

Les résistances à la psychiatrie de secteur, dès l'origine

On oublie souvent l'esprit militant qui marqua les débuts de la psychiatrie de secteur, lorsqu'il fallait affronter de nombreuses résistances.

Jacques HOCHMANN
Professeur de psychiatrie,
Psychanalyste,
Chef de service au CH
le Vinatier (Bron) de
1976 à 2001.
Il a été à l'origine de la
création de l'Association
Santé Mentale et
Communautés, à
Villeurbanne (69), en
1968.
Il a notamment publié en
1971 " Pour une
psychiatrie
communautaire ".

Les résistances des psychiatres

Les promoteurs du secteur, au départ, étaient une poignée. Leur projet surgissait dans un contexte où la psychiatrie publique hospita-



lière, longtemps immobilisée par l'inefficacité thérapeutique et par les théories pessimistes de la dégénérescence, connaissait quelques frémissements. La psychanalyse poussait çà et là ses premiers pseudopodes, mais n'affectait guère encore la vie quotidienne des soignants et des soignés. Les médicaments psychotropes faisaient leur apparition et, dans un petit nombre d'établissements ou de services, la psychothérapie institutionnelle avait introduit des changements notables, traduits administrativement par des circulaires ministérielles sur l'ergothérapie et l'humanisation des hôpitaux psychiatriques.

Curieusement, les psychothérapeutes institutionnels n'adhèrent pas tous, au moins dans l'immédiat, à un programme qui préconisait la diversification et la continuité des soins. Certains d'entre eux, encore fidèles à la vieille doctrine esquirolienne de l'isolement, voyaient avec suspicion le développement des soins ambulatoires extra-hospitaliers, perçus comme concurrentiels plutôt que comme complémentaires.

Ils craignaient qu'une délocalisation des traitements, avec des sorties plus fréquentes et plus rapprochées, ne privent leurs réunions de pavillon et leurs clubs de leurs meilleurs éléments. Imprégnés, par ailleurs, d'un marxisme militant matiné de psychanalyse, ils redoutaient que, hors les murs, les patients ne perdent les repères protecteurs d'une communauté fraternelle, tolérante et contenante, sorte de société idéale, héritée du traitement moral, où pouvaient se jouer et s'analyser librement les rapports transféro-contretransférentiels. En même temps, opposés à la société marchande, ils craignaient que, prolétaires des prolétaires, les malades mentaux ne soient livrés sans défense à l'oppression et à l'exploitation capitaliste, sous le règne d'un régime de normalisation sociale. On vit ainsi fleurir des termes péjoratifs comme celui de " flichiatrice de secteur ", et des psychiatres d'extrême gauche et d'ex-



trême droite, objectivement alliés, dénoncer les soins à domicile naissants, en les assimilant à des " visites domiciliaires ".*

Cependant, la plupart des psychiatres des hôpitaux avaient d'autres soucis. Confortablement établis dans leur asile, logés, blanchis, chauffés, éclairés par l'hôpital, ils ne sortaient guère en ville, sinon pour quelques consultations de dispensaire ou quelques expertises, pour compléter leur maigre salaire. La politique de secteur dérangeait leur confort. Après avoir fait longtemps preuve d'inertie, ils la travestirent en la réduisant à une répartition de territoires. On vit

donc saucissonner le pays en zones de soixante dix mille habitants, dessinées avec un esprit égalitariste, souvent au mépris de toute cohérence. Les réunions de mise en place du secteur évoquaient alors un jeu de Monopoly (" je te laisse la Place de la Concorde contre la rue la Paix "), et c'est seulement douze ans après la première circulaire que la décision d'accorder une prime conséquente à ceux " qui faisaient du secteur " permit enfin de généraliser la politique voulue en 1960. Une nouvelle génération arrivait, nombreuse et enthousiaste, le secteur enfin naissait et le pays tout entier se dotait d'un dispositif qui, en dépit des critiques dont il fait aujourd'hui l'objet, reste remarquable.

