalisé, ce qui produit une crise majeure des contenus du soin et de l'éthique soignante. La souffrance au travail et la déshumanisation des patients en sont les symptômes. Le secteur cesse d'être généraliste et devient une activité parmi d'autres, au sein d'une politique de santé mentale qui intègre la psychiatrie comme un objet technique de traitement.

Ce dernier aspect nécessite de cerner comment la Santé mentale comme politique d'accompagnement des soins, de la prévention et de droits nouveaux pour les patients, issue d'un mouvement né à la fin du XIX^e siècle comme émancipation par la science, est aujourd'hui transformée en un outil d'articulation d'institutions public-privé différentes sans référence à une élaboration démocratique comme travail en commun. Ce cours est celui de la gestion d'Etat qui porte des politiques néolibérales public-privé au sein de toutes les organisations publiques et sociales, et l'essor des politiques sécuritaires. C'est dans cette visée que l'« internement est rebaptisé soins sous contrainte » qui le généralise à l'ensemble du soin Psychiatrique. Il est le « socle » de la loi sécuritaire du 5 juillet 2011 relative « *aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge* », fondée uniquement sur des questions d'ordre public et l'illusion que la contrainte va être thérapeutique. Son idéologie de base est la supposée dangerosité des patients « psychiatriques », au nom de faits divers dramatiques mais exceptionnels. Elle généralise la contrainte à de multiples situations de souffrance psychique et de troubles de comportements sociaux au nom de la « dangerosité potentielle », ce qui entraîne la répression de toute déviance par la criminalisation des comportements « anormaux », véritable politique de la peur entraînant fichage des patients et atteintes aux libertés individuelles et collectives. La santé mentale s'éloigne ainsi de ses références aux libertés publiques et individuelles.

3) Quelle alternative à ce cours aujourd'hui ? Comment continuer ?

Notre orientation à l'USP s'inscrit dans la résistance à ce cours néolibéral et sécuritaire, dans la lignée de Lucien Bonnafé et du rapport Demay qui nécessitent une réactualisation permanente. A l'hôpital, elle défend les pratiques de psychothérapie institutionnelle, pratique essentielle soignants-patients pour le traitement de socialisation des malades, et hors des murs elle s'appuie sur les acquis du travail de secteur dans son extension aux soins en ville ou au village. Pour nous les pratiques d'accueil 24h sur 24 d'accès aux soins, de développement de structures de continuité du soin et de son accompagnement social sur le territoire, à partir des besoins pratiques des malades, et d'« aller vers » la communauté sont constitutifs d'un accès aux soins et de sa continuité. Ils traitent de questions précises à élaborer en lien avec la population et ses élus : la reconnaissance de sujet citoyen des patients dans les droits acquis et à conquérir, quels soins psychiques dans la communauté urbaine (ici dans son sens territorial), à quelle globalité renvoie la situation symptomatique (en particulier dans sa dimension corporelle), quelle cartographie des ressources ? Cet ensemble fait Résistance et pratiques qui permettent de penser l'avenir comme une utopie concrète d'un service public d'hospitalité et des pratiques thérapeutique et sociale qui fondent le soin avec les patients au sein de la société. Etre « dés-aliéniste et médecine sociale » ouvre la psychiatrie et les politiques de santé mentale aux les luttes d'émancipation politique contre l'exclusion et les rapports de domination. Elle ne peut donc se limiter aux seuls professionnels.

Ses outils et ses contenus de résistance sont ceux d'un dispositif public généraliste qui rassemble dans un même projet thérapeutique une continuité relationnelle patients-soignants dans un CMP, un hôpital de jour et une hospitalisation temps plein. L'accès aux soins est gratuit, pas de ticket modérateur ni de paiement à l'acte. L'hospitalisation n'est qu'un temps du soin et toute contrainte doit être exceptionnelle et limitée dans le temps, avec une décision et un contrôle juridique. Un centre d'accueil et de crise 24h sur 24 de proximité définit sa pratique d'approche des situations de crise, en intégrant « aller vers » les situations qui font crise. Ce qui fait urgence est de prendre le temps de saisir la situation qui fait symptôme et non le seul traitement du symptôme. Cette démarche de privilégier « prendre le temps relationnel » permet d'aborder par la négociation les troubles du comportement qui envahissent la vie de la personne (étrangeté, l'agitation, le repli sur soi, l'agressivité), le délire comme langage imaginaire coupé de l'échange, hermétique, dans un autre monde, la dépression et la souffrance traumatique. L'éthique de l'humain se pense dans des situations concrètes.

Les besoins pratiques des patients et des familles sont ceux de notre Résistance. Ils sont acteurs de cette refondation d'une psychiatrie humaine, dont la dimension politique est de sortir le sujet de sa disqualification et du statut de précaires, de reconnaître l'humanité de toute parole, le respect de la dignité et de l'intégrité, l'accès à un logement, à un travail et à un minimum digne de ressources. Ces besoins pratiques et l'éthique soignante du soin et du prendre soin s'opposent donc à toute contrainte généralisée dont les outils produisent un autre type d'exclusion cognitif et comportemental : celui d'un contrôle social de la pensée et des corps par leur réduction à des protocoles et des « bonnes pratiques consensuelles », d'un contrôle social généralisé où l'imprévisibilité du psychisme humain est réprimée, mais aussi l'engagement soignant au nom d'une politique du chiffre et du résultat. La possibilité d'être soignant, d'accéder à des droits sociaux fondamentaux et à la dignité du sujet-patient, s'opposent à la réduction du malade à sa maladie, de la maladie à un handicap évaluable, dont les critères de droit administratif se font au détriment du travail subjectif et des liens sociaux collectifs. Une réelle politique de secteur psychiatrique avec son hospitalisation nécessite donc, avec l'ensemble de l'hospitalisation publique, un ONDAM de 4,5% pour progresser. Cette question est d'actualité au Parlement, car elle pose celle des acteurs qui définissent les besoins de financements.