

# Obligations de soin, obligation d'assistance et contrôle social

Jean-Pierre MARTIN

Psychiatre, Chef de service  
hôpital Esquirol,  
Saint Maurice (94)

La psychiatrie est née au 19<sup>ème</sup> siècle d'une triple obligation politique : soigner, assister, maintenir l'ordre public, qui sont autant de fonctions générales de l'émergence de l'état social moderne. Elle est de ce fait constitutive de ce qui fonde un état de droit. Cet équilibre entre médecine, social et droit explique la difficulté à remettre en cause structurellement la loi du 30 Juin 1838 sans repenser la nature de l'état.

C'est dans ce cadre que nous sommes appelés à concevoir les rapports entre soin, assistance et contrôle social ; quand un de ces éléments devient socialement prioritaire, les deux autres en sont modifiés, créant une interpellation générale des modes de fonctionnement de la société.

Or la pensée économique néolibérale (représentée en France par le MEDEF) s'active à remettre en cause les grandes fonctions régaliennes pour élargir le marché concurrentiel et instaurer de nouveaux modes de régulation. Le droit du travail, la protection sociale, l'égalité devant le soin sont violemment attaqués au nom de l'efficacité économique. La consommation de soin et sa distribution prennent donc le pas sur les besoins collectifs de solidarité et la notion de service public, la fonction d'ordre public et de contrôle social restant assurée par l'Etat. Le site du ministère de l'intérieur qui met la maladie mentale comme une cause de dangerosité sociale est exemplaire de ce point de vue.

Ce constat est au cœur d'une question que nous avons peu travaillée : celle des droits des personnes en grande précarité psychosociale. Nous nous sommes contentés de répondre à ceux qui nous objectent la psychiatrie de la misère face à notre intervention auprès des exclus par l'argument d'humanité et de dignité de tout sujet (ce qui est fondamental !).

Nous l'abordons aujourd'hui, avec une difficulté majeure : le droit, pendant un siècle et demi, a fait du fou et du vagabond des sujets sans droits. Si la sécurité sociale a réintroduit la citoyenneté par celle d'ayant droit quand le sujet travaille, le RMI a ouvert un statut d'ayant droit conditionnel quand il est sans travail de façon durable ou n'ayant jamais trouvé place dans les circuits du travail (jeunes, malades chroniques, sans papiers...).

Notre intervention auprès de ces sujets qui, au mieux, relèvent de ce droit conditionnel à un revenu d'existence limité, pose des difficultés pratiques considérables car :

- La précarité d'inscription dans la vie sociale (domicile, travail, ressources, culture, genre) limite cette dimension conditionnelle aux politiques sécuritaires qui stigmatisent ces sujets du côté de la dangerosité sociale et du désordre (public et privé).
- Les critères administratifs, qui déterminent l'accès aux soins, l'emportent sur l'humanité et la citoyenneté reconnue : être en détresse psychique, en chômage de longue durée, sans domicile, demandeur d'asile, jeune beur de banlieue, femme isolée avec enfants...est l'assurance d'avoir à effectuer un parcours du combattant pour faire reconnaître ses droits.

La clinique psychosociale que nous revendiquons se construit à partir de toutes ces situations multiples et interroge le sens de cette notion de souffrance psychique, d'une politique de santé mentale articulée au travail de la psychiatrie.

La stigmatisation, la disqualification qui accompagne les parcours de désaffiliation ont des conséquences pratiques considérables dans l'accès et la réalisation des soins.

Citons en quelques unes :

- L'augmentation générale des HO<sup>1</sup> en psychiatrie (de 5000 à 7000 en deux ans en France), les SDF et les sans-papiers en sont les premiers touchés (2/3 des HO dans notre service du centre de Paris).
- La réticence des médecins généralistes à traiter des patients dans un contexte de critères administratifs, y décelant (non sans raisons) une atteinte à la relation médecin/malade.
- La connexion des fichiers dont on ne sait pas à quel moment elle est privative de liberté.
- Le peu de logements sociaux disponibles et la substitution à la nécessité d'une politique publique dans ce domaine de programmes d'hébergements d'urgence limités dans le temps.
- Le peu de lisibilité de l'accès aux droits pour les intervenants eux-mêmes et l'absence d'action publique significative dans ce sens.

Ces facteurs tendent à fixer le sujet dans un statut de victime, à le culpabiliser, sans aborder sur le fond ce qui fait justice sociale.

L'idée que nous nous faisons d'une politique de transition de la psychiatrie traditionnelle vers une psychiatrie dans la communauté nous opposent absolument aux projets de loi Perben/Sarkozy qui transforment tout sujet précaire (quelle que soit la cause de cette précarité !) en délinquant potentiel, suprême forme d'aliénation du sujet.

Obligation de soin et obligation d'assistance ne sont possibles que dans la démocratie sociale, sinon elles deviennent un enfer d'aliénations nouvelles pour le sujet.

Les pratiques que nous tentons de mettre en œuvre sont un cadre d'entre-deux où nous « bricolons » des réponses, ouvrons des espaces de négociation là où

<sup>1</sup> Hospitalisation d'Office.

## Obligations de soin, obligation d'assistance et contrôle social (suite)

il y a prescription d'ordre administratif, de filières (réalité de nombreux réseaux).