Les résistances infirmières

Le personnel hospitalier, formé essentiellement par les bataillons du corps infirmier, était lui aussi partagé. Ils furent très peu nombreux, et d'autant plus méritants, au début, ceux qui acceptèrent de s'inscrire dans une pratique extra-hospitalière pionnière, où tout était à inventer, et où leur diplôme n'était pas officiellement reconnu. Sans le filet protecteur de l'équipe et de l'institution, sans modèle précis, ils s'engagèrent courageusement dans des soins individuels, en dispensaire ou à domicile**, sous les quolibets de leurs pairs qui les accusaient " d'aller se promener au lieu de travailler ". Quelques leaders syndicaux intelligents avaient très vite compris que cette évolution apportait une valorisation de leur profession en termes



Les résistances à la psychiatrie de secteur, dès l'origine

(suite)

de statut et de perfectionnement technique, mais dans leur majorité, les organisations syndicales restaient sur la réserve. Elles se faisaient l'écho des inquiétudes et de la résistance au changement de leurs membres et redoutaient, peut-être, qu'une trop grande multiplication des lieux de soin et un éloignement de la maison mère ne diminuent leur influence, en laissant échapper les individus dispersés aux mots d'ordre et au contrôle collectif.

Les résistances administratives

C'est sans doute la même crainte d'affaiblir leur contrôle sur leurs agents, qui explique, au moins pour une part, les réticences des administrations locales à suivre

une politique pourtant proclamée de manière répétée par les instances ministérielles. Il s'y ajoutait un mode de financement quasi schizophrénique. Alors, les budgets intra et extra-hospitaliers étaient séparés et leur gestion confiée à deux organismes souvent en conflit : l'hôpital pour l'un, la D.D.A.S.S. pour l'autre. Les directions hospitalières, dans leur logique, s'opposaient à des réductions de lits qui risquaient d'entraîner la diminution d'une enveloppe budgétaire tributaire du prix de journée. Les D.D.A.S.S., bridées par les Conseils Généraux qui votaient (à un niveau très inégal d'un département à l'autre) les crédits de l'extra-hospitalier, refusaient de recruter de nouveaux soignants ou de détacher, extra-

muros, des personnels hospitaliers.

Il fallut attendre vingt cinq ans (1985) pour qu'une loi vienne enfin unifier les budgets et confier aux hôpitaux la totalité de l'enveloppe de secteur. C'est alors seulement qu'il devint possible de redéployer librement vers l'extérieur des personnels hospitaliers au fur et à mesure de la fermeture de lits devenus techniquement inadaptés grâce aux psychotropes et au développement parallèle des psychothérapies ambulatoires. C'est alors seulement que les dispositifs de secteur purent prendre leur envol véritable et trouver un rythme de croisière, au moins pour ceux qui n'ont pas perverti un exercice novateur et révolutionnaire. ■

Le Paradigme fondateur du secteur : le désaliénisme, à contre-courant (suite)

conduit à prendre l'artefact pour la réalité. C'est une parfaite illustration d'aliénation mutuelle, quand la personne s'efface devant le personnage.

3. Au plan institutionnel, la prééminence accordée au lieu, en l'occurrence l'hôpital qui reste le centre organisateur des pratiques de soin. Sur ce point, les critiques de Bonnafé n'ont pas toujours été comprises. On a interprété ses propos comme une condamnation a priori de l'hospitalisation. Ce n'était pas son intention. Sa critique vise l'hégémonie d'un modèle «bloquant la recherche de la meilleure diversification du travail de soins». L'asile était une institution totale conçue comme un dépôt pour une catégorie d'exclus. Aujourd'hui, le modèle hospitalier impose une autre forme d'emprise sur les pratiques :

emprise d'un mode de gestion, d'un type de formation des personnels, d'organisation hiérarchisée et morcelée des tâches, d'une idéologie du soin, centrée surtout sur la «réparation». Et il y a déjà plus de quinze ans, Bonnafé s'inquiétait de la standardisation des réponses apportées aux situations de grande détresse psychique, assimilées de plus en plus aux urgences médicales, en même temps qu'il notait la tendance des structures «extrahospitalières» à se refermer sur elles-mêmes. Dans le premier cas, il y voyait un signe de stérilisation des recherches cliniques et institutionnelles. Quant à la clôture des institutions sur elles-mêmes, il craignait qu'elles ne succombent à cette «pathologie des isolats» qui guette toutes les institutions autocentrées : installation dans la routine, décalage entre les offres et les deman-

des de soin, inadaptation à l'environnement, perte des capacités créatrices, reconduction des vieilles séparations entre espaces dévolus aux «chroniques» et zones de transit des «aigus».

Dès lors, le désaliénisme se projette «par contraste», sur fond de ces trois critiques anthropologique, épistémologique et institutionnelle, en inversant chacune des oppositions citées :

- primat de l'accueil sur le rejet,
- mise en place des conditions favorables à l'émergence de la fonction sujet,
- institutionnalisation de dispositifs en rupture avec l'hospitalocentrisme...

Ces perspectives de travail sont-elles encore d'actualité ? Quoiqu'il en soit, remonter le courant est toujours un signe de vitalité. ■