Nous retrouvons là un débat qui a traversé les années 70 quand la psychiatrie de secteur a été

de cette contradiction qui traversait les pratiques.

Ce débat reste d'actualité avec une évolution de ce qui le fonde sur le plan sociopolitique :

la définition d'une politique de santé mentale).

Ce système est passé d'une normalisation des conduites corporelles et matérielles (années 70) à celle de « bonne forme mentale » vers laquelle nous devrions appliquer de « bonnes pratiques ».

Elles nous amènent à soutenir que l'obligation de soin n'est pas la mise à l'écart de la dangerosité sociale, mais une tentative de négocier avec le sujet et son environnement ce qui nécessite des soins. Elle est une contrainte raisonnée faite au sujet pour un temps court afin qu'il retrouve une filiation à un lien social.

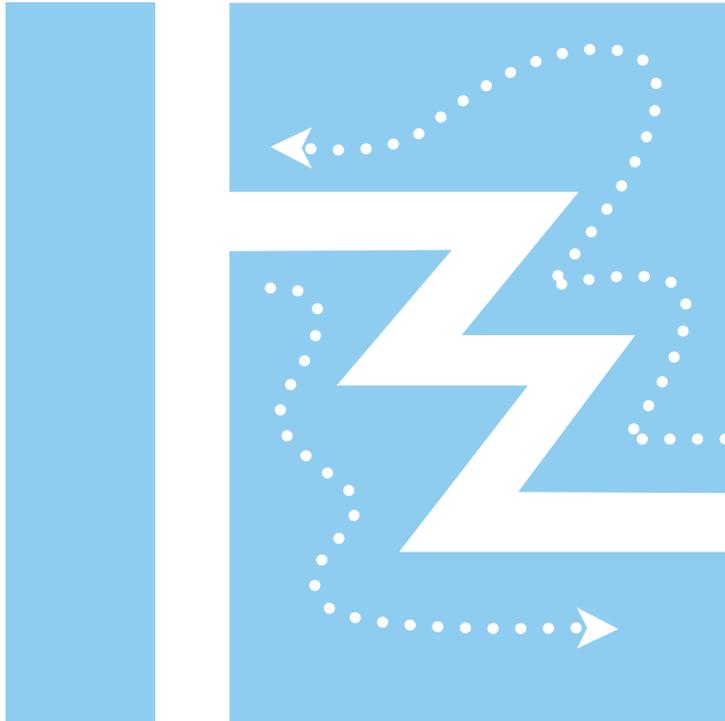
Chacun a droit dans cette perspective à des soins personnalisés et à des mesures passagères d'assistance.

La réciprocité dans l'échange relationnel, la reconnaissance de la souffrance du sujet et de ses causes, l'égalité devant les soins, la prise en compte de besoins de populations sont autant de critères qui fondent un service public universel.

Le travail avec les tiers est déterminant pour qu'une clinique du lien opère. Il ne peut se constituer à travers une « bonne pratique administrative » mais à travers des relations de connaissance réciproque.

Ces sujets en souffrance sont des citoyens qui ont évidemment des devoirs par rapport au droit général (encore faut-il que celui-ci les reconnaisse comme sujets de droit à part entière !) mais aussi des droits en tant que sujets sociaux. Nous devons travailler cette question plus avant en faisant appel à des juristes, des avocats, des techniciens du droit administratif. Cette réflexion est une ouverture vers celle de justice sociale.

La politique de secteur psychiatrique, à vocation sociale, désaliéniste, et un autre regard sur la folie y retrouve ses fondamentaux de politique de santé mentale. ■



dénoncée comme outil de contrôle social. La réponse, à l'époque, s'est inscrite comme une prise en compte dialectique de ce qui fait contrôle social : la rencontre entre ce qui fait pure répression et ce qui permet une organisation policée<sup>2</sup>.

Il s'agit de penser le dispositif dans sa fonction démocratique sociale comme une organisation qui produit du contrôle social au profit de tous ; c'est ce qu'ont tenté un certain nombre d'équipes de secteur pour échapper au contrôle répressif. D'un côté il y avait la possibilité de négocier la place du soin avec les intervenants de terrain, de l'autre la toute puissance de la tutelle administrative préfectorale au service de l'ordre public, le maintien des procédures d'internement dans une finalité de contrôle de dangerosité sociale étant l'objet de la dénonciation. La politique de secteur a permis d'explorer les différents termes

- l'instrumentalisation de la psychiatrie du côté d'un ordre sécuritaire est devenu une perspective qui dépasse la psychiatrie pour en faire une politique sociale généralisée. La tutelle s'appuie sur la gestion de la rentabilisation économique pour donner sens au contrôle des nouvelles « classes dangereuses » que sont tous ceux qui échouent dans la réussite sociale individuelle. La souffrance psychique devient ainsi un objet d'ordre public.

- en opposition, la souffrance psychique révèle la prise en compte du subjectif individuel et collectif posant la question de ce qui fait symbolisation de lien social. Le secteur, dans ses principes fondateurs, introduit cette dimension de symbolisation d'un ordre social élaboré collectivement, comme une tentative d'échapper à ce qui fait système répressif dans le contrôle social (c'est le sens que nous mettons à

<sup>2</sup> Dans le sens de la cité grecque (NDLR)